



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

RAPPORT D'ACTIVITE 2013

TABLE DES MATIÈRES

Chapitre I	Ministère de la Santé.....	4
01.	Législations	4
02.	eSanté	8
03.	Organisme pour la Sécurité et la Qualité de la Chaîne Alimentaire .	10
Chapitre II	La Direction de la Santé	12
01.	Le Secrétariat Général.....	12
01.bis	Les programmes de dépistage du cancer	23
01.ter	Le Service Informatique et Statistiques.....	32
01.quater	Le Service Orthoptique et Pléoptique	33
01.quinques	Les Services Audiophonologiques	36
01.sexies	Le Service de la sécurité alimentaire	44
02.	La Division de l'Inspection Sanitaire (INSAN)	63
02.bis	Le Service de la Médecine de l'environnement	67
03.	La Division de la Médecine Curative	69
04.	La Division de la Médecine Préventive	82
05.	Division de la Médecine Scolaire.....	98
05.bis	Service de la médecine dentaire scolaire	103
6.	La Division de la Santé au Travail	104
07.	La Division de la Pharmacie et des Médicaments	111
08.	La Division de la Radioprotection	118
09.	Le Service d'Action Socio-Thérapeutique	127

Chapitre III Les Services Conventionnés.....129

01. Prévention - Aide.....130

1. Rééducation Précoce - Hëllef fir de Puppelchen a.s.b.l..... 131
2. CHL - Service d'évaluation et de rééducation fonctionnelles 133
3. ALUPSE a.s.b.l. - Association Luxembourgeoise pour la Prévention des Sévices à Enfants 137
4. Patiente Verriedung a.s.b.l. 143
5. Ligue médico-sociale (anc. Ligue Luxembourgeoise de Prévention et d'Action médico-sociales) 145

02. Psychiatrie Extra-hospitalière152

1. Ligue Luxembourgeoise d'Hygiène Mentale - Centre de Santé Mentale 152
2. Ligue Luxembourgeoise d'Hygiène Mentale - Centre Kompass (anc.CERMM asbl) 155
3. Ligue Luxembourgeoise d'Hygiène Mentale - Centre d'Information et de Prévention 157
4. Réseau Psy - Psychesch Hëllef Dobaussen a.s.b.l..... 159
5. Liewen Dobaussen a.s.b.l. 161
6. ATP a.s.b.l. - Association d'Aide par le Travail thérapeutique pour Personnes Psychotiques 163
7. Mathëllef a.s.b.l. – Atelier thérapeutique "Mutterter Haff" 165
8. Caritas Accueil et Solidarité a.s.b.l. - Atelier thérapeutique buanderie « Eilerenger Wäschbur »..... 167

03. Maladies chroniques170

1. ALGSC a.s.b.l. - Association Luxembourgeoise des Groupes Sportifs pour Cardiaques 170
2. Croix-Rouge Luxembourgeoise – Service « HIVberodung » (anc. Aidsberodung) 171
3. Fondation Cancer 174
4. ALD a.s.b.l. - Association Luxembourgeoise du Diabète 177
5. ALAN a.s.b.l. - Association Luxembourgeoise d'Aide pour Personnes Atteintes de Maladies Neuromusculaires et de Maladies Rares 180

04. Toxicomanies185

1. Fondation Jugend - an Drogenhëllef (JDH) 185
2. CNDS a.s.b.l. – Foyer Abridado 189
3. Solidarité Jeunes a.s.b.l. – Service Thérapeutique Solidarité Jeunes 196
4. Stëmm vun der Strooss a.s.b.l..... 199
5. Fondation CePT - Centre de Prévention des Toxicomanies 203
6. CHNP: Foyers post-cure..... 206

05. Autres services207

1. Croix-Rouge Luxembourgeoise – Centre de transfusion sanguine 207

01. Législations**1. Loi adoptée en 2013**

- Loi du 18 juillet 2013 modifiant la loi du 11 août 2006 relative à la lutte antitabac. (Mémorial A 130 du 23.7.2013)

2. Exécution de lois existantes

- Règlement grand-ducal du 14 janvier 2013 fixant la procédure à suivre pour obtenir l'autorisation d'exercer les professions de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire. (Mémorial A 10 du 22.1.2013)
- Règlement grand-ducal du 14 janvier 2013 fixant les conditions et les modalités de la prestation de services du médecin, du médecin-dentiste et du médecin-vétérinaire. (Mémorial A 10 du 22.1.2013)
- Règlement grand-ducal du 29 janvier 2013 modifiant :
 - l'annexe du règlement grand-ducal modifié du 20 mars 1974 concernant certaines substances psychotropes ;
 - l'article premier du règlement grand-ducal modifié du 26 mars 1974 établissant la liste des stupéfiants. (Mémorial A 17 du 1.2.2013)
- Règlement grand-ducal du 18 février 2013 portant abrogation
 - du règlement grand-ducal modifié du 27 juillet 1997 relatif à l'hygiène des denrées alimentaires,
 - du règlement grand-ducal modifié du 4 juillet 1988 fixant les conditions d'hygiène et de salubrité dans le secteur de l'alimentation collective. (Mémorial A 29 du 22.2.2013)
- Règlement grand-ducal du 18 février 2013 portant inscription d'une substance active à l'annexe I de la loi modifiée du 24 décembre 2002 relative aux produits biocides. (dir2012/22/UE) (Mémorial A 31 du 26.2.2013)
- Règlement grand-ducal du 12 mars 2013 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 27 août 1997 concernant les préparations à base de céréales et les aliments pour bébés destinés aux nourrissons et enfants en bas âge. (dir2006/125/CE) (Mémorial A 52 du 21.3.2013)
- Règlement grand-ducal du 9 avril 2013 modifiant :
 - le règlement grand-ducal modifié du 15 décembre 1992 relatif à la mise sur le marché des médicaments ;
 - le règlement grand-ducal modifié du 19 novembre 2004 concernant la fabrication de médicaments, les bonnes pratiques de fabrication de médicaments et les bonnes pratiques de fabrication de médicaments expérimentaux à usage humain. (dir2011/62/UE et 2012/26/UE) (Mémorial A 75 du 22.4.2013)
- Règlement grand-ducal du 18 avril 2013 déterminant les modalités et conditions de fonctionnement du registre national du cancer et modifiant le règlement grand-ducal du 20 juin 1963 rendant obligatoire la déclaration des causes de décès. (Mémorial A 79 du 29.4.2013)
- Règlement grand-ducal du 16 mai 2013 portant modification de l'annexe I de la loi modifiée du 24 décembre 2002 relative aux produits biocides (dir2012.38.40.41.42.43) (Mémorial A 89 du 23.5.2013)
- Règlement grand-ducal du 14 juin 2013 modifiant le règlement grand-ducal du 24 décembre 1993 fixant les droits dus pour la mise sur le marché des médicaments. (Mémorial A 109 du 28.6.2013)
- Règlement grand-ducal du 9 juillet 2013 modifiant :

- le règlement grand-ducal modifié du 15 décembre 1992 relatif à la mise sur le marché des médicaments ;
- le règlement grand-ducal modifié du 1er mars 2002 relatif à la pharmacie hospitalière et au dépôt hospitalier de médicaments. (Mémorial A 124 du 18.7.2013)
- Règlement grand-ducal du 18 juillet 2013 réglementant l'exercice et les attributions de la profession d'assistant social. (Mémorial A 132 du 25.7.2013)
- Règlement grand-ducal du 18 juillet 2013 relatif aux produits cosmétiques. (Mémorial A 134 du 26.7.2013)
- Règlement grand-ducal du 30 juillet 2013 modifiant :
 - le règlement grand-ducal modifié du 14 décembre 2000 concernant la protection de la population contre les dangers résultant des rayonnements ionisants ;
 - le règlement grand-ducal du 3 mars 2009 relatif à la surveillance et au contrôle des transferts de déchets radioactifs et de combustible nucléaire usé. (Mémorial A 146 du 6.8.2013)
- Règlement grand-ducal du 27 août 2013 concernant la caractérisation, le transport et l'échange d'organes destinés à la transplantation. (Mémorial A 159 du 3.9.2013)
- Règlement grand-ducal du 18 octobre 2013 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 27 mai 1997 relatif à l'octroi des concessions de pharmacie. (Mémorial A 185 du 24.10.2013)
- Règlement grand-ducal du 18 octobre 2013 portant modification de l'annexe I de la loi modifiée du 24 décembre 2002 relative aux produits biocides. (Mémorial A 188 du 31.10.2013)
- Règlement grand-ducal du 26 novembre 2013 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 11 décembre 2003 concernant les compléments alimentaires. (Mémorial A 212 du 10.12.2013)
- Règlement grand-ducal du 27 novembre 2013 fixant les caractéristiques techniques et les modalités de conception des systèmes d'extraction ou d'épuration des fumoirs dans les débits de boissons et dans les locaux à usage collectif des établissements d'hébergement. (Mémorial A 204 du 29.11.2013)
- Règlement grand-ducal du 23 décembre 2013 portant inscription de substances actives à l'annexe I de la loi modifiée du 24 décembre 2002 relative aux produits biocides. (Mémorial A 7 du 16.1.2014)
- Règlement grand-ducal du 23 décembre 2013 modifiant le règlement grand-ducal du 14 mars 2007 relatif aux avertissements taxés et aux consignations en matière d'interdiction de fumer. (Mémorial A 228 du 27.12.2013)

3. Exécution de règlements grand-ducaux existants

- Règlement ministériel du 24 janvier 2013 portant adaptation au progrès technique des annexes II et III du règlement grand-ducal modifié du 30 juillet 1994 relatif aux produits cosmétiques. (Mémorial A 13 du 28.1.2013)
- Règlement ministériel du 5 février 2013 portant modification des annexes II et III du règlement grand-ducal du 30 août 2007 déterminant certaines exigences techniques relatives au don, à l'obtention et au contrôle de tissus et de cellules d'origine humaine. (Mémorial A 23 du 12.2.2013)

4. Dossiers Union européenne

4.1. Santé Publique

La proposition de directive sur les produits du tabac, sortie fin 2012, est certainement le texte qui a le plus marqué les travaux dans le domaine de la santé publique en 2013. Si, face au lobby très agressif de l'industrie du tabac, peu auraient parié sur un accord, c'est grâce à l'obstination de l'Irlande assurant la Présidence UE qu'un compromis a pu être trouvé in extremis lors du Conseil de juin. Les grandes lignes de cet accord ont pu être défendues par la Présidence lituanienne lors des négociations avec le Parlement européen dans la seconde moitié de l'année.

La proposition porte révision de la directive 2001/37. Elle contient des dispositions plus strictes

concernant les ingrédients des produits de tabac, les avertissements sanitaires ; elle prévoit l'extension du champ d'application à des produits nouveaux (e-cigarette et produits à base de plantes) et règle la vente par Internet ainsi que la traçabilité des produits de tabac pour endiguer le commerce illicite. La proposition reprend l'acquis relatif aux rendements maxima de goudron, nicotine, monoxyde de carbone, la notification des produits de tabac ainsi que l'interdiction de la vente du snus en dehors de la Suède.

Lors des négociations, le Luxembourg a particulièrement veillé à ce que le texte reflète un juste équilibre entre protection de la santé publique et possibles enjeux économiques. Des périodes transitoires concernant certains aspects de la directive (interdiction des cigarettes mentholées, apposition de timbres fiscaux) ont ainsi pu être négociées. Le Luxembourg s'est également opposé avec succès aux propositions visant à limiter l'importation de tabac à usage personnel lorsque les prix des produits du pays d'acquisition sont significativement moins élevés. La procédure d'adoption sera finalisée avant les élections européennes de 2014.

Dans le domaine de la préparation pandémique, les négociations entamées en 2012 sur la proposition de décision sur les menaces transfrontières graves pour la santé ont abouti en novembre 2013. Visant à assurer une coordination plus efficace entre Etats membres et avec la Commission dans le domaine de la préparation pandémique, ce texte revêt un intérêt particulier pour le Luxembourg alors qu'il donne une base légale au comité de sécurité sanitaire, établi au Grand-Duché, et qu'il en élargit le mandat.

Le Luxembourg a néanmoins été amené à faire une déclaration officielle dans laquelle il a regretté que, dans le cadre de l'évaluation des risques relatives aux menaces transfrontières graves pour la santé, les références aux comités scientifiques de la Commission, qui ont leur siège au Luxembourg depuis avril 2013, aient été supprimées de la version soumise pour accord au Conseil.

4.2. Produits pharmaceutiques

La proposition relative aux essais cliniques a connu des avancées remarquables en 2013. Poursuivant un but de simplification et de rationalisation des procédures de notification et d'autorisation, ce texte a bénéficié d'un soutien extrêmement large dès le début. Même si les questions épineuses ne manquent pas (délais des procédures d'autorisation et de validation, consentement informé et éclairé, indemnisation et protection des données personnelles des patients, questions éthiques), un accord a pu être dégagé fin 2013 avec le Parlement européen de sorte que ce texte devrait entrer en vigueur en 2014.

Par contre, les travaux sur la proposition dispositifs médicaux n'ont avancé que très lentement. Bien que les délégations aient toutes été d'accord pour dire qu'une révision de l'acquis est nécessaire afin de mieux régler la qualité de ces produits, le volume et la complexité technique de ce texte ont considérablement ralenti les discussions. Les principales pierres d'achoppement ont été les dispositions relatives à la démarcation des responsabilités des différents opérateurs économiques (fabricants, grossistes, détaillants), la surveillance après la mise sur le marché, surtout pour les produits à haut risque (classe III), mais aussi le retraitement (reprocessing) des dispositifs à usage unique. Le Luxembourg s'est opposé tout au long des discussions à l'idée d'une évaluation conjointe (par la Commission et les experts d'autres Etats membres) des organismes notifiés, jugeant celle-ci inutile dans la mesure où elle remet en cause le principe même de la reconnaissance mutuelle européenne.

Finalement, le dossier qui a le moins convaincu est la proposition relative à la transparence des mécanismes de fixation des prix et de remboursement de médicaments. La Commission n'a en effet pas réussi à rassembler un soutien suffisant autour de cette proposition, jugée comme étant trop favorable à l'industrie pharmaceutique. Ce dossier est dès lors condamné de tomber dans les oubliettes.

Le 26 juin 2013 fut présenté le règlement sur les redevances dues à l'Agence européenne des médicaments (« EMA ») pour la conduite d'activités de pharmacovigilance concernant des médicaments à usage humain. Ce texte vise à contribuer au bon fonctionnement du marché intérieur et à la surveillance commune des médicaments après leur mise sur le marché, plus concrètement en

assurant à l'EMA un financement suffisant pour lui permettre de mettre en œuvre la nouvelle législation en vigueur en matière de pharmacovigilance. Il s'agit en outre d'éviter le dédoublement de tâches et de redevances au niveau des autorités compétentes nationales et de l'EMA. Les principales discussions ont porté sur les montants à payer, si bien en ce qui concerne les redevances dues au fur et à mesure lors de nouvelles mises sur le marché de médicaments que pour la redevance annuelle, visant à couvrir le monitoring des activités de pharmacovigilance. La répartition équitable des redevances entre les différents niveaux étant un souci important des Etats membres. Un accord au Conseil est imminent.

4.3. Sécurité des denrées alimentaires

4.3.1. OGM

- L'autorisation à la culture du maïs 1507 de la firme Pioneer est soumise au Conseil pour avis. Ce maïs a été soumis au vote lors d'un comité permanent en 2009. La Commission n'a cependant par la suite pas procédé à son autorisation finale à ce moment. Un jugement de la CJ européenne datant de septembre 2013 oblige maintenant la Commission à finaliser cette autorisation.

Ce maïs présente deux caractéristiques. Il produit d'une part la toxine Cry1F afin de le rendre résistant à certains nuisibles, et il est d'autre part résistant au glufosinate d'ammonium. Le Luxembourg va devoir affirmer clairement son opposition à la culture d'OGM dans l'UE. Une position finale du Conseil est prévue pour février 2014.

- La modification de la directive de base en vue de l'interdiction ou la restriction sur le territoire national de la culture des OGM vise à résoudre la situation actuelle de blocage politique concernant l'autorisation de la culture des OGM en UE en proposant aux Etats membres de désharmoniser partiellement le processus actuel tout en maintenant l'évaluation des risques par l'EFSA et une procédure commune d'autorisation. La proposition initiale date de juillet 2010. Le dossier est bloqué à l'heure actuelle en raison du refus catégorique de DE, UK et FR qui considèrent la proposition incompatible avec les accords de l'OMC.
- Concernant le miel contenant du pollen en provenance de plantes OGM, 2013 n'a pas permis de modifier la législation de manière à tenir compte du verdict de la CJUE de septembre 2011. En effet, ce dossier est complexe aussi bien au niveau légal qu'analytique.

D'après le règlement sur la qualité du miel, le pollen n'est pas un ingrédient et ne doit donc pas figurer sur la liste des ingrédients. L'étiquetage en général et OGM en particulier n'est de ce fait pas applicable.

La recherche analytique des traces d'OGM dans le miel s'avère extrêmement complexe, sachant que déjà un miel ne peut pas contenir plus de 3% de substances autres (pollen, poils d'abeille etc.), les quantités à rechercher sont infimes. Le contrôle de la contamination sera donc quasi impossible à réaliser.

LU et HU continuent à demander un étiquetage des miels contaminés.

4.3.2. Denrées alimentaires destinées aux nourrissons et aux enfants en bas âge, les denrées alimentaires destinées à des fins médicales spéciales et les substituts de la ration journalière totale pour contrôle du poids

Le Règlement (UE) n° 609/2013 du Parlement européen et du Conseil a été publié le 12 juin 2013.

Il s'agit de denrées alimentaires destinées à satisfaire les besoins nutritionnels particuliers de catégories spécifiques de la population et notamment :

- les laits de croissance c.à.d. des laits destinés à des enfants âgés de plus d'un an que certains EM désirent réglementer afin d'éviter une prolifération de ce type de produits sur le marché. La nécessité même de ce type de produits est fortement contestée par un grand nombre d'EM qui sont néanmoins une réalité commerciale.
- l'intégration des aliments pour sportifs, produits qui suscitent des inquiétudes car pas toujours adaptés aux sportifs et parfois même dangereux essentiellement pour les jeunes, notamment en raison de

teneur élevée en caféine, la présence de substances méconnues, le dosage très élevé en vitamines et minéraux,....

- les substituts de repas où il faut distinguer les substituts de la ration journalière totale et les autres.

4.3.3. Proposition de règlement du Parlement européen et du Conseil modifiant les directives 1999/4/CE, 2000/36/CE, 2001/111/CE, 2001/113/CE et 2001/114/CE en ce qui concerne les compétences à conférer à la Commission

Les matrices concernées sont le café et extraits de chicorée ; le cacao et produits de chocolat ; certains sucres, les confitures et le lait concentré ou déshydraté. La refonte de ces directives en vue de les aligner sur le traité de Lisbonne a été présentée par la Commission en mars 2012. Le Conseil est parvenu à une orientation générale sur le texte en décembre 2012 (EPSCO).

Un accord a pu être obtenu en première lecture avec le PE en mai 2013.

4.3.4. Etiquetage des denrées alimentaires

Ce règlement, adopté en 2011 et qui sera partiellement applicable à partir de janvier 2014, prévoit une série d'actes délégués et d'exécution qui sont discutés au niveau des groupes d'experts.

2 actes délégués ont été négociés en 2013

- La définition des nanomatériaux
- L'étiquetage d'origine sur des viandes autres que le bœuf

4.3.5. Nouveaux Aliments / Clonage

La proposition de révision du règlement du Parlement et du Conseil concernant les nouveaux aliments, modifiant le règlement (EC) N° 1331/2008 et rappelant le règlement (EC) 258/97 et le règlement de la Commission (EC) N°1852/2001 reprenant la notion de clonage animal, de nanotechnologies et de produits non commercialisés en UE avant 1997 a échoué lors de la phase de conciliation entre le Parlement européen, la Commission européenne et le Conseil début 2011. La traçabilité du clonage est restée un point insurmontable.

Une nouvelle proposition a été publiée fin 2013 et n'inclut pas l'aspect clonage des animaux. Une proposition séparée sera présentée à ce sujet. La première lecture débutera en 2014.

02. eSanté

1. Mise en œuvre de la politique eSanté

En 2013, le Ministère de la Santé a pu accélérer la mise en œuvre de la politique eSanté au niveau national et pour 2014 les premiers services sont attendus en mode « préfiguration ». Des liens et collaborations sont en train d'être établis au niveau international.

« Santé en ligne », « eSanté », ou « eHealth » désigne l'utilisation d'outils et de solutions basés sur les nouvelles technologies de l'information et de la communication (TIC) dans le but de mieux utiliser les données médicales et de santé par un meilleur partage et échange d'information entre les acteurs du secteur de la santé et du social.

Le Luxembourg s'est doté d'un premier plan national eSanté en octobre 2006. La mise en œuvre de la politique eSanté s'est accélérée à partir de 2008-2009, avec la consolidation du HealthNet, la réalisation d'enquêtes de terrain et l'étude des préalables techniques, fonctionnels, organisationnels et financiers en vue de la réalisation d'une plateforme d'échange et de partage de données de santé.

La loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé a consacré, d'une part, la

mise en place d'une plateforme nationale de partage et d'échange de données de santé et, d'autre part, la création de l'Agence eSanté - Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé.

L'année 2013 a été marquée par la poursuite de la mise en place de l'Agence eSanté et la mise en œuvre du plan stratégique 2013-2015 adopté fin 2012 par l'Agence eSanté.

Une convention d'objectifs et de moyens pluriannuelle (années 2013-2015) a été élaborée et signée entre l'Agence eSanté, la CNS et l'Etat après accord du Conseil de Gouvernement en date du 12 juillet 2013.

Le Ministère et la Direction de la Santé ont accompagné activement les travaux de préparation de la mise en exploitation de la première brique infrastructurelle nationale par l'Agence eSanté. Ils ont ainsi participé à la procédure de marché public européen ayant choisi le consortium d'industriels chargé de réaliser une première version de la plateforme nationale d'échange et de partage de données.

Cette première version de la plateforme de services eSanté et du DSP proposera, d'une part, des services de base (plateforme d'hébergement hautement sécurisée, authentification...) incluant la possibilité pour le patient de connaître et de gérer les accès à son DSP. D'autre part, seront proposés les premiers services à valeur ajoutée, dont des services métier pour les professionnels (notamment dans le domaine de la biologie, de la radiologie et de la cancérologie) et des services orientés vers le patient (notamment l'expression des choix personnels en ce qui concerne par exemple le don d'organe). L'Agence eSanté mettra aussi à disposition des prestataires un service de messagerie sécurisée, ainsi que des applications métier de base à destination des prestataires n'ayant pas d'application métier connectable à la plateforme (solution GECAMED et solution métier pour petites structures).

Le Ministère participe à la gouvernance de l'Agence eSanté à travers les réunions du Conseil de Gérance.

Le Ministère et la direction ont assisté et continuent d'assister à de nombreuses réunions de travail sur de nombreux sujets (annuaires ; fiche de prévention ; pharmacie ; psy extrahospitalière ...). Le représentant du département de la Santé a présidé la Commission statutaire éthiques et déontologiques de l'Agence eSanté et la direction de la Santé y a activement collaboré.

Tant le Ministère de la Santé, que la Direction de la Santé, sont ainsi associés à de nombreuses réunions de travail en rapport avec la définition des services nationaux en cours de préparation, tels que l'application médecin référent, l'application don d'organes et les travaux préliminaires dans le domaine des médicaments.

A l'heure actuelle la majeure partie des composants de la plateforme ont été réceptionnées par l'Agence. Certains chantiers techniques restent en cours, mais avancent à un rythme soutenu.

2. Collaborations au niveau international

Le Ministère de la Santé a participé aux travaux eSanté au niveau européen, en tant que délégué national au réseau «santé en ligne» des autorités nationales responsables pour la politique eSanté («eHealth Network»). Ce réseau instauré par l'article 14 de la directive 2011/24/UE a notamment adopté des lignes directrices pour le contenu minimal du résumé patient électronique transfrontalier (guidelines on minimum/non-exhaustif patient summary dataset).

L'Agence eSanté a rejoint en 2013 le projet pilote européen epSOS. Le ministère a assisté dans ce contexte au lancement national et a accompagné ce projet au niveau national et au niveau européen. Fin 2013, la CNPD a donné son accord avec la conduite du pilote national epSOS et la plateforme mise en place par l'Agence eSanté a été reconnue comme respectant pleinement les exigences communes au niveau européen.

Le Ministère a participé avec l'Agence eSanté à deux réunions sur la thématique de l'eSanté organisées par le secrétariat général du BeNeLux et a participé avec l'Agence eSanté et le CTIE à une visite exploratoire à Tallinn (Estonie) coordonnée par Luxinnovation.

Au-delà des travaux au sein des instances et projets au niveau européen et du BeNeLux, l'accent a surtout été mis sur la recherche de partenariats avec les pays avec lesquels les flux de patients sont le plus répandus, soit au sein de la Grande-Région et, étant donné la présence d'une forte communauté portugaise, avec les autorités de ce pays.

Au niveau de la Belgique, des contacts ont eu lieu avec des représentants du SPF et des échanges en vue d'une collaboration potentielle ont été initiés avec la Région Wallonie et le Réseau Santé Wallon (RSW). Une première réunion de rencontre a eu lieu à Charleroi et une délégation du RSW a été accueillie au Luxembourg. De premiers échanges informels ont aussi eu lieu avec la Région Lorraine.

Une collaboration ciblée a finalement été initiée avec les autorités portugaises, notamment dans le cadre du projet epSOS. Une visite de travail est prévue pour 2014.

03. Organisme pour la Sécurité et la Qualité de la Chaîne Alimentaire

En 2013 le fonctionnement de l'OSQCA était assuré par 3 membres à tâche complète dont 2 agents dépendent directement de la direction du ministère de la Santé et dont 1 fonctionnaire y est délégué par l'administration des services vétérinaires. L'OSQCA compte 1 membre à tâche partielle qui est détaché de l'administration des services techniques de l'Agriculture. Fin 2013 un agent administratif supplémentaire a rejoint l'équipe de l'OSQCA sur un poste OTI (occupation temporaire indemnisée).

Le plan national pluriannuel de contrôles intégrés de la chaîne alimentaire (MANCP) et son rapport annuel exigés par le règlement (CE) n°882/2004, sont réalisés par l'OSQCA. Plusieurs fiches du MANCP décrivant les systèmes de contrôle en place ont été actualisées. Ce plan est accessible au public sur le site www.securite-alimentaire.lu. En 2013 la structure du rapport annuel intégré du MANCP a été profondément revue, chaque système de contrôle étant traité de manière indépendante rendant ainsi le rapport beaucoup plus clair et compréhensible. Ce rapport des contrôles officiels 2012 regroupe tous les contrôles réalisés dans le cadre du règlement (CE) 882/2004 ; dû au changement de la structure l'élaboration a mis plus de temps et il s'ensuit qu'il a été finalisé et envoyé à la Commission européenne en février 2014.

L'OSQCA est le gestionnaire au Luxembourg du système d'alerte rapide pour l'alimentation humaine et animale (RASFF) de la Commission européenne : <https://webgate.ec.europa.eu/rasff-window/portal/>. En 2013 un total de 3171 notifications ont été transmises via le système RASFF : 584 alertes, 1441 rejets aux frontières, 679 informations « pour attention », 429 informations « pour suivi » et 38 « news ».

Les notifications de la Commission européenne concernant le marché du Luxembourg reçues par l'OSQCA ont été transférées après une première évaluation du risque aux administrations compétentes concernées qui elles s'adressent aux exploitants pour prendre les mesures nécessaires et en assurer le suivi. On comptait 64 de ces notifications de produits provenant du marché européen dont 39 alertes, 7 informations « pour attention », 17 informations « pour suivi » et 1 news.

Vice-versa les différentes administrations luxembourgeoises ont déclenché 13 notifications originales du Luxembourg vers le RASFF via l'OSQCA : 5 alertes, 5 informations « pour attention » et 3 « informations pour suivi ».

On peut noter l'évolution suivante en ce qui concerne les notifications originales pour le RASFF issues du Luxembourg depuis 2005 :

LU	2005: 7	2006: 7	2007:10	2008 :11	2009 :16	2010 : 23	2011 :25	2012 :10	2013 :13
----	---------	---------	---------	----------	----------	-----------	----------	----------	----------

Dans sa mission de point de contact national du Luxembourg en matière de sécurité alimentaire pour la Commission européenne et en tant que point focal pour l'EFSA (European Food Safety Authority),

L'OSQCA a répondu à plusieurs demandes d'information de la Commission et de l'EFSA après concertation avec les administrations nationales. Il est l'interlocuteur-coordonateur entre les instances européennes internationales et les ministères, les administrations, les services ou les organisations scientifiques concernés.

Une autre mission de l'OSQCA est la coordination de la formation continue des agents chargés à procéder aux contrôles officiels ainsi que pour les agents agissant dans les laboratoires de sécurité alimentaire animale et humaine. Ceci concerne les formations nationales en collaboration avec l'INAP et les formations à niveau européen en collaboration avec la Commission européenne. Dans le programme INAP « Inspections et Laboratoires » ont ainsi été organisées 5 formations nationales spécifiques s'étendant entre 1 et 6 jours pour les agents du contrôle officiel. L'OSQCA a également collaboré à la mise en place de formations prévues par les administrations et destinées aux exploitants du secteur alimentaire ; ces formations sont assurées par les agents des administrations chargées de la mise en œuvre des systèmes de contrôle respectifs. A niveau européen, où l'OSQCA fonctionne comme point de contact national pour le programme « Better Training for Safer Food (BTSF) », programme piloté et supervisé par la Commission européenne et géré par l'Agence exécutive pour la Santé et les Consommateurs (EAHC), chaque service a envoyé un ou plusieurs agents à un total de 13 formations de cet éventail de plus en plus large.

L'Office alimentaire et vétérinaire (OAV) de la Commission européenne n'a pas réalisé de mission d'audit sur les systèmes de contrôles officiels en place au Luxembourg pendant l'année 2013.

Les membres de l'OSQCA ont représenté le Luxembourg à diverses réunions auprès de la Commission européenne, de l'OAV et de l'EFSA lors de groupes de travail ayant trait à la sécurité de la chaîne alimentaire. Il a aussi représenté le Luxembourg dans quelques réunions BENELUX.

On peut noter notamment les réunions relatives à la révision du règlement (CE) 882/2004 sur les contrôles officiels, au plan de contrôle national pluriannuel (MANCP), aux systèmes d'audits nationaux des administrations compétentes, au système d'alerte rapide (RASFF) et au programme « Better Training for Safer Food (BTSF) ».

L'OSQCA est représenté auprès de l'EFSA pour prendre part aux réunions des points focaux de l'EFSA et à celles traitant l'EFSA-IEP (information exchange platform). D'autres groupes de travail de l'EFSA auxquelles l'OSQCA a participé portent sur l'élaboration d'une base de données pan-européenne sur les habitudes de consommation de denrées alimentaires, sur la mise en place du « crisis simulation exercise de l'EFSA » et sur la discussion sur les « chemical occurrence data ».

L'OSQCA organise également des réunions nationales dans le but de renforcer la collaboration et la coordination entre les administrations impliquées dans le contrôle de la chaîne alimentaire. Ces groupes de travail sont composés de membres de l'OSQCA et de représentants des administrations concernées par le sujet traité. Les groupes de travail sur les sujets suivants ont été réunis en 2013 : priorités nationales, *Campylobacter*, résistance anti-microbienne, révision du règlement (CE) 882/2004 sur les contrôles officiels, SSD (standard sampling description), additifs-matériaux en contact.

6 réunions de comité de pilotage entre les membres de l'OSQCA et les directeurs et/ou les chefs de service des administrations compétentes ont eu lieu pour discuter du fonctionnement de l'OSQCA, des priorités actuelles, des stratégies à adopter et des activités de contrôle.

Tout au long de l'année l'OSQCA a également tenu à jour son portail internet www.securite-alimentaire.lu. L'OSQCA a traité ou redirigé vers les administrations compétentes toutes les réclamations, plaintes et demandes d'informations de citoyens en relation avec la sécurité alimentaire réceptionnées via un formulaire en ligne sur le site internet. Des fiches informatives pour le secteur ont également été publiées sur le site. L'OSQCA coopère étroitement avec l'union des consommateurs ULC et les informe de tout rappel de produit de la chaîne alimentaire. Lors des différents incidents alimentaires le portail internet sert de plus en plus de plateforme importante où les administrations peuvent insérer leurs informations destinées au public.

Chapitre II La Direction de la Santé

01	Secrétariat général
01.bis	Les programmes de dépistage du cancer
01.ter	Le Service des Statistiques
01.quater	Le Service Orthoptique et Pléoptique
01.quinques	Les Services Audiophonologiques
01.sexies	Le Service de la sécurité alimentaire
02.	La Division de l'Inspection Sanitaire (INSAN)
02.bis	Le Service de la Médecine de l'environnement
03.	La Division de la Médecine Curative
03. bis	Le Bureau du Contrôle de Qualité des Laboratoires (BCQL)
04.	La Division de la Médecine Préventive
05.	Division de la Médecine Scolaire
05. bis	Service de la médecine dentaire scolaire
06.	La Division de la Santé au Travail
07.	La Division de la Pharmacie et des Médicaments
08.	La Division de la Radioprotection
09.	Le Service d'action Socio-Thérapeutique

01. Le Secrétariat Général

Le secrétariat général assure la coordination des activités des différentes divisions et la liaison avec les services du ministère de la santé et les autres administrations de la santé. Il est chargé en outre de la planification sanitaire, des études statistiques, de la documentation et des relations internationales.

1. Information en Santé

Une partie importante des activités se concentre sur l'analyse statistique et épidémiologique des données permettant la description de l'état de santé de la population. Ces analyses servent à l'identification des priorités de santé publique dans le pays, à l'évaluation des programmes et projets en cours et à la réponse à de nombreuses demandes de données de santé nationales et

internationales.

Beaucoup d'efforts sont entrepris pour améliorer le système des données de santé, tant en ce qui concerne la qualité, le recueil, le traitement des données et la réalisation de rapports. Dans ce cadre les travaux suivants sont particulièrement à relever.

1.1. Surveillance de la santé périnatale

Le registre SUSANA (SURveillance de la SANTé autour de la NAissance), issu de l'ancien registre FIMENA (Fiche MEDicale de NAissance), est un système informatique de recueil de données développé en collaboration avec le CRP Santé, la Société Luxembourgeoise de Gynécologie et d'Obstétrique (SLGO), la Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois, la Société Luxembourgeoise de Pédiatrie, les médecins néonatalogues et l'Association Luxembourgeoise des Sages-femmes (comité de pilotage Perinat). En accord avec les recommandations d'EuroPeristat, projet européen de monitoring de la santé périnatale, ce système est depuis janvier 2009 fonctionnel dans toutes les maternités ainsi que les services de néonatalogie du pays ; il permet de recueillir des données relatives à la santé autour de la naissance chez les mamans et les nouveau-nés.

Lors d'une conférence le 18 décembre 2013 les faits marquants de l'année relatifs à la surveillance de la santé périnatale et maternelle au Luxembourg ont été présentés au réseau Perinat, composé par l'ensemble des acteurs de terrain.:

- Surveillance de la santé périnatale au Luxembourg sur les données 2012
- Résultats Euronéonet 2010-2011-2012
- Résultats PMA 2010-2011-2012
- Groupe de travail « césarienne » : état des lieux
- Changements pour la version du logiciel DIANE 2014

Dans le cadre d'une conférence de presse le 11 septembre 2013, les rapports suivants ont été présentés à la presse nationale :

Rapport de la surveillance de santé périnatale de 2001 à 2011 est publié avec les références suivantes :

- Kosmala M., Pütz J., Wagener Y., Weber G., Billy A., Couffignal S., Lair M.L., Lecomte A., 2013, « Surveillance de la santé périnatale au Luxembourg - de 2001 à 2011 », Ed. Ministère de la Santé

www.sante.public.lu/publications/sante-fil-vie/grossesse-maternite/surveillance-sante-perinatale-lux-2001-2011/surveillance-sante-perinatale-lux-2001-2011.pdf

Nous avons été largement sollicités pour l'élaboration des contributions luxembourgeoises du rapport européen de la santé périnatale, présenté par EuroPeristat en conférence de presse internationale le 27 mai 2013.

European Perinatal Health Report, rapport international rédigé dans le cadre du projet européen EURO PERISTAT, publié avec les références suivantes :

- Alexander S., Blondel B., Bouvier-Colle M.H., Dattani N., Delnord M., Gissler M., Macfarlane A., Mohangoo A., van der Pal K., Szamotulska K., Zeitlin J., Zhang W.H., 2013, « European Perinatal Health Report - the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010» Ed. EuroPeristat project with SCPE and EUROCAT

www.europeristat.com/images/European%20Perinatal%20Health%20Report_2010.pdf

Un groupe de travail « césarienne » « ad hoc » composé par des représentants de tous les acteurs de la santé périnatale au Luxembourg, ainsi que le CRP-Santé et la Direction de la Santé a développé, sur base de recommandations internationales existantes, des recommandations nationales en la matière, validées par la SLGO / Société Luxembourgeoise de Gynécologie et Obstétrique. Ces recommandations ont été soumises au Conseil Scientifique dans le domaine de la santé en vue de leur validation.

1.2. Surveillance de la mortalité

Le groupe de travail de la mortalité regroupe des collaborateurs du Secrétariat Général, du Service des Statistiques, de la Division de la Médecine Préventive et de la Division de la Médecine Scolaire avec l'objectif d'améliorer la déclaration, la codification, le traitement, l'utilisation et l'évaluation des données de mortalité nationales.

Ainsi ont été traitées et publiées les données relatives aux causes de décès de l'année 2012 en décembre 2013. Le texte introductif de ces données statistiques sur le site internet du ministère de la santé a été remanié.

La Direction de la Santé a contribué à des publications de documents nationaux et internationaux de référence en matière de mesure et d'évaluation de l'état de santé, dont notamment :

- OECD – Panorama de la santé 2013
- L'épidémiologie de la santé mentale chez les jeunes au Luxembourg - Ministère de la Santé et CRP-Santé (en cours de rédaction)
- Abeywickrama K.H., Becker M., Bock C., Capesius-Kisliakoff C., Dippel W., Golinska B., Groff P., Hammer G., Hansen-Koenig D., Hein T., Hornick L., Juchem J-P., Kieffer N., Knolle U., Lamy S., Pescatore P., Prost-Heinisch M-P., Scheiden R., Wagener C., Wagener Y., Weber G., Weber J., 2013, « Le cancer au Grand-Duché de Luxembourg - 1980-2009 - Approche méthodologique de l'enregistrement et évaluation des données épidémiologiques descriptives dans l'intérêt de la santé publique », Ed. Scheiden René et Abeywickrama Kamal - Laboratoire National de Santé, Registre Morphologique des Tumeurs
www.lns.public.lu/home/Cancer.html
- Hansen-Koenig D., Weber G., 2013, « Le cancer et la mortalité », Ed. Scheiden René et Abeywickrama Kamal - Laboratoire National de Santé, Registre Morphologique des Tumeurs, pages 299-306
www.lns.public.lu/home/Cancer.html
- Direction de la Santé, 2013, « Extrait des statistiques des causes de décès pour l'année 2012 », Ed. Ministère de la Santé, 31 p. ; téléchargeable en ligne sur
www.ms.public.lu/fr/activites/analyse-statistique/mortalite/registre-cause-deces-archive/2012/Extrait-des-statistiques-des-causes-de-deces-2012.pdf
- Direction de la Santé, 2013, « Statistiques des causes de décès pour l'année 2012 », Ed. Ministère de la Santé, 76 p. ; téléchargeable en ligne sur
www.ms.public.lu/fr/activites/analyse-statistique/mortalite/registre-cause-deces-archive/2012/Statistiques-causes-deces-2012.pdf
- Thomas A.-C., Lair M-L., Consbruck R., 2013, « Carte sanitaire 2012 - Grand-Duché de Luxembourg - 5ième édition », Ed. Ministère de la Santé, (contribution en qualité de fournisseur de données de mortalité en milieu hospitalier)
www.sante.public.lu/fr/actualites/2013/09/carte-sanitaire-2012/index.html

La collaboration étroite avec le STATEC permet de consolider l'exhaustivité et la qualité des données statistiques relatives à la mortalité fœto-néonatale et infantile.

Un échange technique avec les services du Laboratoire National de la Santé permet une importante amélioration de la qualité de nos statistiques de décès par cancer de l'utérus.

Des procédures standardisées de contrôle de qualité des causes de décès ont été élaborées et mises en place au cours de cette année. Il y a cependant lieu de préciser que leur implémentation n'est pas récente. La préparation et la rédaction d'un document de référence permet cependant de documenter les procédures de contrôle de qualité et de consolider leur standardisation.

L'intégration des mises à jour des règles de codification intégrées dans le logiciel de codification automatique Styx (d'usage depuis 2005) étant complexe, le Luxembourg se décide en 2010 à tester le nouveau système-logiciel « IRIS » développé dans le cadre d'une collaboration internationale entre la France, l'Allemagne, la Hongrie, l'Italie, l'Espagne, la Suède et les Etats-Unis d'Amérique. Ce

nouveau système présente plusieurs atouts majeurs : il est indépendant de la langue nationale utilisée ; de plus, l'intégration des mises à jour est beaucoup plus aisée.

Un protocole de recherche a été élaboré dont l'objectif est de mesurer l'impact de ce changement méthodologique (passage de Styx à Iris) et les éventuelles conséquences sur les tendances de la mortalité par cause. Au cours du 1^{er} semestre 2011, les causes de décès des certificats de décès furent toutes codées à l'aide des deux logiciels (STYX et IRIS) afin de mesurer l'impact du changement méthodologique. A partir du 1^{er} août 2011, l'ensemble des causes de décès sont codifiées à l'aide du seul logiciel IRIS.

De premiers résultats furent présentés à la conférence des utilisateurs du logiciel IRIS, à Cologne, à l'occasion de l'inauguration du IRIS Institute, en septembre 2012. L'ensemble des résultats sera publié dans le document suivant :

- Direction de la Santé, 2014, « Impact des modifications méthodologiques dans la codification des causes de décès sur les statistiques de mortalité au Luxembourg et évolution de la mortalité sur la période de 1968-1972 à 2008-2012 » », Ed. Ministère de la Santé, 83 p. (en cours de rédaction)

Dans le cadre des travaux préparatoires du futur Registre National du Cancer, un nouveau modèle de certificat de décès a fait l'objet d'une mise en annexe du règlement grand-ducal du 18 avril 2013 déterminant les modalités et conditions de fonctionnement du registre national du cancer et modifiant le règlement grand-ducal du 20 juin 1963 rendant obligatoire la déclaration des causes de décès. Ce règlement grand-ducal et ses annexes sont librement téléchargeables sur :

www.legilux.public.lu/leg/a/archives/2013/0079/a079.pdf#page=2

Le nouveau certificat de décès est entré en vigueur en date du 1^{er} juillet 2013 ; il est depuis lors d'usage obligatoire. Ce nouveau formulaire intègre les prescriptions internationales en la matière émanant de la Commission européenne par le biais du règlement européen n° 328/2011 concernant les statistiques des causes de décès. Les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé ont également été considérées et notamment la structure du modèle international du certificat médical des causes de décès.

1.3. Surveillance de la santé de la population générale

1.3.1. Enquête "European Health Interview Survey" (EHIS)

Le Secrétariat Général a participé en 2011 et 2012 aux travaux européens du groupe technique EHIS (European Health Information Survey), dirigé par Eurostat, visant à élaborer un règlement européen d'implémentation rendant le déroulement d'une enquête sur la santé de la population obligatoire dès 2014 dans tous les pays membres de l'UE. Ce projet de règlement d'implémentation a été adopté début 2013.

Au niveau national, l'organisation d'une telle enquête EHIS, collectant des données de santé et de comportement de santé auprès de 4000 personnes résidentes au Luxembourg et âgées au moins 15 ans a été préparée en étroite collaboration avec le CRP-Santé et le STATEC. L'enquête a été combinée à une enquête d'examen de santé EHES (European Health Examination Survey) pour les tranches d'âge de 25 à 64 ans en 2013. La collecte de données sur les personnes âgées entre 15 et 24 ans ainsi que ceux âgés de 65 ans ou plus a été prévue pour 2014.

Outre la production et l'analyse de données sur la santé de la population générale, cette enquête permettra d'analyser les premières données nationalement représentatives sur la consommation d'alcool et de drogues illicites dans la population résidente.

Les informations issues d'une telle enquête sur la santé de la population- conduite pour la première fois au Luxembourg avec une méthodologie et une envergure comparables- seront d'une importance primordiale pour la définition des priorités en termes de programmation sanitaire de prévention et de promotion de la santé, pour l'adaptation de l'offre des soins et pour l'évaluation de l'impact des programmes et actions de promotion et de prévention entrepris dans le passé.

1.3.2. Contribution au Rapport National Diabète 2000-2010

Le Secrétariat général a fourni toute une série de données utilisées dans l'élaboration d'un rapport sur la diabète, réalisé par le CRP-santé dont les résultats préliminaires étaient présentés le 17 janvier 2013. Nous participons au comité de relecture du rapport final et à la formulation des propositions de recommandations.

- Renard L., Bocquet V., Lair M-L., 2014, « Rapport National Diabète 2000-2010 », Ed. CRP-santé (en cours de rédaction).

1.3.3. Prévention du suicide

La Direction de la santé collabore aux travaux d'élaboration du programme de prévention suicide, dont a été chargé le Centre de Prévention et d'Information. Nous contribuons notamment à l'élaboration d'indicateurs relatifs à l'évaluation de la santé mentale de la population et à l'évaluation du futur plan national de prévention du suicide au Luxembourg. Ces travaux vont se poursuivre en 2014.

1.3.3. Divers

En collaboration avec la cellule d'expertise médicale de l'Inspection générale de la sécurité sociale a certaines améliorations de définitions et règles de codages ICD des causes de décès et leurs applications au domaine de la morbidité ont pu être implémentés, ce qui assure une plus grande cohérence et une amélioration qualitative des données compilées dans les deux domaines.

Participation à deux journées de formation à l'outil CCAM - classification commune des actes médicaux, organisée par la cellule d'expertise médicale nous a donc conviés.

1.4. Surveillance de la santé des jeunes

1.4.1. HBSC / Health Behaviour in School Aged Children

La Direction de la Santé participe depuis 1999 à l'enquête « Health Behaviour in School-Aged Children » (HBSC) et prévoit d'y participer pour la 4e fois en 2014.

Il s'agit d'une enquête transversale internationale multicentrique et multidisciplinaire de monitoring et de recherche sur la santé et le bien être ainsi que sur les comportements de santé des jeunes écoliers de 11, 13, 15 et 17 ans. Sa périodicité est de 4 ans.

La particularité de l'enquête est de considérer la santé et les comportements y relatifs dans le contexte social des jeunes. Son approche est multi-conceptuelle dans la mesure où la vue sur la santé des jeunes regroupe la dimension psychosociale des styles de vie, considérant les facteurs personnels ainsi que le support social pour expliquer les comportements de jeunes, la dimension épidémiologique identifiant des groupes à risque particulier et la dimension macrosociale permettant d'intégrer la politique et les structures sociales ainsi que le contexte scolaire général et particulier.

En 2013, les préparations pour le déroulement de cette enquête ont été organisées en coopération avec le Ministère de l'Éducation, de l'Enfance et de la Jeunesse et le CRP-Santé.

1.4.2. Epidémiologie de la santé mentale chez les jeunes

Suite aux importants travaux menés depuis 2008 dans le cadre du développement d'une stratégie nationale en faveur de la santé mentale des enfants et des jeunes au Luxembourg, des efforts ont été poursuivis pour la production d'un set national d'indicateurs permettant de mesurer l'état de santé mentale de la population cible et d'évaluer à long terme l'impact de la stratégie nationale sur cet état de santé mentale des jeunes dans les domaines suivants :

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------|
| - Indicateurs sociodémographiques | - Réseau social |
| - Evénements stressants majeurs | - Santé mentale positive |

- Expériences subjectives individuelles
- Morbidité générique
- Incapacités
- Offre, utilisation et demande de services
- Morbidité spécifique
- Mortalité

La collaboration étroite entre le CRP-Santé et la Direction de la Santé permettra la publication en 2014 de :

- Louazel V., Bejko D., M-L Lair, Wagener Y., Weber G., Kripler S., Bruch M., 2014, « La surveillance de la santé mentale des jeunes au Luxembourg - indicateurs 2012 - premier rapport national » (en cours de rédaction)
- Bejko D., Louazel V., Kripler S., Weber G., Wagener Y., 2014, « Risk factors for suicidal behaviour among school adolescents in Luxembourg - a cross-sectional survey » (en cours de rédaction).

1.5. Couverture vaccinale

1.5.1. Couverture vaccinale des enfants

La 4^{ème} enquête nationale de couverture vaccinale a été réalisée d'octobre 2012 et février 2013 auprès des parents d'enfants âgés de 25 à 30 mois résidants au Grand-Duché de Luxembourg. Elle constitue un outil d'évaluation indispensable pour le programme de vaccination des nourrissons.

Elle permet d'établir la situation vaccinale des nourrissons, d'en apprécier l'évolution après les enquêtes précédentes de 2007, 2002 et 1996 ; et de formuler des propositions pour des ajustements du programme de vaccination.

La couverture vaccinale contre le tétanos, la diphtérie, la poliomyélite, la coqueluche, l'*haemophilus influenzae* type b, l'hépatite B, les infections invasives à pneumocoque et les méningites à méningocoque C atteint 95%. La couverture contre le rotavirus est encore de 89% alors que le taux de jeunes ayant reçu les deux doses du vaccin contre la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle recommandées à cet âge n'atteint que 83.3%. Ceci semble surtout lié à un rattrapage tardif par la première dose booster, recommandée entre 15 et 23 mois d'âge. La première dose de ce vaccin combiné est administrée à 99% des enfants enquêtes montrant une grande volonté de vacciner.

Les âges minimaux et les intervalles inter-dose recommandés sont bien respectés pour les différents types de vaccin à l'exception de la date du rappel du vaccin contre les infections invasives à pneumocoque, changée en février 2011. Parmi le quart de jeunes vaccinés selon ce nouveau schéma, 65% ont reçu le rappel bien avant leur 12^e mois de vie lui conférant une protection probablement sous-optimale.

Le rapport sur la couverture vaccinale publié en décembre 2013 donne 8 recommandations pour améliorer le taux de vaccination chez les enfants et pour installer un suivi plus performant et direct de ce taux de couverture vaccinale. Il est librement téléchargeable en langue française sous : <http://www.sante.public.lu/fr/catalogue-publications/rester-bonne-sante/vaccinations/enquete-couverture-vaccinale-lux-2012/index.html>

1.5.2. Couverture vaccinale des adultes

Suite à une recrudescence de cas de rougeole et de coqueluche, le Conseil Supérieur des Maladies Infectieuses a demandé à la Direction de la Santé d'évaluer le taux de couverture vaccinale des adolescents et jeunes adultes en âge de procréation. A cette fin des préparatifs pour une enquête de couverture vaccinale spécifique à la coqueluche, prévue se dérouler en 2014 chez le personnel des crèches, ont été mis en œuvre ensemble avec le Service de Médecine au Travail Multisectoriel (STM). Une sensibilisation du personnel médical STM a également été agencée par la Direction de la Santé afin d'améliorer l'encodage de routine des cartes de vaccination des salariés vus en examen médical afin de pouvoir utiliser cette base de données pour une évaluation des différents taux de couverture vaccinale de la population active.

1.6. La surveillance des accidents

1.6.1. RETRACE / Recensement des accidents dans les services d'urgence hospitaliers

Dans le cadre de sa participation au projet JAMIE de l'organisation Eurosafe, réalisé avec le soutien de la CE, la Direction de la Santé a collaboré avec le CRP-Santé depuis 2011 dans l'implémentation d'un registre des accidents organisé dans les services d'urgence des 5 établissements hospitaliers participant au service de garde au Luxembourg. Le système de collecte de données sur les accidents nécessitant un passage aux services d'Urgence au Luxembourg se nomme RETRACE (Recueil des TRAumatismes et Accidents) au Luxembourg. Depuis janvier 2013 des données sont collectées en continu dans les 5 hôpitaux.

Deux niveaux de données sont recueillis au niveau des urgences par le personnel soignant et médical.

Un set de données minimal : **Minimum Data Set MDS**, est préparé dans 4 des 5 établissements hospitaliers. Des informations sur le type de blessure, la région corporelle atteinte, la cause, l'occupation au moment de la blessure, l'endroit de survenue et l'intention sont collectées. Ce système permet de renseigner sur la répartition des types d'accidents les plus fréquents, d'identifier des priorités d'action pour leur prévention et de cibler par des initiatives de sensibilisation des groupes de population spécifiquement à risque dans le souci d'une efficacité et d'efficience accrues. Ces mêmes résultats seront portés dans les communautés locales pour impliquer les communes et organismes de loisir (sport, jeunesse etc.) dans un souci de promotion en faveur de la sécurité et de prévention des accidents au niveau local. Les résultats de cette analyse seront aussi restitués aux établissements cliniques qui les recueillent pour leur utilisation dans les réflexions de planification des soins et d'évaluation des filières de prise en charge des urgences.

Un hôpital collecte un set de données complet : **Full Data Set FDS**, qui lui permet d'identifier plus en détail les causes et surtout les produits en cause sous-jacents à l'accident. Ces données se destinent à l'amélioration de la surveillance des produits et de protection du consommateur. C'est notamment dans ce sens que la Direction de la Santé est intervenue auprès des organismes nationaux et européens compétents en matière de surveillance du marché et de protection du consommateur pour défendre l'utilité d'une surveillance des accidents au niveau hospitalier et de pérenniser le projet JAMIE en tant qu'important outil de collecte de données durable sur les accidents au niveau national et international.

Au niveau national une conférence d'experts de la surveillance mais aussi de la prévention des accidents s'est déroulée le 25 juin 2013 en présence d'un grand nombre d'acteurs nationaux concernés. Cette conférence servait à la présentation de l'initiative nationale implémentée pour la surveillance des accidents dans notre pays, à l'information sur son utilité en terme de protection de la santé de la population et à la mise en réseau des utilisateurs et collaborateurs potentiels.

Un premier rapport méthodologique identifiant les possibilités d'utilisation des résultats et les travaux méthodologiques à effectuer pour améliorer la qualité des données a été rendu à la Direction de la Santé par le CRP-Santé début 2013. Au cours de l'année 2013 une partie de ces recommandations ont été implémentées par le CRP- Santé avec le financement du Ministère de la Santé et la continuation de cette amélioration continue de la qualité des données est prévue pour 2014.

Un premier rapport synthétisant les résultats exhaustifs du système RETRACE sur l'année 2013, fiables, valides et représentatifs du Luxembourg, sont attendus en 2014.

1.6.2. Statistiques sur les accidents de la voie publique

Le Secrétariat Général est représenté dans la Commission Nationale de Circulation et a participé aux travaux préparatoires en vue de l'implémentation d'un nouveau recensement des blessés graves et légers selon la nouvelle définition européenne. Ce projet est prévu être mis en œuvre dans l'UE dès 2014.

Dans le cadre de la coopération de la Direction de la Santé dans le programme « Global Status

Report on Road Safety » (GSRRS) de l'OMS-Europe, le rapport international 2013 est sorti. Il est librement téléchargeable sous :

http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2013/en/index.html

1.7. Monitoring de la consommation d'alcool

Afin de pouvoir estimer le niveau de consommation d'alcool de la population active résidente et transfrontalière, une adaptation du dossier médical du Service de Médecine au Travail Multisectoriel (STM) a été préparée ensemble avec la Direction de la Santé. Il a été proposé d'utiliser l'AUDIT C en routine pour évaluer la quantité et la fréquence de consommation avec les limites en grammes d'alcool proposées par l'OMS : consommation à risque moyen dès un seuil d'ingestion de 40g/jour pour les hommes et 20g/jour pour les femmes, consommation à risque élevé dès 60g/j respectivement 40g/j.

Pour cette évaluation de routine lors des examens d'aptitude des salariés, la table de correspondance des drinks standards, élaborée pour EHIS par la Direction de la Santé, sera mise à disposition.

En cas de niveau de consommation à risque moyen ou élevé le questionnaire CAGE pour le diagnostic de l'abus ou de la dépendance à l'alcool sera administré et documenté.

L'enquête développée en 2013 EHIS permettra en 2014-15 d'avoir les premières données représentatives sur la consommation d'alcool dans la population générale.

La Direction de la Santé a conseillé le CePT dans la préparation du questionnaire pour le projet Mag-Net2 de monitoring de la consommation d'alcool chez les jeunes dans la grande région. Ce projet permettra d'avoir une idée plus précise des modes et raisons de consommation des jeunes et de faire une comparaison internationale au niveau régional.

1.8. Lutte contre le cancer

Dans le cadre des travaux de préparation du « Livre blanc du cancer colorectal », le secrétariat général a été sollicité pour contribuer à la préparation des données statistiques permettant la mesure des indicateurs liés à un programme de dépistage du cancer colorectal (démographie, incidence, mortalité, actes de dépistage).

- Heckters K., Weber G., Wagener Y., Scharpantgen A., Hansen-Koenig D., 2013, « Livre blanc du cancer colorectal » Ed. Ministère de la Santé (en cours de publication)

Un groupe de travail national des différents acteurs de la lutte contre le cancer colorectal s'est réuni à l'automne 2013. A cette occasion ont été présentées les données les plus récentes (incidence, mortalité, dépistage, bench-marking international). Des propositions ont été faites en matière de recommandations relatives au dépistage, stratégie et actions de sensibilisation à mener dès 2014.

Parallèlement à cela, le secrétariat général a pu émettre un avis critique sur la Convention de transfert des données dans le cadre du Registre National du Cancer.

L'asbl Santé et Perspectives, à laquelle a été confiée la préparation d'un état des lieux de l'existant en matière de cancer au Luxembourg, a contacté le secrétariat général pour étudier la disponibilité de différents indicateurs de santé publique en relation avec un futur Plan National du Cancer.

1.9. La carte sanitaire

Dans le cadre des travaux préparatoires de la prochaine carte sanitaire 2012, le Secrétariat général a été contacté afin de contribuer à la préparation des chapitres relatifs à la démographie et l'état de santé. Le draft complet a également été soumis au secrétariat général pour relecture et corrections.

La carte sanitaire 2012 a été présentée à la presse le 18 septembre 2013 et ses différents fascicules sont disponibles en ligne et librement téléchargeable sur les pages internet suivantes :

- **Document principal** : www.sante.public.lu/publications/systeme-sante/politique-nationale-sante/carte-sanitaire-

[5e-edition-2012/carte-sanitaire-5e-edition-2012-doc-principal.pdf](#)

- **Fascicule 1** - Établissements hospitaliers du Grand-Duché de Luxembourg : [www.sante.public.lu/publications/systeme-sante/politique-nationale-sante/carte-sanitaire-5e-edition-2012/carte-sanitaire-5e-edition-2012-fascicule1.pdf](#)
- **Fascicule 2** - Recours à l'hospitalisation selon la Classification Internationale des Maladies : [www.sante.public.lu/publications/systeme-sante/politique-nationale-sante/carte-sanitaire-5e-edition-2012/carte-sanitaire-5e-edition-2012-fascicule2.pdf](#)
- **Fascicule 3** - Activités médico-techniques : [www.sante.public.lu/publications/systeme-sante/politique-nationale-sante/carte-sanitaire-5e-edition-2012/carte-sanitaire-5e-edition-2012-fascicule3.pdf](#)
- **Fascicule 4** - Focus sur des prises en charge spécifiques : transferts à l'étranger, rééducation et convalescence, gériatrie, soins palliatifs : [www.sante.public.lu/publications/systeme-sante/politique-nationale-sante/carte-sanitaire-5e-edition-2012/carte-sanitaire-5e-edition-2012-fascicule4.pdf](#)
- **Synthèse des observations et propositions** : [www.sante.public.lu/publications/systeme-sante/politique-nationale-sante/carte-sanitaire-5e-edition-2012/carte-sanitaire-5e-edition-2012-synthese.pdf](#)

1.10. Bases de données nationales et internationales

La Direction de la Santé livre annuellement des données statistiques, des indicateurs de santé et des métadonnées à différentes bases de données nationales et internationales.

Ainsi les principales bases de données bénéficiant de nos remises à jour sont :

- Annuaire statistique et Portail des statistiques du Luxembourg - STATEC :
 - Décès fœtaux
 - Maladies contagieuses déclarées
 - Suicides
 - Causes de décès
 - Concessions de pharmacies et pharmaciens
 - Etablissements hospitaliers
 - Médecins autorisés à exercer et en activité
 - Professions de santé
- Les statistiques européennes de la Commission européenne - Eurostat
 - Nouveau template pour la collecte des données sur les causes de décès selon les modalités décrites dans le règlement d'implémentation de la commission européenne (UE) n°328/2011
 - Evolution de la mortalité par lésions auto-infligées (pour le groupe européen d'experts en statistiques des causes de décès)
 - Élaboration de critères de qualité pour un système d'information sanitaire européen
 - Evaluation des indicateurs de santé de l'Union européenne - ECHI
 - Évaluation de la politique de diffusion et dissémination des résultats des Programmes Santé de l'Union européenne 2004-2008 et 2008-2014.
- Base de données « Santé pour tous » de l'Organisation Mondiale de la Santé - Région Europe
 - Données démographiques et socioéconomiques
 - Mortalité
 - Morbidité, handicap et diagnostics de sortie hospitalières
 - Habitudes de vie
 - Environnement
 - Utilisation des soins de santé et coût
 - Santé maternelle et infantile

- Organisation Mondiale de la Santé et UNICEF :
 - Communicable disease annual reporting
 - Joint reporting on immunization
 - Annual provision for requesting of cause-of-death statistics
 - Annual provision of hospital discharge data
 - Estimates of national immunization coverage
 - Rapport des activités d'éradication de la poliomyélite
 - Rapport des activités d'éradication de la rougeole et de la rubéole
 - Maternal mortality estimates
 - Neonatal mortality estimates
 - Child mortality estimates
 - Health 2020 targets, monitoring and indicators for WHO-Euro
 - Luxembourg country profile for non-communicable diseases
 - Population et décès par sexe et âge de 1998 à 2012
- OCDE - Panorama de la Santé 2013 via l'Inspection Générale de la Sécurité Sociale
 - Membre du comité de relecture du draft du document « Health at a glance - 2013 »

1.11. Participation aux projets et groupes de travail européens

Le secrétariat général représente le Luxembourg dans un certain nombre de groupes de travail et de projets européens dont voici une liste non exhaustive des plus significatifs :

- Comité de Santé Publique du Programme de Santé Publique 2008-2013
- Groupe des Points focaux nationaux du Programme de Santé Publique 2008-2013
- Groupe d'experts en information de la santé
- Groupe de travail sur les Statistiques de la santé publique
- Groupe technique « Enquêtes de Santé »
- Groupe technique « Causes de décès »
- Groupe technique « Morbidité liée au diagnostic »
- Groupe de travail du projet sur la Santé périnatale - PERISTAT
- Groupe de travail du projet sur les indicateurs de santé - ECHIM
- WHO Health registration and Implementation of ICD - questionnaire for Luxembourg
- Travaux sur les amendements du Parlement européen et du Conseil européen au futur 3ième Programme Santé 2014-2020
- WHO's Department of Immunization, Vaccines and Biologicals survey on needs assessment
- Survey on structural features of insurance-base health systems in Europe
- Euro Hepatitis Care Index pour Health Consumer Powerhouse
- Euro Pancreas Cancer Index pour Health Consumer Powerhouse

1.12. Réponses aux demandes de données statistiques et de métadonnées

L'intérêt de tous secteurs confondus (privés, professionnels, chercheurs, médias, responsables, décideurs politiques) pour l'épidémiologie et la santé publique semble continuer à croître. Ainsi cette année encore, différents domaines (liste non exhaustive) ont requis d'effectuer des recherches de métadonnées et de données statistiques :

- Mortalité foetale et infantile
- Statistiques des décès des enfants, adolescents et jeunes adultes résidents au Luxembourg et

décédés à l'étranger

- Mortalité maternelle
- Indicateurs de santé publique relatifs à l'environnement
- Cancer de la peau au Luxembourg et en Europe
- Méthodes de codification des maladies et problèmes de santé connexes
- Méthodes de codification des soins de santé primaire
- Incendies et décès y relatifs
- Screening du cancer du sein sur population générale
- Incidence des cancers colorectaux in situ
- Hypotrophie du nouveau-né
- Les mères mineures
- Naissances au Luxembourg selon le pays de naissance de la mère
- Évolution du poids et de la taille à la naissance
- Mortalité par suicide
- Suicide chez les personnes âgées
- Inégalités en matière sociale et de santé
- Tabagisme, incidence et mortalité par cancer du poumon
- Médecins déclarant les décès
- Maladies de civilisation : maladies de l'appareil circulatoire - maladies cérébro-vasculaires - infarctus du myocarde
- Démographie, âge médian, espérance de vie, PIB
- Démographie et handicap
- Surgeries and procedure rates in Luxembourg and Europe
- Causes de décès liés à la consommation du tabac
- Statistiques « santé » pour les besoins de la charte sociale européenne
- Mortalité accidentelle chez les moins de 25 ans pour le rapport national « Droits des enfants »
- Mortalité par cancer colorectal
- Organisation des soins de santé au Luxembourg
- Soins vétérinaires au Luxembourg
- Formation interuniversitaire en hygiène hospitalière et reconnaissance au Luxembourg
- Evolution du calendrier vaccinal
- Indicateurs et métadonnées relatifs à la tuberculose
- Taux de couverture vaccinale contre l'hépatite B
- Toxicomanie (drogues, tabac, alcool et médicaments)
- Multiple sclérose en plaques
- Évolution des aides-soignants par secteur d'activités (secteurs intra- et extrahospitalier ainsi que long séjour)
- Arthrite rhumatoïde
- Absentéisme au travail
- Accès aux soins et aux hospitalisations selon la nationalité et le pays de résidence
- Cancer chez les personnes mineures (enfants et adolescents)
- Prématurité du nouveau-né et les décès y liés
- Mortalité par causes infectieuses et parasitaires au Luxembourg et en UE
- Taux standardisé de mortalité par cancers du poumon, du côlon et du sein en OMS-Euro

- Taux de natalité et de mortalité maternelle au Luxembourg
- Incidence et mortalité par cancer pancréatique au Luxembourg
- Statistiques sur la nomenclature des activités économiques dans le secteur santé et social
- Activité physique
- Santé et bien-être à l'école
- Couverture vaccinale des adultes

01.bis Les programmes de dépistage du cancer

1. Programme Mammographie, détection précoce du cancer du sein par mammographie (PM)

1.1. Roadmap «Sein» 2012-2015 : mise en œuvre des recommandations de l'audit 2010-11

La mission du CodAc est d'assurer la gouvernance du plan global de mise en œuvre des recommandations, c'est à dire le cadrage, l'accompagnement et le suivi des divers acteurs et partenaires concernés durant les années 2012-2015 par la mise en œuvre de la Roadmap Sein.

En 2013, le Comité d'Accompagnement (CodAc) de la Roadmap «Sein» s'est réuni 4 fois. La Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois, la Direction de la Santé, la Société Luxembourgeoise d'Oncologie et un délégué de la Conférence Nationale des Conseils Médicaux des établissements hospitaliers sont y représentés. Les sociétés luxembourgeoises de gynécologie-obstétrique et de radiologie ayant décidé de surseoir leur participation aux réunions du CodAc, ils n'ont pas contribué aux travaux du CodAc.

Au cours de l'année, le CodAc a finalisé un questionnaire qui porte sur l'année 2013, adressé aux directions des établissements hospitaliers, constituant la base de la documentation des variables structurelles (équipement, ressources humaines, etc...), procédurales (existence de divers processus...) et de résultats (nombre, volume d'activité...) en rapport avec la Roadmap. Ce questionnaire constitue en outre un instrument de mesure destiné à guider les établissements désireux d'atteindre les objectifs définis par la Roadmap, c'est-à-dire d'atteindre un niveau de performance correspondant aux standards internationaux pour la prise en charge de la pathologie mammaire. Afin de faciliter l'encodage des données, le CodAc a porté une attention particulière aux déploiements des registres hospitaliers du cancer au sein des établissements et du Registre National du Cancer, ceux-ci offrant une base documentaire solide pour le recensement interne de leur activité.

Un rapport global d'avancement de la Roadmap «Sein» 2012-2015 a été rédigé. Celui-ci est basé sur les fiches de cadrage thématiques établies en 2012, et décrit la situation en fonction des objectifs annuels prédéfinis: Programme Mammographie, imagerie de dépistage et de diagnostic, suivi oncologique, soins de support, RCP, anatomie pathologique et chirurgie. Ce rapport a été présenté au Ministre fin 2013.

Malgré le retard observé dans l'atteinte des objectifs 2012, la mise en place du système de gouvernance de la Roadmap est à ce jour accomplie, clôturant ainsi la phase 1 prévue pour la mise en œuvre de cette dernière.

1.2.2. Roadmap «Sein» : recommandations concernant le Programme Mammographie et mise en route

Publication dans le mémorial A; N° 225, 27 décembre 2013. Le cumul de l'examen échographie de seins et de la mammographie (même séance et même lieu) réalisée en dehors du programme de dépistage du cancer du sein est réservé aux médecins spécialistes en radiodiagnostic. L'indication de l'examen échographique doit clairement ressortir du rapport d'interprétation de la mammographie. Les 2 procédés donnent lieu à des rapports structurés utilisant une classification professionnelle

internationale du BIRADS.

<http://www.legilux.public.lu/leg/a/archives/2013/0225/a225.pdf>

Par ailleurs, le volume de lecture par radiologue premier lecteur doit atteindre 1000 mammographies en 2013, pour le maintien de l'agrément par la CST.

1.3. La Commission Scientifique et Technique (CST)

La Commission Scientifique et Technique s'est réunie 1 fois en 2013. Les membres de la CST ont validé, chapitre par chapitre, la mise à jour du «Guide de Bonnes Pratiques, Programme de dépistage du cancer du sein par mammographie au Grand-Duché de Luxembourg, édité en 2006». La version électronique sera disponible en 2014.

Selon la directive européenne sur les droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers, (2011/24/EU), les membres de la CST considère que chaque femme pourrait recevoir directement le résultat de sa mammographie de dépistage. La procédure de communication avec le médecin doit être rediscutée. Ce changement éventuel ne pourrait être effectif que dans le cadre de la mise à jour du logiciel RIS du PM, souhaitée courant 2014.

Les collaborateurs du PM sont membre des groupes de travail suivants : CodAc, Femmes à risques, RNC, DMC, Prone table et Breast Care Nurse.

Sur avis de la CST, 2 ATM ont eu leur agrément initial en remplacement d'une plage vacante dans leur centre de radiologie.

1.3.1. La formation continue

La formation continue organisée par le PM a été axée pour les ATM sur les lésions élémentaires en mammographie, le registre national du cancer et le flux des données dans le RIS/PACs.

L'équipe du Programme Mammographie a participé à des congrès sur le dépistage et le traitement du cancer du sein au Luxembourg et à l'étranger, totalisant au moins 5 jours de formation continue pour les responsables.

1.3.2. Etudes rétrospectives

Les indicateurs précoces sont calculés /+6 mois par radiologue lecteur (taux de rappel et activité de lecture ...) et communiqués à chacun.

L'étude sur les cancers d'intervalle 2007-2010 a commencé en août 2012 par la collecte des dossiers, en collaboration avec le LNS. Cette étude se poursuit en 2014.

1.4. Actions de sensibilisation en 2013

Au cours de l'année 2013 des cours ont été donnés dans les Lycées Techniques pour Professions de Santé sur le dépistage et le traitement du cancer du sein. Le Ministère de la Santé a assuré le patronage au «Broschkriibslaf 2013» et lors de la conférence et workshop «Comment parler à mes enfants du cancer» organisés par Europa Donna Luxembourg. Deux conférences concernant la prévention, modes de vie sains et les programmes de dépistage précoce des cancers notamment le cancer du sein, ont eu lieu lors de la journée d'orientation de l'Office Luxembourgeois de l'Accueil et de l'Intégration (OLAI).

Deux stands d'information sur la prévention et dépistage des cancers ont eu lieu lors de la Journée Santé Kirchberg et lors de la Journée Santé Clearstream.

Projet de classe au Lycée Technique de Profession de Santé: supervision d'un travail de fin d'études " l'autopalpation des seins".

1.5. Evaluation épidémiologique du PM

Résultats préliminaires 2013

1.5.1. Ressources humaines, structures de dépistage et activité

Données 2013	Nombre
Mammographies effectuées	17 839
Centres de dépistage agréés	5
Radiologues agréés, 2013	14
Assistants techniques médicales agréées	23
Lectures annuelles par radiologue (14 radiologues)	873 à 2 405
Lectures annuelles par 2ème lecteur (3 lecteurs)	12 354 / 3 499 / 1 773

1.5.2. Activité de dépistage

	2010	2011	2012	2013
Nombre d'invitations envoyées	26 017	31 043	24 794	31 819
Nombre de femmes ayant participé	14 586	16 440	17 819	17 839
Taux d'activité % *	56.1	52.9	71.9	56.1
Taux de participation %**	62.0	66.7	63.9***	fin 2015
Taux de rappels pour examens diagnostiques complémentaires (N) (%)	806 (5,5)	1 028 (6.3)	1 076 (6.0)	1 070 (5.9)

Taux d'activité (année) :** nombre de femmes dépistées durant l'année considérée/nombre de femmes invitées. *Taux de participation (vague) :** nombre de femmes dépistées dans les 2 ans après leur invitation /nombre de femmes invitées ***** Résultat préliminaire.**

Participation: De 2010 à 2013, 113 676 invitations ont été envoyées par la CNS et 66 684 mammographies de dépistage ont été réalisées. Sur ces années le taux d'activité frôle les 60% (58.66), le taux de participation (par vague) est de 64%.

Le taux de mammographies réalisées hors Programme Mammographie, (dépistage individuel et diagnostic) pour le groupe cible des femmes âgées de 50 à 69, s'élevait à 8% en 2011, à 9,6% en 2012 et en 2013 à 7,4% (résultats préliminaires).

Réinvitations : Sur 14 360 femmes ayant reçu un rappel d'invitation à 3 mois, le taux de participation se situe pour 2013 à 28%

Délai entre la date de la mammographie et l'envoi du résultat : notamment grâce au passage au numérique, le délai entre la réalisation de la mammographie de dépistage et l'envoi du résultat au médecin a pu être réduit en 2013 à une semaine pour 92,6% des dossiers, troisième lecture comprise. En 2006, 98% des résultats étaient envoyés dans un délai de 2 semaines.

Le taux de rappel pour bilan : le taux de femmes rappelées pour bilan complémentaire est de 5.5 % en 2010, 6.3% en 2011, 6.0 % en 2012 et 5.9% en 2013.

Nombre d'examens cliniques : le nombre de bons E20 (examen clinique réalisé et enregistré) renvoyés au PM par les médecins traitants est de 81.6 % des dossiers en 2010, 78.20 % en 2011, 77.30 % en 2012* et 60% en 2013* (*données préliminaires par vague de 2 ans).

1.5.3. Indicateurs de qualité

Le taux des cancers de bon pronostic :

- le nombre total de cancers détectés est de 97 (6,7‰) en 2010, 123 (7,5‰) en 2011 et de 120 (6,7‰) en 2012* (données préliminaires).

- en 2010, la proportion de cancers de $\leq 10\text{mm}$ est de 36.2% des cancers invasifs. Elle est de 34.3 % en 2011 et de 27.1 en 2012* (données préliminaires).
- la proportion de cancers non invasifs est de 14% en 2010, 17.1% en 2011 et de 10.8% en 2012 (données préliminaires).

Ces indicateurs précoces d'efficacité sont conformes aux normes préconisées par les «European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis», 4th ed.

Nombre et type de cancers	2010	2011	2012	Acceptable	Souhaitable
N total de cancers du sein détectés	97	123	120		
N de femmes avec cancer détecté	93	121	118		
N de cancers bilatéraux	4	2	2		
Taux de détection /1000 femmes dépistées	6,2	7,4	6,8		
N de cancers in situ	13,4	17,2	10,7	10%	10-20%
N de cancers invasifs	80	102	107		
% de cancers invasifs	86,0	82,9	89,2		
N d'autres cancers	4	0	0		
N de cancers invasifs $\leq 10\text{ mm}$ (T1a et T1b)	27	35	31		
% de cancers invasifs $\leq 10\text{ mm}$ (T1a et T1b)	33,7	36,1	30,1	$\geq 25\%$	$\geq 30\%$
N de cancers invasifs $< 15\text{ mm}$	52	59	56		
% de cancers invasifs $< 15\text{ mm}$	65,0	60,8	54,4	50%	$> 50\%$
N de cancers invasifs NO	59	76	79		
% de cancers invasifs NO	73,8	74,5	74,5	70%	$\geq 75\%$

2. Dépistage du cancer de la peau

En 2011, le cancer de la peau a été le second cancer la plus fréquent chez l'homme et la femme, après le cancer de la prostate chez l'homme et le cancer du sein chez la femme. Suivent le cancer colorectal puis le cancer du poumon.

En 2011, 584 nouveaux cancers de la peau ont été détectés, dont 356 (61%) étaient des cancers invasifs et 228 (39%) des cancers in situ. Parmi les 356 cancers invasifs, 90 cas (25%) étaient des mélanomes malins. Parmi les 228 cancers «in situ», 51 cas (22%) étaient des mélanomes.

Environ un mélanome sur 4 a été dépisté à un stade précoce (mélanome in situ) (Registre morphologique des tumeurs, RMT), ce qui pourrait être lié aux campagnes de sensibilisation en faveur du dépistage. En 2011, 12 personnes sont décédées d'un cancer de la peau (Direction de la Santé, causes de décès).

2.1. Nombre de nouveaux cas de cancer de la peau

	2008	2009	2010	2011
Tumeur de la peau (hors MM)*	207	202	260	266
Mélanome malin	90	94	126	90
Carcinome in situ	194	158	178	177
Mélanome malin in situ	38	51	54	51
Total des tumeurs malins de la peau (hommes et femmes)	529	505	618	584

*hors MM-Mélanome Malin Source : Registre Morphologique des Tumeurs (en italique taille plus petite)

2.2. La campagne de sensibilisation

La campagne Euromelanoma est une action européenne de prévention pour informer le public des risques liés au soleil et l'inciter à réagir rapidement devant toute lésion suspecte. Elle est réalisée simultanément dans 30 pays.

Au Luxembourg, cette campagne qui se déroule toujours au cours du mois de mai, est organisée par le Ministère de la Santé conjointement avec la Société Luxembourgeoise de Dermato-Vénéréologie et la Ligue médico-sociale.

Pour la campagne 2013, un tableau présente les 4 types de lésions pigmentées les plus fréquentes, allant de la kératose actinique au mélanome en passant par les carcinomes basocellulaires et spinocellulaires. Le message clé de la campagne était exprimé comme suit : "Apprenez à contrôler votre peau. Les cancers de la peau sont visibles, bien connaître sa peau peut faire la différence. Examinez votre peau régulièrement.»

Euromelanoma a mis à disposition le lay-out avec le texte en anglais ainsi que les photos de la nouvelle campagne; les traductions (fr, pt et all), l'impression et la diffusion des flyers et des cartes postales dans ces 4 langues ont été à la charge de la Direction de la santé.

Une conférence de presse a été organisée avec tous les acteurs dans ce domaine le 22 mai pour présenter la campagne, laquelle a été diffusée sur borne tactile également.

Une campagne de sensibilisation a été menée auprès du corps médical et des pharmacies. La borne tactile a été exposée au CHL, lors d'une journée de prévention «Cancer de la peau», le 3 juin 2013.

Le samedi 25 mai, (début des vacances de Pentecôte, et jour de nombreux départs), une journée d'information a eu lieu à l'aéroport de Luxembourg en collaboration avec Lux Airport S.A. et la Société de dermatologie. Le but principal était de sensibiliser les voyageurs aux bienfaits et aux effets délétères de l'exposition aux rayons UV. Des flyers et casquettes ont été distribués et les dermatologues ont donné des conseils. Le jeu de soleil et la borne tactile étaient également présentés.

A l'occasion de la journée Euromelanoma, le 10 juin 2013, 12 dermatologues de la Société Luxembourgeoise de Dermato-Vénéréologie (SLDV) ont offert des consultations gratuites dans les locaux de la Ligue médico-sociale à Luxembourg, Esch-Alzette, Ettelbruck et Grevenmacher. Lors de cette journée, 150 personnes ont profité de cette consultation dite préventive.

Le Ministère de la Santé, en collaboration avec le Ministère de l'Education nationale et de la formation professionnelle et l'asbl. «Mennien» a lancé une campagne de sensibilisation au sujet : «Mir schützen eis géint Sonn». L'asbl. a créé 3 «Sunnyboxes», boîte interactive contenant des informations concernant l'exposition au soleil. Le matériel est destiné aux élèves des cycles 1 et 2 de l'école fondamentale. Le «Pixie Buch, Sechs Freunde und die Sonne» édité par le MS y est inclus. L'histoire «Comment se protéger des effets délétères du soleil» est racontée par les six animaux: Sonni, Rosi, Jack, Hanna, Susi et Oswald. L'asbl. est responsable de la communication du projet via les présidents des écoles fondamentales et la gestion des commandes. La réservation de la «Sunnybox» se fait par les instituteurs (trices) de l'école fondamentale en ligne www.sunnybox.lu. Le MS offre le service de la logistique pour servir le Sud du pays. Pendant l'année scolaire 2012-2013, la «Sunnybox» a été réservée, chaque fois pendant une semaine, 18 fois pour le cycle 1 et 8 fois pour le cycle 2. Plus de 960 élèves de 63 classes dans 26 différentes écoles fondamentales ont participé au projet.

Par des actions sportives comme Bike4 Life, le 4 mai, la Mennien asbl. a organisé des courses de mountainbike pour les très jeunes et les adultes, afin de récolter des fonds pour financer le projet Sunnybox. Le MS soutien cette action par un stand d'information «Soleil ami ou ennemi» avec des animations pour enfants, entre autre le puzzle «jeu du soleil».

Projet de classe au Lycée Technique de Profession de Santé: supervision d'un travail de fin d'études sur la prévention du cancer de la peau.

Dans le cadre du projet national de sensibilisation: «Soleil ami ou ennemi 2012-2016», 10 jeux de table, se basant sur le jeu en format puzzle de l'association française «vivre le soleil» ont été développés. Le groupe cible sont les élèves de l'école fondamentale et les enfants dans les maisons relais.

3. Prévention du cancer du col de l'utérus

Le programme national de vaccination contre le HPV s'adresse aux jeunes filles âgées de 12 à 13

ans. A l'échéance de leur 12ème anniversaire, les jeunes filles reçoivent une invitation personnalisée à se faire vacciner. Les adolescentes de 13 à 18 ans peuvent bénéficier également de cette vaccination dans le cadre d'un programme de rattrapage.

Sur les années 2011 et 2012, 1 520 filles ont eu une vaccination complète, c'est-à-dire 3 doses. Parmi ces 1520 filles, 76% sont âgées entre 12 -15 ans et 24% entre 16 et 18 ans. Durant cette même période, 5 556 filles ont eu au moins une dose du vaccin.

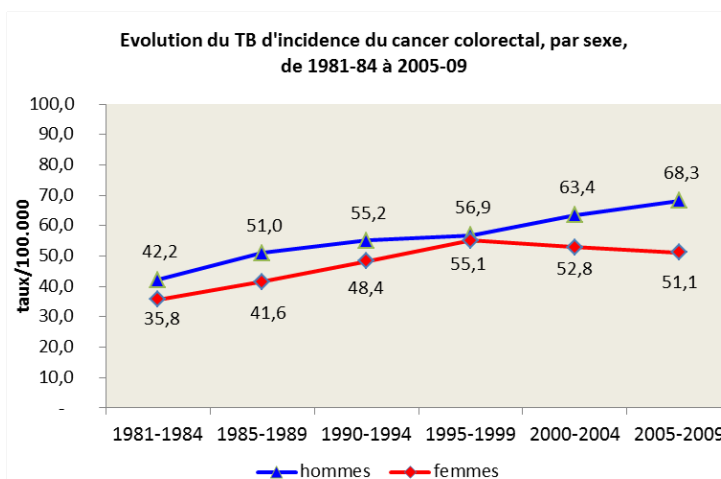
Pour l'année 2013*, les résultats sont encore préliminaires: 749 filles ont eu une vaccination complète. Parmi ces 749 filles, 73% sont âgées entre 12 et 15 ans et 27% entre 16 et 18 ans. Durant cette même période, 2 875 filles ont eu au moins une dose du vaccin.

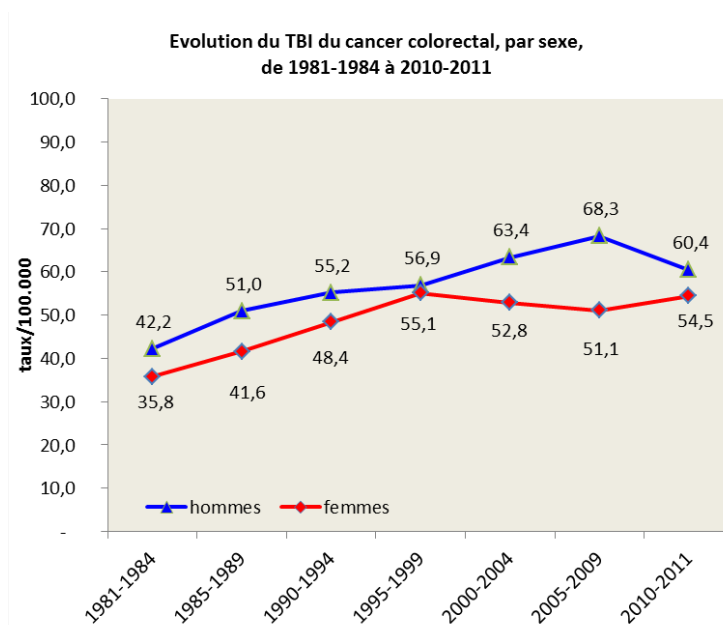
En 2012 ce programme a engendré un coût de 765,907 Euro et pour 2013 un chiffre préliminaire de 602,415 Euro est avancé. Ce montant est remboursé à la CNS par le Ministère de la Santé.

Ces données proviennent du remboursement des vaccins HPV ayant été obtenues sur ordonnance médicale dans les pharmacies luxembourgeoises.

4. Prévention du cancer colorectal

En 2013 nous avons réalisé une actualisation épidémiologique de l'état des lieux du Cancer colorectal au Luxembourg. A cet effet des données ont été récoltées pour évaluer le taux brut d'incidence, le taux brut de mortalité et les actes en colonoscopie..



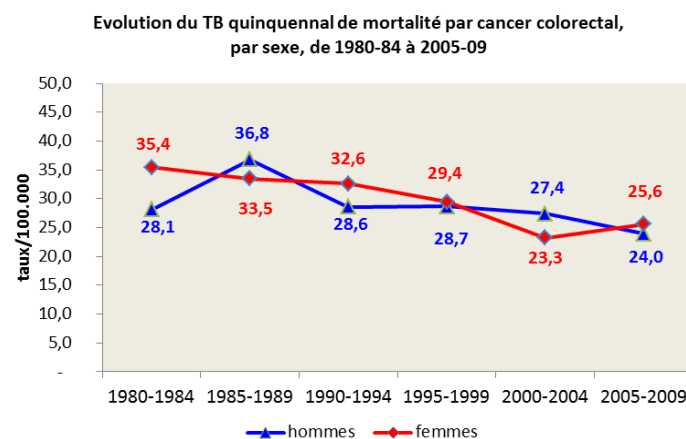


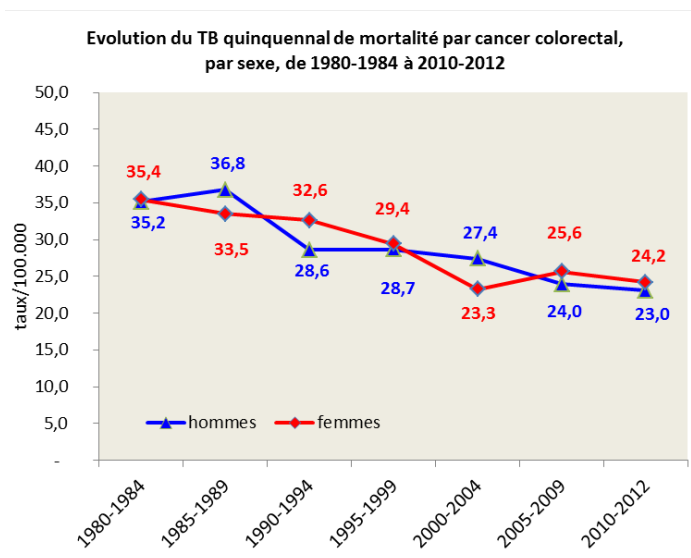
Sources : RMT

Comme le montre ce graphique, on constate depuis début 1980 une augmentation des taux bruts de l'incidence du cancer colorectal et ce pour les deux sexes. Pour les hommes le taux le plus bas est de 42,2/100 000 pour les années 1981-1984 arrivant à un maximum de 68,3/100 000 pour la période de 2005-2009, pour ensuite redescendre à 60,4/100.000 en 2010-2011.

Concernant les femmes, le taux de 35,8/100 000 entre 1981-1984 a augmenté à un taux maximum de 55,1/100 000 dans les années 1995-1999, diminuant à 51,1/100 000 lors de la période de 2005- 2009, pour remonter à 54,5/100.000 en 2010-2011.

De 1981-1984 à 2010-2012, les taux bruts d'incidence du cancer colorectal présentent chez les femmes et chez les hommes une très nette tendance à l'augmentation avec l'âge.





Sources : Direction de la Santé, Service des statistiques

De 1980-1984 à 2005-2009, une baisse importante du TBM (taux brut de la mortalité) par cancer colorectal est mesurée chez les hommes, tous âges confondus : ce TBM étant de 35,2 / 100 000 en 1980-1984, il diminue de 34,5% pour se situer actuellement en 2010-2012 à 23,0 / 100 000.

De 1980-1984 à 2005-2009, une baisse importante du TBM (taux brut de la mortalité) par cancer colorectal est également mesurée chez les femmes, tous âges confondus : le TBM féminin est passé de 35,4 / 100 000 en 1980-1984 à 24,2 en 2010-2012, soit une diminution de 31,8%.

Les actes d'endoscopie de 2000 à 2011 ont considérablement augmenté de 9 571 en 2000 à 15 657 actes en 2011. Le nombre des colonoscopies totales a augmenté dans la période de 2000-2011 de 43%, le nombre des colonoscopies avec biopsie est resté plus au moins stable. Le nombre des colonoscopies avec polypectomie a presque triplé dans cette même période.

Dans les groupes d'âge cibles (50-54 et 55-59 ans) le taux de couverture par coloscopies/100 000 sur les années 2008-2011 est 18.9 % pour le groupe d'âge de 50-54 et 19,5 % pour le groupe d'âge de 55-59 ans.

Le groupe de travail interdisciplinaire : Prévention du Cancer Colorectal a été relancé visant l'élaboration d'un programme national. Les activités suivantes étaient retenues comme prioritaires:

- Identification des indicateurs de qualité nécessaires à l'évaluation et au suivi des activités de prévention
- Renforcement des activités de sensibilisation
- Harmonisation des démarches et procédures encadrant les colonoscopies.

5. Programme d'aide au sevrage tabagique

Suite à la mise en vigueur de la loi relative à la lutte antitabac du 11 août 2006, une convention a été conclue et signée le 8 janvier 2008, entre l'Etat du Grand-Duché de Luxembourg et la CNS portant institution d'un programme pilote d'aide au sevrage tabagique auprès des personnes protégées des caisses de santé luxembourgeoises.

Ce programme a pour but de fournir une prise en charge adaptée aux fumeurs désirant s'arrêter de fumer.

En début de l'année 2013, un spot radio a été diffusé pour informer le grand public que ce programme est accessible à toutes les personnes désirant d'arrêter de fumer.

5.1. Résultats 2011-2013 préliminaires

L'étude s'est faite sur 420 patients. Plus de 50% des participants étaient âgées entre 30 et 50 ans. En 2012-2013 plus d'hommes (54%) que de femmes (46%) y ont participé. En 2012, 31 médecins généralistes et 6 pneumologues ont inscrit 137 patients dans le programme de sevrage. Un pneumologue a vu 36 patients et un médecin généraliste 16 patients.

En 2011, 33% des participants n'avaient jamais fait une tentative d'arrêter de fumer, en 2013, 58% ont déclaré ne jamais avoir essayé de ne plus fumer. En 2012-13, plus que la moitié des participants avait une dépendance élevée ou très élevée selon le score Fagerström.

En 2011-13, après 8 mois, le taux de sevrage était 24%. Ce taux est sûrement sous-estimé, parce qu'un certain nombre de personnes étant abstinentes, ne se présentent pas à la consultation à 8 mois.

5.2. Traitements médicamenteux

Sur les années 2012-2013, le traitement de sevrage médicamenteux de choix a été pour 48% des patients le Champix et pour 35% les substitutifs nicotiniques.

5.3. Coût du programme pour la CNS

Pour les années 2011-2013*, le coût du programme de sevrage tabagique s'élève à 39 146€ (consultations et forfait de médicaments remboursé par la CNS), soit au total 391 € par fumeur abstiné. Durant cette période 100 fumeurs ont arrêté de fumer.

Les résultats de ce programme sont comparables à ceux de la littérature concernant les caractéristiques de la population de fumeurs, le taux de succès à 8 mois et le coût par fumeur sevré.

Mais il y a une grande nécessité de remotiver en permanence les médecins pour qu'ils proposent le programme d'aide au sevrage tabagique à leur clientèle.

	Consultation 1 mois	Consultation 8 mois, faite	Abstiné à 8 mois	Taux de sevrage
2011	148	47 (32%)	39 (83%)	26%
2012	137	44 (32%)	37 (84%)	27%
2013*	135	28 (21%)	24 (86%)	18%
Total	420	119 (28%)	100 (84%)	24%

	Forfait médicament	Coût total (forfait et consultations)
2011	2741€	13 279€
2012	2348 €	13 920€
2013*	1755 €	11 947€
Total	6 844€	39 146€

01.ter Le Service Informatique et Statistiques

Missions

Les missions du Service Informatique et Statistiques se retrouvent essentiellement dans le domaine de l'informatique et des statistiques pour le compte du Ministère et de la Direction de la Santé.

1. Analyse et développement de projets, gestions de fichiers et registres

En collaboration avec les utilisateurs internes, le Service Informatique et Statistiques est à l'écoute des besoins d'applications informatiques et veille à leur développement.

Pour les besoins de gestion ou des statistiques en matière de santé, il assure la gestion des fichiers et registres dont entre autres

- le registre des professionnels de santé
- le registre des médicaments pharmaceutiques et vétérinaires
- le fichier des données médicales des élèves
- le registre des dépistages du cancer du sein
- le registre des causes de décès avec codification des certificats de décès
- le registre des maladies transmissibles
- le registre des vaccinations des demandeurs d'asiles
- le registre des substitutions

En dehors des applications internes, le service assure la maintenance et les mises à jour des applications développées en externe.

2. Réseau informatique

Cette partie du service fait la gestion du réseau informatique et veille à la sécurité dans le réseau interne au niveau des utilisateurs (219) et de l'équipement informatique. Les liens avec les 6 sites externes sont gérés en collaboration avec le CTIE.

La configuration de l'équipement informatique du Ministère et de la Direction de la Santé et sa maintenance sont des attributions supplémentaires.

3. Helpdesk

Le Service Informatique et Statistiques assume le rôle de Helpdesk pour les utilisateurs du réseau.

4. Développement d'applications

Le service fait le développement et la maintenance d'applications internes pour les différents services du Ministère ou de la Direction de la Santé.

Le contrôle officiel des structures ASFT (Centre intégré pour personnes âgées et foyer), piscines, légionnelles, eaux, produits pharmaceutiques et le contrôle de qualité des analyses de biologie clinique et postes à risques sont les derniers projets qui sont en cours de développement.

5. Gestion Projets

Le Service Informatique et Statistique soutient et assiste les différents services et divisions du Ministère et de la Direction de la Santé dans la réalisation des projets informatiques internes et externes.

6. Divers

La gestion du budget informatique, l'inventaire de l'équipement informatique et des licences de même que la maintenance et le support du fichier de gestion de temps du personnel du Ministère et de la Direction de la Santé (horaire mobile) rentrent également dans les compétences du service.

01. quater Le Service Orthoptique et Pléoptique

Missions

Les missions principales du Service Orthoptique et Pléoptique (SOP) se situent au niveau de la prévention, de la rééducation et de la réadaptation de la fonction visuelle et de la vision binoculaire. Les champs d'activités sont ceux du dépistage, de la strabologie, de la pléoptie et de la basse vision.

Le SOP fonctionne sous la responsabilité directe du Médecin-Directeur de la Santé.

1. Dépistage

Le Service Orthoptique et Pléoptique est en charge du dépistage visuel national systématique des nourrissons et enfants en bas âge, ainsi que du dépistage visuel des enfants du premier cycle de l'école fondamentale (ancien préscolaire).

1.1. Le dépistage précoce pour les nourrissons et enfants en bas âge

Les actes de dépistage précoce sont gratuits et s'adressent à tous les enfants résidant au Grand-Duché de Luxembourg et ce dès la naissance jusqu'à l'entrée au préscolaire (cycle 1.1. de l'école fondamentale). Une invitation individuelle est envoyée durant la première année de vie de l'enfant et des contrôles réguliers sont effectués à des intervalles définis en fonction des résultats de l'examen de dépistage.

Le dépistage a lieu sur les deux sites du SOP, à savoir Esch/Alzette et Luxembourg-ville, ainsi que sur des sites externes qui ne sont pas gérés par le SOP (centres médico-sociaux de la Ligue, locaux communaux).

Les bilans sont facultatifs et ne sont pas liés à une prime post-natale. Le taux global de participation en 2012/13 était de 66% pour l'ensemble du pays. 2% des enfants convoqués, ayant déjà un suivi ophtalmologique, ne se sont pas présentés à l'examen de dépistage.

Année scolaire	2012/13	
Enfants convoqués	19 860	
Bilans effectués	13 936	
Total des enfants examinés	13 084	100%
Enfants présentant un examen normal	10 988	84%
Enfants présentant une pathologie	2 020	15,4%
dont enfants ayant un suivi ophtalmologique	190	1,4%
Enfants nouvellement dépistés	1 830	14%
Suspicion d'un vice de réfraction	1 562	11,9%

Hétérophories	87	0,7%
Strabismes	56	0,4%
Autres pathologies	125	1,0%
Enfants dont l'examen était impossible	76	0,6%

Une augmentation de 1.925 unités, soit 16%, des examens de dépistage visuel précoce a été réalisée par rapport à l'année précédente.

1.2. Le dépistage scolaire en 1ère et 2e années du 1er cycle de l'école fondamentale

Le dépistage visuel systématique a lieu dans les classes de 1ère et 2e années du 1er cycle de l'enseignement public et dans la majorité des classes de niveau équivalent des écoles privées. Ce test étant réglementé et obligatoire, le taux de participation des enfants examinés atteint 96%.

Les contrôles visuels sont effectués dans les locaux des écoles. Les enfants présentant une déficience quelconque sont avertis par courrier et invités à se rendre chez un médecin ophtalmologue de leur choix, ce qui fut le cas pour 1 363 enfants.

Année scolaire	2012/13	
Enfants inscrits	11 214	
Enfants examinés	10 746	100%
Enfants présentant un examen normal sans correction	8 386	78,0%
Examen normal avec port d'une correction optique	730	6,8%
Enfants présentant une pathologie:	1 571	14,6%
Acuité insuffisante	1 026	9,5%
Hétérophories	223	2,0%
Strabismes	165	1,6%
Amblyopie	118	1,1%
Autres pathologies	39	0,4%
Enfants dont l'examen était incomplet	59	0,6%

Le taux total des enfants du premier cycle présentant une pathologie au niveau visuel est donc de l'ordre de 21%, la moitié (10,5%) de ces enfants ayant déjà un suivi ophtalmologique.

1.3. Le dépistage des dyschromatopsies en 2e année du 1er cycle

Un dépistage systématique des dyschromatopsies concerne majoritairement les garçons de la 2e année du premier cycle fondamental. Cet examen permet de détecter les dyschromatopsies héréditaires et d'émettre des réserves sur la qualité de la vision des couleurs.

Année scolaire	2012/13	
Enfants examinés	2 757	100%
Examens normaux	2 555	92,7%
Suspicion d'une dyschromatopsie	126	4,6%
Examens non probants	76	2,7%

2. Strabologie et pléoptie

Le Service Orthoptique et Pléoptique propose des examens de la vision binoculaire à des personnes de tout âge résidant au Grand Duché de Luxembourg. La prise en charge des consultants se fait sur ordonnance médicale des médecins ophtalmologues, des pédiatres, des médecins généralistes ou spécialistes.

Suite au bilan orthoptique et en accord avec le médecin prescripteur, un suivi de l'évolution de la vision binoculaire ou une rééducation orthoptique adaptée à chaque patient est proposée. Des conseils personnalisés sont promulgués aux parents pour une meilleure acceptation du traitement pléoptique de leur enfant et des conseils en ergonomie peuvent améliorer le confort visuel des adultes.

présentant des troubles de la vision binoculaire.

Un rapport reprenant les résultats du bilan, de l'expertise ou du traitement est envoyé au médecin prescripteur.

Le pourcentage de patients adultes est de 40% dans le secteur de la strabologie.

Bilans orthoptiques standard	838
Bilans orthoptiques avec tests individualisés	248
Séances de rééducation orthoptique	1 275
Total	2 361

Pathologies des 611 patients examinés du secteur strabologie, dont 322 nouveaux patients:

Strabisme	299
Diplopie	133
Insuffisance de convergence	59
Amblyopie	27
Pathologie complexe/autres	23
Problème neurologique/nystagmus	20
Légasthénie	15
Sans pathologie	35

3. Basse vision (Low Vision)

Le Service Orthoptique et Pléoptique est chargé de l'expertise et de la détermination des aides optiques des patients résidant au Grand-Duché et présentant un handicap visuel. L'expertise se fait sur demande de la Cellule d'Evaluation et d'Orientation de l'Assurance Dépendance, en collaboration étroite avec les médecins ophtalmologues.

Des conseils permettant de mieux utiliser la vision résiduelle dans la vie courante et d'optimiser l'éclairage sont également prodigués. Une visite à domicile est parfois nécessaire après la livraison de l'aide optique afin de contrôler la conformité et le fonctionnement des produits livrés sur base de l'expertise et d'offrir une aide individuelle pour une utilisation optimale.

Le nombre de patients examinés était de 161 unités, dont 127 nouvelles admissions. Le nombre des consultations totales s'élève à 288 et le nombre de rapports envoyés à 149.

Le tableau ci-dessous reprend les moyens accessoires proposés par le Service Orthoptique et Pléoptique à l'Assurance Dépendance qui prend en charge l'achat des appareils neufs. La reprise ainsi que la remise en circulation du matériel usagé est géré par le Service Moyens Accessoires (SMA).

Loupes à mains, loupes de poche électroniques, loupes de table	123
Vidéo-agrandisseurs	100
Tables	46
Filtres	37
Lampes	28
Pupitres de lecture	18
Monoculaires et aides optiques pour TV	13
Petit matériel (montres réveils, téléphones...)	10
Programmes agrandissant pour PC	5

4. Activités diverses réalisées en 2013

4.1. Formation continue et participation aux congrès

Visite de la Sightcity de Francfort, formation et exposition de matériel de basse vision

Participation au symposium sur la Rééducation Neurovisuelle et Reprogrammation Visuo-Proprioceptive chez le Dyslexique: intérêts et limites

Participation à la 2ième Journée Nationale Santé Scolaire

4.2. Collaborations diverses

- Collaboration avec les médecins ophtalmologues dans le suivi des dossiers
- Collaboration avec les médecins pédiatres au niveau du dépistage visuel
- Collaboration avec les services de rééducation précoce dans le cadre de bilans visuels
- Collaboration avec l'Assurance Dépendance dans le traitement des dossiers de patients désirant des aides visuelles
- Collaboration avec le SMA en vue de la reprise et de la redistribution des moyens accessoires
- Collaboration avec la Ligue médico-sociale pour la mise à disposition des locaux pour le dépistage visuel précoce

4.3. Participation aux foires d'étudiants

Au Luxembourg, les orthoptistes ne sont représentés par aucune association au niveau national. Le Service Orthoptique et Pléoptique participe donc à diverses foires d'étudiants pour promouvoir la profession d'orthoptiste auprès des jeunes étudiants. Une brochure expliquant le métier et les études a été élaborée.

Participation à la Matinée des Professions au Forum du Campus Geeseknäppchen

Participation à la Foire de l'Etudiant à la LUXEXPO

4.4. Projets pour 2014

Installation et mise en place de nouveaux locaux pour le site de Luxembourg-ville

Elaboration d'un dépliant présentant les diverses activités du SOP en vue d'une distribution informative auprès des médecins ophtalmologues et des pédiatres

01.quinquies Les Services Audiophonologiques

Missions

Les missions des Services Audiophonologiques sont celles de la prévention, du dépistage et de la prise en charge des troubles de l'audition et du langage oral. Les champs d'activités sont ceux de l'audiométrie, de l'orthophonie, de l'appareillage audioprothétique et de la psychologie.

1. Le dépistage

L'objectif principal des Services Audiophonologiques est celui d'offrir des structures de dépistage performantes au niveau de l'audition et du développement langagier, afin de pouvoir faire un travail efficace de prévention des troubles dans ces domaines.

1.1. Dépistage des troubles de l'audition

1.1.1. Dépistage audiométrique néonatal systématique

Les Services Audiophonologiques sont en charge du programme national de dépistage audiométrique néonatal. Les méthodes retenues pour ce dépistage sont l'enregistrement des otoémissions acoustiques et, chez l'enfant à risque, l'enregistrement des potentiels évoqués auditifs.

Le dépistage est effectué dès le deuxième jour de vie des enfants dans toutes les maternités du pays et dans tous les services de soins intensifs néonataux. Pour les bébés non-testés dans les maternités, une structure de repêchage est organisée. Notre dépistage est effectué auprès de tous les bébés nés ou résidents au Grand-Duché de Luxembourg.

Dans le cas d'un premier test positif, un deuxième test est organisé, soit en maternité, soit dans nos locaux. Dans le cas d'un deuxième test positif, les parents sont invités à présenter leur enfant à un médecin spécialisé en oto-rhino-laryngectomie.

		Services Audiophonologiques			"Contrôles ORL" - Détail			
	Naissances	Résultats normaux	Non-vus	Contrôles ORL	Résultats normaux	Diagnostic en cours	Sans réponse	Appareillés
2012	6767	6330	150	287	164	45	75	3
		93,5%	2,2%	4,2%	57,1%	15,7%	26,1%	1%
2013*	5751	5409	104	238	131	24	83	
		94,1%	1,8%	4,1%	55%	10,1%	34,9%	

Tableau 1: * Pour 2013, les mois de novembre et décembre ne sont pas encore pris en compte

1.1.2. Dépistage à 30 mois

Les Services Audiophonologiques proposent un deuxième test de dépistage de l'audition auprès des enfants qui sont présentés au programme Bilan 30 (voir plus bas). Il s'agit d'un dépistage réactométrique rapide en champ libre. Ce test n'étant pas obligatoire, le taux de couverture a atteint 39% en 2013.

1.1.3. Dépistage scolaire systématique en 3ème classe du 1er cycle de l'enseignement fondamental

Les Services Audiophonologiques effectuent un test de dépistage auditif systématique auprès de tous les enfants du cycle 1.2 de l'enseignement fondamental au Grand-Duché. Le dépistage est également effectué auprès des enfants du même âge dans toutes les écoles privées au Luxembourg.

Ce dépistage se fait par une audiométrie classique au casque dans les locaux des écoles. Un premier test positif donne lieu à un test de confirmation. Dans le cas d'un deuxième test positif, les parents sont invités à visiter un médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie. Dans certains cas, des tests de contrôle peuvent être organisés dans nos locaux.

Année scolaire	Enfants scolarisés	Absents au test	Enfants testés	Tests normaux	Contrôles aux serv. audio.	Transferts ORL	ORL : Traitement nécessaire	ORL : Pas de traitement	ORL : Pas de réponse
----------------	--------------------	-----------------	----------------	---------------	----------------------------	----------------	-----------------------------	-------------------------	----------------------

2011-2012	6051	45 (0,7%)	6006	5052 (84,1%)	48 (0,8%)	906 (15,1%)	307 (33,9%)	214 (23,6%)	385 (42,5%)
2012-2013	6187	55 (0,7%)	6132	5642 (92%)	33 (0,5%)	457 (7,5%)	166 (36,3%)	74 (16,2%)	217 (47,5%)

Tableau 2: Dépistage scolaire systématique au cycle 1.2 de l'enseignement fondamental

1.1.4. Séances individuelles d'audiométrie spéciale

Des séances individuelles d'audiométrie sont également proposées par les Services Audiophonologiques. Ces séances sont adaptées aux besoins spécifiques des enfants présentés et peuvent se composer d'audiométrie comportementale de réactométrie et d'un dépistage électrophysiologique (otoémissions).

Nous organisons ces séances individuelles d'audiométrie spéciale soit sur demande spécifique d'un médecin ou des parents, soit suite aux observations faites dans nos programmes de dépistage (Bilan 30, audiométrie scolaire).

	Convocations	Enfants à tester	Tests normaux	Transferts ORL	Surveillance SAP	Appareillage	Absents
2012	109	63	36 (57,1%)	9 (14,3%)	9 (14,3%)	1 (1,6%)	16 (25,4%)
2013	84	56	35 (62,4%)	3 (5,4%)	0	3 (5,4%)	15 (26,8%)

Tableau 3: Séances individuelles d'audiométrie

1.2. Dépistage des troubles du langage : Le programme de dépistage précoce « Bilan 30 »

Les Services Audiophonologiques proposent un dépistage des troubles du langage qui s'adresse à tous les enfants de 30 mois résidant au Luxembourg. Le dépistage est effectué moyennant un outil à passation standardisée nommé « Bilan 30 ». Le Bilan 30 est un outil de dépistage rapide et efficace qui s'applique aux enfants de 30 mois et qui comporte un examen du langage, de la parole, de la voix et de l'audition.

Le Bilan 30 vise trois objectifs principaux:

Le dépistage précoce des troubles de la communication, des retards pathologiques de développement du langage et de la parole et des problèmes d'audition.

La prévention des difficultés qui pourraient résulter d'une prise en charge tardive et/ou de la méconnaissance d'un trouble. Un développement retardé du langage peut engendrer, par exemple, des troubles relationnels, des troubles du comportement, des problèmes d'intégration scolaire, des troubles d'apprentissage en général.

L'accompagnement et la guidance des parents à travers l'évolution linguistique de leur enfant par des conseils personnalisés et des observations régulières.

Outre le dépistage initial à 2 ans et demi, notre programme Bilan 30 prévoit un système de reconvoctions des enfants chez lesquels un déficit a été remarqué, même si celui-ci est sans gravité. Les orthophonistes des Services Audiophonologiques assurent ainsi un suivi orthophonique et un accompagnement parental ciblé jusqu'à l'entrée de l'enfant au cycle 1.1 de l'enseignement fondamental. Lorsqu'un problème ne se résout pas spontanément, l'enfant peut être pris en charge dans le cadre d'un traitement orthophonique par les spécialistes des Services Audiophonologiques.

Afin de garantir une prise en charge globale de l'enfant, les Services Audiophonologiques entretiennent des relations étroites avec les médecins (ORL, pédiatres, neuropédiatres, ...) ainsi

qu'avec tous les services œuvrant dans le domaine de la prise en charge précoce de l'enfant.

Tous les parents d'enfants de 30 mois résidant au Grand-Duché sont invités à venir présenter leurs enfants pour notre bilan du langage. Le taux de participation était de 39% en 2013.

1er Bilan - 2013 (enfants nés entre 07/2010 et 06/2011)	Invitations	Réponses	Enfants présentés	Lgge normal	Lgge déviant	Traitement nécessaire	Contrôle audition	Transfert autre service
	6566	2859	2561	1574	905	23	56	3
		43,5%	39%	61,5%	35,3%	0,9%	2,2%	0,1%

Tableau 4: Le programme de dépistage précoce « Bilan 30 »: 1ers bilans

Bilan 30 - 2013 (Tous les bilans)	Convocations	RV effectifs	Enfants présentés	Lgge normal	Lgge déviant	Traitement nécessaire	Contrôle audition	Transfert Ctre de Logopédie	Transfert autre service
	8937	6115	4806	3200	1095	305	15	173	18
		68,4%	100%	66,6%	22,8%	6,3%	0,3%	3,6%	0,4%

Tableau 5: Le programme de dépistage précoce « Bilan 30 »: 1ers bilans et examens de suivi

Les Services Audiophonologiques peuvent offrir des bilans orthophoniques en luxembourgeois, en français, en portugais, en allemand, en anglais, en finnois et en suédois. La répartition des besoins était la suivante en 2013 : 39,9% LUX, 24,8% POR, 19,5% FRA, 2,9% ALL, 2,6% ANG, 1,5% ITA, 0,7% SCA, 0,6% ESP, 0,2% NED, 7,3% AUTRES.

2. Les prises en charge

2.1. La prise en charge des troubles du langage

Sur ordonnance médicale, les Services Audiophonologiques proposent des prises en charge orthophoniques pour traiter les troubles du langage oral, c'est à dire des troubles du langage, de la parole et de la phonation, auprès des adultes et des enfants résidents au Grand-Duché de Luxembourg.

Les Services Audiophonologiques ne prennent cependant pas en charge les pathologies prévues dans la nomenclature des orthophonistes auprès de la Caisse Nationale de Santé. De même, comme le stipule le règlement ministériel du 13 mai 1978, les enfants qui ont atteint l'âge de l'obligation scolaire, c'est-à-dire à partir du cycle 1.1 de l'enseignement fondamental, ne sont plus pris en charge par les Services Audiophonologiques, mais par le Centre de Logopédie du Ministère de l'Education Nationale.

Dans ces limites, les orthophonistes des Services Audiophonologiques interviennent dans les pathologies suivantes :

- Troubles du langage oral, retard de langage, dysphasie
- Troubles de la parole et de l'articulation
- Troubles de l'élocution
- Troubles de la voix: dysphonie
- Rééducation de la dysphagie et de la déglutition
- Laryngectomie totale ou partielle
- Rééducation des troubles de la parole et du langage d'origine neurologique (aphasie, dysarthrie, dyspraxie)
- Education auditive pour les porteurs de prothèses auditives.

La rééducation orthophonique est adaptée à chaque patient selon ses besoins. Les services Audiophonologiques proposent des rééducations individuelles et des rééducations en groupe.

Les Services Audiophonologiques peuvent offrir des prises en charge orthophoniques en luxembourgeois, en français, en portugais, en allemand, en anglais, en finnois et en suédois.

2.1.1. La prise en charge chez les enfants

Les Services Audiophonologiques proposent une prise en charge orthophonique individuelle pour les enfants avant leur entrée à l'école maternelle (entre 4 et 5 ans). Un traitement orthophonique est organisé suite aux observations faites au Bilan 30 ou sur demande des parents, des médecins ou des autres services de la petite enfance. En règle générale, les séances de traitement se font toutes les deux semaines et durent une demi-heure. La fréquence et la durée des séances peuvent varier selon la pathologie traitée.

Des séances de traitement en groupe sont également proposées. Ces séances se font au rythme hebdomadaire et durent 45 minutes. Un groupe se compose de 4 enfants et est encadré par deux orthophonistes. En 2013, 128 séances de groupe ont été organisées et 49 enfants ont été encadrés.

2.1.2. La prise en charge chez l'adulte

Les Services Audiophonologiques proposent une prise en charge orthophonique individuelle pour les adultes et les adolescents selon les conditions stipulées ci-dessus. En règle générale, les séances de traitement se font toutes les deux semaines et durent une demi-heure. La fréquence et la durée des séances peuvent varier selon la pathologie traitée.

2.1.3. Traitement orthophonique: Statistiques

En 2013, 4711 rendez-vous individuels ont été organisés et 455 patients ont bénéficié d'une prise en charge orthophonique aux Services Audiophonologiques dont 407 enfants et 48 adultes. Le tableau suivant montre le nombre de prises en charge orthophoniques en 2013 selon leur nature.

Nombre total de patients pris en charge en 2013	Retard global de langage	Articulation	Troubles de la voix	Aphasie	Education auditive	Bégaiement / Bredouillement	Dyslexie	Laryngectomie	Divers
455	369	29	1	7	1	3	3	37	5
	81,1%	6,4%	0,2%	1,5%	0,2%	0,7%	0,7%	8,1%	1,1%

Tableau 6: La prise en charge orthophonique aux Services Audiophonologiques

2.1.3. Groupes d'entraide pour adultes

Pour les patients aphasiques et les patients laryngectomisés, les Services Audiophonologiques organisent des groupes d'entraide accompagnés d'un orthophoniste. Ces groupes d'entraide ont une importance primordiale au niveau de l'insertion sociale des patients et constituent un moyen important de contact et d'échanges.

2.1.4. Détermination des besoins en moyens accessoires et suivi

Sur demande de la CNS et de l'Assurance Dépendance, les Services Audiophonologiques déterminent les besoins des patients au niveau des moyens accessoires disponibles pour certaines pathologies du langage.

Dans le cas où un moyen accessoire est accordé à un patient, les Services Audiophonologiques peuvent également assurer le suivi du patient dans l'apprentissage de la gestion de l'outil en question.

2.2. La prise en charge des troubles de l'audition

2.2.1. L'appareillage audioprothétique

Les rôles des audiciens des Services Audiophonologiques au niveau de l'appareillage audioprothétique sont multiples :

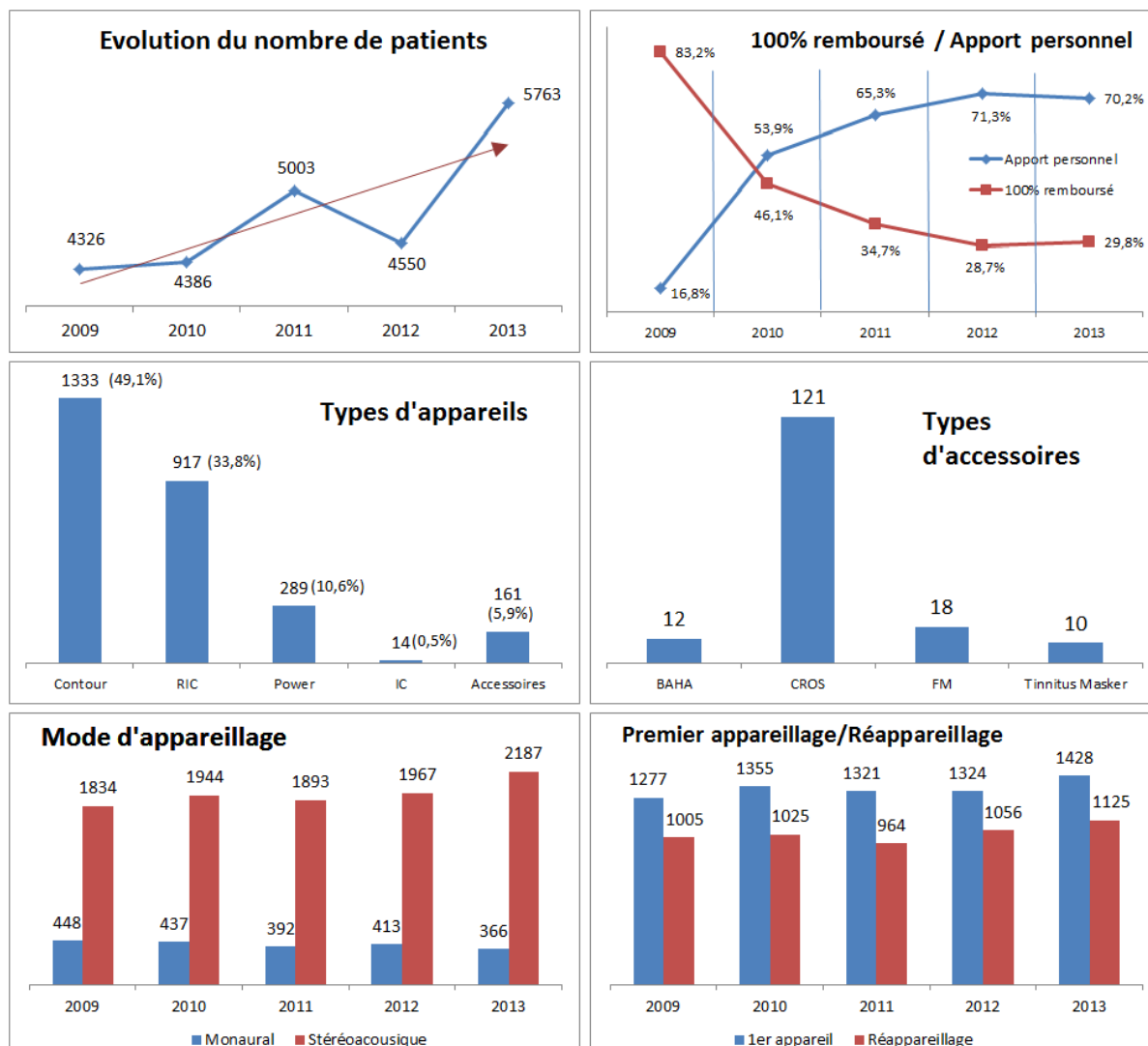
- Détermination du remboursement utile et nécessaire par la Caisse Nationale de Santé. Les statuts de la Caisse Nationale de Santé prévoient un remboursement intégral de l'appareil auditif utile et nécessaire pour chaque patient. Selon ces mêmes statuts, ce sont les Services Audiophonologiques qui déterminent cet appareil.
- Guidance du patient dans le choix de la prothèse auditive adaptée. Les Services Audiophonologiques conseillent le patient dans le choix initial de l'appareillage le plus adapté, donnent des conseils d'usage et en contrôlent l'adéquation. Au niveau de l'audiométrie pédiatrique et de l'adaptation prothétique chez les jeunes enfants, ce rôle de conseil prend une importance particulière.
- Collaboration avec l'entourage social, médical et scolaire des porteurs d'appareils auditifs. Les audiciens des Services Audiophonologiques se rendent annuellement dans les écoles pour contrôler les appareillages des enfants malentendants et pour conseiller le personnel enseignant. Des visites annuelles sont également organisées au Centre de Logopédie afin d'assurer le réglage et l'entretien des appareils auditifs des enfants qui y sont scolarisés. Les audiciens des Services Audiophonologiques sont en relation étroite avec l'entourage médical des patients. Des séances d'information pour les professionnels de la santé (aides-soignants, infirmières, ...) sont organisées et des conseils de communication sont proposés à l'entourage familial des porteurs d'aides auditives.
- Collaboration avec l'association d'assurance contre les accidents et l'assurance dépendance dans l'évaluation des degrés de surdité et dans la détermination des besoins en moyens accessoires.

2.2.2. Chiffres et statistiques concernant la prise en charge audioprothétique :

	Dossiers traités	Prescription d'un appareil auditif	Prescription d'appareils spéciaux	Dossiers assurance dépendance	Dossiers assurance accidents	Pas d'appareillage	Contrôles	Dossiers en cours de traitement
2009	4326	2272	35	1	43	571	53	1351
2010	4386	2381	63	2	40	550	23	1327
2011	5003	2285	84	1	27	673	7	1926
2012	4550	2253	147	0	35	624	0	1491

2013	5763	2553	161	0	33	846	0	2170
------	------	------	-----	---	----	-----	---	------

Tableau 7: Chiffres et statistiques concernant la prise en charge audioprothétique



2.2.3. La (ré-)éducation auditive

Les orthophonistes des Services Audiophonologiques proposent également des séances d'éducation auditive pour les adultes qui portent un appareil auditif. Ce service s'adresse en particulier aux porteurs d'implants cochléaires. En 2013, 1 patient a suivi cette prise en charge aux Services Audiophonologiques.

3. Prises en charge psychologiques

3.1. Prise en charge psychologique des patients souffrant d'acouphènes (tinnitus)

Les Services Audiophonologiques proposent une prise en charge psychologique pour les patients souffrant d'acouphènes.

Cette prise en charge, assurée par une psychologue spécialisée, prévoit en premier lieu des entretiens individuels durant lesquels le taux de souffrance relatif aux acouphènes ainsi que les

restrictions dans la vie quotidienne du patient sont détectées et souvent déjà soulagées. Par après, des séances de groupe visent la gestion de ces bruits et nuisances tout en trouvant un échange actif avec d'autres personnes concernées et des spécialistes.

Les séances de soutien psychologique sont organisées uniquement sur ordonnance médicale

Dans le cadre de la prise en charge psychologique des patients souffrant d'acouphènes, les Services Audiophonologiques ont pris en charge 146 patients en 2013 et ont organisé 735 rendez-vous à cet effet.

3.2. Prise en charge psychologique dans le cadre des activités orthophoniques

Dans le cadre de notre programme de dépistage « Bilan 30 » et de nos prises en charge orthophoniques, des difficultés comportementales sont souvent à la source d'un retard du langage. Pour cette raison, les Services Audiophonologiques proposent depuis 2010 une prise en charge psychologique spécifique pour les parents qui requièrent un soutien dans l'éducation de leurs enfants.

En 2013, nos psychologues ont organisé 61 rendez-vous à cet effet.

4. Activités diverses réalisées en 2013

4.1. Prévention et publications

Poursuite de la campagne « Save Your Ears », une campagne de sensibilisation aux nuisances causées par l'exposition exagérée à la musique amplifiée. Distribution de plus de 50.000 paires de bouchons auriculaires en mousse et de flyers de sensibilisation lors de nombreux concerts et festivals de musique. Promotion de la campagne lors d'événements musicaux et pour plusieurs groupements et organisations intéressées, notamment le comité d'organisation de la Fête de la Musique.

Organisation de deux séances d'information sur le développement du langage et sa stimulation correcte pour le personnel et les parents d'une crèche.

4.2. Centre de logopédie

Collaboration avec le Centre de Logopédie concernant le transfert des patients et l'organisation des prises en charge.

Contrôle annuel des appareils auditifs des enfants scolarisés au Centre de Logopédie

4.3. Caisse Nationale de Santé

Collaboration avec la Caisse Nationale de Santé au niveau de la mise à jour de l'article 152 de leurs statuts et des annexes B3 (prothèses auditives) et B4 (prothèses vocales).

4.4. Médecins ORL et pédiatres

Organisation de plusieurs visites hospitalières dans le cadre de la prise en charge des patients laryngectomisés.

Intervention lors d'un colloque national des médecins pédiatres.

4.5. Projets de création et de modifications de textes légaux

Nouvelle introduction d'un projet de la réforme du règlement grand-ducal du 16 novembre 1978 concernant les niveaux acoustiques pour la musique à l'intérieur des établissements et dans leur voisinage. Collaboration et rencontre avec plusieurs spécialistes dans le domaine.

Collaboration à la mise à jour du règlement de la profession de l'orthophoniste.

Réglementation de la profession de l'audicien.

4.6. Collaborations diverses

Collaboration avec l'association belge des audioprothésistes sous forme d'une intervention lors d'un colloque international à Louvain.

Organisation d'une séance d'information et de prévention des troubles acquis de l'audition dans une classe de l'école européenne.

Collaboration avec le Centre de Prévention des Toxicomanies pour inclure la protection de l'ouïe dans leur projet de prévention des assuétudes liées à la vie festive.

Collaboration avec l'Association Luxembourgeoise des Orthophonistes dans le cadre du projet de réforme du règlement de la profession de l'orthophoniste.

Collaboration avec Info-Handicap et la « Hörgeräteberatung » dans le domaine de l'accessibilité des bâtiments publics pour personnes handicapées. Organisation de plusieurs formations avec le groupe d'experts multidisciplinaires en accessibilité pour les agents des CFL et la commune de Sanem.

Soutien des associations luxembourgeoises des personnes aphasiques et des personnes laryngectomisées dans l'organisation des groupes d'entraide et de certains événements sociaux.

4.7. Formation continue

Organisation de 8 formations continues au niveau de l'appareillage audioprothétique et de l'implantation cochléaire.

Participations à plusieurs formations continues au niveau de la prise en charge orthophonique et audiométrique du jeune enfant.

4.8. Stages

Organisation de 7 stages d'observation et de 2 stages professionnels pour des élèves du cycle secondaire et du cycle universitaire.

Participation au Girls' Day / Boys' Day 2013.

5. Projets pour 2014

Finalisation des projets de modification et de création de textes légaux présentés sous 4.6 et 4.8.

Organisation d'une formation continue en matière de premiers secours pour les agents des Services Audiophonologiques et de plusieurs formations continues dans le domaine de l'orthophonie.

Amélioration de la gestion informatique de la base de données des patients des Services Audiophonologiques. Modernisation du système informatique de gestion de nos bases de données.

01.sexies Le Service de la sécurité alimentaire

En 2009 il était devenu urgent de mettre en application les critères opérationnels de la réglementation européenne en matière de contrôle officiel des denrées alimentaires.

Pour ce faire le département de la Santé a procédé au regroupement des agents s'occupant de la sécurité alimentaire au niveau de la Direction de la santé (Division de l'Inspection sanitaire) et du Laboratoire national de santé (Unité d'inspection de la Division du contrôle des denrées alimentaire)

ont été fusionnés dans un nouveau service : Le Service de la sécurité alimentaire.

Missions

Les missions du Service de la sécurité alimentaire sont notamment :

- l'analyse des risques microbiologiques, chimiques et physiques pour identifier les priorités de contrôle.
- l'élaboration des plans de contrôle pluriannuel sectoriels.
- les contrôles de l'hygiène, de l'HACCP, des laboratoires internes, de l'étiquetage, des compléments alimentaires, de l'alimentation particulière, Novel Food, biotechnologies (OGM), des allégations nutritionnelles et des matériaux en contact avec les denrées alimentaires.
- l'échantillonnage et l'interprétation des résultats analytiques.
- l'initiation de mesures de sécurité alimentaire.
- la prise en charge des formalités administratives pour le secteur (enregistrement des activités, notification des retraits, rappels, notifications de mise sur le marché de certaines denrées alimentaires).
- la réponse à des situations exceptionnelles (suivi de notifications d'alerte rapide, gestion d'incidents de sécurité alimentaire et gestion de crises alimentaires).
- le support au secteur (formation, avis).
- le suivi des groupes de travail à la Commission Européenne liés à ces activités

1. Contrôle officiel des denrées alimentaires

1.1. Organisation du contrôle

Le contrôle officiel des denrées alimentaires s'exerce selon deux activités principales :

Les prélèvements d'échantillons officiels de denrées alimentaires en vue d'analyse de laboratoire et les inspections des établissements alimentaires dans le cadre du contrôle du respect des exigences réglementaires.

Ces activités sont décrites dans le schéma ci-dessous.

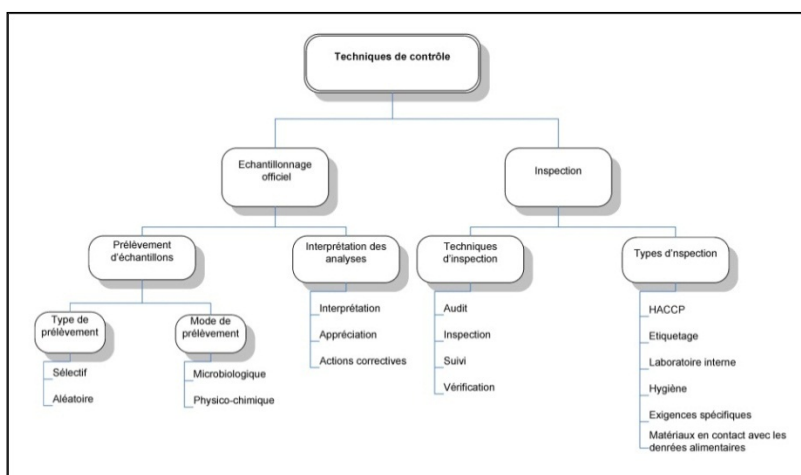


Tableau 1: Schéma des techniques de contrôle

Toute activité de contrôle du Service de la sécurité alimentaire fait l'objet d'un plan de contrôle annuel sectoriel qui s'inscrit dans le cadre du plan de contrôle national pluriannuel géré par l'OSQCA pour le compte des autorités de sécurité alimentaire au Luxembourg : le Ministre de la santé et le Ministre de

l'agriculture.

Lors de chaque contrôle, un rapport est émis et envoyé à l'exploitant. Ce rapport évalue la conformité de l'établissement et/ou du prélèvement et émet des actions correctives si nécessaire.

2. Résultats du contrôle

Le tableau ci-dessous reprend les contrôles réalisés pour le compte du Service de la sécurité alimentaire de 2010 à 2013.

Type de contrôle par Service	Année 				
Service 	2010	2011	2012	2013	Grand Total
 Direction de la santé	1250	1190	1271	1055	4766
 Service de la sécurité alimentaire	1250	1190	1271	1055	4766
Accompagnage	42	40	54	32	168
Audit			4		4
Inspection	230	149	117	166	662
Prélèvement	952	942	1010	810	3714
Simulation				5	5
Suivi	22	44	66	28	160
Vérification	4	15	20	14	53
 Douanes et accises	344	459	1073	1000	2876
 Brigade santé Nord	217	219	484	506	1426
Inspection	168	118	303	416	1005
Prélèvement			36	9	45
Suivi	49	101	145	78	373
Vérification				3	3
 Brigade santé Sud	127	240	589	494	1450
Accompagnage	1				1
Inspection	101	132	392	374	999
Prélèvement			19	17	36
Suivi	25	108	175	99	407
Vérification			3	4	7
Grand Total	1594	1649	2344	2055	7642

Au cours de l'année 2013, le Service de la sécurité alimentaire a poursuivi sa collaboration avec l'Administration des douanes et accises en matière d'inspection. Cette collaboration, au cours de l'année 2013, a été élargie aux prélèvements d'échantillons au sein des établissements HORESCA.

En 2013 ont été réalisés 2055 contrôles de sécurité alimentaire dans des établissements de la chaîne alimentaire. Ceci correspond à une légère régression par rapport à l'année précédente, baisse qui s'explique par le fait que le laboratoire national a déménagé à Dudelange et qu'il n'a pas pu réaliser d'analyses pendant pratiquement 2 mois.

Par ailleurs, au niveau des brigades santé de l'Administration des douanes et accises trois agents ont quitté le programme de collaboration expliquant par-là la diminution du nombre de contrôles effectués.

2.1. Prélèvements

Le Service de la sécurité alimentaire a réalisé 810 prélèvements d'échantillons pour analyse. A cela viennent s'ajouter 26 prélèvements d'échantillons pour analyse effectués par l'Administration des douanes et accises.

Ces prélèvements sont échantillonnés conformément à des plans de contrôle pluriannuels sectoriels.

Pour pouvoir faire analyser ces échantillons, le Service de la sécurité alimentaire fait appel aux

laboratoires suivants :

2.2. Laboratoires étatiques :

- Laboratoire National de Santé - Division du contrôle des denrées alimentaires
- Laboratoire National de Santé - Division de la toxicologie
- Laboratoire National de Santé - Service du contrôle des médicaments
- Laboratoire National de Santé - Service d'hygiène du milieu et surveillance biologique
- Laboratoire de médecine vétérinaire
- Laboratoire de l'eau et de l'environnement
- Laboratoire de Radioprotection
- Laboratoire ASTA

2.3. Autres laboratoires :

- Centre de recherche publique Gabriel Lippmann

2.4. Laboratoires étrangers :

- Fytolab (B)
- AERIAL (F)
- SCL Laboratoire de Bordeaux (F)
- CRL-FCM de Zürich (CH)
- EUROFINS Nantes (F)
- CODA-CERVA (B)

2.5. Nombre d'échantillons par laboratoire

Nombre d'échantillons par labo		Année 					
Laboratoire		2009	2010	2011	2012	2013	Grand Total
AERIAL			20	20	12	12	64
ASTA - Laboratoire de contrôle et des essais		2	3		1	12	18
Centre de recherche Public Gabriel Lippmann						3	3
CODA CERVA						89	89
CRL-FCM de Zürich				80		9	89
EUROFINS Nantes				122	15	18	155
Fytolab		126	190	156	168	232	872
Institut scientifique de santé publique-BE			60			1	61
Laboratoire de l'eau et de l'environnement		206	57	117	50	104	534
Laboratoire de médecine vétérinaire			149	42	139	9	339
Laboratoire de Radioprotection				10		1	11
Laboratoire Luxembourgeois de Contrôle Sanitaire					3	6	9
Laboratoire National de Santé - Division de toxicologie				6	4		10
Laboratoire National de Santé - Division du contrôle des denrées alimentaires		3355	3257	3335	3138	2901	15986
Laboratoire National de Santé - Division du contrôle des médicaments		10	63	52	44	45	214
SCL Laboratoire de Bordeaux			84	30	12	26	152
Service de la sécurité alimentaire				5	6	37	48
(blank)		6		3	5	2	16
Grand Total		3705	3883	3978	3597	3507	18670

3. Prélèvements et résultats d'analyse

Lors d'un prélèvement, plusieurs échantillons officiels peuvent être prélevés. Ainsi en 2013 le Service

de la sécurité alimentaire a fait analyser 3507 échantillons.

Les analyses effectuées peuvent être réparties comme suit :

Type d'analyse	Année					Grand Total
		2010	2011	2012	2013	
Additif		248	342	234	158	982
Alcoolométrie			4		6	10
Allergènes		107	15	10	42	174
Autre		47	56	73	55	231
Bactériologie		49	547	2233	2061	4890
Contaminant		39	95	198	288	620
Eaux		57	117	44	104	322
Etiquetage		1	5	33	37	76
Irradiation		20	20	12	12	64
Matériaux en contact		178	239	110	125	652
Mycotoxine		240	304	257	283	1084
OGM		148	112	133	110	503
Pesticides		258	232	260	220	970
Radioactivité			9		1	10
Virologie					5	5
Grand Total		1392	2097	3597	3507	10593

Tableau: Types d'analyse et nombre d'échantillons réalisés

Pour certains types d'analyse comme pour la bactériologie, les analyses de migration et les résidus de pesticides, les OGM il y a plusieurs paramètres analysés sur le même échantillon. Ceci explique les différences dans les chiffres des différents tableaux des sous-sections ci-dessous comparés avec le tableau principal de la section 3.

A noter qu'en 2013, la gamme d'analyses effectuées a légèrement étendue.

Remarque:

A partir de 2013, le Service de la sécurité alimentaire publie directement des fiches de rapport annuel sur les différents systèmes de contrôle qu'il gère dans le cadre du plan pluriannuel géré par l'OSQCA.

3.1. Additifs

Les résultats de contrôle sont publiés sous:

http://www.securite-alimentaire.public.lu/organisme/pcnp/rpt/2013/Rpt_sc_annuel/Rapport_annuel_2013_sc_20/Rapport_annuel.pdf

228 analyses d'additifs ont été réalisées. Le taux de conformité pour ses analyses s'élève à 96,1%.

Les trois non-conformités constatées se retrouvent surtout au niveau de l'étiquetage des denrées alimentaires : Présence d'allergène et absence la mention obligatoire d'étiquetage.

Cependant, une non-conformité a aussi dépassée la limite maximale autorisée. Concernant la non-conformité en coumarine, un produit saisonnier a été retrouvé hors saison ; la législation autorisée une teneur plus élevée en coumarine si la consommation se limite à une courte période.

3.2. Allergènes

Dans le tableau ci-dessous sont repris à côté des allergènes alimentaires également les sulfites qui sont des additifs qui peuvent être également considérés comme allergènes.

Type d'allergène et catégorie d'aliment	conformité			
	> quantités maximales autorisées	Conforme	Resultat non évalué	Grand Total
Allergènes Œuf		17		17
Cereal grains, their products and by-products		2		2
Cereal grains, their products and by-productss		1		1
Grains and grain-based products (Céréales et produits céréaliers)		10		10
Herbs, spices and condiments (Fines herbes, épices et condiments)		2		2
Oil seeds, oil fruits, and products derived thereof		1		1
Other seeds and fruits, and products derived thereof		1		1
Allergènes protéine lait		15		15
Food for infants and small children (Alimentation pour nourrissons et enfants en bas âge)		4		4
Grains and grain-based products (Céréales et produits céréaliers)		7		7
Milk and dairy products (Laits et produits laitiers)		4		4
Lactose		10		10
Grains and grain-based products (Céréales et produits céréaliers)		2		2
Milk and dairy products (Laits et produits laitiers)		4		4
Milk products and products derived thereof		2		2
Oil seeds, oil fruits, and products derived thereof		1		1
Sugar and confectionary (Sucres et confiseries)		1		1
Sulfites	2	94	2	98
Alcoholic beverages (Boissons alcoolisées)		15		15
Composite food (including frozen products) (Plats composés (comprenant les plats surgelés))		11		11
Fish and other seafood (including amphibians, reptiles, snails and insects) (Poissons et fruits de mer (comprenant les amphibiens, reptiles, escargots et insectes))	1	9	1	11
Fruit and fruit products (Fruits et produits à base de fruit)		26	1	27
Grains and grain-based products (Céréales et produits céréaliers)		2		2
Herbs, spices and condiments (Fines herbes, épices et condiments)	1	14		15
Snacks, desserts, and other foods (Snacks, desserts et autres aliments)		1		1
Starchy roots and tubers (Racines et tubercules amylicés)		6		6
Vegetables and vegetable products (including fungi) (Légumes et produits à base de légume (comprenant les Champignons))		1		1
(blank)		9		9
Grand Total	2	136	2	140

Seul pour les sulfites des non-conformes avaient été détectés.

3.3. Contaminants

Analyses	Matrice	Nbre éch	% conformité		%NC	Action
			Conforme	Conforme en tenant compte de l'incertitude analytique		
3-MCPD	Sauce Soja	10	100%	/	0%	
Acrylamide	Produit bébé	8	100%	/	0%	
	Céréales petit déjeuner	4	100%	/	0 %	
	Café	4	100%	/	0 %	
	Chips	4	100%	/	0 %	
	Frites cuites	11	100%	/	0 %	
	Pain	4	100%	/	0%	
furane	Produit bébé	4	100%	/	0%	
	Céréales petit déjeuner	4	100%	/	0 %	
	biscuit	4	100 %	/	0%	
	pain	4	100 %	/	0%	
	café	4	100 %	/	0%	
Cadmium	Champignons	10	100%	/	0%	En cours d'analyse
	Biscuits et produits à base de céréales pour enfants	30				
	Farine de blé	15				
Arsenic spéciation	Produit enfant à base de riz	21				En cours d'évaluation
Plomb	Biscuits et produits à base de céréales pour enfants	5	100%	/	0%	0 En cours d'analyse En cours d'analyse
	champignons	13	100%	/	0%	
	Farine de blé	15				
	Biscuits et produits à base de céréales pour enfants	30				
HAP Benzo(a)anthracène Benzo(a)pyrène Benzo(A)fluoranthène Chrysène	Biscuits et produits à base de céréales pour enfants	7	100%	/	0%	0 En cours d'évaluation
	Pot bébé	10	100%	/	0%	
	thé	15				
nitrates	Salades	33	100%	/	0%	
	Iceberg	4	100%	/	0%	
	Épinards	6	100%	/	0%	
	Roquette	9	100%	/	0%	
	Pot bébé	10	100%	/	0%	

ionisation	Complément alimentaire	11	73%	9%	18%	Retrait Dossier déposé au parquet
------------	------------------------	----	-----	----	-----	---

Tableau : Analyses de contaminants par type d'aliment et conformité des analyses

Deux non-conformités ont été retrouvées sur des produits compléments alimentaires concernant l'utilisation du traitement d'ionisation. Ces deux produits provenaient de la même société déjà contrôlée précédemment avec des résultats non conformes. Le dossier de non-conformité de ces deux échantillons a été transmis au parquet pour instruction.

Aucune non-conformité n'a été détectée sur les échantillons soumis aux analyses 3-MCPD, acrylamide, furane, hydrocarbures aromatiques polycycliques et nitrates dans les salades.

Concernant les métaux lourds, la Suède a émis en 2013 un rapport alarmant concernant la contamination en métaux lourds dans les produits pour enfants.

<http://www.slv.se/en-gb/Group1/Food-Safety/Heavy-metals-and-minerals-in-foods-for-children/>

Suite à ce rapport, le service de la sécurité alimentaire a émis des recommandations via le site de l'OSQCA.

<http://www.securite-alimentaire.public.lu/actualites/communiques/2013/06/arsenic/index.html>

Dans ce contexte, le service de la sécurité alimentaire a lancé une large campagne de contrôle en arsenic, plomb et cadmium sur les produits pour enfants. Les résultats sont en cours d'évaluation et feront l'objet d'un rapport et d'une communication expliquant la situation au Luxembourg.

Concernant les hydrocarbures aromatiques dans le thé, une campagne de contrôle a été menée dans le cadre de l'adoption de nouvelles limites au sein de la commission européenne. Les résultats sont en cours d'évaluation.

Une fiche détaillée concernant les campagnes de contrôle en contaminants sera accessible sur le site de l'OSQCA.

3.4.Mycotoxines

Analyses	Matrice	Nbre éch	% conformité		%NC	Action
			Conforme	Conforme en tenant compte de l'incertitude analytique		
Fumonissines Fumonissines B1 Fumonissine B2	Produit maïs	15	100%	0%	0%	
Aflatoxines	Riz	15	93.4 %	6.6%	0%	Retrait et alerte rapide retrait
	Épices	22	91%	/	9%	
	Arachides et beurre d'arachide	20	95%	/	5%	
	Pistaches	1	100%	/	0%	
	Amandes	15	100%	/	0%	
Aflatoxine M1	Poudre bébé	10	100%	/	0%	
Déoxynivalénol	Céréales pour bébé	15	100 %	/	0%	
	Farine mixte	9	100%	/	0%	
	Flocons d'avoine	14	100%	/	0%	

	Farine seigle	11	100%	/	0%	
Ochratoxine A	Café	8	100%	/	0%	
	Céréales déjeuner / pour bébé	3	100%	/	0%	
	épices	3	100%	/	0%	
	vin	15	100%	/	0%	
Patuline	Jus de pomme	19	100%	/	0%	
Zéaralénone	Farine	29	100%	/	0%	
	Céréales pour bébé	15	100%	/	0%	

Tableau : Analyse des mycotoxines par type d'aliment et conformité des analyses

Trois échantillons ont été détectés non conformes dans le cadre des contrôles en mycotoxines.

Deux échantillons épices de types piment/pili-pili étaient non conformes en aflatoxines. Les produits ont fait l'objet d'un retrait du marché et d'une alerte rapide.

Un échantillon produit de cacahuète était non conforme en aflatoxines. Le produit a fait l'objet d'un retrait du marché.

Des campagnes de contrôle sont maintenues sur ces types de produits en 2014.

Une fiche détaillée concernant les campagnes de contrôle en contaminants sera accessible sur le site de l'OSQCA.

3.5. OGM

	Nbre échantillons	% conformité	% OGM détecté (1)	% échantillon non quantifiable (2)
Produit à base de Pomme de terre	9	100%	0%	44%
Papaye	11	91%	9%	0
Courgette	10	100%	0%	0
RIZ	35	100%	0%	6%
MAÏS				
Produit à base de maïs	14	100%	0%	7%
SOJA				
Produit à base de soja	10	10%	0%	20%
TOTAL	89	97.7%	2.3%	10%

Tableau : Analyses d'OGM par type d'aliment et conformité des analyses

(1) : OGM détecté signifie la détection d'un OGM à une teneur inférieure à 0,9%, teneur acceptable si elle résulte d'une présence fortuite ou techniquement inévitable, rapporté sur le nombre d'échantillon.

(2) : Les échantillons non quantifiables résultent d'une incapacité à répliquer l'ADN (et donc à le quantifier) en raison d'une dénaturation des protéines en générale en conséquence des traitements thermiques ou d'extrusion appliqués aux denrées alimentaires.

Concernant le contrôle des OGM sur l'année 2013, 1 échantillon de papaye était non conforme. L'analyse OGM sur l'échantillon de papaye révèle la présence de 2 séquences de transition génétique artificielles qui ne sont pas présentes naturellement dans la nature. Ce sont les séquences de transition promoteur 35S-nptII et promoteur 35S-cp-NOS. Le gène cp (coat protein) code pour une protéine de capsid du virus PRSV (papaye ringpot virus).

La présence de ces 2 séquences de transition montre la présence d'organisme génétiquement modifié non autorisé pour ce produit. Le produit a fait l'objet d'un retrait et d'une notification d'information auprès de la commission européenne.

Une campagne de contrôle des papayes est programmée pour 2014.

Une fiche détaillée concernant les campagnes de contrôle en OGM sera accessible sur le site de l'OSQCA.

3.6. Pesticides

La réglementation européenne exige que les Etats membre fassent un rapport annuel sur leurs activités de contrôle dans le domaine des résidus de pesticides. Les rapports des années précédentes se trouvent sous le lien ci-dessous.

http://www.securite-alimentaire.public.lu/organisme/pcnp/sc/cs9_prod_phyto/ppp_residus_pesticides/index.html

En 2013, 206 échantillons ont été soumis à analyse pour vérifier leur conformité par rapport à la réglementation en matière de résidus de pesticides.

Lors des analyses plusieurs centaines de résidus sont analysés par matrice. Parfois un échantillon donné faire preuve de la présence de plusieurs résidus de pesticides lors de l'analyse.

Matrice	Nbre échantillon	pas de résidus détecté	résidu > MRL	Résidu détecté mais <MRL	Action
Pomme	17	18%	0	82%	1 échantillon bio avec présence de Chlormequat
Céleri	12	100%	0%	0%	
Choux	12	75%	0%	25%	
Poireaux	10	60%	0%	40%	
Salade	12	33%	0%	67%	
Avoine (farine)	4	50%	25%	25%	
Seigle (farine)	10	70%	0%	30%	
Blé (farine)	8	0%	0%	100%	
Pêche	13	23%	0%	77%	
Fraises	28	32%	7%	61%	
					1 échantillon non mis sur le marché (Procymidone; Carbendazim sum)
					1 échantillon bio avec présence d'ammonium quaternaire (étiquetage)
Tomates	12	50%	0%	50%	1 échantillon NC à l'importation - destruction (Dimethoate sum)
Raisin de cuve	15	27%	0%	73%	
Pot bébé	10	100%	0%	0%	
Abricot	3	0%	0%	100%	
Haricot à cosse (import)	3	33%	0%	67%	
Pois à cosse (import)	3	0%	33%	67%	

Basilique	4	50%	0%	50%	1 échantillon retrait et alerte (metalaxyl; Imidacloprid; Carbendazim sum; acetamiprid; dimethomorph)
Coriandre	3	100%	0%	0%	
Persil	3	33%	0%	67%	
Thym	1	0%	0%	100%	
Champignon	4	75%	0%	25%	
Melon	3	100%	0%	0%	
Infusion	5	80%	20%	0%	
Poivre	6	50%	0%	50%	
Ananas	3	67%	0%	33%	
Chicon	2	100%	0%	0%	
Grand Total	206	48%	2%	50%	

Tableau : Analyse des pesticides par type d'aliment et conformité des analyses

Concernant la campagne de contrôle pesticides 2013, 5 échantillons ont été détectés non conforme.

Un échantillon d'infusion était non conforme en metalaxyl; Imidacloprid; Carbendazim sum; acetamiprid; dimethomorph et a fait l'objet d'un retrait et d'une alerte rapide.

Un échantillon de fraise était non conforme en Procymidone; Carbendazim sum et n'a pas été mis sur le marché.

Un échantillon de pois en cosse était non conforme à l'importation en Dimethoate sum et a fait l'objet d'une destruction.

Deux échantillons biologiques présentaient une contamination en pesticides et ont fait l'objet d'un avertissement et d'une demande d'étiquetage. La présence de ces pesticides ne présentait pas une non-conformité pour des cultures conventionnelles.

Sur la campagne de 2013, la présence de pesticides a été constatée sur 50% des échantillons prélevés. Les catégories les plus touchées (en tenant compte du nombre d'échantillons prélevés par catégorie) sont la farine de blé (100%), les pommes (82%), les pêches (77%), les raisins de cuve (73%), les laitues (67%) et les fraises (61%). Les fraises étant la catégorie ayant le plus de pesticides par produit allant jusqu'à 11 pesticides par produit.

Une fiche détaillée concernant les campagnes de contrôle en pesticides sera accessible sur le site de l'OSQCA.

3.7. Eaux

Type d'analyse	conforme en tenant compte de l'incertitude de mesure	Non Conforme	Resultat non évalué	Grand Total
paramètres analysés				
Bactériologie Eau	3	167	51	230
Composition chimique EMN		74	1	96
Contaminants minéraux		308		336
Contaminants organiques		1		1
Nourissons (paramètres supplémentaires)		79	5	105
Physico-chimique Eau		1		1
Grand Total	3	630	57	769

En 2013 le Service de la sécurité alimentaire a contrôlé la qualité de l'eau dans les établissements de production alimentaire et il a effectué une campagne de contrôle des eaux destinées aux nourrissons.

3.7.1. Campagne de contrôle de la qualité microbiologique dans les établissements alimentaires forains

Categorie	EAUX PRODUCTION		
Type d'analyse			
paramètres analysés	Conforme	Non conforme	Grand Total
☒ Bactériologie Eau	48	32	80
coliformes totaux	15	1	16
Enterocoques intestinaux	16		16
Escherichia coli eau	16		16
Germes totaux 22°C		16	16
Germes totaux 36°C	1	15	16
Grand Total	48	32	80

Les résultats non-conformes sont liés au contrôle des installations mobiles lors de la Schueberfouer.

Des recommandations techniques pour ces installations ont été publiées avec la Ville de Luxembourg.

http://www.securite-alimentaire.public.lu/professionnel/denrees_alimentaires/hygiene_alim/prescriptions/exigences_hygiene_eau_potable.pdf

3.7.1. Campagne de contrôle de la qualité des eaux pour nourrissons

Type d'analyse	conforme en tenant compte de l'incertitude de mesure				
paramètres analysés	Conforme	Non conforme	Resultat non évalué	Grand Total	
Bactériologie Eau	3	119	19	9	150
coliformes totaux		24		1	25
Enterocoques intestinaux		25			25
Escherichia coli eau		25			25
Germes totaux 22°C	1	9	11	4	25
Germes totaux 36°C	2	11	8	4	25
Pseudomonas aeruginosa		25			25
Composition chimique EMN		74	1	21	96
Ca++ (comparé à la concentration indiquée sur l'étiquette)		13		3	16
Cl- (comparé à la concentration indiquée sur l'étiquette)		12		4	16
K+ (comparé à la concentration indiquée sur l'étiquette)		11		5	16
Mg++ (comparé à la concentration indiquée sur l'étiquette)		13		3	16
Na+ (comparé à la concentration indiquée sur l'étiquette)		13		3	16
SO4- (comparé à la concentration indiquée sur l'étiquette)		12	1	3	16
Contaminants minéraux		308		28	336
Antimoine		24			24
Arsenic		24			24
Baryum		13		11	24
Bore		11		13	24
Cadmium		24			24
Chrome		24			24
Cuivre		24			24
Cyanures		24			24
Fluorures		24			24
Manganèse		20		4	24
Mercur		24			24
Nickel		24			24
Plomb		24			24
Sélénium		24			24
Contaminants organiques		1			1
substances organiques		1			1
Nourrissons (paramètres supplémentaires)		79	5	21	105
Nitrates		21			21
Nitrites				21	21
sodium		16	5		21
Sulfates		21			21
Uranium		21			21
Physico-chimique Eau		1			1
Nitrate		1			1
Grand Total	3	582	25	79	689

En tout 21 échantillons d'eaux avec une mention "convient pour nourrissons" ont été prélevés. Comme il n'existe pas de législation précise sur cette mention au Luxembourg les prescriptions réglementaires allemandes ont été prises comme référence.

Les non-conformités constatées par rapport à ce référentiel se situent au niveau de la teneur en germes et de la teneur en sodium.

En effet, parfois ces eaux montrent des concentrations élevées en germes totaux. Pour ces raisons il convient de faire bouillir ces eaux avant utilisation pour les nourrissons.

Pour ce qui concerne la teneur en sodium, dans 5 échantillons la limite de 20 mg/L prévue dans la réglementation allemande a été dépassée. Les teneurs les plus élevées étaient de l'ordre de 40 mg/L.

Pour une eau, une déviation importante (> 20 %) pour la teneur en sulfates a été constatée par

rapport à la teneur indiqué sur l'étiquette.

3.8. Matériaux en contact

Les résultats de contrôle sont publiés sous:

http://www.securite-alimentaire.public.lu/organisme/pcnp/rpt/2013/Rpt_sc_annuel/Rapport_annuel_2013_sc_16/Rapport_annuel.pdf

117 analyses ont été effectuées.

Les non-conformités retrouvées se situent au niveau de trois types de produits :

- Les matériaux fabriqués en mélamine qui laissent migrer du formaldéhyde et de la mélamine dans les denrées qu'ils contiennent à température élevée ;
- Les matériaux en nylon qui laissent migrer des amines aromatiques primaires dans les denrées ;
- Les déclarations de conformité de joint de couvercle qui ne contiennent pas les plastifiants utilisés.

3.10. Système de contrôle des compléments alimentaires et aliments particuliers

67 dossiers de notification comprenant 419 compléments alimentaires ont été notifiés au service de la sécurité alimentaire en 2013.

Seules 6 notifications ont été faites dans le domaine de l'alimentation particulière, 3 suivant le règlement grand-ducal du 19 mars 2008 concernant les préparations pour nourrissons et les préparations de suite, et 3 suivant le règlement grand-ducal du 26 mai 2000 relatif aux aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales.

43 dossiers ont été traités dans le cadre de contrôle à l'importation.

Les résultats de contrôle sont publiés sous:

http://www.securite-alimentaire.public.lu/organisme/pcnp/rpt/2013/Rpt_sc_annuel/Rapport_annuel_2013_sc_15/Rapport_annuel.pdf

Dans le cadre de ces analyses, le service de la sécurité alimentaire travaille en étroite collaboration avec la Division des médicaments. 5 réunions ont été organisées en 2013 et 88 substances ont été discutées quant à leur statut alimentaire ou non.

D'autres analyses ont été effectuées sur cette catégorie de produits et les résultats se retrouvent dans les domaines respectifs.

Le règlement grand-ducal sur les compléments alimentaires a été revu et les annexes ont été mises à jour.

<http://www.legilux.public.lu/leg/a/archives/2013/0212/2013A3842A.html>

3.10. Sécurité microbiologique des aliments

Les résultats de contrôle sont publiés sous:

http://www.securite-alimentaire.public.lu/organisme/pcnp/rpt/2013/Rpt_sc_annuel/Rapport_annuel_2013_sc_07/Rapport_annuel_analyses.pdf

De ces résultats, on peut en tirer les conclusions suivantes :

- Le taux de conformité absolue pour l'ensemble des analyses bactériologique est de 95 %, il est de ce fait de 0,5% plus élevé qu'en 2012 ;
- Environ 1,7 % des échantillons contiennent uniquement des germes d'altération et peuvent être

considérés sans risque pour le consommateur, mais laissent entrevoir que les règles de bonnes pratiques d'hygiène ne sont pas maîtrisées ;

- Environ 2,3 % des échantillons contiennent des germes pathogènes à une teneur très faible et peuvent de ce fait également être considérés comme étant sans risque pour le consommateur ;
- Finalement, il apparaît qu'un pourcent des échantillons est clairement non-conforme, c'est-à-dire qu'ils contiennent des germes pathogènes à des concentrations pouvant affecter la santé des consommateurs.

Ces résultats sont sensiblement les mêmes qu'en 2013, avec néanmoins une légère amélioration.

Par ailleurs, ces résultats montrent également que les catégories d'aliments présentant le plus de risque sont :

- - Les glaces ;
- - La pâtisserie ;
- - Les plats préparés crus ;
- - Les plats préparés cuits ;
- - Les sandwiches

4. Résultats des inspections

Les résultats de contrôle sont publiés sous:

http://www.securite-alimentaire.public.lu/organisme/pcnp/rpt/2013/Rpt_sc_annuel/Rapport_annuel_2013_sc_7/Rapport_annuel_inspection.pdf

Le système de check-listes avec des critères de contrôle cotés et une appréciation numérique pour chaque critère de contrôle par l'agent de contrôle établi en 2009 était toujours d'application.

Afin d'assurer la transparence des activités de contrôle, le Service de la sécurité alimentaire publie ses check-listes sur le site de la sécurité alimentaire.

Une nouvelle check-liste a été mise au point, la check-liste pour les petits commerces.

<http://www.securite-alimentaire.public.lu/professionnel/checkliste/secualim/index.html>

5. Système de contrôle à l'importation pour denrées alimentaires à risque

En 2013, le Service de la sécurité alimentaire a pour la première fois mis en place le système de contrôle dans le cadre de l'application du règlement CE N° 882/2004 (contrôle de routine à l'importation), dans une première phase que dans le domaine des contaminants. À cette fin, les résultats d'une analyse de risque effectuée en fin 2012 ont été transmis à l'Administration des Douanes et Accises. Dans ce cadre (NOMBRE D'ÉCHANTILLONS PRIS À L'IMPORTATION SELON 882/2004) supplémentaires au contrôle renforcé selon le règlement CE N° 669/2009 ont été prélevés à l'aéroport. En 2014, ce contrôle de routine sera élargi aux domaines microbiologie, boissons et matériaux de contact.

En début 2013, 149 tonnes de fraises (12,7 tonnes au premier quartât 2012) et 8 tonnes de chilis (350 kg en début 2012) ont été importées jusqu'au 22 janvier à partir de l'Égypte sous le régime du règlement CE N° 669/2009. Vers la fin de l'année (c.à.d. à partir du 16 décembre) 46 tonnes de fraises (2012 : 36 tonnes) et 2,6 tonnes de chilis (298 kilos en 2012) ont été importés, ce qui confirme le phénomène d'une « forte vague » d'importations en fin d'année qui semble même s'intensifier (+ 28% comparé à 2012).

L'augmentation de la fréquence de certaines importations régulières s'est poursuivie en 2013. Les importations régulières sont surtout des haricots et pois originaires du Kenya et, comme en 2012, des fruits et légumes originaires de Thaïlande.

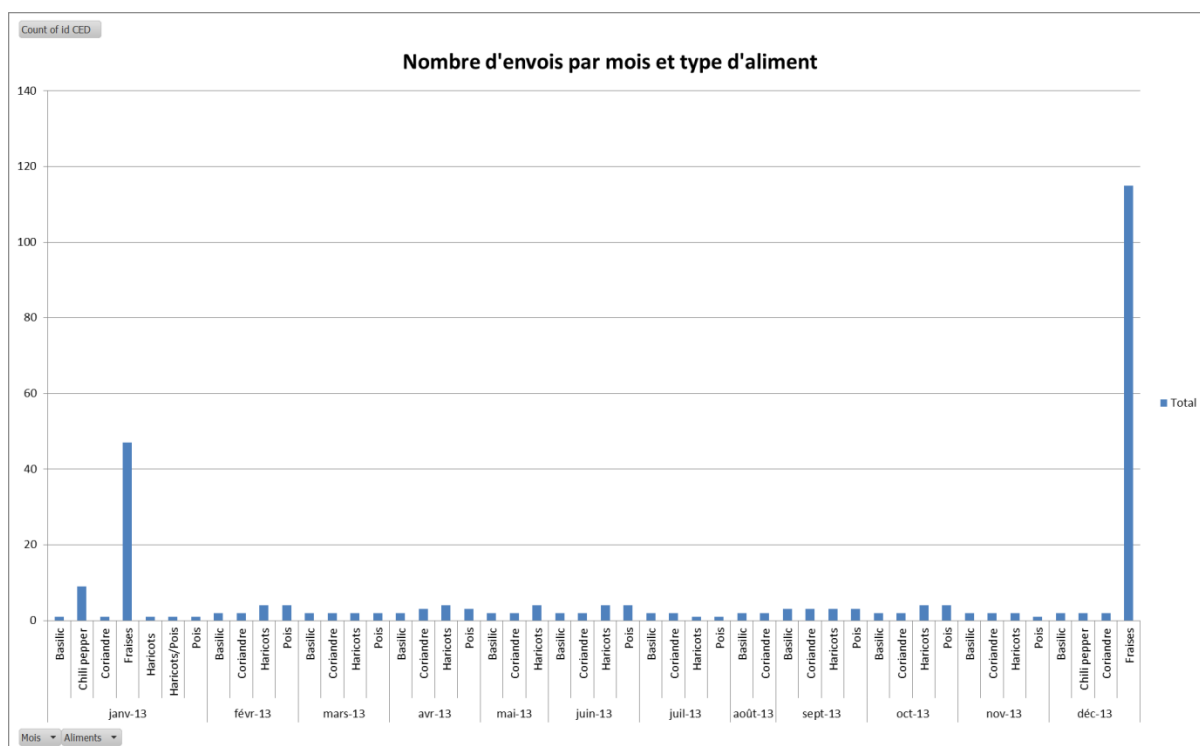


Tableau : Importations de fraises et de chilis 2012 et 2013

Exprimé en nombre de lots, en 2013, 280 lots de denrées alimentaires à risque regroupées dans l'annexe du règlement CEN° 669/2009 ont été déclarés pour importation, trois fois plus qu'en 2012 (92 lots) ou le nombre avait déjà triplé comparé à l'année précédente.

Importations régulières en provenance du Kenya et de Thaïlande (lots contrôlés : haricots, basilique et coriandre) (env. tous les 10 jours pour chaque pays d'origine)

En début 2013 une soixantaine d'envois en provenance du Caire répartis sur 5 vols (fraises et chilis)

Vers la fin de l'année : 117 lots répartis sur 7 vols.

Les destinations : Royaume-Uni, Pays-Bas, Belgique et Allemagne.

L'accroissement aussi bien du nombre d'envois que du nombre de tonnes de fruits et légumes importés par le Luxembourg montrent que malgré la crise le Grand-Duché gagne fortement en attractivité comme porte d'entrée pour les denrées alimentaires fraîches importées par voie aérienne en Europe de l'Ouest.

La permanence pour l'importation en dehors des heures de bureau est garantie par SECUALIM pour 2014.

6. Le système d'enregistrement des établissements alimentaires

Le système d'enregistrement des établissements alimentaires de la chaîne alimentaire du Service de la sécurité alimentaire a été mis en place conformément à la réglementation européenne (Règlement CE N° 852/2004 et Règlement CE N° 882/2004).

La procédure comprend un formulaire qui est en ligne sur le site de la sécurité alimentaire et une liste des activités soumises à notification.

Dans la logique de la simplification administrative et pour éviter le double emploi, le Service de la sécurité alimentaire, ensemble avec l'OSQCA, a retravaillé ce formulaire et intégré la liste des activités dans un nouveau formulaire PDF qui peut être signé et soumis électroniquement.

Les données seront, après validation, automatiquement intégrées dans la base de données SECUALIM.

Le document PDF est dans la dernière phase de validation. La procédure actuelle est en ligne sous :

www.securite-alimentaire.public.lu/professionnel/enregistrement/index.html

Entreprises enregistrés par activité principale	année						
activité principale		2009	2010	2011	2012	2013	Grand Total
Commerce de détail ambulant en alimentation		9	6	2	3	6	26
Commerce de détail non ambulant en alimentation		44	127	156	195	196	718
Importation de pays tiers (hors de la communauté européenne)			1		2	7	10
Lait cru et produits laitiers (Section IX)		1	1				2
Production primaire		2		3	4	2	11
Restauration collective		7	194	54	507	186	948
Secteur de la distribution		2	6	6	16	26	56
Secteur de la transformation, fabrication		18	13	9	23	26	89
Secteur de l'HORECA		22	197	158	367	519	1263
Secteur des Services				1	2	4	7
Grand Total		105	545	389	1119	972	3130

Tableau : Etablissements enregistrés

En 2013, la démarche d'envoyer des courriers de rappels aux exploitants afin de les inciter à enregistrer leur activité alimentaire au sein de notre service a été poursuivie. .

Le nombre d'établissements enregistrés au sein de notre service a grimpé de 2212 en 2012 à 3130 à la fin 2013, ce qui correspond à une augmentation de +- 42 %. .

7. Le système européen des alertes rapides

Le système d'alerte rapide des denrées alimentaires et aliments pour animaux est géré au Luxembourg par l'OSQCA.

www.securite-alimentaire.public.lu/organisme/rasff_alerte_rapide/index.html

En 2013, le Service de la sécurité alimentaire en tant qu'autorité compétente pour le contrôle des denrées alimentaires a reçu de la part de l'OSQCA, 24 alertes sur des denrées alimentaires soumises à rappel ou retrait et avec une distribution au Luxembourg.

Les actions de rappel et de retrait qui découlent de la réglementation ont été suivies par les agents du Service de la sécurité alimentaire.

Suite aux contrôles réalisés par le Service dans la chaîne alimentaire et après détection de denrées alimentaires non-conformes, le Service de la sécurité alimentaire a émis 10 alertes européennes via l'OSQCA.

8. Avis

En 2013, le Service de la sécurité alimentaire a été saisi un grand nombre de fois en matière de réglementation de sécurité alimentaire. Ainsi 165 avis sur la réglementation ont été demandés.

En outre, il y a les demandes d'avis de conformité concernant la transformation de structures existantes ou la construction de nouvelles structures alimentaires. En 2013 nous avons réalisés 153 avis de conformité d'installations alimentaires.

Le Service de la sécurité alimentaire propose à cet égard un service complet qui comprend une ou plusieurs visites sur place, une étude des plans et la rédaction d'un avis de conformité complet.

Afin de faciliter les tâches pour les planificateurs un dossier type a été élaboré.

Il est disponible sous:

9. Plaintes

En 2013 le Service de la sécurité alimentaire a traité 145 plaintes déposées par écrit, par téléphone ou via le site de la sécurité alimentaire.

Type de plainte par année	année						
motif de la plainte		2009	2010	2011	2012	2013	Grand Total
des mauvaises pratiques d'hygiène		5	6	12	28	16	67
des pratiques frauduleuses		3	1	1	4	3	12
des problèmes d'odeurs					1	2	3
des produits abîmés		2	1				3
des produits altérés		4	7	13	11	11	46
des produits moisis		3	7	4	5	5	24
des produits périmés		2	1	5	2	10	20
la présence d'animaux dans une salle de restauration					4		4
la présence de corps dangereux dans des aliments			2	2	1		5
la présence de corps étrangers dans des aliments		2	4	6	4	2	18
la présence de nuisibles dans l'établissement			2	5	5	4	16
la présence d'insectes dans des aliments		2	1	5	1	6	15
la suspicion de présence de contaminants		1		3	1		5
le non-respect de la législation sur les compléments alimentaires					1		1
le non-respect de la loi antitabac				1	6	2	9
le stockage non conforme de denrées alimentaires		2	4	3	1	2	12
l'hygiène de la cuisine		2	7	2	1	6	18
l'hygiène des sanitaires		4	1		2		7
l'hygiène du personnel		7	1	3	2	3	16
l'hygiène générale		21	10	21	39	35	126
un malaise après un repas		9	21	23	31	26	110
un problème de non-respect de la chaîne du froid						4	4
un problème de solubilisation d'encre d'emballage alimentaire						1	1
un problème d'étiquetage		2	1		3	2	8
un problème d'étiquetage d'allergènes de denrées alimentaires en vrac						1	1
une odeur atypique d'un aliment		1	3	1	1	2	8
une réaction allergénique à une denrées alimentaire						1	1
une suspicion de tromperie		1		1		1	3
Grand Total		73	80	111	154	145	563

Tableau 19: Types de plaintes

Les plaintes une fois encodées dans notre base de données sont ensuite évaluées et si elles sont pertinentes transférées aux différents agents impliqués dans le contrôle en fonction de leur compétence.

Nous constatons que de plus en plus de plaintes nous parviennent via internet. La plupart des plaintes sont justifiées. Toutefois, nous constatons qu'un nombre restreint de plaintes sont liées à une vengeance personnelle voire même calomnieuses.

Pour cette raison les plaintes anonymes ne sont pas reçues.

10. Projets

10.1. Plans pluriannuels partiels

Les plans pluriannuels partiels élaborés dans les années passés ont été exécutés. Il s'agit des plans sur:

- Matériaux en contact avec les denrées alimentaires

- Mycotoxines,
- Pesticides
- OGM
- Additifs alimentaires

10.2. Collaboration avec l'Administration des Douanes et accises

Afin d'harmoniser le contrôle officiel des denrées alimentaires le Service de la sécurité alimentaire avait entamé en 2010 une collaboration intense avec l'Administration des douanes et accises sous forme de projet pilote. En 2011, ce projet pilote a été transformé en une collaboration permanente. Cette collaboration a été formalisée sous forme d'une convention entre parties concernées.

La collaboration avec l'Administration des douanes et accises continue. En 2013 3 agents ont quitté le programme rendant nécessaire un nouveau cycle de formation qui est programmé pour 2014.

En 2013 les agents impliqués ont été formés dans deux domaines de compétence.

- Prélèvement d'échantillons dans le domaine de la sécurité microbiologique;
- Mesures de la qualité de l'huile de friture.

10.2.1. Procès-verbaux adressés aux Parquets

Au cours de l'année 2013, 13 dossiers de procès-verbaux ont été transmis aux Parquets de Luxembourg et de Diekirch. Classiquement, un procès-verbal est rédigé lorsqu'un établissement est contrôlé pour la 2ème fois et que celui-ci est toujours en dessous du score de conformité de 50%. Accessoirement, un PV est également rédigé pour les établissements qui demeurent en dessous de 60% lors d'un 3ème contrôle. Dans ce dernier cas, le Parquet rédige alors un Avertissement qui n'est pas couplé à une sanction pénale.

11. Formations

- Formation sur le règlement 1169/2011 (informations pour le consommateur) auprès de la Chambre des métiers

12. Commissions et groupes de travail

Groupes de travail auprès de l'EFSA /European Food Safety Authority)

- Forum consultatif
- Groupe d'expert pesticides
- Groupe FID Additifs alimentaires

Groupes d'experts auprès de la Commission européenne :

- Allégations nutritionnelles et de santé
- Contaminants agricoles
- Contaminants industriels
- Etiquetage alimentaire
- Alimentations particulières
- Eaux minérales naturelles
- Importations de denrées d'origine non-animale
- Nanotechnologie

- Matériaux et objets en contact avec les denrées alimentaires

Groupes d'experts auprès du Conseil européen :

- Refonte de la législation sur les aliments particuliers

Groupes « Comitologie » auprès de la Commission européenne:

- Comité permanent de la chaîne alimentaire et de la santé animale pour les pesticides
- Groupe d'experts pesticides auprès de la commission européenne
- Comité permanent de la chaîne alimentaire et de la santé animale
 1. General Food Law
 2. Toxicologie
- Boissons spiritueuses

Groupes de travail au sein de Ministères luxembourgeois:

- Comité de pilotage de l'OSQCA
- Commission des régimes d'aides en matière de sécurité alimentaire au sein du Ministère des classes moyennes
- Commission d'examen pour l'accès aux professions HORESCA

Groupes de travail auprès de la Chambre de l'Agriculture :

- Commission Letzebuerger Wees a Brout

Autres:

- Association Luxembourgeoise des Services d'Eau (ALUSEAU)
- Conseil Technique du SEBES
- Commissions Internationales pour la Protection de la Moselle et de la Sarre

02. La Division de l'Inspection Sanitaire (INSAN)

Missions

La Division de l'inspection Sanitaire est chargée d'assurer la protection de la santé publique tant en ce qui concerne l'hygiène du milieu que la surveillance et la lutte contre les maladies transmissibles.

1. La lutte contre les maladies transmissibles

- Foodborne diseases
- Waterborne diseases
- Airborne diseases
- Zoonoses et autres maladies transmissibles

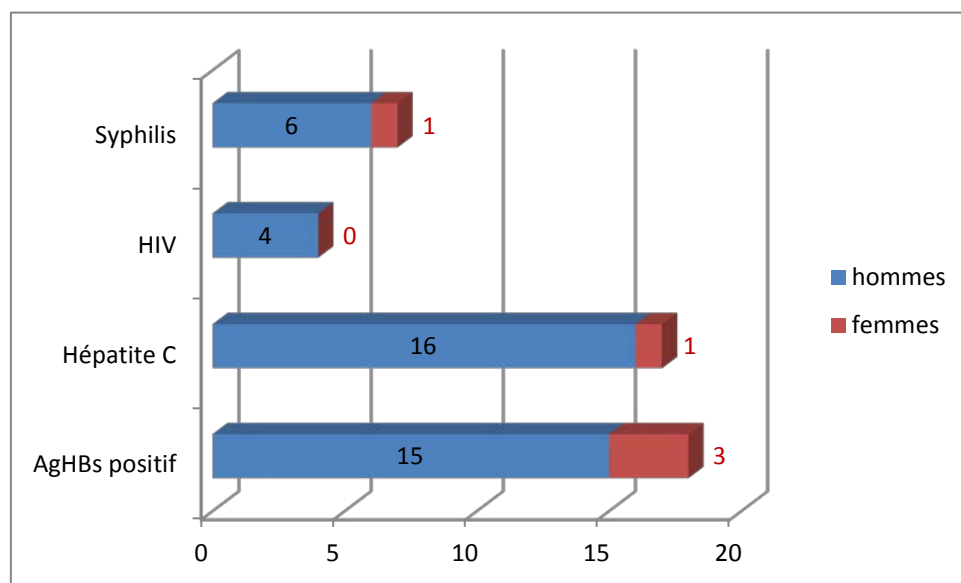
Au cours de 2013 l'INSAN a mené ses enquêtes de routine en rapport avec l'émergence de maladies transmissibles comme des méningites, gastro-entérites, hépatites, et bien d'autres. Le premier trimestre de l'année fut marqué par un nombre élevé de gastro-entérites à Rotavirus dans une

institution pour personnes âgées dans la Ville de Luxembourg. Un autre événement rare était la découverte d'une chauve-souris porteuse du virus de la rage qui avait griffé une personne. L'INSAN a fait l'enquête sanitaire et le suivi épidémiologique du cas.

La tuberculose est bien présente au Grand-Duché ; étant moins grave que dans d'autres pays, elle avait montré en 2012 une augmentation du nombre d'infections détectés et traités ; en 2013 ce nombre a de nouveau légèrement baissé. La surveillance épidémiologique se fait en étroite collaboration avec la Ligue Médico-sociale, le Laboratoire National de Santé et le service médical de l'immigration. L'INSAN assure le traitement directement observé (DOT) auprès de divers patients.

Dans ce contexte l'INSAN, en étroite collaboration avec la Ligue Médico-Sociale poursuit son activité de contrôle sanitaire des demandeurs de protection internationale. Comme ces personnes parviennent de pays ayant des taux de prévalence élevés pour certaines maladies infectieuses, il est devenu nécessaire d'introduire un contrôle sanitaire à l'entrée du pays. Ce contrôle sert essentiellement à détecter précocement des maladies infectieuses. En 2013, 947 personnes venant de 52 pays différents ont été convoquées pour ces examens. Il s'agissait de 681 hommes et 266 femmes. 151 d'entre eux étaient âgés en dessous de 14 ans. Malheureusement, 174 personnes ne s'étaient pas présentées aux examens. (18,37%).

Les analyses de sang ont permis de détecter en 2013 :



153 personnes (115 hommes et 38 femmes) montraient un test de dépistage de la Tuberculose positif. Afin de garantir un suivi avec antibiothérapie éventuelle pour tuberculose latente, ces personnes ont été adressées au médecin de leur choix.

Une femme présentait une tuberculose pulmonaire aigue et a été transférée immédiatement à l'hôpital.

24 tests intradermiques chez les enfants, servant à détecter un contact avec le bacille de la tuberculose, se montraient positifs et ont donc nécessité un suivi médical.

Dans le cadre de la surveillance de la santé des migrants les agents de l'INSAN font des visites des centres où sont logés les demandeurs de protection internationale dans l'intérêt de la santé de ces derniers.

Dans le domaine des intoxications alimentaires, l'INSAN est chargée des enquêtes et des mesures de santé publique lors de la survenue de maladies suite à la consommation d'aliments présumés inaptes à la consommation.

L'INSAN collabore avec les autres pays de la Communauté Européenne et avec l'OMS en ce qui concerne l'échange des données épidémiologiques et assure le point focal en cas d'alerte rapide en matière de maladies transmissibles.

2. Surveillance de l'Hygiène du milieu

L'INSAN effectue des contrôles réguliers de l'eau potable en différents endroits du pays. Une attention particulière est prêtée à la détection de légionnelles. La détection d'un patient infecté par des légionnelles mène à une enquête approfondie servant à déterminer la source afin de pouvoir l'éliminer.

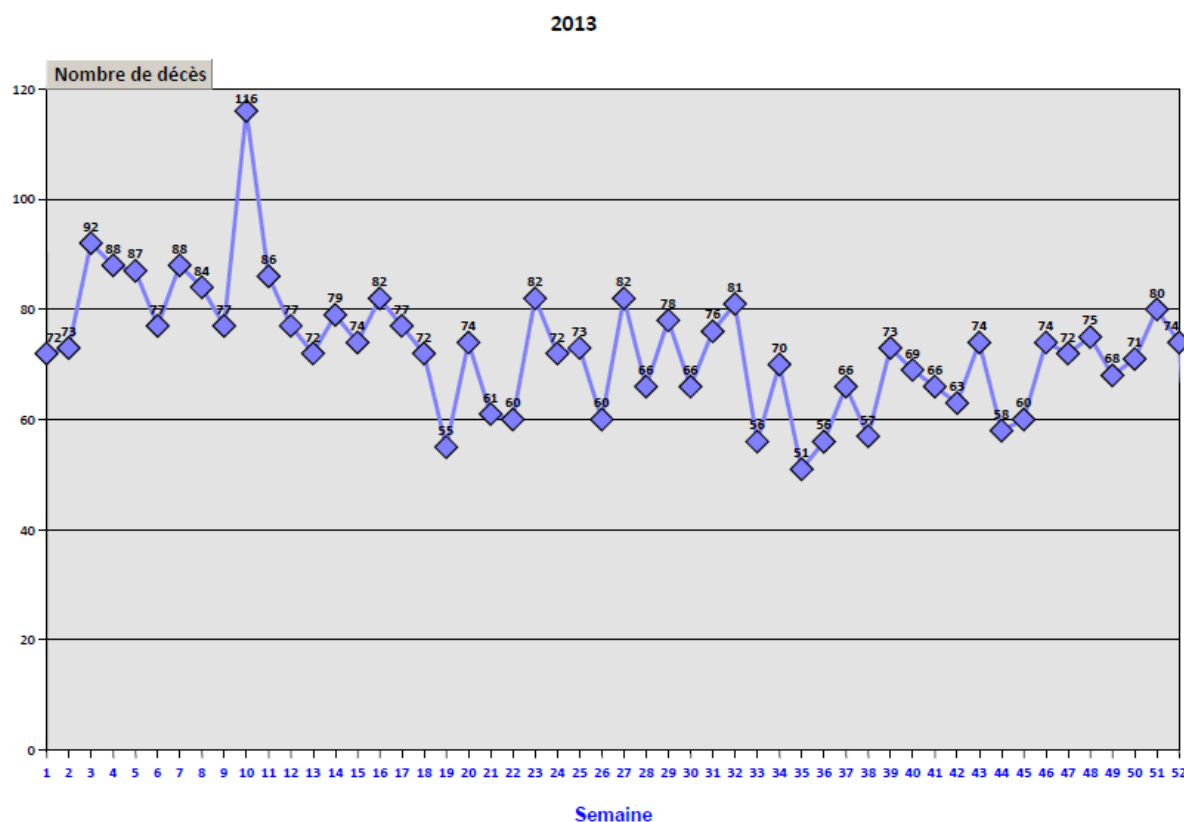
De même, la qualité des piscines ouvertes au public est contrôlée systématiquement. Ces activités se font en étroite collaboration avec l'administration de la gestion de l'eau.

Les formalités mortuaires et la surveillance des activités en rapport avec ceci sont une des tâches de l'INSAN, dont les permissions en rapport avec les transports de cadavres vers l'étranger et en provenance de l'étranger, les prorogations des délais d'inhumation, les exhumations, le contrôle des installations techniques des morgues, l'application de la norme européenne EN 15017.

En collaboration avec les Communes, l'INSAN a procédé à l'inspection de bon nombre de logements insalubres afin d'y émettre un avis. Cette activité connaît une nette augmentation.

En cas d'incendie ou d'autres accidents émettant des substances dangereuses, mettant en péril la santé humaine, l'INSAN est chargée d'appliquer les mesures de santé publique nécessaires.

Depuis 2009 l'INSAN a commencé à mettre sur pied un système de veille sanitaire, surveillant divers paramètres sanitaires comme par exemple le nombre hebdomadaire de décès.



3. Contrôle de la réglementation de la transfusion sanguine

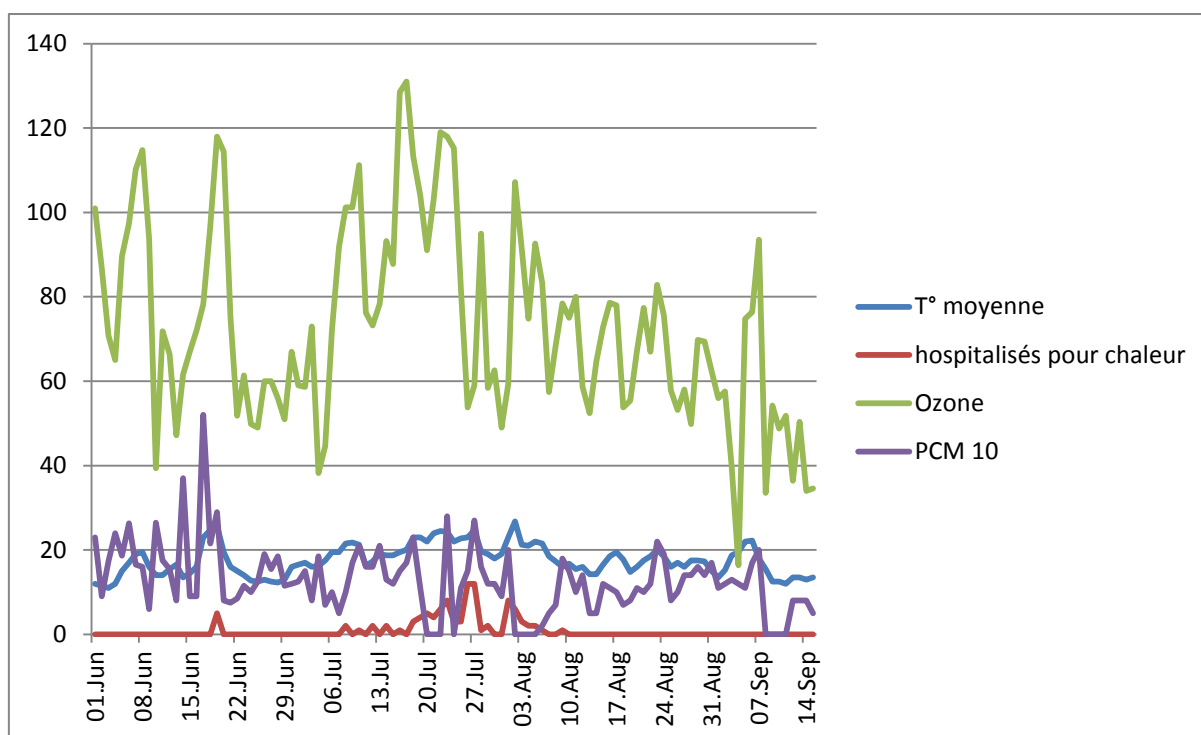
Des contrôles de routine du Centre de Transfusion Sanguine de la Croix Rouge ainsi que des points

de distribution des produits sanguins dans les hôpitaux sont opérés par le médecin-inspecteur chef de division ainsi qu'un infirmier en chef, tous les deux possédant une qualification de « **official inspector for blood establishment in Europe** ».

4. Organisation, coordination et gestion de situations sanitaires exceptionnelles

Les activités essentielles dans ce domaine sont la planification de la riposte aux actes de terrorisme CBRN, ceci en étroite collaboration avec le Haut-Commissariat à la Protection Nationale (HCPN) et la collaboration avec les autres pays de l'Union Européenne. L'échange international concerne surtout le domaine de l'échange rapide d'informations en cas d'événements graves, comme des attentats. L'INSAN est le point focal national pour cet échange d'informations.

L'Inspection Sanitaire est en charge de l'organisation de la riposte sanitaire en cas de canicule éventuelle. A cette fin est organisé un dispositif préalable qui recense les personnes vulnérables devant être surveillées en cas de canicule. L'INSAN prépare les communications à publier en cas de canicule annoncée ou installée. Lors de la période d'été l'INSAN surveille les variations des températures, températures moyennes et les hospitalisations de personnes suite à l'effet de la chaleur. En cas de nécessité le plan canicule est déclenché.



5. Point focal dans le cadre du Règlement Sanitaire International (RSI)

Le RSI est un accord juridique international élaboré et surveillé par l'OMS, visant à prévenir la propagation de maladies dans le monde ; son champ d'application couvre toutes les urgences sanitaires, indépendamment de leur cause. Ses dispositions visent surtout les frontières extérieures, qui pour le Grand-Duché sont l'aviation civile, le fret aérien, la navigation. L'INSAN est le point focal national de cet RSI, chargé de surveiller les dispositions du règlement et chargé de la communication rapide avec l'OMS, 24 h sur 24 et 7 j sur 7.

02.bis Le Service de la Médecine de l'environnement

Missions

Le service de la Médecine de l'Environnement fonctionne depuis janvier 1994 et travaille au sein de la Direction de la Santé. La mission principale du service consiste à détecter des nuisances dans les habitations privées à la demande du patient ou de son médecin traitant. De cette façon, nous voyons des gens malades mais il nous est possible également de faire une mission préventive. De même notre mission consiste à conseiller les gens lors de l'élimination des sources de pollution respectivement de l'assainissement des habitations. Le Service de la Médecine de l'Environnement regroupe 2 personnes, 1 médecin et 1 secrétaire.

1. Activités

1.2. Mesures et analyses des habitations

La majeure occupation de notre service consiste en l'investigation des habitations ou autres bâtiments en vue de détecter des nuisances physiques, chimiques ou mycologiques susceptibles de porter préjudice à la santé.

Les nuisances détectées en 2013 comportent des substances chimiques, des contaminations mycologiques (y compris la mise en évidence des causes d'humidité), des fibres d'amiante ou minérales ainsi que des champs électriques ou magnétiques, basses et hautes fréquences.

1.3. Surveillance du traitement des vignobles par pesticides

Le Service de la Médecine de l'Environnement a collaboré avec PROTVIGNE dans le cadre du Plan Général de lutte antiparasitaire par hélicoptère dans les vignobles. Des contrôles réguliers des produits utilisés et répandus par hélicoptère ont été effectués. Aucune plainte de la part de particulier n'a été réceptionnée.

1.4. Etude dans les crèches nationales

Le service a poursuivi l'étude dans les crèches conventionnées et non-conventionnées. L'étude est faite en étroite collaboration avec le Ministère de la Famille, le Laboratoire National de Santé qui réalise les analyses des échantillons prélevés, la Division de la Radioprotection de la Direction de la Santé. En 2013, nous avons visité 16 crèches.

L'étude comporte des mesures de formaldéhyde, la détermination des champs électriques dans les dortoirs ainsi que les champs électromagnétiques hautes fréquences émis par les babyphones et les téléphones sans fil.

Les biocides et les retardateurs de flamme sont dosés dans les échantillons de poussière. Le cas échéant nous retournons sur place pour des prélèvements de matériaux afin de trouver les sources de polluants contenus dans les poussières.

2. Résultats

En 2013 notre service a effectué 277 visites chez des particuliers, 16 visites dans les crèches et 5 dans les bâtiments publics (écoles primaires, maisons relais, lycées, ...)

Les demandeurs sont d'une part les particuliers, d'autre part les médecins, soit le médecin généraliste

soit le médecin spécialiste en pédiatrie, en allergologie et en ORL.

Les analyses pratiquées appartiennent à la catégorie des substances chimiques, des moisissures et des ondes électromagnétiques basse et haute fréquences.

analyses de poussière : un nombre total de 419 analyses de poussière a été réalisé pour la recherche de biocides et de retardateurs de flamme.

analyse de matériaux : 536 échantillons de matériaux ont été prélevés pour le dosage de biocides et de retardateurs de flamme.

- analyse de l'air ambiant : 11 prélèvements d'air ont été effectués pour le dosage des substances organiques volatiles.
- analyse de moisissures : un nombre total de 152 analyses de moisissures a été fait.
- le nombre des analyses des champs électriques et magnétiques est de 577.
- détection des champs électromagnétiques hautes fréquences : 577 mesures. Dans aucun cas, le seuil officiel n'a été dépassé.

3. Résultats « Crèches »

Les résultats sont identiques à ceux de l'année 2012. Le problème le plus souvent rencontré dans les crèches, est la présence d'une substance ignifuge : le TBEP. Les sources en sont principalement le revêtement de sol et les produits de nettoyage.

Nous avons trouvé beaucoup de matelas contaminés par des substances ignifuges. Dans ces cas, nous avons conseillé de remplacer ces matelas.

Les téléphones portables sont en service dans la plupart des crèches. Nous remettons une liste avec tous les téléphones portables qui n'émettent des rayonnements que pendant la conversation.

Dans quelques cas précis, une réunion avec les responsables et le SME a été organisée afin de discuter des possibilités d'assainissement.

4. Conclusions

Les polluants recherchés sont restés les mêmes et les résultats trouvés sont plus ou moins identiques à ceux des années précédentes. L'interprétation des résultats reste toujours subjective puisqu'il n'existe pas de valeur limite officielle pour les substances recherchées.

Le SME travaille en étroite collaboration avec la Division de la Radioprotection en ce qui concerne les problèmes engendrés par les champs électromagnétiques hautes fréquences dus à la téléphonie mobile. Signalons encore que les radiations engendrées par les téléphones portables domestiques (DECT) sont beaucoup plus intenses que celles des antennes GSM.

Le SME est fort sollicité pour des interventions ponctuelles chez les particuliers. Au vu des expériences acquises pendant les années précédentes, nous sommes d'avis que le volet préventif doit être intensifié. Des directives européennes devraient fixer des concentrations maximales à ne pas dépasser dans les matériaux destinés à l'environnement domestique afin de ne pas nuire à la santé des habitants.

03. La Division de la Médecine Curative

Missions :

Suivant la législation, la division de la médecine curative a compétence pour toutes les questions concernant la planification et l'organisation des moyens et équipements de soins, la formation et l'exercice des professions médicales, et des professions de santé.

La division désire surtout contribuer à ce que la population dispose des moyens humains et des infrastructures nécessaires et adéquats pour les soins de santé dont elle a besoin pour le maintien et l'amélioration de sa santé. Elle participe également au développement d'une culture de la sécurité du patient et de la qualité des soins au sein du système de santé.

Depuis mi-2012, certains domaines d'activité de la division sont partagés avec le Directeur adjoint de la Direction de la santé et les missions de la division ont été élargies avec l'intégration des activités relatives à la qualité des prestations de santé, précédemment assurées au sein du secrétariat général. Les activités couvertes en 2013 sont les suivantes :

- participation et activités de conseil aux différentes phases de planification, de restructuration et d'autorisation des établissements hospitaliers, en particulier :
- élaboration de normes et de recommandations,
- évaluation du fonctionnement du système des soins de santé,
- activités de conseil pour la planification de l'offre de soins de santé,
- amélioration de la sécurité à l'hôpital,
- prévention de l'infection nosocomiale,
- collaboration à la gestion des risques sanitaires, et participation à l'élaboration de plans d'urgences
- surveillance des établissements sanitaires, enquêtes et instruction de plaintes,
- législation et vigilance en matière de dispositifs médicaux,
- exercice et formation des professions médicales,
- exercice et formation continue des autres professions de santé.

1. Planification, restructuration et autorisations des établissements hospitaliers

1.1. Travaux préparatoires au prochain RGD Plan hospitalier

Suite à la présentation du rapport de l'« étude Lenz » réalisée en 2012 sur mandat du Ministère de la santé par LENZ Beratung & Dienstleistungen AG, et à la publication de la carte sanitaire 2012, la division a contribué de manière intensive aux travaux du Ministère relatifs à l'élaboration d'un avant-projet de règlement grand-ducal Plan hospitalier, en particulier à la définition des services hospitaliers.

1.2. Planification de l'offre hospitalière

Parallèlement aux travaux de préparation du prochain Plan hospitalier, la division a avisé plusieurs projets relatifs au développement de l'offre hospitalière, notamment en matière de gériatrie, de dialyse, de prise en charge de douleur chronique, de médecine environnementale, etc...

1.3. Restructuration des établissements hospitaliers et autorisations afférentes

Ces activités, largement partagées avec le Directeur adjoint, couvrent les champs suivants :

- avis - contrôle relatifs aux projets de nouvelle construction ou d'extension hospitalière,

- avis - contrôle pour les projets de création de service ou de modernisation de bâtiments existants,
- avis – appréciation portant sur les principes généraux de conception hygiénique d'installations techniques desservant des salles propres et des zones à environnement maîtrisé en milieu hospitalier,
- avis en matière de demandes d'autorisation d'équipements hospitaliers,

La division avise les projets hospitaliers de construction, de modernisation, d'assainissement et/ou d'extension introduits au ministère de la santé pour autorisation et financement selon les dispositions en vigueur. Dans ce cadre, et afin de mieux assurer la prise en compte des priorités d'hygiène hospitalière, de fonctionnalité, de conditions de travail et de rationalité, le service a élaboré des lignes-guides pour la construction et l'équipement des hôpitaux. Elles servent à l'analyse des projets hospitaliers et reposent notamment sur l'analyse de l'existant, les caractéristiques des activités hospitalières concernées et l'étude des plans. Cette activité est actuellement réalisée en collaboration et sous la responsabilité du Directeur adjoint.

Au cours de l'année 2013, la division a évalué et suivi plusieurs projets hospitaliers de construction, de modernisation, d'assainissement et/ou extension introduits au ministère de la santé pour autorisation et financement :

Centre Hospitalier de Luxembourg	Maternité (Centre Mère-Enfant) – projet de construction – phase APD achevée – début du chantier à partir de la mi-2012 – travaux de gros œuvre achevés - travaux d'aménagement intérieur en cours – mi-2013 début des travaux d'installation des équipements technique du bâtiment Modernisation de l'Hôpital Municipal – analyse préalable
Zithaklinik	Projet d'agrandissement, de modernisation et de mise en conformité - phase APD terminée comprenant l'examen des étapes 1 (mesures provisoires dans l'existant) et 2 (nouveau bâtiment dit 'E') de l'étude conceptuelle et technique, la troisième étape étant en cours de préparation étape 1 - phase de soumission et passation des marchés terminées au début 2013 – tranches de travaux accomplies ou en phase de l'être: deux salles d'op en construction modulaire, aménagement provisoire d'unité d'endoscopie au 4e étage, construction d'une hélistation implantée en terrasse, relogement du service d'hémodialyse dans des locaux transformés et adaptés aux besoins (en cours), renouvellement de la toiture du bâtiment dit C, déplacement du système de stockage contenant de l'oxygène liquéfié (en cours) et construction d'un nouveau dépôt de bouteilles pour gaz médicaux (en cours) étape 2 – phase de mise en adjudication prévue pour 2013/2014
Centre Hospitalier Emile Mayrisch	Site Esch Neubau 80 – travaux de transformation et de mise en conformité niveau 4 – travaux de transformation, d'extension et de mise en conformité de l'unité de soins intensifs - démarche de planification APD interrompue en 2012 - dépôt d'un nouveau projet fin 2012 prévoyant la transformation de la construction modulaire existante en unité de soins intensifs sur deux niveaux – phase de planification et de soumission terminées – début des travaux de transformation fin 2013 Projet de réfection de la toiture plate couvrant le bâtiment NB80 – travaux entamés en 2012 et en cours Projet de transformation du service de stérilisation centrale actuel en dépôt de matériels stériles – phase de planification en cours Projet d'aménagement et de relogement de plusieurs sections fonctionnelles – pharmacie hospitalière y compris les aires réservées aux préparations stériles, service d'oncologie ambulatoire et service de mammographie-échographie du sein – avant-projet APS/APD soumis successivement pour examen durant 2013 – finalisation du dossier pour début 2014 – procédure d'adjudication vers début du 2^e trimestre 2014. Demande d'extension du service de dialyse – analyse préalable Site Niederkorn Projet d'agrandissement et de transformation de l'unité de stérilisation centrale – en phase d'exécution – mise en service fin 2013 Projet d'assainissement et d'amélioration du réseau de distribution d'eau potable et de la production d'eau chaude – en voie d'exécution Mesure de sécurité (essentiellement protection contre l'incendie) Modernisation d'une salle opératoire – analyse préalable

	Regroupement de polycliniques – analyse préalable
Clinique Ste Marie	Projet de rénovation et de mise en sécurité: décomposé en différentes phases d'exécution – sont en voie d'achèvement, la construction de la nouvelle annexe et les travaux intéressant des centrales techniques tels que production d'eau chaude sanitaire, ventilation, production d'air médical - en voie de réalisation, travaux d'assainissement touchant les tours 1 et 2 – aménagement, au rez-de-chaussée tour 2, d'une cafétéria dédiée au personnel Travaux prévus pour 2014 : renouvellement du hall d'entrée principale, aménagement de bureaux et d'une salle consacrée à la gymnastique thérapeutique au 8^e étage, tour 1
Centre Hospitalier du Nord	Clinique St Joseph à Wiltz Projet d'agrandissement, de modernisation et de mise en conformité réparti sur 4 étapes: étape 0 – construction d'une annexe – travaux achevés étape 1 – travaux de transformation et de modernisation de la 'maison II' – achèvement des travaux et emménagement dans les locaux rénovés à la mi-2013 étape 2 - travaux de transformation et de modernisation de la partie constructive dite 'B1' – en voie de réalisation – accomplissement en milieu de 2014
CHNP	Centre Thérapeutique Useldange CTU Projet de modernisation et d'agrandissement : suite à l'interruption de la démarche de planification en 2012, décision d'adapter le projet et d'établir un nouveau APS. Planification pour un hôpital de jour d'alcoologie à Luxembourg-Ville sous la direction du CTU commencé en juillet 2013. Centre thérapeutique pour jeunes en difficulté – Pütscheid Projet de modernisation et d'agrandissement- discussion sur la programmation architecturale (Raumprogramm) en cours Rehaklinik CHNP Ettelbrück Projet de construction, discussion sur la programmation architecturale commencée fin 2013.
INCCI / CHL	Annexe II Projet d'extension et de restructuration du bâtiment dit 'Annexe II' et de construction d'une nouvelle salle d'opération hybride interdisciplinaire – projet en commun entre l'INCCI et le CHL avec des espaces séparés– phase APD

Cependant, la tâche d'appréciation des projets hospitaliers devient de plus en plus complexe et exigeante à cause, d'une part, de la diversification du paysage hospitalier en mutation constante et de la complexité des dossiers soumis à examen et, d'autre part, de l'importance croissante des préoccupations environnementales et énergétiques attribuée à la planification des installations techniques tout en veillant sur leur impact sanitaire.

En outre, la division a eu à analyser des demandes d'autorisation d'équipements hospitaliers. Il s'agit dans ce cadre notamment de réfléchir quant à la nécessité et aux bonnes modalités de diffusion de technologies nouvelles. Dans ce cadre se pose aussi régulièrement la question de l'assurance de qualité, de la formation aux nouvelles technologies (indications d'utilisation, qualité des résultats, entretien des équipements).

2. Elaboration de normes et de recommandations

2.2. Projet de documentation hospitalière

En 2013, la division a poursuivi sa contribution aux travaux normatifs préliminaires de mise en place d'un système de documentation du motif de recours aux soins hospitaliers, de la morbidité et des activités médicales liées à ces séjours dans les établissements hospitaliers. Ces travaux, auxquels des experts étrangers ont contribué, ont été menés avec la Cellule d'expertise médicale, l'Inspection générale de la sécurité sociale et le Contrôle médical de la sécurité sociale, en concertation avec la Caisse nationale de santé, la Fédération des hôpitaux luxembourgeois, la Conférence nationale des conseils médicaux et l'Agence eSanté.

L'objectif de la mise en place d'un tel système de documentation est de disposer d'informations fiables concernant l'activité hospitalière, aux fins d'évaluation et de planification internes (au sein des

établissements) et externes (performance des programmes de santé publique, planification régionale et nationale), de transparence vis-à-vis des usagers de notre système de santé (également requise dans le cadre de l'application de la Directive européenne sur les soins transfrontaliers 2011/24/UE), et de publication internationale d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs validés auprès d'instances telles que Eurostat, OCDE, etc...

Suite à l'institution d'une Commission consultative de la documentation hospitalière par règlement grand-ducal du 26 décembre 2012, dont la vice-présidence est assurée par la division, les travaux ont permis de terminer l'élaboration et de valider, en 2013 :

- le formulaire des données des séjours hospitaliers qui seront à transmettre à l'instance désignée pour l'utilisation secondaire de ces données aux fins précisées ci-dessus
- les principes fondateurs du recueil de ces données sous forme codifiée pour les affections prises en charge et les actes médicaux réalisés durant le séjour
- un guide méthodologique de recueil de ces données et des données administratives relatives aux séjours à documenter, incluant les règles d'utilisation des classifications afférentes, à savoir la Classification Internationale des Maladies 10ème version (CIM-10) pour les diagnostics, et Classification Commune des Actes Médicaux version luxembourgeoise (CCAM-L) pour les actes réalisés.
- un projet pilote, avec des groupes de médecins et services hospitaliers volontaires des établissements hospitaliers, pour tester le dispositif et les outils prévus pour cette documentation, afin d'en évaluer la qualité, d'estimer la faisabilité de ce recueil et d'identifier les difficultés éventuelles et les besoins des acteurs avant généralisation du recueil de données à l'ensemble du secteur hospitalier pour les séjours stationnaires et ambulatoires.

La phase test de ce système de documentation a commencé en décembre 2013 et se poursuivra en 2014. Ce projet d'une importance capitale pour Luxembourg a fait l'objet de deux numéros thématiques de la publication Insight SantéSécu ainsi que d'une présentation aux 26èmes Journées EMOIS (Evaluation, Management, Organisation, Information, Santé) de la Société francophone d'information médicale à Nancy le 21 mars 2013, en conférence invitée en ouverture du congrès :

- La documentation - un élément indispensable en vue de la modernisation du secteur de la santé. Informations du Ministère de la santé et du Ministère de la Sécurité Sociale, numéro 2013-2. Accessible sous http://www.mss.public.lu/publications/infoletter/il028/il_201302f.pdf

- Documentation hospitalière : « nous progressons ». Informations du Ministère de la santé et du Ministère de la Sécurité Sociale, numéro 2013-3. Accessible sous http://www.mss.public.lu/publications/infoletter/il029/il_201303_f.pdf

- Romano-Girard F, Rolland-Portal I, Segouin C, Berthet F, 2013. La documentation hospitalière dans une perspective de santé publique — démarche au Luxembourg. Accessible sous http://www.canal-u.tv/video/canal_u_medicine/journees_emois_nancy_2013_la_documentation_hospitaliere_dans_une_perspective_de_sante_publicue_mdash_demarche_au_luxembourg.12072

2.2. « Roadmap sein 2012-2015 »

Suite au mandat relatif à l'implémentation des dispositions prévues par la Roadmap Sein 2012-2015, la division a participé aux travaux du Comité d'accompagnement de cette Roadmap dont elle assure la présidence. Pour rappel, l'objectif de cette Roadmap présentée en 2011 est d'amener le système luxembourgeois de dépistage, de diagnostic et de prise en charge du cancer du sein à être reconnu à l'échelle de la grande région pour son niveau de performance correspondant aux standards internationaux. La Roadmap contient ainsi, pour les divers acteurs impliqués dans le dépistage, le diagnostic et la prise en charge des cancers du sein, des recommandations permettant une amélioration progressive et cohérente de la documentation de leurs activités, et des dispositions favorables à la qualité des soins, à la transparence des résultats et à la reconnaissance de la qualité.

Après mise en place de la gouvernance de la Roadmap sein en 2012, l'année 2013 a constitué la 1^{ère} année de sa phase de mise en œuvre effective sur le terrain. Le comité d'accompagnement de la

Roadmap a, en 2013 :

- élaboré le rapport global 2012 d'avancement de la Roadmap sein 2012-2015, et présenté ce rapport au Ministre de la santé
- formulé des recommandations à l'attention des acteurs
- défini, en concertation avec le Registre national du cancer, les variables annuelles que les divers acteurs impliqués dans le dépistage, le diagnostic et la prise en charge des cancers du sein ont été appelés à documenter en 2013, en fonction des objectifs fixés
- communiqué cette demande d'information en adressant un questionnaire (et son guide d'utilisation) à l'attention des établissements hospitaliers

2.3. Participation aux travaux du Conseil scientifique – domaine santé

Dans le cadre de la nomination d'un de ses membres aux travaux du Conseil scientifique – domaine santé, la division contribue à l'élaboration de recommandations de bonnes pratiques à l'usage du corps médical. Les travaux spécifiquement entrepris par la division au sein de sous-groupes du Conseil scientifique concernent l'usage des immunomodulateurs biologiques dans le traitement des maladies inflammatoires à médiation immune et la chirurgie ambulatoire, pour lesquels les recommandations devraient être publiées en 2014.

2.4. Participation aux travaux du Conseil supérieur des maladies infectieuses

La division continue d'assurer le secrétariat (scientifique) du Conseil supérieur des maladies infectieuses, chargé de donner son avis sur toutes les questions dans le domaine de la santé publique ayant trait aux maladies infectieuses et d'étudier et de proposer, de sa propre initiative, toute mesure ou amélioration en matière de prévention et de lutte contre les maladies infectieuses.

Durant l'année 2013, le CSMI a tenu 6 réunions, a procédé à la mise à jour des recommandations vaccinales contre le Human papilloma virus, a avisé l'enquête de couverture vaccinale des enfants, a considéré une simplification du calendrier vaccinal national, et a émis de nombreux avis en matière de prévention et de lutte contre les maladies infectieuses. Il a aussi terminé les travaux de révision de la liste des maladies soumises à déclaration obligatoire, et préparé les travaux permettant une déclaration directe des agents pathogènes soumis à la surveillance sanitaire par les laboratoires d'analyses médicales.

Enfin, le CSMI a investigué la possibilité de l'adoption d'un système d'enregistrement national des vaccinations administrées permettant à la fois la traçabilité des produits vaccinaux administrés, le suivi automatisé des taux de couverture vaccinale de la population, et une gestion optimisée des stocks de vaccins chez les médecins vaccinateurs.

La division est en outre le point de contact national du réseau européen d'experts du « Vaccine European New Integrated Collaboration Effort » (VENICE II), dont l'objectif est de rassembler, échanger et publier les connaissances et les meilleures pratiques dans le domaine des vaccinations par l'entremise d'un réseau d'experts européens. Ce réseau permet une collaboration forte entre états membres et une connaissance détaillée des programmes vaccinaux de chacun de ces états, deux éléments essentiels pour réduire les hétérogénéités entre états et créer des outils et des modèles d'évaluation communs. Dans le cadre des activités de ce groupe d'experts, la division a participé à plusieurs collectes de données et publications, dont :

- European Vaccine Coverage data collection (EVACO)
- Rapport final "Seasonal Influenza Vaccination survey in EU/EEA countries, season 2010-2011", accessible sous http://venice.cineca.org/Final_Seasonal_Influenza_2010-11.pdf
- Rapport technique de l'ECDC « Review of outbreaks and barriers to Measles-Mumps-Rubella vaccination coverage among hard to reach populations in European countries »
- Rapport final "Seasonal Influenza Vaccination survey in EU/EEA countries, season 2011-2012", accessible sous http://venice.cineca.org/VENICE_Seasonal_Influenza_2011-12_1.2v.pdf
- Rapport technique de l'ECDC « Inventory of vaccination status and vaccine failure variables in

3. Evaluation du fonctionnement du système des soins de santé

En collaboration avec l'IGSS, le Ministère de la santé et le secrétariat général de la Direction de la santé, la division participe à la collecte, la validation et la transmission annuelle des données non-matérielles relatives aux activités et aux soins de santé pour Eurostat, l'OMS (office régional Europe) et l'OCDE, auprès desquels elle a été nommée « national focal point » en 2012. Ces données concernent le personnel de santé (médecins et professions de santé), les services de santé intra- ou extrahospitaliers, y compris les équipements, et la qualité des soins.

En outre, la division participe à l'évaluation des données non-matérielles et des données d'activités relatives au secteur hospitalier, collectées dans le cadre de l'élaboration de la carte sanitaire, d'études épidémiologiques ciblées, et de publications internationales (Panorama de la Santé, p. ex). La division a en outre remis en 2013 de nombreux avis relatifs à ce fonctionnement.

Sur base de l'évaluation du fonctionnement et des données d'activités hospitalières, la division contribue aux travaux de planification des établissements hospitaliers, en collaboration avec les administrations et les acteurs concernés.

La division est également impliquée dans les travaux d'élaboration de stratégies visant à améliorer la qualité de l'offre hospitalière nationale, ainsi que de l'offre de soins primaires, tant pour les professions médicales que pour les différentes professions de santé. Dans ce contexte, la division a développé, en concertation avec la Société luxembourgeoise de pédiatrie (SLP), le Cercle des médecins généralistes et les établissements hospitaliers, un concept de prise en charge des besoins urgents de l'enfant au niveau national qui fait l'objet d'un projet pilote dans le Nord du pays depuis le 1^{er} octobre 2013, pour lequel une convention entre le Ministère et l'AMMD a été signée, et qui fera l'objet d'une évaluation dans la perspective d'un déploiement national

4. Sécurité des patients et systèmes hospitaliers de signalement des événements indésirables

Durant l'année 2013, la division a été mandatée pour assurer la présidence du Comité national de coordination de l'assurance qualité des prestations hospitalières (CoNAQual) tel qu'institué par les Art 22 et 23 du Règlement grand-ducal du 13 mars 2009 établissant le plan hospitalier national, tout en poursuivant le support scientifique de ce comité.

4.1. Systèmes hospitaliers de signalement des événements indésirables

L'évaluation commune des événements indésirables survenus au sein des établissements hospitaliers du pays a été effectuée en 2013, et communiquée aux membres du CoNAQual, dans la perspective d'élaborer des recommandations à l'attention des établissements. Les travaux du groupe national d'experts en vue de la mise en œuvre d'un système national d'échange et de signalement des événements indésirables (Reporting and Learning system = RLS) tel que prévu par ce même Plan hospitalier ont repris. Les premiers travaux ont consisté en l'élaboration d'une trame commune pour l'élaboration des rapports annuels sur le signalement des événements indésirables.

Au niveau européen, la DMC a participé à l'élaboration d'un document portant sur les éléments importants à prendre en considération lors de la création d'un RLS. Ce document est également un relevé des différents RLS qui existent dans les Etats Membres.

4.2. Check-list de sécurité opératoire

Suite à la recommandation, en 2011, de l'utilisation systématique au bloc opératoire du modèle luxembourgeois de la check-list (CL) de sécurité opératoire, la DMC a procédé en 2013 à l'évaluation de l'implémentation et de l'utilisation de la CL dans les blocs chirurgicaux des hôpitaux. Cette évaluation a été présentée et discutée au sein du groupe national d'experts.

5. Lutte contre l'infection nosocomiale

Cette activité est actuellement réalisée en collaboration étroite avec le Directeur adjoint.

La division contribue à la qualité dans les services de stérilisation en veillant à une conception architecturale à visée fonctionnelle et sécuritaire et des équipements correspondant aux exigences en la matière. Cette contribution passe également par la définition de zones à environnement maîtrisé d'un point de vue qualité et mouvement d'air.

Elle contribue aussi aux travaux du groupe national de guidance "prévention de l'infection nosocomiale" (GNPIN) et en assure le secrétariat.

5.1 Surveillance et enquêtes

La directeur adjoint est, dans le cadre des recommandations du Conseil UE 2002/77/EC et 2009/C 151/01, point focal national pour la surveillance des infections nosocomiales ainsi que la lutte contre les résistances bactériennes aux antibiotiques.

Dans ce contexte, et suite aux travaux préparatoires de 2011, la Division de la médecine curative a organisé l'enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales dans les hôpitaux et les services de rééducation, qui s'est déroulée du 23 avril au 26 mai 2012 selon une méthodologie harmonisée européenne. En concertation avec le GNPIN il avait été retenu d'effectuer l'enquête selon le protocole (harmonisé) standard (données pour le dénominateur collectées pour chaque patient dans l'enquête), au lieu du protocole réduit. Tous les établissements ont participé avec l'entière responsabilité des lits aigus et de moyen séjour. Une formation à l'utilisation du logiciel d'encodage fourni par l'European Center for Disease Prevention and Control (ECDC) a été assurée début 2012.

Le rapport ECDC et les résultats luxembourgeois ont pu être présentés en octobre 2013 aux établissements : l'enquête au Luxembourg a ainsi porté sur 1744 patients. Le jour de l'enquête, 94 des 1744 patients avaient une ou plusieurs infections nosocomiales (IN), soit une prévalence nationale de 5,4%.

Parmi ces IN, 36,3% (37 IN) étaient présentes le jour de l'admission (tableau 4 de la fiche pays). Ce pourcentage d'IN présentes à l'admission est élevé, le Luxembourg se plaçant en tête des pays ensemble avec les Pays-Bas, la Finlande et la France. Pour 40,5% des IN présentes à l'admission, l'origine n'était pas en relation avec un séjour antérieur dans un hôpital.

En ce qui concerne le type d'infections nosocomiales, les pneumonies et infections du tractus respiratoire inférieur étaient les plus fréquentes (32% des IN), suivies des infections urinaires (23 %) et des infections gastro-intestinales (14%). Dans cette dernière catégorie, les gastro-entérites à *Clostridium difficile* représentaient 78,5% des IN gastro-intestinales.

La prévalence des IN chez les patients en soins intensifs (128 patients en ICU représentant 7,3% des 1744 patients de l'enquête à Luxembourg) était de 19,5% le jour de l'enquête, ceci incluant aussi bien les infections acquises en dehors des soins intensifs que les infections dont les symptômes ont débuté après au moins deux jours de séjour en soins intensifs. Cette prévalence est la même que la valeur moyenne européenne mesurée lors de cette enquête.

Cette enquête a été publiée par l'ECDC et est disponible sous <http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/healthcare-associated-infections-antimicrobial-use-PPS.pdf>. Les résultats spécifiques pour Luxembourg sont visibles aux pages 178 et 179 de cette publication.

5.2 Recommandations

En collaboration avec le groupe de travail des infirmiers hygiénistes, la Division a élaboré un document relatif au « Central Line Bundle » / « faisceau de soins pour les cathéters centraux » à l'attention des services de soins intensifs, qui a été validé par le GNPIN et mis à disposition des établissements hospitaliers.

La division a élaboré une recommandation « Maîtrise de la diffusion de bactéries multirésistantes aux antibiotiques : entérobactéries productrices de carbapénèmases » pour le compte du GNPIN. Elle a été envoyée aux établissements hospitaliers fin 2013.

5.3 Campagnes de prévention

Deux campagnes promouvant l'hygiène des mains dans les soins de santé ont été organisées en collaboration avec les infirmiers-hygiénistes des établissements hospitaliers. La compliance des professionnels de la santé (toutes catégories professionnelles confondues) aux indications d'hygiène des mains, telle que constatée lors de la phase d'observation avant la deuxième campagne était de 65,9%, plus élevée que celle lors de la première campagne (55,8%), et également plus élevée que la compliance post-première campagne (63,8%). Ces résultats démontrent l'effort de la part des professionnels de la santé et confirment le phénomène (connu) du relâchement entre deux campagnes de ce type. Il existe donc un intérêt à répéter de telles campagnes afin d'atteindre un effet permanent sur la compliance aux mesures d'hygiène des mains

Une troisième campagne nationale d'hygiène des mains dans les soins de santé a été lancée le 5 mai 2013. Elle visait à sensibiliser l'ensemble du personnel soignant et plus particulièrement les médecins exerçant en cabinet libéral. L'évaluation de l'impact de cette 3^{ème} campagne sur l'observance des professionnels de la santé aux indications d'hygiène des mains a été menée en 2013 et son rapport sera disponible en 2014. L'évaluation de l'impact des outils et des messages de la campagne par le biais de questionnaires adressés aux professionnels ciblés a été conçue en 2013 et sera menée en 2014..

5.4 Planification et contrôle des installations hospitalières

Les recommandations relatives à la prévention du risque lié aux légionnelles, élaborées conjointement par la division et le GNPIN, reposent sur les éléments constitutifs d'un plan de prévention visant entre autres la maîtrise et le suivi des températures de l'eau froide et chaude sanitaire, ainsi qu'une surveillance bactériologique de l'eau à assurer par les établissements hospitaliers. Sur base de ces recommandations, la division veille et contribue à une mise au point périodique de la stratégie d'échantillonnage et de gestion du risque lié aux légionnelles, établie au cours des années précédentes, ainsi que des bonnes pratiques de maintenance préventive des réseaux intérieurs de distribution d'eau dans les établissements hospitaliers. Cette démarche est menée en étroite concertation avec le consultant du ministère de la santé et les acteurs concernés du milieu hospitalier. En outre, dès lors qu'un signalement de cas de légionellose nosocomiale est notifié par le biais de l'inspection sanitaire à notre division, il est procédé par nos soins à une inspection des lieux et à une vérification de l'état hygiénique des installations hydriques en cause par une prise d'échantillons et une analyse en laboratoire.

La division continue à consolider les activités du programme pluriannuel structuré de contrôle de la planification, réalisation et exploitation des installations hospitalières pouvant constituer un risque d'infection nosocomiale, en partenariat avec les établissements hospitaliers et en collaboration avec des experts (bureaux d'ingénieurs actifs en construction hospitalière notamment). Ce programme d'amélioration continue de la qualité des infrastructures et des procédures en relation avec le risque nosocomial se décline en plusieurs volets en constante adaptation aux besoins et connaissances spécifiques actuels:

- l'appui à l'élaboration de documents de planification sur des installations et équipements techniques respectueux des normes et recommandations actuelles en matière de la maîtrise de l'environnement hospitalier, le tout dans l'intérêt d'une exploitation hygiénique et d'une prévention des risques de contamination liés à une conception imparfaite ou inadéquate;
- l'appréciation et l'inspection ponctuelles des installations nouvelles ou existantes soumises à un assainissement important avant leur mise ou remise en service quant au respect des exigences d'hygiène d'un point de vue conception, réalisation ainsi que facilité d'exploitation et d'entretien et le cas échéant,
- le concours à la préparation d'un plan de contrôle microbiologique ciblé par échantillonnage ponctuel ou périodique en cas d'installations à risque dont l'écologie microbienne pourrait être considérablement

évolutive ainsi qu'en cas d'équipements litigieux en termes de sécurité sanitaire ou sur base d'une forte présomption, ces équipements pouvant présenter un réservoir émetteur d'agents infectieux.

Ce programme de développement progressif d'un dispositif de prévention environnementale et de suivi de l'observation des exigences sanitaires pour la conception, la construction, l'exploitation et la maintenance s'étend notamment sur :

- les centrales de traitement d'air en général et les installations de ventilation d'air des blocs opératoires et des zones à environnement maîtrisé en particulier;
- les installations et réseaux de distribution d'eau (risque notamment de légionellose);
- les installations de production et de distribution de gaz à usage médical.

Dans ce plan, il est notamment fait état des aspects normatifs et sanitaires de la conception et de la mise en service au regard de la permanence de la fourniture des fluides médicaux ainsi que des critères de leur qualité et de leur pureté selon des spécifications particulières telles que définies par la pharmacopée européenne. Sont plus particulièrement concernés par ces objectifs des systèmes de fourniture de fluides médicaux et spéciaux comme la production et distribution d'air comprimé médical, le traitement et la distribution d'eau pour dilution des solutions concentrées pour hémodialyse, le traitement d'eau à des fins de production de vapeur pure et d'alimentation en eau bactériologiquement maîtrisée des équipements destinés au traitement des dispositifs médicaux.

Ces dernières années, certains établissements hospitaliers se sont adressés à la division en signalant une contamination microbienne de leurs réseaux hydriques ou d'un équipement faisant partie d'un réseau. En collaboration étroite avec les services hospitaliers concernés et les bureaux d'ingénieurs, des analyses de situation ont été effectuées et des recommandations spécifiques relatives à la gestion des risques sanitaires furent émises par la division. Le suivi de la surveillance bactériologique a été et sera assuré par nos soins de même que le contrôle de la mise en pratique de mesures de désinfection et d'amélioration techniques et structurelles des réseaux contaminés.

Le contrôle de la maîtrise de la qualité bactériologique de l'eau passe nécessairement par la réalisation de prélèvements et d'analyses d'échantillons d'eau. Ainsi, la division a aussi, comme dans le passé, mis en pratique un plan d'échantillonnage de prélèvements d'eau dans les établissements hospitaliers pour obtenir une idée globale de l'état du réseau ou vérifier l'efficacité d'un procédé de traitement de l'eau. Les travaux analytiques de quantification et d'identification ont été effectués d'une part par le Laboratoire National de Santé quant à la recherche de Légionnelle et d'autre part par le laboratoire de l'Administration de la Gestion de l'Eau pour ce qui est de l'analyse physico-chimique et des indicateurs bactériens suivant la réglementation en vigueur.

En 2013, pour 6 sites d'établissements hospitaliers, la division a organisé le programme d'échantillonnage de l'eau potable dans le cadre du contrôle ponctuel et préventif de la qualité de l'eau. 132 échantillons ont ainsi été soumis à des analyses portant sur des paramètres physico-chimiques et la sécurité bactériologique. En outre, au cours de 2013, la division a réceptionné, enregistré et évalué 107 bulletins d'analyses portant sur 476 échantillons d'eau en provenance de sites hospitaliers en rapport avec des travaux de mise en eau et de décontamination de système de distribution, ce qui constitue une hausse sensible par rapport à l'année précédente. Cette hausse est due aux nombreux chantiers entamés ou en cours et aux problèmes rencontrés.

Les insuffisances et défauts d'ordre conceptuel, technique et hygiénique de même que les interprétations parfois erronées des normes et directives observés lors des visites en rapport avec la mise en œuvre des installations précitées ont nettement démontré la nécessité des vérifications et inspections préliminaires effectuées par notre division, avec le concours du consultant du ministère de la santé. Dans cet esprit, la libération des installations précitées nouvellement construites ou modifiées s'est confirmée comme outil de prévention des risques sanitaires. S'est également confirmée l'importance de bien connaître les équipements, installations et processus y liés ainsi que la maintenance préventive et curative nécessaire au maintien d'une exploitation hygiénique durable.

Comme en témoigne le nombre croissant de demandes d'information et d'aide technique à notre division, les établissements hospitaliers et les planificateurs sont tout à fait désireux d'apporter une attention particulière aux propositions d'amélioration émises par la division et ses conseillers. Ainsi une plate-forme d'échange et de partage d'expériences et de conseils s'est constituée, avec la volonté

manifeste d'intensifier le dialogue entre les parties concernées.

Dans le contexte des travaux de construction, de modernisation, de transformation et d'extension hospitalières, la division poursuit ses nombreuses tâches en rapport avec ses fonctions consultatives et de contrôle à titre de surveillance du respect des critères d'hygiène applicables aux installations à risque. Se basant sur l'expérience du passé, il est primordial d'adopter, dès la phase initiale de conception et en partenariat avec tous les concernés, une attitude réfléchie, cohérente et pluridisciplinaire pour maîtriser au mieux les risques hygiéniques pouvant être générés par ces installations et pour offrir un maximum de sécurité aux patients. Notamment ces activités se font en étroite collaboration avec le consultant du ministère de la santé et incluent entre autres l'examen des plans APS et APD, le suivi chronologique des travaux d'installation, la consultation des bureaux d'ingénieurs et des services hospitaliers concernés ainsi que des missions d'assistance en matière d'hygiène hospitalière. Ces tâches ont été étendues à la vérification des opérations de mise en eau des réseaux internes de distribution d'eau potable pour satisfaire à la réglementation en vigueur.

6. Matéiovigilance - Dispositifs médicaux, tissus et cellules d'origine humaine

Plusieurs directives européennes concernent les dispositifs médicaux, à savoir:

- 90/358/CE (dispositifs médicaux implantables actifs)
- 93/42/CE (dispositifs médicaux)
- 98/79/CE (dispositifs médicaux de diagnostic in vitro)
- 2003/32/CE (dispositifs médicaux fabriqués à partir de tissus d'origine animale)

Ces directives transposées en droit national impliquent la mise en place de procédures en vue de l'enregistrement des fabricants de dispositifs médicaux installés au Luxembourg, l'enregistrement des représentants officiels sur le territoire national des fabricants situés hors Union Européenne, l'enregistrement des divers types de dispositifs, la surveillance du marché, le recensement et l'évaluation des incidents liés à ces dispositifs médicaux. Procédures qui concernent le territoire national tout comme le marché européen et non communautaire.

La venue de nouveaux Etats membres au sein de l'Union Européenne n'a pas seulement élargi le marché des dispositifs, mais a également eu comme corollaire de très nombreuses demandes de renseignements, notamment, au sujet des dispositions législatives en matière de mise sur le marché, en matière de vigilance ainsi qu'en matière de transposition.

Les directives elles-mêmes doivent régulièrement faire l'objet de révision et d'interprétation. Aussi le Luxembourg a été et est fortement sollicité pour participer aux divers groupes d'experts et comités siégeant à Bruxelles, ce qui n'allège pas la tâche des intervenants, ce d'autant plus que, les systèmes informatiques aidant, le flux des informations est devenu tellement intense que sa gestion en devient problématique.

Les directives 90/385/CEE, 93/42/CEE et 98/79/CE contiennent des dispositions relatives à une banque de données européenne sur les dispositifs médicaux (Eudamed), qui a été mise en place. Cette banque de données européenne a pour objet de renforcer la surveillance du marché en donnant aux autorités compétentes un accès rapide aux informations sur les fabricants, les mandataires, les dispositifs et les certificats, ainsi qu'aux données relatives à la vigilance, de partager les informations sur les investigations cliniques et d'uniformiser l'application desdites directives, notamment en ce qui concerne les exigences d'enregistrement.

La banque de données contient les informations relatives à

- l'enregistrement des fabricants et des dispositifs,
- les certificats délivrés, renouvelés, modifiés, complétés, suspendus, retirés ou refusés,
- la procédure de vigilance
- aux investigations cliniques.

Depuis le 1er mai 2011 le Luxembourg, applique cette décision et procède à la saisie en ligne des données disponibles au niveau national concernant l'enregistrement des fabricants, des mandataires

et des dispositifs, telles qu'exigées par les directives 93/42/CEE et 98/79/CE.

7. Préparation aux situations de crise

- Collaboration au plan national « Cattenom »:

La division a en charge le volet hospitalier du plan; elle a pour cela, en concertation avec les établissements hospitaliers, proposé les grandes lignes du dispositif hospitalier ; elle stimule et suit la préparation des hôpitaux. Ce plan national devra faire l'objet de l'aval du Conseil de gouvernement.

- Gestion du plan canicule:

Cette gestion a été transférée à la Division de l'inspection sanitaire depuis 2013.

8. Surveillance des établissements hospitaliers, enquêtes et instruction de plaintes

Dans le cadre de ses missions d'analyse du risque encouru par des patients, de contrôle de l'exercice illégal d'une profession de santé, de prévention de l'infection nosocomiale, etc..., la division a poursuivi ses travaux en collaboration avec les délégués d'autres ministères et services concernés.

Les plaintes adressées au directeur de la santé, au sujet d'un préjudice subi ou supposé subi en rapport avec un passage hospitalier, ont été traitées par la division, comme par le passé.

Dans ce contexte, il est utile de mentionner que la division, après avoir contribué aux travaux du ministère de la santé dans l'élaboration du projet de loi relatif aux droits et devoirs des patients, déposé le 21 août 2012, la division a préparé l'avant-projet de règlement grand-ducal relatif au dossier individuel du patient hospitalisé, qui sera déposé début 2014. L'impact potentiel de ces projets de loi et de RGD sur l'évolution du nombre et du type de plaintes devra faire l'objet d'une évaluation.

9. Service d'aide médicale urgente

En tant que coordinateur et délégué du ministre de la santé en matière de service d'aide médicale urgente, la division propose et effectue les adaptations du plan de garde hospitalier et de la disponibilité du SAMU en cas de demandes officielles ou de circonstances exceptionnelles. Dans cette même qualité elle participe à des groupes de travail notamment transfrontaliers.

10. Service de remplacement de nuit en médecine générale et continuité des soins primaires pédiatriques

Suite à la signature de la convention du 12 novembre 2008, instituant un service de remplacement en médecine générale dénommé « Maisons Médicales », offrant à la population de consulter, dans des locaux équipés, des médecins généralistes en-dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux, la division participe au Comité d'évaluation de ce système de remplacement.

En outre, la division a participé de manière active à l'élaboration du projet pilote de continuité des soins primaires pédiatriques dans la région Nord (« maison médicale pédiatrique »), menant à la signature d'une convention entre l'AMMD et le Ministère en septembre 2013 et au démarrage du projet en octobre 2013, qui fera l'objet d'une évaluation en 2014.

11. L'exercice et la formation médicale

L'exercice et la formation médicale étant également de la compétence de la division, celle-ci a été chargée de nombreuses enquêtes en rapport avec l'exercice déontologique et/ou illégal de la médecine et a dû fournir de nombreux avis en matière de formation médicale.

Vu que la division participe activement à différents comités européens et notamment celui qui s'occupe de la formation médicale, elle a fourni son aide à l'élaboration, au sein du ministère de la santé, de projets de textes légaux ayant trait à l'art de guérir au Luxembourg, surtout vu les exigences de transposition en droit national de directives européennes.

En 2013, les opportunités et les perspectives de l'adoption d'un développement professionnel continu en médecine générale plus formalisé et en lien avec les conditions d'exercice de la profession ont encore été explorées avec le Cercle des médecins généralistes et les divers acteurs de la formation médicale spécifique et continue en médecine générale.

12. Médecin référent

La division a soutenu et coordonné les travaux de mise en œuvre du Médecin référent, au sein de groupes de travail composés de représentants de l'AMMD, du Cercle des médecins généralistes et de la Société luxembourgeoise de pédiatrie. Ces travaux ont porté sur :

- le contenu du résumé patient, document d'informations médicales pertinentes permettant la coordination et la continuité des soins, pour les enfants et les adultes
- les modèles des documents fournis aux médecins référents pour la documentation de leurs activités spécifiques (résumés patient).
- l'élaboration des programmes de prévention et de promotion de la santé, pour les nourrissons, les enfants et les adultes
- le processus de validation et d'enregistrement de données de santé récoltées dans le cadre des activités préventives du médecin référent, en concertation avec la Commission nationale pour la protection des données, l'Agence eSanté et le service informatique de la Direction de la santé
- la conception d'une base de données dépersonnalisée permettant l'évaluation du dispositif médecin référent sur base statistique et épidémiologique.

En outre, la mise en œuvre du dispositif « Médecin référent » a été accompagnée de la constitution d'une commission d'évaluation aux travaux de laquelle la division participe.

Enfin, la division a encadré le mémoire d'un médecin dans le cadre de sa formation en santé publique, portant sur l'évaluation du dispositif du médecin référent dans le système de santé luxembourgeois, et qui a été présenté en 2013.

13. Médecine complémentaire ou non-conventionnelle

A la suite du débat et de la motion subséquente à la Chambre des Députés, le Ministre de la Santé a chargé un groupe de travail interne à ses services d'élaborer un projet de réglementation pour certains prestataires dans ce domaine (chiropraticiens, ostéopathes).

14. Réglementations en rapport avec l'exercice des autres professions de santé

14.1. Travaux législatifs

Sur proposition de la division et en collaboration avec le service juridique du Ministère de la Santé, les travaux ont porté sur les projets législatifs suivants :

- projet de loi n° 6578 portant création de la profession de psychothérapeute (déposé le 6/6/2013)
- avant-projet de RGD fixant les modalités de la formation théorique et pratique en psychothérapie
- projet de RGD réglementant la profession de masseur-kinésithérapeute
- avant-projet de RGD réglementant la profession du podologue
- révision du RGD réglementant la profession de sage-femme
- révision du RGD réglementant la profession d'orthophoniste
- révision du RGD réglementant la profession d'assistant technique médical en chirurgie,
- révision de la loi du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé,
- modifications à apporter au « Diploma supplement » délivré par l'Université aux étudiants du Bachelor en Sciences sociales et éducatives (Professionnel).

14.2. Mise à niveau et réintégration

La division avise régulièrement les formations de mise à niveau ainsi que les demandes de dispense dans le cadre de la mise en application du règlement grand-ducal de juillet 2002 relatif à l'exercice d'aide-soignant. De même, elle avise les demandes de réintégration des professionnels de santé ayant cessé l'exercice de leur profession (règlement grand-ducal du 14 septembre 2006 fixant les modalités de l'enseignement théorique et pratique de réintégration).

En 2013, la division a traité 21 dossiers de demande de réintégration ; ces 21 demandes concernaient 12 infirmiers (dont 1 infirmier psychiatrique et 1 infirmier en anesthésie et réanimation), 6 aide-soignants, 1 diététicien, 1 pédagogue curatif et 1 ergothérapeute.

14.3. Avis divers et avis sur l'exercice illégal en rapport avec l'exercice des autres professions de santé

La division avise régulièrement, entre autres questions plus générales, des cas de suspicion d'exercice illégal dans le cadre de la loi du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé.

14.4. GT Marché du Travail du Sommet de la Grande Région

La division, en collaboration avec le service juridique du Ministère de la Santé, suit les travaux du GT susnommé et donne des avis sur demande.

15. Formation continue des autres professions de santé

15.1. Agrément

Le traitement des demandes d'agrément d'une formation continue dans le cadre de la loi du 26 mars 1992 consiste dans l'élaboration d'un avis sous forme d'un contrôle des éléments de base de la demande, ainsi que de son enregistrement en base de données.

Il s'agit de demandes individuelles provenant des professionnels de santé désirant participer à une formation continue organisée à l'étranger ou bien au Grand-Duché de Luxembourg, ainsi que de demandes provenant des organisateurs de formations (comme p.ex. les divers établissements de santé, organismes de formation, associations professionnelles, associations œuvrant dans le domaine de la santé etc.) désirant organiser soit une formation spécifique, soit demandant un agrément pour un plan de formation s'étalant sur toute l'année.

En 2013, 55 demandes d'agrément provenant des organisateurs de formations ont été avisées, couvrant dans certains cas de multiples programmes de formation ; en outre, 33 professionnels de santé ont introduit une demande individuelle d'agrément pour une formation suivie à l'étranger ou au Luxembourg.

En 2013, un projet de modification de la base de données relative aux formations continues des professions de santé a été entrepris afin de permettre une information de nature plus « qualitative » (contenu de la formation, population-cible, géolocalisation, etc...), offrant ainsi la possibilité de comparer l'offre aux besoins réels en formation continue. Cette nouvelle base de données offrira également aux professionnels de santé la possibilité de créer un « compte individuel » des formations continues agréées qu'ils ont accomplies.

15.2. Information

La division met à disposition des professionnels de santé et des organisateurs de formations un relevé d'adresses ainsi que des programmes de différents organismes de formation au Grand-Duché de Luxembourg, en Belgique, en France, en Allemagne et en Suisse.

16. Rapports, études et statistiques

La division est chargée d'élaborer, en collaboration avec d'autres services et administrations, des statistiques, études et descriptions du système de santé.

La division a rédigé en 2011 en collaboration avec le Ministère de la Santé le premier rapport relatif à l'application de la loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie.

17. Collaboration au niveau international

La division participe notamment à des groupes de travail transfrontaliers, à des réseaux européens (EU, ECDC, ...) et à des réseaux internationaux (OCDE) destinés à informer le public et à promouvoir la qualité des soins de santé et la sécurité du patient. Ces travaux sont reflétés par les publications internationales qui en résultent.

04. La Division de la Médecine Préventive

Missions

Comme inscrit dans la loi du 21 novembre 1980 portant organisation de la Direction de la Santé, la Division de la Médecine Préventive et Sociale a compétence pour toutes les questions relatives à la prévention des maladies et des infirmités, ainsi qu'à la surveillance médico-sociale en cas de maladie, de handicap ou de vieillesse.

En 2013 ses activités étaient orientées prioritairement vers l'éducation à la santé, la promotion des modes de vie sains, le dépistage et la détection précoce des maladies et de leurs facteurs de risque, la lutte contre les fléaux sociaux.

1. Lutte contre le tabagisme

1.1. Journée mondiale sans tabac (31 mai): Campagne «Yes, I said NO! »

Au Luxembourg, 1 mort sur 7 est imputable au tabac, ce qui fait entre 500 et 600 décès par an.

86 personnes meurent chaque année du tabagisme passif, dont 20 n'ayant jamais fumé.

Parallèlement aux mesures législatives, l'information et la sensibilisation de la population générale et des jeunes en particulier, l'aide au sevrage pour ceux qui désirent arrêter de fumer, la protection contre l'exposition de tabagisme passif, ont été les éléments-clefs dans la lutte contre le tabagisme en 2013.

La campagne 2013, dans le cadre de la Journée mondiale sans tabac, a comporté plusieurs éléments, et s'est adressée particulièrement aux jeunes:

- Un affichage abribus de deux visuels "Yes, I said No", et "I'm good, I'm free";
- Des affiches Din A2 comportant ces deux visuels (fille et garçon; "Yes, I said no"; "I'm good, I'm free"), ont été distribuées dans les lycées, les maisons de jeunes, les clubs et associations de jeunes, les communes, aux médecins et pharmaciens ;
- Des cartes postales et des sous-verres ont été distribués dans les bars, cafés, restaurants branchés et de fast-food, dans les studios de fitness;
- Un spot radio a été diffusé sur Eldorado;
- Un spot cinéma, a été montré dans les salles de cinéma Utopolis, et sur les écrans géants "Rives de Clausen", ceci à l'occasion de la fête de fin d'études de nos bacheliers, le 07 juin;

- Un dossier de presse, des annonces-presse et des articles dans différents journaux intéressant les jeunes sont parus (Essentiel, Nightlife, Graffiti....);
- Un concours de création de t-shirts a été lancé sur un site internet spécialement créé, "yesisaidno.lu", et sur facebook. Le concours s'est intitulé "Join the movement and create your t-shirt". Les participants au concours (plus de 248 projets) ont pu créer leur propre t-shirt en ligne. Les deux meilleurs t-shirts ont été choisis par un vote du public et par un jury, et ont été produits et vendus en "édition limitée spéciale" dans le magasin "Extrabold" à l'issue du concours.

Cette campagne s'est voulue positive, revalorisant l'image du non-fumeur, et participative, car fédérant les jeunes autour d'un projet de création commun.

Notre dernière brochure "Vous ne voudriez pas y goûter, alors pourquoi les fumer?", informant sur les dangers du tabagisme actif et passif, ainsi que sur les moyens d'aide à l'arrêt tabagique, a été largement diffusée avec le mailing cité précédemment.

1.2. Le programme d'aide au sevrage tabagique:

Le programme d'aide au sevrage tabagique du Ministère de la Santé et de la Caisse Nationale Santé a pour but de fournir une prise-en-charge adaptée aux fumeurs désirant s'arrêter de fumer. Dans le cadre de ce programme, chaque fumeur assuré peut bénéficier d'une prise-en-charge de 8 mois avec deux consultations gratuites (initiale et finale), et une série d'autres consultations de soutien et de motivation (remboursées au tarif normal), auprès du médecin de son choix. Si des médicaments d'aide à l'arrêt tabagique sont nécessaires, ceux-ci sont pris-en-charge à 50%, avec un plafond de 100€ par cure. Ce programme fonctionne depuis 2009 et a permis d'enregistrer un taux de réussite globale (abstinence au bout de 8 mois de cure) de 30 %.

Pour 2013, la CNS signale 108 consultations E40, (consultations d'initialisation) et 27 consultations E45 (consultations finales), (chiffres 2013 encore incomplets au 16 janvier 2014).

1.3. Mesures législatives:

Par la loi du 18 juillet 2013, modifiant la loi du 11 août 2006 relative à la lutte antitabac, il est désormais interdit de fumer dans tous les débits de boissons, les discothèques, les locaux à usage collectif des hôtels et lieux d'hébergement, les établissements couverts, où sont pratiqués des sports et des activités de loisirs, et dans les galeries marchandes et commerciales. (Entrée en application le 01.01.2014).

Cette nouvelle loi a été assortie du Règlement grand-ducal du 27 novembre 2013 fixant les caractéristiques techniques et les modalités de conception et d'installation des fumeurs autorisés dans les débits de boissons, les restaurants et les établissements d'hébergement, autorisations émises par le Ministre de la santé sur dossier individuel de demande.

1.4. Dossier cigarette électronique:

Un dossier exhaustif sur les connaissances scientifiques actuelles en matière de cigarette électronique, ses dangers potentiels, et les recommandations du Ministère de la Santé en l'état actuel des connaissances, a été publié sur notre portail-santé (www.sante.lu) en novembre 2013.

2. Prévention de la consommation nocive d'alcool

2.1. Campagne: "0% d'alcool pendant la grossesse et l'allaitement", "Keen Alkohol während der Schwangerschaft an der Stillzeit":

Dans le cadre des travaux du "groupe alcool" concernant l'écriture du "plan national alcool", 5 priorités ont été retenues par le Ministre de la Santé et le groupe d'experts:

- La consommation d'alcool pendant la grossesse et l'allaitement;

- La protection des adolescents et des jeunes;
- La réduction des risques d'une consommation nocive chez les adultes;
- La prévention en matière d'alcool sur le lieu de travail;
- La prévention en matière de sécurité routière.

La première priorité a été traitée dans le cadre de la campagne "0% d'alcool pendant la grossesse et l'allaitement". Cette campagne a comporté les éléments suivants:

- Une conférence de presse sur le sujet en présence du ministre de la santé, qui s'est déroulée le 18.07.2013;
- Une affiche Din A2 en All/Fra destinée aux cabinets médicaux, aux pharmacies, au planning familial, aux maisons médicales, aux maternités, aux associations d'aide familiale, à la Caritas et à la Croix-Rouge, à la Ligue médico-sociale, au LTPS, à l'association luxembourgeoise des sage-femmes, à l'Initiativ Liewensufank asbl, à l'association pour la vie naissante asbl, au Centre de Prévention des Toxicomanies.
- Une brochure (All/Fra) pour les femmes enceintes et allaitantes, a été diffusée par les mêmes vecteurs. Le contenu traite des sujets "l'alcool pendant la grossesse", "l'alcool en tout début de grossesse", "alcool et allaitement", "FASD et FAE", "Informations pour les pères, les familles et les amis", "adresses utiles".
- Des annonces-presse sont parues dans différentes revues hebdomadaires ou mensuelles (Revue, Télécran, Femmes Magazine....)
- Un "factsheet" (All/Fra) pour les professionnels de la santé a été élaboré, destiné aux gynécologues, pédiatres, médecins scolaires, SPOS, les psychologues, les sage-femmes, les travailleurs sociaux. A côté de recommandations scientifiques, ce factsheet essaye de répondre aux questions suivantes:
 - "Comment repérer les facteurs de risque chez la future mère?"
 - "Comment aborder avec elle le sujet de la consommation d'alcool pendant la grossesse, et l'accompagner dans sa démarche d'abstinence?"
 - "Comment reconnaître un cas de FASD ou FAE?"
 - "Comment organiser la prise-en-charge de la mère et de l'enfant?"
- Un dossier scientifique relatant les éléments de campagne a été publié sur le portail-santé (www.sante.lu)
- Des posts sur Facebook "Healthy & Friends" ont été publiés.
- L'intégration des posters dans la borne interactive "IP touch" a été réalisée.

2.2. Prévention universelle:

Le parcours interactif de prévention des addictions "Extratour-Sucht-Letzebuerg", un projet commun du Ministère de l'Education nationale, du Ministère de la Santé et d'autres acteurs du terrain, s'adressant aux lycées à partir de la 8ième/6ième, a continué à être exposé dans les lycées, pour sensibiliser et informer les jeunes sur les dangers liées à la consommation d'alcool, de drogues et de tabac.

2.3. Groupe "Alcool"

Après l'élaboration et la finalisation du draft "Stratégie nationale Alcool" déterminant les axes de travail prioritaires du plan alcool, il a été décidé, en présence du ministre de la santé, en la séance du 29.04.2013, de créer des sous-groupes de travail élargis selon chaque priorité, avec les partenaires et acteurs de terrain, pour développer des mesures et actions concrètes correspondant aux différents champs d'action, et respectant la même démarche, à savoir:

- Rassemblement de l'existant et d'idées nouvelles;
- Evaluation
- Recherche

- Systématisation
- Planification

Ainsi, ont été créés:

- le groupe de travail "enfants et adolescents jusqu'à 16 ans", incluant les femmes enceintes et allaitantes, qui s'est rassemblé les 16.07.2013 et 30.07.2013;
- le groupe de travail "population générale de 16-60 ans", qui s'inspirera des conclusions des autres groupes de travail avant de livrer les siennes;
- le groupe de travail "sécurité routière", qui s'est rassemblé les 28.11.13 et 12.12.13;
- le groupe de travail "Seniors" qui a prévu de se rassembler les 11.03.2014 et 28.03.2014.

En tout, le groupe de travail "plan national alcool" s'est donc réuni 5 fois en 2013, et toutes les conclusions et projets d'idées ont été documentés dans des compte-rendus respectifs. Il est prévu de finaliser la partie prévention du "Plan national Alcool" vers la mi-2014. Le plan couvrira la période 2014-2018.

3. Campagne pour la promotion du don d'organes:

3.1. Campagne de printemps: "Je suis donneur d'organes, et vous?"

Dans moins de 4% des cas, la carte de donneur d'organes renseignant sur la volonté du défunt par rapport au don d'organes est retrouvée sur le corps d'un défunt susceptible de se prêter au don d'organes. Près de 50% des familles qui ont la lourde charge émotionnelle de se prononcer en faveur d'un prélèvement d'organes à un moment souvent dramatique, refusent alors le prélèvement. La pénurie d'organes à greffer reste ainsi le facteur limitant des greffes d'organes, et chaque année de nombreuses personnes décèdent, faute d'avoir pu être greffées à temps.

Il est donc essentiel de rappeler à la population que le don d'organes est un acte de générosité et de solidarité qui sauve des vies.

Au printemps 2013 de nombreuses activités ont eu lieu, avec le concours de Luxtransplant:

- Réimpression des brochures d'information (Fra/All/Port/Anglais) sur le don d'organes;
- Réimpression des "passeports de vie", petites cartes au format carte bancaire, à compléter et à porter toujours sur soi. La brochure et la carte peuvent être commandées gratuitement par téléphone ou par fax, et être téléchargées sur le portail-santé (www.sante.lu et www.dondorganes.lu), où on peut également trouver un dossier sur le don d'organes.
- Préparation d'une application pour smartphones, grâce à laquelle chacun peut notifier sa décision en matière de don d'organes à sa personne de confiance la plus proche, ainsi qu'à Luxtransplant qui coordonne le don d'organes au Luxembourg;
- Mailing des dépliants et cartes aux pharmacies, hôpitaux, cliniques, lycées, communes;
- Conférence à Esch en avril (Luxtransplant);
- Séances d'information dans les lycées, classes de 4^{ième}, 3^{ième}, 2^{ième} (Luxtransplant);
- Participation à plusieurs événements sportifs avec distribution de brochures et de cartes et sensibilisation de la population (Relais pour la Vie, Jeux olympiques des petits pays, tournoi de football à Erpeldange, 24 Stonne Velo à Wenscherange et à Wolz; Luxtransplant);

3.2. Journée mondiale du don d'organes (20 octobre 2013)

A l'occasion de la journée mondiale pour le don d'Organes, le 20 octobre 2013, un communiqué de presse a été publié par la division de la Médecine préventive (DMP).

Le "5^{ième} Marathon d'Indoor Cycling" a été organisé à la Foire Luxexpo de 10-19h, réunissant près de 1.000 personnes, qui ont pédalé en faveur du don d'organes lors de séances de deux heures

(Luxtransplant, avec la participation du Ministre de la Santé);

Un stand d'information a été organisé dans le hall du Centre Commercial "Cactus Belle-Etoile" du 18.10 au 25.10.2013. (Luxtransplant);

La DMP a coorganisé et cofinancé tous ces évènements.

Un budget de 7.500 € a été dépensé pour la confection des tenues de spinning imprimées de slogans en faveur du don d'organes, d'affichettes annonçant l'évènement, d'articles d'annonce dans les journaux, et de pancartes imprimées avec des messages de sensibilisation.

Au total 3984 brochures et 8204 cartes de donneurs d'organes ont été commandées en 2013 et envoyées aux demandeurs par notre Division.

4. Promotion de la vaccination contre la grippe saisonnière et des gestes d'hygiène.

Dans le but d'améliorer la couverture vaccinale, une sensibilisation à la vaccination contre la grippe saisonnière est annuellement organisée à l'automne.

A cette fin:

- les recommandations du Conseil supérieur des maladies infectieuses "Vaccination contre la grippe", ont été distribuées, avec du matériel de sensibilisation (affiches et dépliants) aux médecins, cliniques et pharmacies.
- un communiqué de presse a été transmis à l'ensemble de la presse écrite et parlée. Le matériel sur les gestes d'hygiène existant, a été adjoint au mailing (affiches et dépliants).

5. Semaine européenne de la vaccination (22-27 avril 2013)

Le Luxembourg a participé à la 7ième semaine européenne de la vaccination, organisée du 23 avril au 30 avril 2013, sur le thème "Prévention - Protection - Vaccination" par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS-Europe).

L'objectif de cette semaine était d'augmenter la couverture vaccinale dans la région européenne et d'expliquer les bénéfices individuels et collectifs de la vaccination, ainsi que de répondre aux questions que chacun se pose. Afin d'informer et de sensibiliser la population à l'importance des vaccinations, la Division de la médecine préventive a fait un communiqué de presse. Un dossier dédié aux vaccinations ainsi qu'un outil interactif, permettant aux adultes à partir de 18 ans de vérifier leur protection vaccinale et d'établir un calendrier avec les prochaines dates de rappels de vaccination nécessaires, a été rendu disponible sur le Portail Santé.

La brochure "Vaccinations/Schutzimpfungen", et des affiches, ont été envoyées aux médecins, et sur demande.

Des posts journaliers ont eu lieu sur facebook "healthy & friends", reprenant différents aspects de la vaccination et des maladies à prévention vaccinale.

6. Sante cardio-cérébro-vasculaire.

6.1. Journée mondiale de la santé 2013 (07.04.2013):

Le thème choisi par l'OMS pour la journée mondiale de la santé 2013 était: "Les bons réflexes santé contre l'hypertension artérielle".

L'hypertension artérielle est un "tueur silencieux" qui touche 41,9% des hommes et 27,1% des femmes entre l'âge de 18 et de 69 ans.

Beaucoup de personnes ignorent qu'elles sont hypertendues, jusqu'au moment où une complication grave s'installe:

Infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral, insuffisance cardiaque, démence, problèmes sexuels...

La surveillance de la tension artérielle et le dépistage précoce de l'hypertension artérielle sont donc essentiels.

A l'occasion de la Journée mondiale de la Santé les actions suivantes ont été organisées:

- Un communiqué de presse a été publié dans la presse écrite et parlée;
- En collaboration avec le service "éducation à la santé" du CRP-santé et l'initiative européenne "Les ex-fumeurs, rien ne les arrête", la Division de la médecine préventive a animé un stand sur la place Guillaume, le 06 avril 2013. L'action s'appelait: "Venez au marché, et gagnez en santé!" A cette occasion ont eu lieu les activités suivantes:
 - des ateliers de "check up" (mesure de la tension artérielle et calcul de l'Indice de Masse Corporelle (IMC))
 - présentation du programme d'aide au sevrage tabagique (programme conjoint entre le ministère de la santé et la CNS);
 - présentation de l'outil en ligne "i-coach", de la Commission européenne, pour aider les fumeurs à renoncer à la cigarette;
 - distribution de diverses brochures et gadgets sur les "bons réflexes santé";
 - présentation du site internet "santé.lu";
 - présentation des différents projets de recherche du CRP-Santé;
 - Tombola, avec, comme prix, une visite guidée des laboratoires du CRP-Santé;
 - distribution de pommes gratuites.

6.2. Journée mondiale du Cœur (29.09.2013):

Le thème de cette journée mondiale du Cœur, organisée par la Fédération mondiale du Cœur, était: "Prendre le chemin vers un cœur en bonne santé".

A cette occasion, la division de la médecine préventive a collaboré avec la Société luxembourgeoise de cardiologie (SLC) et le Luxembourg Resuscitation Council (LRC) pour organiser les actions suivantes:

- Publication d'un communiqué de presse dans la presse écrite et parlée;
- Organisation de cours de premier secours et de maniement d'un défibrillateur dans tout le pays (programme de plusieurs mois, organisé par le LRC). La Division a imprimé et aidé à diffuser les affiches et les brochures de la campagne "Réagis".
- La brochure éditée ensemble avec la SLC sur les "maladies cardio-vasculaires et leurs facteurs de risque" a été envoyée sur demande aux personnes intéressées, et rendue disponible et téléchargeable sur le portail-santé (www.sante.lu).
- Notre film sur la maladie coronarienne, son diagnostic et son traitement, "Au fil de la vie", a continué à être envoyé sur demande aux personnes intéressées.
- L'affiche et la brochure (All/Fra) "L'infarctus du myocarde: Une urgence" ont également été envoyées sur demande et rendues disponibles sur le portail-santé.

7. Campagne de prévention du Sida et d'autres infections sexuellement transmissibles:

La stratégie proposée et inscrite dans le "plan Sida 2012-2015" comporte plusieurs axes, dont:

- L'augmentation du nombre des centres de dépistage où les patients peuvent faire des tests VIH nominatifs ou anonymes et gratuits, avec la création de nouveaux centres à Ettelbruck (Hôpital régional du Nord), à Esch (Hôpital Emile Mayrisch), et à Luxembourg (Zitha Klinik, Hôpital Kirchberg);
- L'implication de tous les laboratoires hospitaliers et privés dans cette action, avec une offre de

formation du personnel au counseling pré-et-post-test par les psychologues de la HIVberodung (Croix Rouge);

- Des campagnes grand public et populations à risque accru, impliquant les personnels de soins et de santé;
- Une offre de dépistage bas seuil, avec des tests rapides proposés dans des sites particuliers et lieux de rencontres sexuelles (dans les locaux de la HIVberodung et dans le DIMPS, Dispositif d'intervention mobile pour la santé sexuelle).

En considération de ce qui précède, les activités suivantes ont été organisées en 2013 par la Division de la médecine préventive, en étroite collaboration avec la HIVberodung et le Comité de Surveillance du Sida:

7.1. Mailing aux médecins:

Les 26.04.2013 et 25.07.2013, le Dr Vic Arendt, président du Comité de Surveillance du Sida, s'est adressé à tous les médecins et médecins-dentistes du Luxembourg pour leur transmettre les recommandations officielles en matière de dépistage VIH/HIV, et en matière de Prophylaxie post-exposition (PEP).

La brochure "Les réponses à toutes vos questions sur le texte de dépistage VIH!", éditée en FRA/ALL/PORT/ANGL, a été adjointe au mailing, qui a été réalisé par notre Division.

7.2. Campagne d'été: "Cet été avant de partir, pensez-y!"

Face à la progression préoccupante des IST au niveau mondial, notre division organise chaque année une campagne d'information et de sensibilisation s'adressant à la population générale, et aux jeunes en particulier, avant leur départ en vacances.

En 2013, cette campagne s'est intitulée: "Cet été, avant de partir, pensez-y! Contre le Sida et les maladies sexuellement transmissibles: le préservatif, toujours de la partie!"

Elle a inclus les éléments suivants:

- Communiqué de presse le 10.07.2013, à la presse écrite et parlée;
- Affiches Din A2 ("Etoiles de mer") en FRA/ALL;
- Cartes postales ("Etoiles de mer"; "Tente") en FRA/ALL;
- Diffusion de deux spots radio sur RTL et Eldorado durant les 2 premières semaines de juillet;
- Campagne internet et facebook du 08 juillet au 04 août;
- Distribution gratuite des pochettes de préservatifs "Don't forget me!" durant les 2 premières semaines de juillet;
- Mailing aux médecins, hôpitaux, cliniques, maisons médicales, pharmacies, centres médico- sociaux, associations diverses, lycées, agences de voyage, aéroport, contenant les affiches, cartes postales, la brochure "guide de la santé sexuelle et affective des jeunes (FRA/ALL/PORT), et rappelant l'importance de l'utilisation systématique du préservatif lors de rencontres sexuelles occasionnelles.

7.3. Journée Mondiale du Sida (1 décembre 2013):

A l'occasion de la "journée mondiale du Sida" proclamée par l'OMS le 1 décembre chaque année, et à l'occasion de la "semaine européenne du dépistage" organisée par la commission européenne du 22 au 29 novembre 2013, nous avons organisé une grande campagne d'information et de sensibilisation à l'importance du dépistage VIH/HIV, avec nos partenaires.

Cette campagne était intitulée: "Certains préfèrent l'ignorer, et vous? Faites le test HIV!"

Elle a comporté les éléments suivants:

- Conférence de presse en présence du Ministre de la santé (25.11.2013);

- Affichage urbain dans les abribus;
- Affiches Din A2 (FRA/ALL);
- Annonces-Presse dans la presse quotidienne et hebdomadaire (Essentiel, Luxemburger Wort, Revue, Télécran, Bold, Femmes Magazine, Night & Day);
- Affichage par panneaux géants aux Rives de Clausen, du 22.11.13 au 13.12.13;
- Banners internet, dossier sur le portail-santé, skyscraper, splashpage;
- Mailing aux médecins, cliniques, hôpitaux, pharmacies, laboratoires d'analyses, maisons médicales, centres médico-sociaux, associations diverses comportant les affiches, la brochure sur le dépistage "Les réponses à toutes vos questions sur le test de dépistage VIH", et la brochure sur les modes de transmission "VIH/SIDA: mieux comprendre sa transmission "(FRA/ALL/PORT/ANGL).

7.4. Programme de distributeurs de préservatifs dans les écoles:

Mise-à-disposition de pochettes à 4 préservatifs pour les distributeurs de préservatifs dans les lycées, qui y sont vendus à 0,2€ la pochette.

7.5. La distribution gratuite de préservatifs

La distribution gratuite de préservatifs a continué, par l'intermédiaire des associations actives dans les domaines de la prévention du Sida et des IST, et à la demande, lors d'actions socio-culturelles ou sportives ciblées.

La Division de la Médecine Préventive a distribué en tout en 2013:

- Préservatifs « nature » :	88.220
- Préservatifs « professionnel » :	69.250
- Doses de lubrifiants :	29.000
- Pochettes à 4 préservatifs :	12.578
- Pochettes « Don't forget me » :	5.400

8. Journée mondiale de l'ostéoporose (20.10.2013)

L'ostéoporose est une maladie silencieuse qui se traduit par une réduction importante de la masse osseuse, ce qui fragilise les os et augmente le risque de fractures. La réduction de la masse osseuse est liée au processus naturel de vieillissement du squelette, mais si la dégradation du tissu osseux devient trop importante, on parle d'ostéoporose.

À partir de 50 ans, une femme sur trois et un homme sur cinq sont touchés par cette maladie et présenteront un jour une fracture de fragilité. Tous les os du corps peuvent être touchés par l'ostéoporose, mais les fractures les plus fréquentes se situent surtout au niveau des vertèbres (colonne vertébrale), des poignets et des hanches. Chez les personnes atteintes, une simple chute ou un mouvement brusque peuvent provoquer une fracture.

Ces fractures sont très douloureuses et peuvent avoir un lourd impact sur notre qualité de vie et notre autonomie. Le diagnostic précoce de l'ostéoporose permet de les éviter ou de s'arrêter à la première fracture.

À l'occasion de la Journée mondiale de l'ostéoporose, un communiqué de presse a été diffusé et des stands d'information, avec la possibilité d'évaluer son risque d'ostéoporose, encadrés par des médecins rhumatologues, des diététicien(ne)s et des infirmier(e)s, ont été organisés dans différents hôpitaux.

Toutes les personnes intéressées ont été invitées à s'informer et à évaluer leur risque d'ostéoporose, grâce au dossier spécial "L'Ostéoporose - une maladie silencieuse" publié sur www.sante.lu.

Elles ont également pu avoir accès, par ce biais, à la brochure sur l'ostéoporose de l'IOF

(FRA/ALL/PORT/ANGL), et au "test de risque" online de l'IOF, à la nouvelle affiche, ainsi qu'au spot-vidéo de l'IOF sur le sujet. Des messages de prévention (conseils diététiques et sportifs, modes de vie sains) ont également été publiés sur la page facebook "Healthy&Friends" (www.facebook.com/sante.lu) jusqu'au 25 octobre 2013.

9. Journée européenne d'antibiorésistance (18 novembre 2013):

Au Luxembourg aussi, l'augmentation des bactéries résistantes à plusieurs antibiotiques est préoccupante.

Pour certaines bactéries multirésistantes nous avons rejoint le groupe des pays européens aux résistances les plus élevées.

Pour d'autres, et grâce à nos efforts d'information et de sensibilisation, les courbes ont cessé de progresser ou se sont légèrement infléchies.

A l'occasion de la "Journée européenne d'Information sur les Antibiotiques", proclamée le 18 novembre 2013 par l'ECDC (European Centers for disease Control), une initiative européenne, les activités suivantes ont été organisées:

- Communiqué de presse à la presse écrite et parlée;
- Affiches Din A2 (FRA/ALL): "Les antibiotiques ne sont pas des bonbons!"
- Cartes postales: idem
- Brochures (FRA/ALL): "L'utilisation inadaptée des antibiotiques entraîne la formation de bactéries antibiorésistantes. Chaque année, plus de 25.000 personnes en meurent dans l'UE!"
- Annonces et banniers internet, page facebook sur "Healthy&Friends", avec un quizz interactif testant les connaissances des internautes sur le sujet;
- Dossier sur le portail-santé (www.sante.lu), donnant accès aux liens utiles, à l'initiative européenne en la matière, à l'évolution des résistances en Europe, et aux dernières données en matière de consommation d'antibiotiques au Luxembourg;
- Mailing aux médecins, médecins-dentistes, cliniques, hôpitaux, maisons médicales, pharmaciens, communes, visant à informer sur le problème de l'antibiorésistance, et à promouvoir l'usage prudent des antibiotiques. L'envoi contenait l'affiche, la carte postale, la brochure, ainsi qu'un bloc-notes à l'intention des pharmaciens, composé de feuillets pour les patients se présentant avec une ordonnance, qui expliquent comment utiliser les antibiotiques prescrits par le médecin à bon escient, et comment se soigner sans antibiotique, en cas d'infection virale.

10. Journée mondiale du Diabète:

La Division de la Médecine Préventive a participé à la Journée Mondiale du Diabète 2013. L'Association Luxembourgeoise du Diabète (ALD) a organisé une série d'activités (conférence de presse, conférences scientifiques, journée porte-ouverte, marche des 10.000 pas, etc.) cofinancées et soutenues par le ministère de la Santé.

11. Divers

Dans le cadre d'une collaboration pluriannuelle, plusieurs articles rédactionnels ont été réalisés dans le "EHL-Infomagazine. Une collaboration régulière avec le Centre Information Jeunes, dans le cadre de leurs pages "Santé" a été organisée. Les nouveaux spots audio-visuels réalisés au cours de l'année ont également été diffusés sur l'Infokanal du CHL.

En 2013, la Division de la Médecine Préventive a distribué en tout 407.033 brochures, dépliants et autres matériels pédagogiques aux fins d'information et de sensibilisation à la population générale, sur demande, ou sur commande.

Pendant l'année 2013, la Division de la Médecine Préventive et Sociale a été représentée dans les groupes de travail suivants:

- Groupe de Communication interne au sein de la Direction/Ministère de la Santé
- Groupe de "Mondorf" (chargés des relations publiques des départements ministériels, SIP)
- Groupe de travail "Portail Santé"
- Comité de surveillance du Sida
- Conseil supérieur des maladies infectieuses
- Groupe Alcool
- Conseil d'administration CePT
- Commission de surveillance de l'ostéodensitométrie
- Comité d'homologation des diplômes étrangers
- HSC Communicators network (CE)
- CNAPA-Meetings (CE: Committe on National Alcohol Policy and Action)
- WHO meetings of National Counterparts for Alcohol policy in the WHO European Region
- IOF-Panel Meetings (Groupe d'experts européens en matière de prévention de l'ostéoporose)

12. Plan national « Gesond iessen, Méi bewegen »

Le Plan national « Gesond iessen, Méi bewegen (GIMB) », instauré sur base interministérielle depuis 2006, a continué à développer des collaborations avec de nouveaux partenaires et secteurs d'interventions et a généré à travers tout le pays un nombre croissant de projets.

12.1. Politique interministérielle

Dans le cadre de la politique interministérielle, favorisant l'alimentation saine et l'activité physique, le comité interministériel, composé de représentants des Ministères de la Santé, de l'Education nationale et de la Formation Professionnelle, de la Famille et du Département ministériel des Sports, a renforcé l'implémentation et l'élargissement du plan d'action national dont la coordination est assurée par nos services. En 2013 le comité interministériel s'est réuni 6 fois.

2013 marque une étape importante dans l'élargissement de la démarche interministérielle. Deux nouveaux groupes de travail ont été créés.

Le groupe de travail « Alimentation saine et équilibrée dans le setting de l'éducation non formelle (ENF) » s'occupe de la promotion et de l'implémentation de l'alimentation saine et équilibrée dans les maisons relais et les maisons de jeunes. Il regroupe des représentants des Ministères de la santé et de la famille / Division enfance et jeunesse, ainsi que du service national de la Jeunesse / SNJ et de l'Entente des foyers de jour.

Le groupe de travail « Promotion de la Motricité », sous-groupe du comité interministériel, coordonné par le Ministère des Sports, travaille avec de nombreux partenaires des domaines les plus divers pour promouvoir l'activité physique dans notre société.

Le projet européen « Fruit for school », coordonné par le Ministère de l'Agriculture, de la Viticulture et du Développement rural est poursuivi. Moyennant ce projet des fruits et légumes sont distribués gratuitement au sein des écoles de l'enseignement fondamental et secondaire; il s'accompagne de projets de promotion des modes de vie sains chez les enfants et adolescents.

12.2. Recommandations nutritionnelles

La publication de recommandations nutritionnelles nationales, élaborées sur base d'évidences scientifiques internationales et en collaboration étroite avec les experts luxembourgeois en la matière, figure parmi nos tâches primordiales. Les brochures sont mises à disposition gratuite sur simple commande; elles sont mises en ligne sur le portail santé (www.SANTE.lu) où elles peuvent être téléchargées.

Les activités de 2013 dans ce domaine étaient les suivantes :

- L'alimentation de nos bébés de 0 - 12 mois (F – D – P – E). Réimpression de la version française/ allemande
- L'alimentation et l'activité physique des enfants de 12 - 36 mois (brochure bilingue F – D) . Elaborée en collaboration avec la Société Luxembourgeoise de Pédiatrie. Impression 10 000 brochures
- L'alimentation et l'activité physique des enfants de 3 - 12 ans (brochure bilingue F – D) . Elaborée en collaboration avec la Société Luxembourgeoise de Pédiatrie. Impression 10 000 brochures
- Pyramide alimentaire (pliable, cartonnée). Réadaptation selon les recommandations internationales actuelles en matière d'alimentation saine et d'activité physique. Impression de 20.000 exemplaires
- L'alimentation saine et l'activité physique des seniors (brochure bilingue F - D) . Population cible : personnes âgées autonomes dans les gestes quotidiens de la vie. Cette brochure, en voie d'élaboration, sera éditée en collaboration avec le Ministère de la Famille et de l'Intégration. Elle sera disponible au cours du premier trimestre 2014.

12.3. Promotion de l'allaitement maternel

L'exploitation des résultats ALBA (étude sur l'alimentation de nos bébés publiée en 2011) a permis de formuler des recommandations en vue d'une amélioration du soutien de l'allaitement au Luxembourg. Sur cette base, le comité de l'allaitement national s'est focalisé sur la promotion de l'allaitement auprès des femmes les plus vulnérables et a orienté ses activités, notamment vers la sensibilisation du respect des pauses allaitement prévues par la loi luxembourgeoise.

Le Comité National pour la Promotion de l'Allaitement, dont la Direction de la Santé assure la coordination, s'est réuni cinq fois au cours de 2013.

Activités principales :

- Réalisation d'un envoi du leaflet « Allaiter et travailler c'est un droit », publié fin 2012 en 6 langues différentes s'adressant aux médecins, gynécologues, pédiatres, dentistes, pharmacies et communes. Les majeurs acteurs du monde du travail, ainsi que les syndicats ont été informés sur la disponibilité gratuite du leaflet, ainsi que sur son téléchargement possible sur le portail santé. En conséquence à cette action de sensibilisation sur la législation de protection en faveur de la femme enceinte et allaitante, nous avons réceptionné beaucoup de demandes d'information tant de femmes allaitantes, désirant reprendre le travail, que d'employeurs.
- Actualisation de la brochure : « Oui, j'allait encore » et « Ja, ich stille noch », impression réalisée via UNICEF, 10.000 exemplaires.
- Actualisation de la brochure « Allaiter de a à z » en cours, la réimpression étant prévue pour début 2014.
- Campagne : Semaine de l'allaitement. Le Comité National pour la Promotion de l'Allaitement a réalisé une compile d'articles, illustrant divers aspects de l'allaitement maternel, qui a trouvé un large écho dans la presse écrite et écoutée.

12. 3 Label GIMB

Le projet national : Gitt Partner / Froot de Label, qui appelle à la participation de partenaires dans les secteurs les plus divers pour développer des initiatives de promotion de l'alimentation saine et l'activité physique continue à trouver un grand intérêt. La Direction de la Santé assure l'accompagnement, le coaching et le soutien financier de nombreux projets nationaux et locaux, nombre desquels ont évolué vers des initiatives soutenues et durables. Depuis sa création, près de 320 projets ont obtenu le Label GIMB. En 2013, 60 demandes (tous secteurs confondus) ont eu l'accord d'utilisation du Label GIMB.

Secteurs Projets GIMB	Nombre de projets
Population générale	11

Secteur de l'éducation non-formelle / Maisons relais – Maisons de jeunes –Crèches	20
Milieu scolaire	10
Populations à besoins spécifiques	5
Personnes âgées	5
Jeunesse	4
Milieu de travail	3
Formations GIMB	2

12.4. Action rentrée scolaire 2013

Depuis l'initiation du Programme GIMB une campagne de sensibilisation en faveur de l'alimentation équilibrée et de l'activité physique est organisée chaque année à l'occasion de la rentrée scolaire, ciblant tout particulièrement les enfants du cycle 2.1 de l'école fondamentale (environ 6000 élèves), leurs parents et leurs enseignants. Cette action se réalise en étroite collaboration avec les acteurs «santé » de première ligne, à savoir les équipes de la santé scolaire. Cette action sert aussi à fortifier les échanges et la mise en réseau des partenaires s'articulant autour des enfants, notamment dans la réalisation de projets communs

L'action Rentrée Scolaire 2013, qui a été conçue en collaboration avec la sécurité routière, ciblait l'importance d'une activité physique régulière chez les enfants, notamment aussi par le trajet à l'école « à pied », et ceci « en sécurité »..

12.5. Promotion GIMB dans le cadre de l'éducation non-formelle

Maisons relais – maisons de jeunes

La promotion de l'alimentation saine et de l'activité physique dans les infrastructures d'accueil des enfants et des jeunes est soutenue d'une manière très favorable par les dispositifs politiques récents suivants :

- Les principes directeurs de la politique luxembourgeoise de l'enfance et de la jeunesse, considérant leur santé et leur bien-être comme un élément prioritaire
- Le Règlement grand-ducal du 16 mars 2012 définissant l'obligation pour chaque commune d'élaborer un plan d'encadrement périscolaire (PEP) et qui situe notamment :
- Des possibilités de repos, des activités de loisir et de récréation adaptées aux besoins et à l'âge des enfants pour contribuer à l'épanouissement des enfants en alternant phases de concentration et de détente
- Les repas de midi pour adapter ce moment privilégié de la journée aux besoins des enfants,
- Le Règlement grand-ducal du 14 novembre 2013 concernant l'agrément à accorder aux gestionnaires des services d'éducation et d'accueil pour enfants, qui prévoit une formation continue obligatoire.

Ces dispositifs offrent un cadre idéal pour l'élaboration et l'implémentation de mesures durables de promotion de la santé, notamment en ce qui concerne l'alimentation saine et l'activité physique.

Sur cette base, le groupe de travail : « Alimentation saine et équilibrée dans le setting de l'éducation non formelle (ENF) » a réalisé les activités suivantes au cours de 2013, ciblant prioritairement les pédagogues, éducateurs et personnels de cuisine travaillant dans les structures d'accueil pour enfants:

- Inventaire des besoins auprès des professionnels du secteur
- Elaboration de modules de formation continue pour cuisiniers et éducateurs
- Identification d'un pool potentiel de formateurs
- Elaboration d'un guide « Alimentation saine pour enfants de 4 à 12 ans » pour le personnel travaillant

dans les structures d'accueil pour enfants.

- Elaboration d'un guide Qualité / « Handreichung Gesunde Ernährung in den Jugendhäusern » pour les éducateurs et pédagogues travaillant dans les Maisons de jeunes.

12.6. Collaborations spécifiques

En 2013 le Ministère de la Santé avait assuré une collaboration extraordinaire avec la Ligue Luxembourgeoise du Coin de Terre et du Foyer qui se traduisait par les activités suivantes :

- Séance d'information en mars 2013 à l'occasion de l'Assemblée Générale, posée sous la thématique : Gesond am Gaart
- Rédaction d'un article « Santé » dans 9 numéros du journal « Gaart an Heem » reprenant diverses thématiques, telles alimentation saine, vaccinations, diabète, sécurité, programme de dépistage du cancer
- Collaboration avec le Naturmusée en tant que membre du comité de rédaction du périodique Panewippchen, notamment en ce qui concerne les contributions en lien avec la santé et dont annuellement un numéro est financé par le Ministère de la santé.
- Participation financière à la réalisation de l'activité Wibbel an Dribbel 2013 et mise à disposition de sacs à dos, ainsi que de brochures « petits déjeuner et collation de 10h ».
- Permanence à plusieurs stands d'information (Journée Sécurité et Santé de la Police Grand-Ducale, Jeux pour Petits États d'Europe, ...).
- Accompagnement de plusieurs stagiaires (élèves et étudiants de l'enseignement secondaire, du LTPS, de l'Université du Luxembourg,...)

12.7 Collaboration internationale

- Collaboration avec l'Organisation mondiale de la Santé
- Nous assurons la délégation luxembourgeoise concernant les groupes de travail « Nutrition Counterparts » et « Nutrition National Focal Points » qui s'occupent des activités internationales en matière de nutrition et d'activité physique.
- Collaboration à l'élaboration d'un certain nombre de documents, notamment la Déclaration de Vienne sur la nutrition et les maladies non transmissibles dans le contexte de Santé 2020.
- Collaboration au « High Level Group on Nutrition and Physical Activity » de la DG SANCO, Commission Européenne.
- Participation à 4 meetings officiels en 2013.
- Contributions aux textes préparatifs pour un plan européen contre l'obésité infantile.
- Contribution à l'implémentation des activités de la « Platform for Action on Diet, Physical Activity and Health ».

13. Maladies rares

Dans le cadre des maladies rares l'année 2013 était surtout consacrée aux activités suivantes :

13.1. Screening prénatal

Le programme national du screening prénatal, est réglementé par la convention conclue le 01 juin 2007 entre l'Etat du Grand - Duché de Luxembourg et l'Union des Caisses de Maladie portant institution d'un programme de médecine préventive pour la réalisation et la prise en charge, au niveau national, du dépistage prénatal d'anomalies congénitales.

Les anomalies chromosomiques et malformations fœtales dépistées dans le cadre de ce programme sont le syndrome de Down – trisomie 21, la trisomie 18, les défauts de fermeture du tube neural et le syndrome de Smith – Lemli - Opitz. Le dépistage prénatal est offert à toutes les femmes enceintes au

Grand- Duché de Luxembourg.

13.2. Screening néonatal

Le programme national du Screening néonatal est avisé, coordonné et surveillé par le Groupe National du Screening Néonatal, constitué par des représentants de la Société Luxembourgeoise de Pédiatrie, des médecins pédiatres de différents services de néonatalogie et d'obstétrique du pays, de la Société Luxembourgeoise de Gynécologie et d'Obstétrique, de l'Association Luxembourgeoise des sages-femmes, du LNS, du Groupe de travail Maladies Rares et de la Direction de la Santé, qui coordonne le travail.

Le dépistage néonatal est réalisé au Luxembourg par la division de biochimie du Laboratoire National de Santé. L'évaluation et le suivi de ce programme sont effectués en collaboration avec la division de médecine préventive de la Direction de la Santé.

Sont dépistés actuellement au Luxembourg :

- La phénylcétonurie
- L'hypothyroïdie congénitale (par TSH)
- L'hyperplasie congénitale des surrénales
- La déficience de la medium-chain acyl Co_A déhydrogénase (MCAD)

Dans le domaine de la mucoviscidose les efforts ont continué entre experts en pédiatrie, pneumologie, biologie médicale et santé publique pour l'élaboration d'une stratégie nationale visant la détection précoce et la prise en charge de la maladie.

13.3. Projet national « Maladies Rares »

Le groupe de travail « Maladies Rares » est formé par des médecins, entre autres des spécialistes en pédiatrie, endocrinologie et neurologie, des représentants du LNS, de l'ALAN (Association Luxembourgeoise des Personnes atteintes de maladies neuromusculaires et maladies rares), et de la Direction de la Santé, qui coordonne le travail. Au cours de l'année, ont été organisées diverses manifestations de sensibilisation et conférences d'information sur le sujet.

Sous la coordination de l'ALAN, la division était fortement impliquée dans la préparation et la réalisation de la « Conférence Nationale EUROPLAN » qui s'est déroulée le 20 novembre 2013, en préparation de l'élaboration d'un programme national maladies rares pour notre pays.

Sous les auspices et en présence de représentants d'EURORDIS, Alliance européenne d'associations de personnes atteintes d'une maladie rare, d'EUROPLAN, Projet européen pour l'aide aux pays membres en vue du développement de programmes nationaux maladies rares, de la DG SANCO, Programme management and diseases, une journée de réflexion a eu lieu le 20 novembre 2013 avec la collaboration engagée d'un grand nombre de patients, d'experts en santé publique, sécurité sociale et aide sociale, des médecins traitants, spécialistes dans les domaines les plus divers, des experts en génétique et biologie humaine.

Selon les recommandations d'EUROPLAN, 4 ateliers étaient organisés en parallèle, traitant les sujets suivants :

- Système de santé répondant aux besoins des personnes atteintes d'une maladie rare (sécurité sociale, diagnostic, tests génétiques, traitement, médicaments orphelins...)
- Plateforme nationale Maladies Rares / Gouvernance et monitoring
- Codification des maladies rares – registre – recherche
- Services sociaux répondant aux besoins des personnes atteintes d'une maladie rare.

Les conclusions de ce séminaire ont contribué à identifier les majeurs obstacles constatés dans la prise en charge des patients atteints d'une maladie rare dans notre pays, et à identifier les axes prioritaires selon lesquels le futur plan national, prévu pour 2014/2015, devra s'articuler.

13.4. Participation aux projets CE Rare Diseases

13.4.1. European Union Committee of experts on rare diseases / EUCERD

Participation active au European Union Committee of experts on rare diseases, composé de membres des différents pays membres.

Il a notamment comme but :

- de conseiller et d'assister la CE dans la promotion d'un programme de prévention, de diagnostic et de traitements adéquats pour les maladies rares en Europe
- de promouvoir la mise en œuvre nationale des recommandations européennes en la matière
- de planifier les activités européennes futures dans le domaines maladies rares

13.4.2. EUROPLAN

Participation au groupe international pour le support des plans nationaux maladies rares : échanges de bonnes pratiques, élaboration d'outils de mise en œuvre, élaboration d'indicateurs de suivi. Dans ce cadre, participation à une enquête internationale, étudiant la spécificité, la fiabilité et la disponibilité d'une liste d'indicateurs visant assurer l'évaluation et le monitoring des plans nationaux.

14. Santé affective et sexuelle

14.1 Programme national : Promotion de la Santé Affective et Sexuelle

Dans la continuation de l'action: Ma contraception plus que jamais à ma portée, et sous la coordination du Ministère de la santé, un groupe de travail interministériel, regroupant les Ministères de l'Education nationale et de la Formation Professionnelle, de l'Egalité des Chances, de la Famille et de l'Intégration, s'est constitué pour élaborer en collaboration avec les associations du terrain, Planning Familial, Aidsberodung, CPOS, Jugendparlament, 4Motion une stratégie nationale et un plan d'action pour promouvoir la santé affective et sexuelle.

Les principes suivants, se basant sur des recommandations et accords internationaux, ainsi que sur une large concertation avec les partenaires nationaux, ont été retenus comme base de la promotion de la santé affective et sexuelle dans notre pays :

- La santé affective et sexuelle ne se limite pas aux relations sexuelles proprement dites, mais inclut l'affectivité, le respect et l'intégrité de soi et de l'autre, les spécificités du genre, le droit à l'identité et l'orientation sexuelle, au plaisir, à l'intimité et à la reproduction.
- La promotion de la santé sexuelle et affective joue un rôle important dans la prévention des grossesses non-désirées et des maladies sexuellement transmissibles ainsi que de la violence sexuelle.
- La promotion de la santé sexuelle et affective fait partie de tout processus éducatif s'adressant aux enfants et aux jeunes.

Les cinq axes d'intervention du programme sont :

- Bonne gouvernance : la promotion et l'éducation de la santé sexuelle et affective étant des matières qui concernent nombre de domaines administratifs et politiques, ainsi que maints partenaires et lieux de mise en œuvre il est primordial de constituer une plateforme d'échange qui permette une approche cohérente.
- Information, sensibilisation et éducation en matière de santé affective et sexuelle : en effet, tous, enfants, jeunes et adultes doivent avoir un accès au savoir et disposer des compétences nécessaire pour pouvoir construire une sexualité autodéterminé et marquée par le respect mutuel.
- Amélioration des compétences; le domaine de la sexualité et de l'affectivité n'étant pas toujours des plus faciles à aborder pour les professionnels des domaines de la santé, de l'éducation formelle et non formelle, du conseil et de l'orientation il est important de les armer des compétences et savoirs

nécessaires dans ce domaine.

- Accès pour tous : Diversification et durabilité de l'offre ; il est primordial que les actions du programme de santé sexuelle et affective profitent au plus grand nombre de personnes et qu'elles touchent également les populations défavorisées.
- Evaluation : garantir les outils nécessaires pour réaliser régulièrement des états des lieux de la santé sexuelle de la population, d'évaluer les effets du programme d'action et d'adapter les actions en fonction des résultats obtenus.

En date du 17/07/2013 lors d'une conférence de presse, la politique commune a été signée par les 4 ministres concernés; à cette même occasion les lignes directrices et le plan d'action 2013-2016 ont été présentés.

<http://www.ms.public.lu/fr/actualites/2013/07/sante-affective-sexuelle/index.html>

14.2 Groupe de travail pour l'implémentation de la loi sur l'IVG

Pour assurer l'implémentation de la loi portant sur l'interruption volontaire de grossesse, adoptée en date du 12/12/2012 et portant modification des articles 351,353,353-1, un groupe de travail interdisciplinaire a été instauré (regroupant notamment les services médicaux et sociaux concernés des hôpitaux, la Société de Gynécologie et Obstétrique, le Planning familial, ainsi que des représentants du Ministère de la Famille).

Les activités suivantes étaient entamées :

- Elaboration de guides d'information, l'un à l'intention des hôpitaux avec explications claires sur les procédures et démarches à respecter et l'autre à l'intention des femmes se trouvant dans une situation de détresse pour conseil et orientation
- Elaboration des documents administratifs nécessaires à la bonne gestion hospitalière de l'implémentation de la loi sur les IVG
- Identification d'une série d'indicateurs nécessaires au suivi et à l'évaluation des IVG dans le pays.

15. Santé de la population immigrée

15.1 Service interprétariat interculturel

Participation au comité d'accompagnement du service interprétariat interculturel, initié par l'ASTI et repris par la Croix-Rouge Luxembourg à partir de janvier 2012 dans un but de consolidation et d'élargissement en tant service social « durable. Actuellement les majeurs demandeurs de services d'interprétariat sont les services de pédiatrie, d'obstétrique et de psychiatrie du CHL, démontrant par cela le grand besoin des services médicaux en matière de communication avec leur patientèle. Il va de soi que la bonne communication entre médecin traitant et le patient est un élément crucial d'une prise en charge de qualité. En ce qui concerne la consolidation du service, les problèmes les plus importants à trancher touchaient les modes de financement, l'information des professionnels sur les offres et les conditions du service, la professionnalisation du service.

16. Gender

En collaboration avec le CNFL / Conseil national des Femmes Luxembourgeoises une conférence avec Prof. Grete Hochleitner de la Faculté de Médecine d'Innsbruck a été organisée sous la thématique : Frauengesundheit und Gender Medizin : Wer profitiert davon? , analysant les différences entre genres par rapport à la symptomatologie de diverses maladies, à leur diagnostic, à leur thérapie. Une prise en considération des évidences et des besoins physiologiques et psychologiques spécifiques entre hommes et femmes par rapport à la santé est un apport important de médecine personnalisé et de qualité de notre système de santé.

17. INTERREG / Santé des communes

Participation à l'initiative INTERREG « Quel avenir pour les zones rurales en Grande Région », organisée par l'Institut de la Grande Région, regroupent des participants de la Lorraine, de la Sarre, de la Wallonie et du GD de Luxembourg pour la réalisation d'une conférence le 7 juin 2013 à Wiltz, portant le titre : Des communautés saines, un défi et une prémisses essentielle pour le développement harmonieux des zones rurales en Grande Région et d'une conférence de synthèse à Libramont le 4 octobre 2013.

Considérant la thématique « Communautés rurales saines » les conclusions suivantes étaient retenues :

- La politique de la santé n'est pas seulement celle des soins médicaux aux patients, elle doit également s'intéresser au lien socioculturel, en particulier dans les zones rurales : la santé individuelle et collective se rejoignent, il y va de l'existence de « communautés saines ».
- Des communautés saines en zone rurale nécessitent à la fois une couverture adéquate en soins médicaux de base (médecins de famille et maisons médicales), des équipements hospitaliers accessibles et performants, une organisation de l'offre et des initiatives en matière socioculturelle, assurant la vitalité du dialogue intergénérationnel, la fructification du temps libre et du bénévolat, l'épanouissement culturel, le renforcement du sentiment d'appartenance et de l'engagement citoyen dans et pour sa communauté de vie.
- La prise en charge des aînés et des personnes nécessitant des soins requiert une attention particulière dans les régions rurales et un renforcement du maillage socioculturel des populations rurales
- Le dialogue et la coopération transfrontalière en matière de santé doivent être singulièrement renforcés au niveau de la Grande Région, tant au niveau bilatéral que multilatéral :
- Un « Conseil de la Santé de la Grande Région » était proposé pour le développement des collaborations transfrontalières pour améliorer l'approche intégrée de la Santé.

05. Division de la Médecine Scolaire

Missions

La Division de la médecine scolaire supervise la surveillance médico-scolaire au niveau national et œuvre en faveur de la promotion de la santé et du bien-être des élèves.

Les missions spécifiques de la médecine scolaire sont définies de la loi du 2 décembre 1987 portant réglementation de la médecine scolaire, ainsi que dans le Règlement Grand-Ducal de mise en application du 24 octobre 2011

1. Mise en application du Règlement grand-ducal du 24 octobre 2011

L'évolution de la Médecine Scolaire vers un système de Santé Scolaire est régie par le Règlement grand-ducal déterminant le contenu et la fréquence des mesures et examens de médecine scolaire et le fonctionnement de l'équipe médico-socio-scolaire, qui a été adopté le 24 octobre 2011. <http://www.legilux.public.lu/leg/a/archives/2011/0219/a219.pdf>

Les changements prioritaires introduits dans le nouveau règlement visent l'évolution du système de médecine scolaire en place vers un système de santé scolaire. Ils comprennent entre autres :

- la considération de la santé de l'élève dans sa globalité, c.à.d. sa santé physique, psychique et sociale,
- la promotion de la santé, au même titre que la prévention des risques pour la santé et la détection précoce des maladies,
- l'amélioration de la qualité de la surveillance médico-scolaire, adaptée aux besoins spécifiques de l'enfant ou de l'adolescent, de son sexe, de son âge, de ses caractéristiques individuelles,

- l'amélioration du suivi des enfants et jeunes à besoins spécifiques (maladies chroniques, troubles, psycho-sociaux...), ceci en étroite collaboration avec l'élève, sa famille, ses médecins traitants, ses enseignants, pour le soutenir, selon ses besoins et possibilités, tout au long du parcours scolaire,
- le renforcement et la formalisation des collaborations intersectorielles,
- la modernisation et l'amélioration de la gestion du système de la surveillance médico-scolaire (informatisation, harmonisation des procédures,)
- l'amélioration de la communication, de l'information et de l'évaluation.

2. La surveillance médico-scolaire nationale

La surveillance médico-scolaire nationale comprend d'un côté les activités réalisées auprès des élèves de l'enseignement fondamental, et d'un autre côté celles réalisées auprès des élèves de l'enseignement secondaire. Les équipes médico-scolaires sont constituées par un médecin scolaire agréé par le Ministre de la Santé, une infirmière et un/une assistant /e d'hygiène sociale. Au niveau national plus de 300 professionnels de la santé sont impliqués dans le système de la santé scolaire des élèves.

Le travail de l'équipe médico-scolaire comporte, entre autres:

- La gestion administrative de la surveillance médico-scolaire
 - management de l'organisation pratique des examens médico-scolaires dans les établissements d'enseignement
 - coordination des collaborations avec les médecins scolaires, les directeurs / enseignants des établissements scolaires, les services de psychologie et d'orientation scolaires (SPOS), les psychologues, les assistant(e)s d'hygiène sociale de secteur, les parents des élèves, les médecins traitants
 - établissement des statistiques de la surveillance médico-scolaire.
- La réalisation des examens médico-scolaires
 - mesure de la taille et du poids des élèves, contrôle de l'acuité visuelle et auditive, analyse des urines avec recherche de glucose, d'albumine et de sang,
 - contrôle des cartes de vaccination en accord avec les recommandations de vaccination définies par le Conseil Supérieur des Maladies Infectieuses
 - assistance du médecin au cours de l'examen médical,
 - gestion et mise à jour du carnet médical scolaire,
 - gestion des avis aux parents pour orientation de l'élève vers une prise en charge diagnostique ou thérapeutique,
 - organisation des concertations interdisciplinaires avec les équipes pédagogiques et psychologiques, les SPOS, directeurs et enseignants, et, au besoin, avec la participation des parents et des élèves
 - gestion et organisation des suivis des élèves présentant un besoin spécifique d'ordre physique, psychique ou social.
- Les activités de Promotion de la Santé

Des actions de promotion de la santé sont réalisées d'une part au niveau individuel dans le cadre des examens médico-scolaires proprement dits, d'un autre côté à un niveau collectif dans le cadre d'initiatives dans une classe particulière, d'un projet d'établissement, d'une initiative thématique dans une commune ou entre établissements ...

Les initiatives comprennent :

- des interventions d'éducation à la santé en faveur des modes de vie sains, de la réduction d'habitudes à risque, du bien-être et de la santé mentale (alimentation saine – hygiène de vie – santé affective et

sexuelle - consommation de substances psychoactives : alcool – tabac – drogues – médicaments...)

- l'orientation vers des services d'aide et de prise en charge spécifique
- la conceptualisation respectivement la collaboration active à des projets de promotion de la santé.

Au niveau national plus de 50 000 élèves ont été examinés dans le cadre de la surveillance médico-scolaire systématique au courant de l'année 2013

A part les examens systématiques, environ 10% des élèves ont été revus une ou plusieurs fois pour suivi d'une situation psychosociale complexe ou pour ajustement de l'accompagnement psychomédical de l'enfant p.ex. en cas d'une maladie chronique. L'approche interdisciplinaire et intersectorielle est à la base de ce travail et les prises en charge des élèves présentant des besoins spécifiques se font en étroite collaboration avec les SPOS, les professionnels de santé impliqués, les parents et les élèves eux-mêmes.

Au cours de l'année scolaire 2012 / 2013 les activités innovantes suivantes ont été initiées :

- La gestion administrative médico-scolaire a été nettement facilitée par la possibilité légale de mise à disposition par le MENEJ du fichier élèves, régulièrement actualisé, qui comprend uniquement les données administratives indispensables à la bonne gestion de la surveillance médico scolaire.
- Introduction systématique des tests audiométriques par audiométrie dans les examens médico-scolaires des élèves des cycles 4.2, 2^{ème} respectivement 11^{ème}.
- Lancement de la stratégie nationale pour la lutte contre les poux - www.poux.public.lu
- Initiation à partir du mois de septembre de projets d'accueil individualisés autour d'enfants souffrant de pathologies chroniques graves. Cette initiative poursuit le but d'assurer la meilleure prise en charge possible des enfants malades dans les écoles, d'assurer la bonne gestion des aides au traitement et à la vie quotidienne définies par les équipes traitantes, de mettre en place un réseau performant de soutien, de communication et de relais. Les équipes médico scolaires jouent un rôle primordial dans cette initiative, en tant que pôle de coordination et de communication entre médecins traitants, enfant malade et ses parents et enseignants. Jusqu'à présent plus d'une dizaine de projets d'accompagnements d'enfants souffrant de pathologies rares graves a pu être instaurée, en majorité en collaboration avec l'ALAN / Association luxembourgeoise d'aide aux personnes souffrant d'une maladie neuromusculaire ou rare.
- Pour les enfants souffrant d'une allergie, un protocole d'urgence a été élaboré en collaboration avec les Dr Morel et Morisset, Médecins spécialistes en allergologie au CHL et le Service médico-scolaire de la ville de Luxembourg. Une formation sera organisée prochainement pour mettre les équipes médico scolaires en mesure d'en assurer les mises en place. Toutefois actuellement déjà des protocoles « allergie » d'urgence ont été organisés autour d'une vingtaine d'enfants.
- Des dispositifs similaires sont mis en place autour des enfants souffrant d'un diabète, et ceci sous la régie de l'équipe de diabétologie pédiatrique du CHL. En règle général des réunions de concertation sont organisées au CHL, rassemblant équipe traitante, parents, enseignants, éducateurs et équipe médico scolaire pour prendre connaissance des besoins spécifiques de l'enfant, de son protocole de surveillance et des gestes d'aide au traitement indispensables lors du séjour à l'école ou dans la maison relais. Des personnes santé référentes sont désignées pour assurer le soutien de l'équipe enseignante.
- Ce projet d'accueil individualisé, qui a été accueilli avec un très grand intérêt et beaucoup d'engagement de tous les partenaires, n'en est qu'à ces débuts et devra s'élargir d'une manière considérable pour répondre d'une manière adéquate et équitable aux besoins de tous les enfants présentant des besoins spécifiques et fréquentant les écoles du GD de Luxembourg.
- Plusieurs réunions ont eu lieu avec le MENEJ dans l'objectif de renforcer et de formaliser la collaboration et la cohérence des interventions autour des enfants à besoins spécifiques ; ceci est particulièrement important dans le cas d'enfants souffrants de pathologies chroniques et des enfants présentant des troubles psychologiques ou du comportement nécessitant souvent des prises en charge complexes et multidisciplinaires.
- Au cours de l'année 2013 diverses formations ont été organisées pour les équipes médico-scolaires, traitant les sujets suivants :

- Santé affective et sexuelle, contraception / Planning Familial
- Jeunes et consommation de drogues / CePT
- Santé sexuelle chez les jeunes et protection contre les maladies sexuellement transmissibles / Aidsberodung
- Abus sexuel : Mieux comprendre ce que vivent les victimes d'abus sexuel.
- Reconstruction de lien après l'inceste est-ce possible ?
- Diabète de l'enfant / Equipe diabétologie – CHL - Kannerklinik
- Allergie alimentaire chez l'enfant / Equipe Allergie – Kannerklinik
- Mélanome et autres affections de la peau chez l'enfant et le jeune / Dr Miller
- Formation : Premiers secours

2.1 La surveillance médico-scolaire au niveau de l'enseignement fondamental

La surveillance médico-scolaire au niveau de l'enseignement fondamental est assurée par la Ligue médico-sociale dans la majorité des communes, les autres communes, notamment la Ville de Luxembourg, Schifflange, Esch / Alzette, Pétange, Differdange et Dudelange, disposent de services médico-scolaires autonomes.

Trois réunions ont eu lieu avec tous les services médico-scolaires de l'enseignement fondamental pour réflexion sur la mise en œuvre progressive de la réforme de la santé scolaire, le traitement de problèmes survenus sur le terrain, la planification future des activités de surveillance médico-scolaire et des initiatives de promotion de la santé.

Au cours de l'année scolaire 2012 / 2013 les services de la médecine scolaire de l'enseignement fondamental ont examiné plus de 34 000 élèves, la majeure partie dans le cadre des examens médico-scolaires systématiques. Il faut toutefois constater qu'un nombre croissant de suivis est assuré pour la mise en œuvre notamment des projets d'accueil individualisé chez les enfants allergiques, diabétiques ou souffrant d'une autre maladie chronique.

De nombreuses activités de promotion de la santé sont offertes, sous forme d'ateliers d'éducation à la santé avec des classes, d'accompagnement de projets scolaires, de coopération avec les communes, associations sportives, parents etc. Les thématiques englobent, entre autre l'alimentation saine, l'activité physique, l'hygiène, l'estime de soi et de l'autre, la santé affective, la protection contre le soleil.

L'application des procédures de la « *Conduite à Tenir en cas de Poux* » et le renforcement des collaborations entre les équipes de santé scolaire, les écoles et les maisons relais, la Division de la Médecine scolaire et l'Inspection sanitaire a facilité et amélioré la lutte contre cette parasitose qui touche régulièrement nos enfants.

2.2. La surveillance médico-scolaire au niveau de l'enseignement secondaire

La surveillance médico-scolaire dans l'enseignement secondaire est réalisée par la Division de la Médecine Scolaire de la Direction de la Santé et comprend à côté de la surveillance des élèves de l'enseignement secondaire, celle des élèves de l'école de la deuxième chance, ainsi que du CNFPC / Centre National de Formation Professionnelle Continue.

Sur un rythme bimensuel des réunions de services réunissent les membres des équipes médico-scolaires de l'enseignement secondaire pour aborder la gestion et mise en œuvre de la surveillance médico scolaire dans les établissements d'enseignement, planifier et coordonner des mesures d'amélioration, conceptualiser et mettre en œuvre des activités de promotion de la santé.

Dans l'ensemble les équipes de la médecine scolaire de l'enseignement secondaire ont examiné au cours de l'année scolaire 2012 / 2013 environ 18 000 élèves, se composant de près 6000 élèves de l'enseignement secondaire général et de 12 000 élèves de l'enseignement secondaire technique.

La participation des élèves aux examens médico-scolaires atteint 98,0%, tant pour les filles que pour

les garçons, et sans différence entre le secondaire classique et le secondaire technique.

Environ 50% des élèves du secondaire technique, respectivement 33% des élèves du secondaire général ont reçu un avis médical et ont été orientés pour diagnostic, respectivement prise en charge médicale vers un médecin traitant. Les avis sont demandés le plus fréquemment pour des problèmes de la vue, l'adaptation des vaccinations en accord avec le calendrier vaccinal recommandé par le Conseil Supérieur des Maladies Infectieuses, l'organisation d'une prise en charge diététique, l'évaluation et le suivi du statut orthopédique, l'évaluation d'un test audiométrique anormal. Un nombre croissant de troubles psychologiques et psycho-sociaux nécessitant une prise en charge thérapeutique se font remarquer chez les jeunes. Mais aussi cette année-ci un certain nombre de maladies graves ont été détectées grâce aux examens médico-scolaires, notamment des diabètes type 1, un cancer des testicules, un cancer de la thyroïde, une maladie rénale, des maladies de la peau, des scolioses.

Les activités de promotion de la santé s'adressant aux jeunes du système secondaire s'articulent, entre autre, autour de l'alimentation saine, de l'activité physique, de l'hygiène, de la santé mentale, de la santé affective et sexuelle. Les informations ciblant la protection contre les maladies sexuellement transmissibles et les grossesses non désirées, ainsi que les consommations et habitudes à risque (consommation d'alcool, de drogues, de tabac...) sont des thèmes systématiquement abordés avec les adolescents. Depuis l'année dernière les adolescents sont sensibilisés à la détection précoce du cancer des testicules, moyennant un feuillet d'information : *Achte auf deine Nüsse – Informationen für Jungen zur Selbstuntersuchung* élaboré par le Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V D.

3. Avis de construction et de transformation des bâtiments scolaires

Conformément à l'article 10 de la loi du 2 décembre 1987, le médecin chef de division a avisé en 2013 de nombreux projets de construction et de transformation de bâtiments scolaires, notamment en ce qui concerne les locaux destinés à la médecine scolaire et les installations sanitaires.

4. Comité de Santé Scolaire / CSS

Le Comité de Santé Scolaire prévu par le règlement grand-ducal du 24 octobre 2011 et dont les objectifs sont:

- d'aviser le Ministre de la Santé en matière de surveillance médico-sociale
- d'aviser le Ministre de la Santé et le Ministre de l'Education en matière de promotion de la santé
- de veiller à l'évaluation et à l'adaptation régulière du système de Santé Scolaire
- d'élaborer des programmes de formation (continue).

regroupe des représentants des Ministères de la Santé et l'Education nationale, de la Société des Pédiatres, de la Société des Psychiatres et Pédopsychiatres, du Cercle des Généralistes, du CPOS, de la FAPEL, du « Jugendparlament », et des services médico-scolaires du fondamental et du secondaire. Il s'est réuni 3 fois au cours de 2013.

Une de ses activités était l'organisation de la 2^{ième} Journée de Santé Scolaire, qui a eu lieu le 11.12. 2013 et qui réunissait plus de 200 participants.

Les thématiques étaient les suivantes:

- Allergies alimentaires
- Anorexie et Bulimie – Leben hat Gewicht
- Absentéisme scolaire – Zwischen Schulangst, Schulphobie und Schulschwänzen
- Obésité de l'enfant – Zwischen Lust und Frust
- La liaison dangereuse - Emotionsregulation und Essen
- CARAT – Schulklimakonzept

5. Système informatique pour la surveillance médico-scolaire des élèves

L'informatisation du système de surveillance médico-scolaire au niveau national est un objectif d'amélioration qualitative importante de la médecine scolaire afin de pouvoir faciliter sa gestion administrative, le recueil des données, le suivi des avis médicaux, et l'évaluation épidémiologique des données recueillies.

Un groupe de travail interdisciplinaire a été constitué, regroupant outre des représentants des équipes médico-scolaires tant du secondaire que du fondamental, le CRP-Santé, e-Santé, le Service des Statistiques et la Division de la Médecine Scolaire. Une analyse de l'existant a été réalisée et une proposition de l'architecture du système informatique futur a été élaborée, ceci tenant compte de l'encrage nécessaire au niveau national du système médico scolaire avec d'autres systèmes électroniques de santé.

05.bis Service de la médecine dentaire scolaire

Mission

- Dépistage la carie dentaire et étude de la fréquence selon l'âge des enfants et les différentes régions du pays.
- Dépistage des malpositions dentaires.
- Enregistrement du degré d'hygiène bucco-dentaire.
- Amélioration de l'éducation à l'hygiène bucco-dentaire combinée à des conseils de nutrition.

Objectifs

L'objectif principal des examens et de l'éducation à l'hygiène bucco-dentaire reste la lutte contre la carie dentaire et ses conséquences néfastes sur le bon développement des maxillaires et le bien-être en général.

1. Activités

1.1. Dépistage de la carie dentaire et étude de la fréquence selon l'âge des enfants et les différentes régions du pays

Comme les résultats sont codifiés sur des fiches dentaires individuelles accompagnant l'enfant de la première à la sixième année de l'enseignement fondamental (cycles 2, 3 et 4), nous arrivons à suivre son évolution bucco-dentaire. En cas de problèmes, notamment de caries, les parents des enfants concernés sont avertis par une lettre énumérant les problèmes rencontrés. Les parents sont priés de renvoyer à notre Service la lettre signée par leur dentiste à la fin du traitement. De plus, le traitement statistique des données nous permet de localiser les zones à problèmes.

Les résultats obtenus nous permettent ainsi de renforcer notre éducation à l'hygiène bucco-dentaire dans ces zones l'année scolaire suivante.

Pendant l'année scolaire 2012-2013 le Service de la Médecine Dentaire Scolaire a examiné 15259 enfants dans les différents cantons du pays. Le nombre d'enfants examinés dans l'éducation fondamentale (cycle1) avoisine 5100. Pour les enfants des classes du cycle 1 les résultats ne sont pas codifiés.

Les résultats sont codifiés d'après l'index de Kleine et Palmer, index admis par l'OMS. L'index DMF (decayed, missing, filled = cariée, extraite, obturée) pour le cycle 4.2 de l'enseignement fondamental est de 0,61.

1.2. Dépistage des malpositions dentaires

Comme pour la carie dentaire, nous avertissons les parents par écrit lors d'un diagnostic d'une malposition dentaire chez leur enfant. Le traitement des malpositions dentaires permet alors un développement harmonieux de la dentition et des maxillaires.

1.3. L'éducation à l'hygiène bucco-dentaire combinée à des conseils de nutrition

L'éducation à l'hygiène bucco-dentaire est la partie la plus importante de notre activité. Les enfants sont très réceptifs aux conseils que nous leur donnons. En effet, une bonne technique de brossage des dents avec un matériel adapté permet aux enfants de garder une dentition saine. Il ne faut pas oublier que les bonnes habitudes doivent se prendre dès le bas âge. Notre travail pédagogique est combiné à des conseils de nutrition. Une alimentation saine et équilibrée et une bonne hygiène dentaire sont le garant du bien-être général.

2. Conclusion

Bien que l'évolution soit en amélioration constante depuis l'année scolaire 74/75, notre service ne devra en aucun cas relâcher sa vigilance, car la carie dentaire reste une maladie trop fréquente. Nous continuerons à insister auprès des enfants et de leurs parents sur une bonne hygiène bucco-dentaire liée à une alimentation saine et équilibrée.

6. La Division de la Santé au Travail

Missions:

La Division de la Santé au Travail a été créée par la loi du 17 juin 1994 concernant les services de santé au travail. Elle est compétente, dans le cadre de cette législation, pour toutes les questions concernant :

- la coordination des services de santé au travail, le contrôle de leur fonctionnement et de leur organisation et ainsi que l'information des médecins du travail
- les cas de recours des travailleurs ou des employeurs contre les décisions des médecins du travail en matière de santé au travail et de protection de la maternité
- l'évaluation des rapports annuels des services de santé au travail
- l'arrêt de la liste des postes à risques de chaque employeur l'évaluation et l'encodage des inventaires des postes à risques
- l'exécution avec l'Inspection du Travail et des Mines, l'Association d'Assurance contre les Accidents et l'Administration des Douanes et Accises, des dispositions du Code du Travail reprises au Livre III – Protection, sécurité et santé des travailleurs

1. Nouveau contexte législatif depuis 2013

Mise en place par l'ITM de plusieurs prescriptions types concernant les chantiers de construction et de démolition, les structures d'éducation et d'accueil pour enfants scolarisés et enfants de l'éducation précoce, les appareils de levage et de transport de personnes à mobilité réduite utilisés à des fins de soins ou de traitement médical.

Mise à jour par l'Association d'Assurance Accident (www.aaa.lu) de plusieurs recommandations de prévention (travaux sur et à proximité d'installations électriques, échafaudages roulants, l'amiante dans le bâtiment).

2. Activités de la division en 2013

2.1. Evaluation des rapports annuels des services de santé au travail par la division

A côté des rapports globaux des 8 services de santé au travail, la Division de la Santé au Travail a reçu en 2013 pour évaluation 1120 rapports annuels d'entreprises (dont 125 rapports obligatoires pour des entreprises de plus de 150 salariés). Le nombre de rapports, aussi bien pour les petites entreprises que pour celles des entreprises dépassant 150 salariés, reste toujours inférieur au nombre prévu par le législateur (rien que pour le STM 2.460 entreprises sont soumises à un rapport annuel ; nous recevons à peine un quart des documents); malgré nos demandes itératives et insistantes et malgré le fait que le compte tenu du modèle de rapport annuel a été réduit.

2.1.1. Service de santé au travail du secteur financier (ASTF)

Pendant l'année en cours 502 entreprises ont été affiliées à l'ASTF avec au total 43.200 salariés. Les visites médicales d'embauche ont chuté de 10 % entre 2011 et 2012 et se maintiennent à 4.500 unités (le pic des engagements se situe depuis une dizaine d'années en septembre). En fonction de la nationalité on note 35 % de salariés français, 14 % de salariés belges, 14 % de salariés allemands et 8 % de salariés luxembourgeois. L'ASTF réalise dans le cadre de la médecine préventive 1.200 check-ups (examens spécialisés en cardiologie, en gastro-entérologie etc.) par an et 4.100 vaccins antigrippaux.

2.1.2. Service de santé au travail de l'industrie (STI)

Au STI neuf médecins de travail suivent 51.230 salariés dans 545 entreprises différentes. Le dépistage systématique a permis de mettre en évidence 630 cas d'hypoacusies, suivi de 400 affections cardiopulmonaires essentiellement des hypertension artérielles, ainsi que des bronchites chroniques après exposition tabagique et professionnelle. Le STI a réalisé au total plus de 22.000 examens médicaux, 4.900 examens biologiques et 3.300 vaccinations. On relève une forte implication du STI à la formation des premiers secours : 57 cours de secourisme industriel ont été réalisés.

2.1.3. Service interentreprises de santé au travail de la fédération des hôpitaux (SIST-FHL)

Le SIST-FHL a réalisé un effort remarquable dans l'évaluation des risques professionnels en collaboration avec les responsables de la sécurité : risques physiques : rayonnements ionisants, manutention des patients ; risques chimiques, formaldéhyde, acide peracétique, désinfectants, risques psychosociaux en rapport avec les nouvelles organisations de travail, les nouvelles technologies, la confrontation avec la mort et la souffrance. Le SIST-FHL surveille la santé de 8.200 salariés, effectue plus de 4.500 examens médicaux par an dont 10 % à la demande du médecin du travail. Un bilan des accidents de travail révèle que le nombre des accidents par contact avec un malade agité et les accidents lors des manutentions des malades sont en constantes augmentation.

2.1.4. Service de santé au travail multisectoriel (STM)

Le plus grand service de santé au travail au Luxembourg a vu en 2012 une nouvelle augmentation des entreprises affiliées (38.395 entreprises avec 222.900 salariés). Ces salariés sont pris en charge par 35 médecins du travail dont 30 confrères exerçant à temps plein. Le STM estime, compte tenu des affiliés, qu'il existe un manque de 11 médecins par rapport à l'effectif prévu par la législation, soit un déficit de 28 % de médecins. Ce service a réalisé au total 62.300 examens médicaux et un certain nombre d'examen spécifiques : 2.200 examens de reprise après maladie ou accident, 1.960 examens dans le cadre du reclassement professionnel, 2.060 examens dans le cadre de la protection des salariées enceintes. Les résultats des examens cliniques tous confondu montrent qu'un salarié sur 530 est déclaré inapte mais qu'un salarié sur 36 est déclaré apte avec restriction. Ceci montre clairement qu'il existe une tendance à déclarer beaucoup plus de salariés « apte avec restriction » et de diminuer le nombre de salariés déclarés « inapte » (depuis une dizaine d'année le

nombre d'inaptes avoisine un travailleur sur 200). Le nombre de rendez-vous non respectés se situe toujours à environ 20 %. Parmi les examens complémentaires réalisés on note 1.800 examens biologiques, 400 examens radiologiques, 1.800 tests de détection de tuberculose, 44.000 examens visuels, 21.000 audiométries, 45.300 tests d'urine. Le nombre total de vaccinations réalisées s'élève à 2.200. Les activités dans les entreprises ont cependant diminué de façon importante, 171 études de postes et 674 visites d'entreprise (ce qui nous semble très peu compte tenu de l'affiliation de 38.000 entreprises au STM).

3. Inventaire des postes à risques

Dans le cadre de l'article L-326-4 du Code du Travail, les entreprises luxembourgeoises doivent inventorier tous les 3 ans les postes de travail à risques, ceci en collaboration avec le médecin du travail compétent. La version papier de cet inventaire est ensuite transmise à la Division de la santé au travail pour être retravaillée à des fins statistiques (ré-encodage) et pour arrêter définitivement le nombre de postes à risques de l'entreprise, conformément au texte du Code du Travail. La Division de la santé au travail a finalisé avec le CTIE les possibilités de transmission des inventaires sous forme électronique via le guichet entreprises (guichet.lu).

La Division a évalué en 2013, 267 entreprises totalisant les risques pour 20.450 salariés. Parmi les risques les plus souvent répertoriés par ordre décroissant : les agents physiques, les dangers pour des tiers, les risques d'accidents de travail, les risques d'affection de la peau, les risques pour les voies respiratoires etc. Parmi les agents physiques les plus souvent cités : mauvaises postures et contraintes posturales, manutention, mouvements répétitifs, bruit ; parmi les agents cancérogènes les plus souvent en cause sont: l'exposition aux hydrocarbures, aux cytostatiques, aux nitrosamines et à des substances mutagènes probables etc. Globalement les risques en rapport avec l'exposition aux agents cancérogènes ont légèrement augmenté.

4. Audit de 15 années de fonctionnement des services de santé au travail au Luxembourg

A la demande du Ministre de la Santé le Conseil Supérieur de la Santé et de la Sécurité a été relancé avec une nouvelle composition et se penchera sur les suggestions de l'audit réalisé pour moderniser la médecine du travail luxembourgeoise. Une priorité absolue sera de trouver des solutions pour améliorer la pénurie de médecins du travail, pénurie qui d'après les auteurs de l'audit pourrait remettre en cause l'ensemble du système en place actuellement.

5. Prix santé en entreprises

Le 20 mars 2013 le Ministre de la Santé a remis pour la 7ème fois le prix « Santé en entreprise » à 6 entreprises méritantes. A l'occasion de cette cérémonie, organisée par la Division de la Santé au Travail dans les locaux du Domaine Thermal à Mondorf-les-Bains, les entreprises lauréates ont présenté leurs efforts réalisés pour le « Mieux-être au travail ; les entreprises et la santé de leurs collaborateurs ». Comme chaque année cette cérémonie a eu lieu en présence des représentants du patronat, du salariat et des administrations concernées du pays. Le Ministre de la Santé a remis 2 prix en matière de « Travail dans les bâtiments sains », 1 prix dans la catégorie « Inventaire des postes à risques », 2 prix « Santé en entreprises 2012 » ainsi qu'un prix de pérennité.

Les thèmes du « Prix santé en entreprise 2012 » étaient la prévention des troubles musculo-squelettiques, l'importance d'une culture d'entreprise ainsi que les besoins spécifiques des travailleurs âgés.

6. Développement des relations entre la division et ses usagers

La division de la santé au travail répond quotidiennement à des problématiques et des questions émanant des salariés. Les consultations dans nos locaux et les demandes d'informations concernent des sujets divers et variés tels que: la protection des femmes enceintes, la ventilation des locaux de travail, les risques du travail sur écran, les risques des nanotechnologies, les violences psychiques

etc. Les sujets les plus fréquemment évoqués en 2013 sont identiques à ceux de 2012 à savoir les problèmes en rapport avec les procédures compliquées concernant le reclassement professionnel, l'invalidité et les procédures de déclaration d'accidents du travail ou la reconnaissance de maladies professionnelles ainsi que le statut des travailleurs handicapés.

6.1. Actions inter-administratives

Conformément à l'article L.314-3 du Code du Travail, qui prévoit une coordination des organes de contrôle en matière de santé et sécurité au travail, la Division de la Santé au Travail, l'Association d'Assurance Accident et l'ITM se concertent tous les 4 semaines dans les bureaux de la Division pour discuter et élaborer des procédures pragmatiques sur des nombreux sujets d'actualité comme p.ex. les contrôles des travailleurs détachés, la définition des postes à risques et le nombre de salariés y exposés, les contrôles des travaux de toiture, la prise en charge des problèmes d'amiante, les accidents par piqûres en milieu hospitalier etc.

Un médecin inspecteur du travail de la Division de la santé au travail était activement engagé dans la Cellule Interadministrative de Lutte contre le Travail Illégal (CIALTI). Cette unité regroupe des fonctionnaires de différentes administrations tels que l'Inspection du Travail et des Mines, la Division de la santé au travail, l'Administration des Douanes et Accises, la Police Grand Ducale, l'Administration de l'Enregistrement et des Domaines, l'Agence pour le Développement de l'Emploi ainsi que le Centre Commun de la Sécurité Sociale.

Cette cellule a procédé à 3 actions « coup de poing » sous l'égide de l'Inspection du Travail et des Mines au décours desquelles le médecin inspecteur du travail a procédé au contrôle de 310 salariés. 281 salariés disposaient d'une fiche médicale d'aptitude en bonne et due forme. 24 salariés, qui travaillaient sur des postes sans risque vital immédiat ne pouvaient présenter le document requis et étaient enjoins de régulariser leur situation dans les plus brefs délais.

Le médecin - inspecteur du travail, en concertation avec l'ITM, a dû interdire à 5 travailleurs de continuer leurs travaux sur les différents chantiers. Ces salariés, qui effectuaient des travaux en hauteur, n'étaient pas en possession d'une fiche médicale d'aptitude pour de tels travaux.

L'Administration des Douanes et Accises a procédé en 2013, pour le compte de la Division de la santé au travail, au contrôle de 196 établissements avec 2021 salariés contrôlés:

- 168 restaurants et hôtels employant 1263 salariés. 740 salariés (58,6%) disposaient d'une fiche médicale d'aptitude pour le poste occupé, 272 salariés (21,5%) n'étaient pas en règle mais en cours de régularisation et 251 salariés de 33 entreprises (19,9%) ont été sommés moyennant des lettres de mise en demeure à se conformer dans les plus brefs délais à la législation en vigueur.

- 28 entreprises diverses avec 758 salariés contrôlés. 676 salariés (89,2%) étaient en règle par rapport à la médecine du travail, 82 salariés (10,8%) étaient en cours de régularisation suite au contrôle de l'Administration des Douanes et Accises et aucune lettre de mise en demeure a dû être envoyée.

L'Administration des Douanes et Accises a également procédé en 2013 à la vérification de l'inventaire des postes à risques dans 43 entreprises employant 4.438 salariés

L'Administration des Douanes et Accises est donc intervenue au total dans 239 entreprises concernant 6.459 salariés pour le compte de la Division de la santé au travail

6.2. Organisation de diverses formations

La Division de la Santé au Travail continue à organiser en collaboration avec l'Université du Luxembourg, un cycle de formation théorique axé sur les nouvelles législations en matière de sécurité et de santé au travail ainsi que de droit du travail, à l'intention des nouveaux médecins du travail, des travailleurs désignés et des responsables santé et sécurité de l'Administration des Douanes et Accises.

La Division de la Santé au Travail participe activement à la formation des délégués des travailleurs

(CEPOS, Remich) ainsi qu'à la formation des travailleurs désignés et des coordinateurs de chantier.

Autres formations :

- Formations « Application des règlements et normes concernant la maintenance et la sécurité des installations de distribution d'eau potable » et « Hygiène de l'Air, systèmes de ventilation » destinées aux corps de métiers dans le cadre d'une formation de la Chambre des Métiers et du Centre National de Formation Professionnelle continue CNFPC à Esch-Alzette
- « Construction et bâtiments sains » pour l'IFSB (Institut de Formation du secteur du Bâtiment) à Bettembourg
- Exposé sur « La biologie de l'Habitat » par PRO group Academy à Ecoparc Windhof
- Exposé sur « WiFi et Santé » dans le cadre de la journée thématique « Technostress » de la FLUPA (France Luxembourg User Experience Professionals Association) à la BGL à Luxembourg
- Participation (stand) à la journée « santé au travail » de la Ville de Luxembourg (thématiques produits de nettoyage et ondes électromagnétiques)
- compte tenu de cette surcharge de travail il est difficile, voire impossible aux collaborateurs de la division de s'inscrire eux-mêmes à une quelconque formation continue !

7. Nuisances sur le lieu de travail

Le nombre de contrôles des nuisances sur le lieu du travail (87) a augmenté de 38% par rapport à l'année précédente confirmant ainsi l'intérêt des entreprises pour ce sujet et l'utilité du service. A noter que cette augmentation n'a été rendue possible que par l'engagement d'une aide technique et l'engagement temporaire d'une biologiste dans le cadre d'une occupation temporaire indemnisée de l'ADEM. Ainsi 59 dossiers ont été traités en relation avec des contaminants chimiques, 8 en relation avec des champs électromagnétiques de basses ou de hautes fréquences et 19 suite à des problèmes de moisissures, les d'autres problématiques étant liées à l'amiante, aux particules fines, à la radioactivité ou encore au bruit.

Les investigations chimiques ont été réalisées en étroite collaboration avec le laboratoire d'Hygiène du Milieu et de surveillance biologique du Laboratoire National de Santé, qui a réalisé les analyses chimiques sur les échantillons prélevés par la Division de la Santé au Travail.

Les investigations ont été réalisées à la demande des administrations (39%) des entreprises (27%), des délégués à la sécurité (21%) ou encore des services de santé au travail compétents (13%).

8. Activités internationales

Participation à la 129ème session de l'Assemblée Mondiale de la Santé à Genève.

Participation à la 63ème session du Comité Régional de l'OMS pour la région Europe en Turquie.

Participation à 3 réunions du « Management bord » de l'agence Européenne « European Centre for Disease Prevention and Control » à Stockholm

Participation à une réunion à Bruxelles, qui regroupe tous les médecins responsables de l'aviation civile en Europe (fonction AMS)

Participation à un groupe d'experts sur la prévention des usages de drogues en milieu professionnel (groupe Pompidou) à Paris avec exposé sur la situation luxembourgeoise

Participation au « Environment & Health Task force » de l'OMS à Bruxelles

Formation « Limiter la pollution intérieure : les polluants chimiques, physiques et biologiques » dans le cadre de la formation « Bâtiments durable : Santé et Confort » pour le Centre Urbain et l'Institut Bruxellois pour la Gestion de l'Environnement IBGE à Bruxelles

Exposé sur « L'impact sanitaire de l'exposition à la pollution intérieure et le risque de son interaction dans la multi-exposition » dans le cadre du colloque « Exposition chronique aux faibles doses de POP

(persistent Organic Pollutants) et évaluation des effets neurotoxiques » 2e séminaire annuel Neurotox de l'Université de Metz à Nancy (F)

Exposé sur « Expertise de l'air intérieur » dans le cadre du colloque national sur l'hygiène et la santé de l'Association Nationale des Techniques Sanitaires ANTS française à Bourges (F)

Exposé sur « Santé environnementale et polluants de l'habitat » dans le cadre de l'assemblée générale de « Que Choisir » à Thionville (F)

9. Recours contre la décision du médecin du travail

- 10 recours émanant de salariés déclarés inaptes, ont été introduits courant 2013.
- 14 recours ont été introduits dans le cadre de la législation en matière de protection de la maternité, afin de trancher un litige concernant l'octroi ou le refus d'une dispense de travail.
- 8 recours contre la décision de la Division de la Santé au Travail ont été plaidés devant le Conseil Arbitral des Assurances Sociales.
- 1 recours a été plaidé et gagné devant le Conseil Supérieur des Assurances Sociales

10. Service médical de l'immigration (S.M.I.)

En conformité avec la loi du 26 août 2008 portant sur la libre circulation des personnes et l'immigration, la division de la santé au travail met en application les procédures prévues par la loi en question. Le SMI effectue le contrôle médical des étrangers dans le cadre de la législation concernant l'entrée et le séjour des étrangers dans le pays.

Durant l'année 2013 le SMI a été sollicité 293 fois par la Direction de l'Immigration pour donner un avis sur un éventuel sursis à l'éloignement des étrangers ayant été déboutés de leur demande d'asile, ce qui représente une hausse de 11,41% par rapport à 2012.

Les demandeurs étaient originaires de 30 pays différents, dont la majorité du Monténégro, Kosovo, Bosnie-Herzégovine et Serbie, suivi de la Macédoine, du Nigéria et de l'Albanie. Les autres demandeurs étaient originaires de 23 pays différents.

La plupart des pathologies observées en 2013 provenaient de problèmes psychiatriques, suivis par les problèmes neurologiques. D'autres pathologies fréquemment rencontrées sont en relation avec notamment les maladies infectieuses, l'orthopédie, la chirurgie ortho/traumatologique, la cardiologie et la cancérologie.

2636 certificats de 88 pays différents ont été traités par le Service Médical de l'Immigration. Ceci représente une augmentation de 44% par rapport aux chiffres de 2012. La plupart des demandes viennent de ressortissants des Etats-Unis, de l'Ex-Yougoslavie, de la Chine, de l'Inde et de la Russie.

11. Médecine aéronautique

La Division de la Santé au Travail remplit auprès de la Direction de l'Aviation Civile du Ministère des Transports une mission de supervision des conditions d'aptitude physique et mentale des pilotes professionnels, privés ainsi que les contrôleurs de l'espace aérien (fonction AMS). Cette mesure est exigée pour la délivrance de licences et de qualifications selon les dispositifs des JAR-FCL (Joint Aviation Requirements). Le système « EMPIC » mis en place déjà depuis 2009 permet une bonne gestion et un meilleur contrôle des dossiers médicaux par le médecin de la Direction de la Santé ayant la fonction AMS. Ce médecin AMS assiste aux réunions médicales de l'EASA (Agence Européenne de la Sécurité Aérienne basée à Cologne) avec ses homologues européens.

En 2013 le service de médecine aéronautique (AMS) a réalisé des visites d'inspection des médecins AME agréés en respectant ainsi les procédures (circulaires ministérielles) concernant le fonctionnement de l'AMS, la nomination, la supervision et le contrôle de l'AMC (Hôpital Kirchberg) et les médecins AME (7 médecins). Ces procédures témoignent d'une volonté du Ministère des Transport d'aller en avant en matière de qualité et de transparence du bon fonctionnement de la

médecine aéronautique au Luxembourg, qui existe maintenant depuis 2004. Le service médical (AMS) a été audité en 2013 par les inspecteurs de l'OACI (Organisation de l'aviation civile internationale).

Le service de médecine aéronautique (AMS) a démarré une première collaboration avec le service de cardiologie du CHL (Dr Banu) qui remplit la fonction de cardiologue désigné par la Direction de l'Aviation Civile pour les besoins de l'OMS. Une journée de formation spécifique pour tous les médecins AME a été organisée à l'université de Luxembourg en relation avec la nouvelle réglementation européenne en matière de médecine aéronautique, dont tous les textes se trouvent sur le site internet du Ministère de la Santé/ division de la santé au travail

302 examens médicaux ont été réalisés au total par 7 médecins agréés par le Ministre des Transports. 73 certificats médicaux de pilotes professionnels (classe 1) et 280 certificats médicaux de pilotes privés (classe 2) et 34 certificats médicaux des contrôleurs de l'espace aérien (classe 3) ont été émis. En 2013 il y a eu 48 examens initiaux et 254 examens périodiques. Les médecins agréés ont prononcé 3 inaptitudes totales. 11 recours et avis ont été pris en charge par le médecin AMS, parfois en collaboration avec le cardiologue désigné. Le Conseil Médical de l'Aéronautique Civile de la Direction de l'Aviation Civile Française a assisté l'AMS luxembourgeois dans la prise de décisions pour les cas médicaux particulièrement difficiles.

12. Enquêtes tuberculose

19 salariés ont été atteints d'une tuberculose en 2013. Un médecin inspecteur du travail a enquêté dans les entreprises concernées. 272 intradermo réactions à la tuberculine, 157 examens radiologiques et 19 tests au quantiféron ont été réalisés par la Ligue Luxembourgeoise de Prévention et d'Action Médico-Sociales. 32 salariés ont été rappelés à leur obligation, sur demande de la Ligue, de se soumettre au dépistage obligatoire décidé par le médecin inspecteur.

13. Commissions, groupes de travail auxquels participe la Division de la santé au travail

- Commission mixte de l'ADEM
- Commission de pension des fonctionnaires de l'Etat
- Supervision en tant que SMA (1/2 journée par semaine) de la médecine aéronautique
- Commission d'homologation des titres et grades étrangers pour la médecine
- Commission d'orientation et de reclassement des travailleurs handicapés
- Commission médicale des travailleurs handicapés
- Commission administrative du CHL
- Commission consultative de l'aviation civile non-commerciale
- Groupe de travail interadministratif : A.A.A., I.T.M. Division de la Santé au Travail, Administration des Douanes et Accises
- Indoor air expert group de la Commission Européenne (DG Sanco)
- Membre du « International Advisory Committee on electromagnetic fields » de l'Organisation Mondiale de la Santé
- Représentant pour le Luxembourg dans le cadre du « Environment and Health Task Force » de l'Organisation Mondiale de la Santé
- Commission des permis de conduire
- Conseil Supérieur de la santé et de la sécurité au travail

07. La Division de la Pharmacie et des Médicaments

Missions

D'après la loi du 21.11.80 portant organisation de la Direction de la Santé, la DPM a compétence pour toutes les questions relatives à l'exercice de la pharmacie et des professions connexes dans les secteurs public et privé, ainsi que pour les questions relatives aux médicaments et produits pharmaceutiques en général, et en particulier leur fabrication, leur contrôle, leur mise sur le marché, leur publicité, leur distribution, leur importation et leur exportation, et la pharmacovigilance.

Y ont été rattachés les domaines suivants:

- les pesticides (toxicologie des pesticides à usage agricole);
- les substances chimiques à activité thérapeutique;
- le contrôle des stupéfiants, des psychotropes, des substances toxiques et des précurseurs pour la fabrication illicite de stupéfiants (conventions internationales);
- la biosécurité en relation avec les organismes génétiquement modifiés (OGM), les Nouveaux Aliments (Novel Food) ;
- l'informatisation et l'actualisation des données sur tous les médicaments à usage humain ayant une AMM (autorisation de mise sur le marché) sur support informatique pour toutes les officines;
- les aliments médicamenteux pour animaux;
- les cosmétiques

1. Médicaments à usage humain

La Commission d'Enregistrement s'est réunie à 6 reprises et a statué sur 705 demandes de mise sur le marché y compris les autorisations qui ont été accordées par l'Agence Européenne des médicaments. Le nombre de demandes d'autorisation pour médicaments génériques a explosé, le brevet de très nombreux médicaments venant à expiration. La commission a aussi émis des avis relatifs aux conditions de vente et de prescription de ces médicaments.

Environ 400 nouveaux dossiers de demandes d'autorisation de mise sur marché suivant la procédure décentralisée, respectivement de reconnaissance mutuelle ont été introduites à la DPM au cours de l'année 2013. S'y ajoutent 85 demandes d'autorisation de mise sur marché selon la procédure nationale.

La publication du nouveau RGD du 14.6.2013 fixant les droits dus pour la mise sur le marché des médicaments implique une augmentation des droits d'enregistrement de 123,95€ à 600€ par forme et par dosage. La somme de 210.071,50€ a pu être perçue au cours de l'année 2013 (170 demandes à 123,95€ et 315 demandes à 600€), par rapport à 64.454 € en 2012 (520 demandes).

Dans le système EuRS (European Review System) environ 375 nouveaux dossiers ont été enregistrés et la totalité de 1.650 dossiers ont été tenus à jour. En plus la DPM a reçu quelques 15.000 CD-ROM/DVD relatifs à des médicaments à usage humain. 58% de ces CD/DVD concernaient des variations selon les procédures centralisées, décentralisées et de reconnaissance mutuelle. Les 42% restants étaient notamment des PSURs, FUMs et réponses.

Le nombre de variations soumises via le système communautaire et qui ont concerné le Luxembourg s'élève en 2013 à environs 4.350 variations, dont 41% de variations type IA, 41% de variations type IB et 18% de variations type II. 5.500 variations concernant des produits enregistrés via la procédure centralisée nous ont été adressées. Les variations nationales ne sont pas reprises dans ces chiffres.

Le contrôle de la taxe annuelle de maintien sur le marché a permis, comme chaque année, d'actualiser la liste des médicaments sur le marché. Le nouveau RGD du 14.6.2013 fixant les droits dus pour la mise sur le marché des médicaments a également permis d'augmenter considérablement la somme perçue. Elle s'élève à un montant total de 638 780€.

Environ 2.300 Notifications de Modification (1.800 par voie postale au porteur et 500 par email) ont été traitées et 503 Autorisations de Mise sur le Marché ont été renouvelées (renouvellements quinquennaux).

La division a fait publier au Mémorial mensuellement les modifications de la liste des médicaments admis à la vente. Ces modifications ont été saisies au sein de la division sur un support informatique en relation avec le Centre Commun de la Sécurité Sociale. Ce fichier des médicaments est ensuite distribué mensuellement (sur support informatique) aux pharmacies, médecins et firmes pharmaceutiques abonnés par l'intermédiaire de la CEFIP.

Un projet de règlement grand-ducal concernant les prescriptions restreintes est en cours de transposition. Un projet de règlement grand-ducal visant la transposition d'une directive en ce qui concerne la prévention de l'introduction dans la chaîne d'approvisionnement légale de médicaments falsifiés est en cours.

2. Pharmacovigilance

Une trentaine de notifications d'effets secondaires apparus sur le territoire luxembourgeois ont été signalées au Centre de Pharmacovigilance de Nancy et l'Agence du Médicament en France avec lesquels la DPM collabore depuis 1995 afin de surveiller les problèmes de pharmacovigilance. Ces notifications sont transmises dans la banque européenne d'effets secondaire « Eudravigilance » ; De plus les notifications rapportées directement aux titulaires d'AMM peuvent être rapportées directement par ces derniers dans la dite banque de données.

Le Centre de Pharmacovigilance de Nancy, auquel le Ministère de la Santé est lié par un contrat, sert également de base d'information à la DPM et aux médecins et pharmaciens pour des problèmes précis liés à une classe thérapeutique ou un médicament donné.

3. Substitution

La Direction de la santé, Division de la Pharmacie et des Médicaments, a commencé à établir sur base de la classification scientifique internationale dénommée «Anatomical therapeutical chemical classification» de l'Organisation mondiale de la santé des listes de groupes de médicaments, appelés groupes génériques, comportant un même principe actif principal qui n'est pas ou n'est plus protégé par un brevet dans le pays de provenance du médicament. Sur cette liste la Direction de la Santé distingue les médicaments pour lesquels il peut y avoir substitution par un autre médicament du même groupe.

4. Médicaments vétérinaires

Préparation des dossiers et évaluation (en commission d'experts) des demandes d'autorisation de mise sur le marché (AMM) de médicaments. 54 nouvelles autorisations ont été accordées. Parallèlement 6 médicaments ont été enregistrés au niveau européen (3/3).

Suivi des dossiers d'enregistrement en ce qui concerne les variations entraînant une modification au niveau du résumé des caractéristiques du produit.

Traitement de quelques cas de pharmacovigilance en collaboration avec l'agence du médicament belge afin de pouvoir accéder à la base de données internationale.

Accord de renouvellements d'AMM avec référence au pays d'origine.

Contrôle de la taxe de maintien sur le marché des médicaments vétérinaires.

Coordination avec l'administration des services vétérinaires en ce qui concerne l'utilisation de notre base de données afin d'assurer un meilleur suivi de l'utilisation des médicaments vétérinaires dans les élevages de porcs et de volailles, notamment.

Une surveillance accrue du marché des antibiotiques utilisés en médecine vétérinaire a été instaurée.

5. Contrôle des stupéfiants, psychotropes, précurseur de drogues et assimilés

En matière de précurseurs, la division a collaboré avec la Douane pour s'assurer que les documents d'import/export sont en règle surtout pour les destinations sensibles.

En matière de stupéfiants et de psychotropes, 31 autorisations d'import ont été émises pour des produits en provenance de l'Allemagne, 15 pour des produits en provenance de la France et 1 pour des produits en provenance de la Suisse, ainsi que des centaines de la Belgique dans le cadre d'un accord bilatéral.

6. Conditions d'autorisation d'exercer la profession de pharmacien (Loi du 31 juillet 1991)

- Les demandes concernant l'autorisation d'exercer la profession de pharmacien par les détenteurs d'un diplôme de pharmacien acquis dans un des Etats-membres ont été avisées selon la loi précitée. 25 demandes ont fait l'objet d'un examen et avis.
- Les demandes concernant l'homologation des diplômes de pharmacien acquis d'un Etat non membre de l'Union européenne sont examinées selon les dispositions de la législation relative à l'homologation des titres et grades étrangers. 4 demandes ont été avisées.

7. Pesticides à usage agricole

Un agent de la Division a participé à 2 réunions de la Commission d'agrément pour les pesticides à usage agricole afin de proposer le classement toxicologique des produits à l'ordre du jour.

8. Vaccins et autres médicaments

La division se charge des commandes des médecins, de l'achat et des factures relatifs aux vaccins qui sont gratuitement mis à disposition des médecins et de certaines organisations (p.ex. Protection Civile)

La DPM s'occupe de la gestion des trousseaux d'urgence qui contiennent des antidotes et des médicaments vitaux nécessaires en cas d'intoxication accidentelle ou volontaire. Elle gère aussi la réserve nationale qui contient p.ex. des médicaments à utiliser en cas de catastrophe nationale, de pandémie.

9. Inspections et Alertes

Suite aux réunions mensuelles du Comité des médicaments à usage humain à l'Agence des médicaments à Londres, des lettres aux prescripteurs, arrêtées ensemble avec le titulaire d'AMM, et / ou des communiqués de presse et/ou des documents Questions/Réponses sont envoyés régulièrement aux corps médical et pharmaceutique.

La DPM a reçu de nombreuses alertes rapides via e-mail et via fax. Le cas échéant, ces alertes ont été transmises aux acteurs concernés et/ou été publiées sur le site internet du Ministère de la santé.

Des inspections avec pour objet le fonctionnement des pharmacies ont été effectuées sur base d'informations reçues par des consommateurs.

Dans le cadre de la sécurité alimentaire (résidus de médicaments dans des denrées alimentaires), il a été procédé à l'inspection de pharmacies, de producteurs d'aliments médicamenteux, de grossiste de médicaments. Suite à la nouvelle législation concernant la distribution de médicaments au niveau grossiste et transporteur plusieurs réunions ont été organisées avec des acteurs du secteur.

10. Avis – questions parlementaires – demandes de renseignements

La DPM a préparé la réponse à de nombreuses questions parlementaires et a formulé maintes réponses à des particuliers suite à des demandes de renseignements.

Citons encore les avis sur des demandes de création de sociétés (Classes Moyennes), les nombreux avis au téléphone, par fax et e-mail, les rendez-vous pour des firmes nationales et étrangères, bureaux d'études, bureaux d'avocats et les questionnaires de toutes sortes.

11. Réunions des commissions nationales auxquelles notre division a contribué

Différents fonctionnaires de la division ont notamment participé :

- aux réunions du Conseil Supérieur d'Hygiène et du Conseil scientifique ;
- aux réunions mensuelles de la Commission d'Enregistrement des médicaments humains ;
- aux réunions de la Commission d'Enregistrement des médicaments vétérinaires ;
- à des réunions organisées par la CNS, le Contrôle médical, et notamment aux réunions mensuelles sur le fichier informatique commun et aux réunions de concertation sur les sujets à aborder en commun ;
- aux réunions du Comité Interministériel de Drogues ;
- aux réunions de la Commission de Surveillance de la Toxicomanie ;
- aux réunions du groupe de travail en vue de la réforme santé ;
- aux réunions du Fonds de Lutte contre le trafic des stupéfiants;
- Participation au 7ème rencontre des Bonnes Pratiques - Le circuit du médicament et des bonnes pratiques organisée par la Croix-Rouge.
- Commission d'homologation des diplômes étrangers en pharmacie

12. Domaine international

Les quatre pharmaciens et un ingénieur de la division ont participé ou ont suivi par téléconférence et emails à de nombreuses réunions à l'étranger organisées par des organismes internationaux dont entre autres :

- Groupe de travail au Conseil relatif aux essais cliniques de médicaments à usage humain, et abrogeant la directive 2001/20/CE
- CHMP (Comité des Médicaments à usage humain, organe scientifique de l'EMA à Londres) ;
- CMDh (comité pour la coordination des procédures de reconnaissance mutuelle ou décentralisée) (EMA Londres);
- CVMP (Comité des médicaments à usage vétérinaire), EMA Londres;
- HMPC (Comité des Médicaments à base de Plantes) à Londres ;
- T.I.G. Telematic Implementation Group à Londres (plusieurs groupes) ;
- Commission Européenne, Comité Pharmaceutique (Bruxelles);
- Conseil CE (Bruxelles) : réunions relatives à la révision de la législation pharmaceutique (notamment redevances pharmacovigilance ou essais cliniques de médicaments)
- Nations Unies, Organe de Contrôle des Stupéfiants (Vienne);
- Réunions des représentants des autorités compétentes de la directive 2001/18/CE (Bruxelles).
- Réunions des représentants des autorités compétentes Règlement (CE) n° 258/97 du Parlement européen et du Conseil du 27 janvier 1997 relatif aux nouveaux aliments et aux nouveaux ingrédients alimentaires (Bruxelles).
- Réunions à la Commission Européenne pour les cosmétiques ;
- Réunions au Conseil de l'Europe (Strasbourg) (divers groupes cosmétiques, questions pharmaceutiques) ;
- Réunions du groupe d'experts des biocides à la Commission Européenne à Bruxelles,

Au suivi d'autres réunions au niveau européen (EMA), comme le comité des médicaments orphelins (COMP), celui des médicaments pédiatriques (PDCO), et celui des thérapies avancées (CAT) où la

DPM est représentée par un expert externe.

12.1. Essais cliniques

Plusieurs demandes et amendements pour essais cliniques à effectuer sur le territoire luxembourgeois ont été avisés par la division sur base de l'avis d'un expert externe.

12.2. Dispositifs médicaux incorporant une substance médicamenteuse

Plusieurs demandes d'agrément ont été introduites auprès du Ministère de la Santé.

13. Loi modifiée du 13 janvier 1997 relative au contrôle de l'utilisation et de la dissémination des organismes génétiquement modifiés (telle qu'elle a été modifiée)

- Deux demandes globales comprenant deux projets de recherche ont été avisées dans le cadre de la procédure d'autorisation d'utilisations confinées d'organismes génétiquement modifiés (OGM).
- Une demande relative à une extension des activités d'utilisations confinées a été avisée.

14. Cosmétiques

Seuls les produits cosmétiques non nuisibles à la santé humaine, peuvent être mis sur le marché.

14.1. Législation communautaire applicable aux produits cosmétiques mis sur le marché

jusqu'au 10 juillet 2013:

"Directive du Conseil du 27 juillet 1976 concernant le rapprochement des législations des Etats membres relatives aux produits cosmétiques" 76/768/CEE et ses modifications, transposées par le "règlement grand-ducal du 30 juillet 1994 relatif aux produits cosmétiques" et ses modifications,

depuis le 11 juillet 2013:

"Règlement (CE) n°1223/2009 du Parlement Européen et du Conseil du 30 novembre 2009 relatif aux produits cosmétiques" établissant "des règles auxquelles doit satisfaire tout produit cosmétique mis à disposition sur le marché, afin de garantir le fonctionnement du marché intérieur et d'assurer un niveau élevé de protection de la santé humaine."

14.2. Législation nationale

"Règlement grand-ducal du 18 juillet 2013 relatif aux produits cosmétiques" abrogeant le "règlement grand-ducal du 30 juillet 1994 relatif aux produits cosmétiques".

Au cours de l'année 2013, la division de la pharmacie et des médicaments a traité une centaine d'alertes diffusées via le système européen d'alerte rapide RAPEX et concernant des produits cosmétiques présentant un risque pour la santé du consommateur.

71 notifications de produits cosmétiques avec le Luxembourg comme pays de 1ère mise sur le marché communautaire, ont été réalisées moyennant le nouveau outil de communication centralisée mis en ligne par la Commission européenne et destinée à une notification harmonisée, le portail créé par le règlement CE n°1223/2009 "Cosmetic Products Notification Portal - CPNP". Les produits cosmétiques offerts au Luxembourg devant respecter en plus le règlement national exigeant en particulier l'étiquetage libellé au moins en français, allemand ou luxembourgeois, plusieurs "personnes responsables" ont été mis en garde sur leur mauvais étiquetage dû à l'absence d'une des 3 langues.

La division a répondu à de nombreuses demandes concernant surtout la mise sur le marché.

Des produits cosmétiques non conformes aux dispositions légales ont pu être retirés du commerce et bloquée en douane.

Aucune plainte relative à des problèmes de santé apparus suite à l'utilisation d'un produit cosmétique n'a été déposée.

En concertation avec le ministère de l'Economie, les activités de surveillance du marché des encres de tatouage ont été reprises par l'ILNAS.

15. Biocides

En septembre 2013, le domaine des biocides a été transféré à l'Administration de l'Environnement.

16. Contrôle de colis à l'importation (en provenance de pays non membres de l'U.E.) sur information des Douanes

Collaboration avec les centres douaniers en ce qui concerne le contrôle à l'importation de médicaments autorisés ou non, non-déclarés comme tels et/ou falsifiés. Des visites régulières sont effectuées afin de donner les informations nécessaires aux douaniers.

Dans ce cadre environ 329 lettres expliquant les dispositions légales et les risques encourus par le consommateur ont été envoyées.

L'importation de ces médicaments étant illégale et leur consommation pouvant être dangereuse, la très grande majorité des destinataires de ces produits donnent leur accord (le plus souvent tacite) à leur destruction.

Collaboration avec le laboratoire d'analyse des médicaments en vue de déterminer et/ou de confirmer l'identité des substances importées ainsi que leur dosage.

Coordination avec le service de la sécurité alimentaire en ce qui concerne la classification de certaines substances (médicament/ complément alimentaire). Des réunions sont organisées régulièrement à ce sujet.

17. Concessions de pharmacie (Loi du 4 juillet 1973)

Loi du 4 juillet 1973 concernant le régime de la pharmacie.

Le régime de la pharmacie est basé sur le mode de concession. Le RGD modifié du 27 mai 1997 relative à l'octroi des concessions de pharmacie a pour objet de déterminer le candidat le mieux classé en fonction des critères établis. 2 concessions de pharmacie ont été déclarées vacantes et traitées selon les dispositions en vigueur.

18. Analyses

Près d'une centaine d'analyses ont été effectuées par le LNS en 2011, dont notamment des analyses de substances chimiques à effet thérapeutique et de nombreuses analyses de préparations magistrales : Sirop de méthadone, gélules de méthadone, sirop de morphine, gouttes nasales de cocaïne.

2 analyses ont été faites sur des produits cosmétiques, plus de 40 d'analyses ont été faites sur des médicaments de colis en provenance de pays tiers dont les destinataires étaient des résidents luxembourgeois.

Toutes ces analyses ont été effectuées par le LNS, avec lequel la DPM entretient une bonne collaboration.

De plus des études de surveillance du marché concernant les antidotes et la réserve nationale de médicaments / antidotes ont été effectuées à notre demande par le LNS.

19. Loi du 15 mars ayant pour objet d'assurer la protection de la vie et le bien-être des animaux

Six demandes relatives à l'expérimentation animale dans le cadre de la recherche scientifique ont été avisées.

20. Surveillance et bon usage du médicament

Dans le cadre du plan d'action visant à combattre les menaces croissantes de résistance aux antimicrobiens, présenté par la Commission en 2011, et qui recense 7 objectifs prioritaires, dont l'un constitue "améliorer le suivi et la surveillance en médecine humaine et en médecine vétérinaire":

- Participation à ESAC-Net (European Surveillance of Antimicrobial Consumption), en fournissant les données relatives à consommation des médicaments antibiotiques en milieu ambulatoire et hospitalier. Ces données sont analysées dans un contexte de santé publique et servent aux analyses comparatives effectuées par ECDC (European Center for Disease Control)
- Participation des travaux de ESVAC (European Surveillance of Veterinary Antimicrobial Consumption) institué auprès de l'EMA (European Medicine Agency).
- Dans le cadre d'un bon usage des médicaments au niveau de la population:
- Surveillance de la consommation des médicaments psychotropes Au niveau de la population et établissement des statistiques de consommation pour l'Office International du Contrôle des Stupéfiants (OICS).

21. Liste substances dopantes

Une liste de médicaments enregistrés au Luxembourg et contenant des substances dopantes a été élaborée et mise à jour pour l'agence luxembourgeoise anti-dopage.

08. La Division de la Radioprotection

Missions

La Division de la Radioprotection (DRP) a pour mission principale de réduire voire d'empêcher l'exposition aux rayonnements ionisants pouvant engendrer des risques pour la santé. A cette fin, elle dispose de compétences techniques, scientifiques et réglementaires pour notamment :

- instruire l'utilisation et l'exploitation des appareils émetteurs de rayonnements ionisants (p.ex. : autorisation et inspection),
- promouvoir le guide du bon usage des rayonnements ionisants en médecine
- inciter et recommander des optimisations (p.ex. : audit),
- donner des conseils en matière de radioprotection, (p.ex Radon dans les habitations)
- informer des personnes concernées (p.ex. : formations), et
- assister dans la préparation à des situations d'urgence.

La connaissance de l'exposition de la population aux rayonnements ionisants et une appréciation des risques liés à une exposition potentielle sont des éléments indispensables pour accomplir ces missions. Différents types de mesure des rayonnements ionisants sont réalisées :

- la mesure de l'exposition des patients en médecine,
- la mesure de l'exposition aux rayonnements ionisants sur le lieu de travail,
- la mesure de la radioactivité dans la chaîne alimentaire et dans l'environnement.

En outre la DRP, en collaboration avec d'autres institutions, remplit des missions, au niveau national et international, dans le domaine de la sûreté nucléaire.

Les missions sont définies principalement par deux règlements, à savoir un règlement concernant l'exposition à des fins médicales, et un deuxième qui traite l'exposition de la population et des travailleurs contre les dangers des rayonnements ionisants. Ces deux règlements se basent sur deux directives européennes.

Des informations supplémentaires sur les activités de la DRP sont accessibles sur notre site Internet <http://www.radioprotection.lu>.

1. Activités liées à l'accident nucléaire de Fukushima

L'accident nucléaire de Fukushima, le 11 mars 2011, était très médiatisé et a eu un profond impact dans les sociétés envers la sûreté nucléaire. Même si cet accident s'est produit à l'autre bout du monde, il est sans discussion qu'il a fortement sollicité la DRP sur plusieurs plans et impactera son travail pendant au moins plusieurs années. En 2013, les activités post-Fukushima suivantes ont le plus marqué la division :

1.1. L'exercice « 3en1 » : Phase 3 - gestion de la situation post-accidentelle

Du 25 au 28 juin 2013, la Lorraine, le Grand-Duché de Luxembourg, la Sarre, la Rhénanie-Palatinat, et la Belgique ont participé à la troisième et dernière phase de la série d'exercices nucléaires « 3 en 1 », organisés au niveau de la Grande Région. Cette phase était orientée sur la gestion de la situation du post-accidentel, qui n'a jusqu'à présent jamais été exercée au Luxembourg.

Le programme retenu sur 3 jours, de façon plus ou moins concertée avec les acteurs transfrontaliers, se composait d'une partie exercice d'état major et de différents ateliers thématiques. La participation luxembourgeoise se concentrait sur les éléments suivants :

- transition de la situation d'urgence vers la situation post-accidentelle,
- échange d'informations et de données de mesures entre les centres de crise,

- gestion de l'eau dans les territoires contaminés,
- mesures radiologiques et l'échantillonnage sur le terrain,
- consolidation des mesures de restrictions sanitaires,
- contrôle et protection des produits agricoles et du bétail et
- gestion des déchets contaminés.

Le but des ateliers thématiques, consistait à identifier les problèmes liés à la contamination radioactive des différents milieux et de discuter des mesures et contremesures, afin de trouver des solutions praticables pour remédier à la problématique. La collaboration nationale entre les différents acteurs a très bien fonctionné et s'est traduit par des discussions très fructueuses. Par contre le retour d'expérience et les leçons tirées de l'exercice « 3 en 1 » au niveau de la Grande Région montrent clairement qu'il reste encore un bon bout de chemin à faire, pour que les 4 centres de crise dans les 3 pays limitrophes arrivent à gérer une telle situation de façon harmonisée et coordonnée. Ceci est d'autant plus déplorable comme il s'agissait d'un but primaire de l'exercice.

1.2. Révision du plan Cattenom

Sous la coordination du Haut-Commissariat à la Protection nationale (HCPN), les travaux sur la révision du plan particulier d'intervention en cas d'accident à la centrale nucléaire de Cattenom se sont poursuivis. La DRP y est impliquée, notamment en raison de sa compétence scientifique, technique et réglementaire en la matière. L'année 2013 était ainsi marquée par la finalisation du projet du nouveau plan en y intégrant le retour d'expérience des récents exercices.

La DRP a également participé à l'élaboration de plusieurs plans opérationnels et a assuré le pilotage dans la rédaction des 4 plans opérationnels suivants :

- plan opérationnel de la cellule d'évaluation radiologique (CER) ;
- plan opérationnel du Ministère de la Santé et de la Direction de la Santé ;
- plan opérationnel : Évaluation radiologique, zonages ;
- plan opérationnel : Mesures de protection individuelle.

Le projet se limite actuellement à la phase d'urgence. Or, la phase de transition et la phase post-accidentelle à long terme, qui doivent permettre le retour vers une vie dans une zone affectée, sont indissolublement associées aux décisions prises lors de l'urgence. Développer un plan post-accidentel est donc un projet qui doit être entamé dès approbation du plan d'intervention d'urgence en cas d'accident nucléaire.

1.3. Harmonisation en matière de l'urgence nucléaire

L'accident de Fukushima n'a pas seulement relevé des faiblesses imminentes quant à la prévention d'un accident nucléaire, mais également en ce qui concerne la réaction internationale face à un tel accident. C'est une des raisons principales qui ont amené l'association des responsables des autorités européennes compétentes en radioprotection (HERCA) à créer en juin 2011 un groupe de travail pour élaborer des solutions opérationnelles et praticables qui permettent une approche uniforme en cas d'une situation d'urgence radiologique. En juin 2013, le groupe, qui est présidé par un agent de la DRP, a finalisé et publié un rapport qui contient des propositions pragmatiques pour harmoniser la réponse européenne face à un accident nucléaire dans un pays lointain (à télécharger en anglais sur www.herca.org). Désormais, le travail se concentre sur les mécanismes d'amélioration de la coordination en cas d'un accident en Europe. Actuellement, le groupe évalue avec plus de détail toutes les conclusions et prépare les moyens d'implémentation concrète de l'approche. Le but est en effet de s'aligner pendant une urgence dans les actions de protection des population au-delà des frontières nationales.

En outre, la DRP a activement participé à une étude réalisée par la Commission Européenne sur les dispositions existantes de préparation à une urgence nucléaire dans les pays membres.

1.4. Sûreté nucléaire

S'inscrivant dans les démarches post-Fukushima, la Commission Européenne a publié un nouveau projet de directive relative à la sûreté nucléaire amendant la directive 2009/71/Euratom. La proposition est négociée depuis l'été 2013 au groupe des questions atomiques et contient plusieurs éléments intéressants qui reflètent des positions luxembourgeoises dans ce domaine. Il s'agit notamment de nouveaux objectifs en matière de sûreté, de l'institutionnalisation des vérifications de sûreté du type « stress test » et du renforcement des moyens de prévention d'accident, respectivement de l'atténuation de ses conséquences.

Au niveau mondial, un agent de la DRP a présidé en 2013 le groupe de travail sur l'efficacité et la transparence dans le cadre de la Convention sur la Sûreté Nucléaire (CNS) à Vienne. Le groupe de travail était chargé de rapporter, à la prochaine réunion d'examen, sur une liste de mesures destinées à renforcer la CNS et sur des éventuelles propositions d'amendement de la Convention. Ainsi, 68 mesures individuelles ont été examinées au cours des réunions. Ce sera désormais aux parties contractantes de décider sur les mesures lors de la 6^{ième} réunion d'examen en mars 2014.

1.5. Blocage thyroïdien par iode stable

Les deux dernières années, la DRP a mis l'accent sur l'information du public au sujet de la protection de la population en cas d'accident nucléaire. Toute notre documentation, pour adultes et enfants, est disponible sur notre site Internet (<http://www.ms.public.lu/fr/activites/radioprotection/protect-popul-nucleaire/index.html>) et (<http://www.ms.public.lu/fr/activites/radioprotection/protect-popul-nucleaire/Documentation-pour-les-ecoles/index.html>).

Concernant la distribution des comprimés d'iode aux nouveaux nés, un nouveau système d'emballage a été élaboré, en tenant compte des recommandations des maternités. Ce système sera plus compact au niveau stockage, contient plus d'informations sur l'utilisation et réduira ainsi le risque d'une absorption accidentelle.

2. Surveillance des travailleurs exposés aux rayonnements ionisants

2.1. Surveillance individuelle des travailleurs exposés aux rayonnements ionisants en 2013

2.1.1. Dosimétrie

En 2013 aucun dépassement de la limite de dose annuelle pour les travailleurs exposés professionnellement n'a été constaté. Des instructions de gestion des dosimètres ont été envoyées aux services surveillés afin de faciliter l'instruction des travailleurs concernant le port et le stockage correct des dosimètres.

Les résultats de l'exercice d'intercomparaison EURADOS 2012 ont été communiqués en 2013, et montrent une bonne correspondance aux limites fixées par les normes internationales en vigueur.

Plusieurs réunions avec les médecins du travail de la FHL et la division de santé au travail de la Direction de la santé, afin d'améliorer la collaboration entre des différents acteurs ont eu lieu.

2.1.2. Surveillance du personnel des services de médecine nucléaire (MNUC)

En 2013, 38 échantillons d'urine du personnel de médecine nucléaire (MNUC) ont été analysés au laboratoire de Radiophysique de la DRP dans le cadre de la surveillance de l'incorporation de substances radioactives. Une réunion bilan annuelle est organisée avec la Médecine du Travail et les responsables des services de MNUC. Une baisse du nombre des contrôles est observée pouvant s'expliquer par une résonance positive de ce programme et la quasi-absence de contaminations.

2.1.3. Formations

La DRP a continué à offrir une formation adaptée aux responsables des établissements comportant un risque radiologique faible. En 2013, cette formation a été organisée conjointement avec la Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois (FHL) et s'adressait aux responsables du contrôle physique, aux médecins du travail agréés en matière de radioprotection et aux chefs des services utilisant des sources de rayonnements ionisants.

2.2. Surveillance des sources radioactives et d'appareils émetteurs de rayonnements ionisants

Comme chaque année, la DRP a effectué des inspections dans les établissements du secteur industriel qui détiennent des appareils émetteurs de rayonnements ionisants sur le territoire luxembourgeois. En 2013, les inspections dans les établissements de classe II ont été complétées, outre la vérification physique des équipements, par des révisions thématiques sur le respect de certaines dispositions prévues par le règlement grand-ducal.

Concernant les équipements utilisés dans les industries, la DRP a pu remarquer une tendance vers des appareils générateurs de rayons X et des générateurs de neutrons. Ces équipements sont plus favorables du point de vue sûreté que des sources radioactives classiques, mais requièrent souvent des examens de dossiers plus importants, comme ce sont des équipements fortement spécialisés. Ainsi les traitements des dossiers de demande d'autorisation requièrent de plus en plus d'expertise de la DRP.

2.3. Incidents

Au cours de l'année 2013, la DRP est intervenue sur 10 incidents impliquant des substances radioactives sur le territoire national. Six, des incidents concernaient des centres de recyclages, où les portiques de contrôle avaient déclenché une alarme à la radioactivité et une intervention a eu lieu dans l'industrie. Trois interventions suivaient une demande d'assistance de la Police Grand-Ducale, afin de sécuriser des substances suspectes découvertes au cours d'une intervention de leur part. Aucun de ces événements n'avait un impact sanitaire pour la population ou des travailleurs concernés.

En 2011, un incident avec une source radioactive de Am-241 a conduit à la production de scories contaminées. Cette contamination étant très difficile à quantifier, des analyses complexes ont été réalisées afin de pouvoir démontrer, par expertise et contre-expertise, que la contamination était très faible. Située en-dessous des valeurs seuils, une libération conditionnelle des scories a pu être réalisée par une firme spécialisée en 2013, accompagné par des contrôles de la DRP.

3. Mesures de la radioactivité dans l'environnement et dans la chaîne alimentaire

Conformément aux articles 35 et 36 du Traité EURATOM, des mesures de la radioactivité dans la chaîne alimentaire et dans l'environnement sont faites par un réseau de stations et par le laboratoire de radiophysique. En 2013 aucun événement significatif pour la santé de la population n'a été enregistré.

Dans le cadre de l'accord franco-luxembourgeois concernant l'échange mutuel d'informations en cas d'urgence nucléaire, la DRP a mis en service la transmission automatique des résultats de mesures émanant du réseau luxembourgeois vers l'Institut de Radioprotection et de Sûreté Nucléaire (IRSN). Cette mise à disposition a comme but de permettre, en cas d'événement majeur à la centrale de Cattenom, d'étendre le constat radiologique dressé par les autorités françaises au territoire luxembourgeois, en vue de disposer rapidement de cartes harmonisées et cohérentes des territoires touchés par les dépôts radiologiques. L'utilisation de cartes communes et d'informations harmonisées facilitera la coopération entre centres de crise et la communication avec les populations dans la région.

3.1. Le laboratoire de radiophysique

Le laboratoire de la DRP contrôle les activités d'échantillons issus de la chaîne alimentaire et de l'environnement. Les résultats de la surveillance du réseau automatique ainsi que les échantillonnages dans divers milieux biologiques et dans la chaîne alimentaire n'ont pas révélé d'augmentation significative de la radioactivité artificielle résiduelle. Dans l'ensemble, l'exposition de la population luxembourgeoise demeure très faible.

Les rapports des résultats de mesures sont disponibles sur le site Internet de la DRP : <http://www.radioprotection.lu> dans la sous rubrique « Surveillance de l'environnement et des denrées alimentaires ».

Dans le cadre de son accréditation ISO 17025, le laboratoire a passé en avril 2013 son troisième audit de suivi OLAS. En prévision de l'accréditation d'autres techniques de mesures, le laboratoire tient à maintenir ses contacts avec les laboratoires des pays voisins (Allemagne, France et Belgique). De nombreux échanges ont eu lieu en 2013 entre le SCK de Mol et l'IRE de Fleurus. De même, l'audit interne du laboratoire a été réalisé par deux auditeurs de l'IRE.

Au début d'année 2013, le laboratoire a informé ses clients que le personnel avait été transféré au nouveau Laboratoire National de la Santé et se nomme désormais « Service d'Analyses radiologiques ».

4. Coopérations et obligations internationales

4.1. Réunions internationales

Dans le cadre du Traité Euratom, la DRP s'est impliqué activement à plusieurs réunions, dont les plus importantes étaient :

Réunion Art. 35 & 36 (Surveillance de la radioactivité dans l'environnement)

Les discussions se tournaient autour de la mise en œuvre de la recommandation Euratom sur l'estimation de l'exposition des populations à partir des résultats de mesures dans l'environnement.

EURDEP, (Transmission automatique des données des réseaux de mesures et d'alerte européens à la Commission et la mise à disposition de ces informations au grand public)

A l'ordre du jour étaient la fiabilité et la robustesse de la plateforme informatique, qui était compromise lors de l'accident de Fukushima, suite à une forte sollicitation par le public. Un autre point focal était l'extension de la transmission automatique des mesures en laboratoire vers cette plateforme.

Réunion d'experts sur les mesures de protection contre les accidents graves de réacteurs

Cette réunion avait pour objectif d'aider les Etats membres à se doter des moyens adéquats pour protéger le public en cas d'accident grave dans une centrale nucléaire en s'appuyant sur les outils élaborés par l'AIEA. Ces outils ont partiellement été déclinés dans les procédures opérationnelles du plan Cattenom.

Réunion d'experts consacrée à l'Assistance (RANET-USIE) en cas d'accident nucléaire ou radiologique. La réunion avait pour objet de dispenser aux participants une formation sur les types et moyens de communication en cas d'incident ou d'urgence avec les organismes internationaux.

IAEA - Réunion thématique sur la conduite des opérations sur les lieux, d'actes malicieux impliquant des matières radioactives ou nucléaires (RN). Une opération sur le lieu d'un acte malicieux, rassemble une multitude d'acteurs de différentes professions avec différentes missions. Cette coopération sur les lieux nécessite une approche commune, afin de protéger les différents intervenants des dangers liés aux rayonnements ionisants. Dans ce but, l'AIEA avait réuni un cadre multidisciplinaire de participants, afin d'échanger les approches des différents acteurs dans leur intervention. Cet échange de connaissances et de bonnes pratiques en cas d'actes malicieux était très utile et nécessaire pour la mise à jour de nos procédures du plan d'action national CBRNe. Finalement, l'AIEA a proposé une série de procédures standardisées sur la conduite des opérations dans

ces cas et recommande de renforcer la coopération et l'assistance entre Etats membres.

4.2. Urgence nucléaire

4.2.1. Exercices internationaux

A côté de l'exercice « 3en1 » (voir plus haut), la DRP a participé à un deuxième exercice de grande envergure fût organisé par le Royaume du Maroc et l'AIEA en novembre 2013, dans le cadre des Conventions sur la Notification rapide et de l'Assistance. Cet exercice d'État-major concernait la préparation et la réponse à des actes de malveillance contre des centres touristiques. Un exercice qui a bien montré la nécessité d'une formation continue du groupe de protection radiologique et de la mise en place de procédures opérationnelles dans ce domaine spécifique.

4.2.2. COMITE DIRECTEUR Post Accidentel (CODIR-PA)

En 2013 deux réunions du CODIR-PA ont eu lieu, afin de cadrer les éléments de doctrine pour d'autres situations d'accident, notamment celles conduisant à des rejets de plus grande ampleur et sur une plus longue durée (de plus de 24h, voire de plusieurs semaines) de substances radioactives dans l'atmosphère. Pour répondre à cet objectif, le programme du CODIR-PA 2013-2018 prévoit la mise en place d'un groupe de travail « doctrine post-accidentelle et rejet de longue durée ».

Le retour d'expérience de l'exercice « 3en1 » a été discuté très attentivement au CODIR-PA et a influencé la décision de prendre en compte dans le futur travail d'autres situations d'accident.

4.3. Directives européennes

À part de la directive sur la sûreté nucléaire, la DRP était impliquée dans la négociation au groupe des questions atomiques et la transposition des directives européennes suivantes :

- Transposition par règlement le 30 juillet 2013 de la directive 2011/70/EURATOM du Conseil sur la gestion du combustible usé et des déchets radioactifs.
- Directive 2013/59/EURATOM du conseil du 5 décembre 2013 fixant les normes de base relatives à la protection sanitaire contre les dangers résultant de l'exposition aux rayonnements ionisants. La directive adresse avec ses 109 articles tous les domaines de radioprotection ce qui explique le délais de transposition de 4 ans.
- Directive 2013/51/EURATOM du Conseil du 22 octobre 2013 fixant des exigences pour la protection de la santé de la population en ce qui concerne les substances radioactives dans les eaux destinées à la consommation humaine.

4.4. Commission belgo-luxembourgeoise

La mise en place de cette commission émane d'un accord signé le 14 mai 2013 entre le Ministre belge de l'Intérieur et le Ministre luxembourgeois de la Santé, portant sur l'organisation de la coopération bilatérale en matière de sûreté nucléaire et de radioprotection. La première réunion de la Commission belgo-luxembourgeoise de Sûreté Nucléaire et de Radioprotection a eu lieu le 19 décembre 2013 à Bruxelles.

4.5. Conventions

4.5.1. Convention sur la Sûreté Nucléaire (CNS)

Le 13 août 2013, la DRP a soumis le 6^{ième} rapport national sur l'implémentation des dispositions de la CNS. Le rapport, en langue anglaise, est désormais soumis à la revue par les autres parties contractantes de la CNS. Les résultats de cette l'évaluation seront disponibles après la réunion du 24 mars au 4 avril 2014 à Vienne.

4.5.2. Echelle INES

La DRP a représenté le Luxembourg à la réunion des officiers de liaison INES (International Nuclear Event Scale), afin de discuter la nécessité d'adapter l'échelle INES suite aux événements de l'accident nucléaire à Fukushima. Les discussions concernaient notamment une revue, menée par l'AIEA, concernant les référentiels et documentations techniques sur la préparation et la gestion d'accidents nucléaires. Ces révisions adressent surtout la préparation et la gestion d'accidents nucléaires dans les pays non nucléaires.

4.5.3. Réunion d'experts consacrée à l'amélioration de la transparence et de l'efficacité de la communication en cas d'urgence nucléaire ou radiologique

Dans le cadre de la mise en œuvre du Plan d'action sur la sûreté nucléaire, l'AIEA a réuni au cours du mois de juin, des experts pour s'échanger sur la manière par laquelle les autorités compétentes peuvent fournir, en cas d'urgence nucléaire, des informations facilement compréhensibles aux populations et d'en identifier les bonnes pratiques. Le plan Cattenom et les procédures annexes ont pleinement profité du retour d'expérience de cette réunion.

4.6. Plan d'action CBRNE de l'UE

La DRP a transmis la coordination nationale du plan d'action européen CBRNE au HCPN. Le HCPN est administrativement mieux positionné pour assumer cette coordination dans la lutte contre le terrorisme CBRNE. La DRP gardera ses compétences dans le domaine du radioactif et nucléaire (RN), telles qu'elles ont été définies par le législateur.

4.7. Bure

Le projet français de réalisation d'un site de stockage définitif pour déchets radioactifs à Bure (CIGEO) est depuis des années activement observé par la DRP dans le souci d'assurer la sûreté de la population luxembourgeoise. Avant la demande de construction et d'exploitation, un débat public sur le centre de stockage a été réalisé en France en 2013. Dans ce contexte, une étude a été confiée au Öko-Institut de Darmstadt par le Luxembourg, la Sarre et la Rhénanie-Palatinat. La DRP a accompagné le débat public et analysé l'étude du Öko-Institut, ce qui a conduit à une prise de position des trois pays sous forme d'un cahier d'acteurs, qui a été soumis à la Commission particulière du débat public CIGEO.

5. Protection sanitaire des personnes contre les dangers des rayonnements ionisants lors d'expositions à des fins médicales

5.1. Elaboration d'un plan d'action pluriannuel en imagerie médicale

L'utilisation de l'imagerie médicale mettant en œuvre des rayonnements ionisants (examens au CT, médecine nucléaire, PET scan) et non ionisants (IRM) prend de plus en plus d'ampleur. Les statistiques dans ce domaine (voir Carte sanitaire 2012, Fascicule 3 : activités médico-techniques) montrent que le nombre d'examen radiologiques à dose élevée, et en conséquence l'exposition de la population aux risques radiologiques, a augmenté ces dernières années.

En radiologie pédiatrique un enfant sur 40 subit en moyenne un examen scanner CT par an au Luxembourg (voir rapport d'activités 2012). Le risque de cancer radio-induit est 3 fois plus élevé chez les enfants et adolescents comparés aux adultes. Source : UNSCEAR 2013 Report, Volume 2 : Scientific Annex B : Effects of radiation exposure of children.

Sur base de ces données et études réalisées, la DRP a élaboré en 2013 un plan d'action pluriannuel dans le domaine de l'imagerie médicale conformément à l'approche du « triple A » proposée par l'AIEA (Agence Internationale de l'Energie Atomique). Il est prévu de mettre en œuvre ce programme en collaboration avec les partenaires des pays limitrophes (essentiellement les autorités compétentes de la Belgique) et des partenaires nationaux (autres divisions de la Direction de la Santé, Fédération

des Hôpitaux du Luxembourg, Conseil Scientifique National, sociétés des spécialités médicales) :

- **Awareness (sensibilisation)** : renforcement de l'éducation et de la formation de tous les acteurs concernés (patients, médecins-prescripteurs, médecins-radiologues). Deux campagnes de sensibilisation ont été préparées par la DRP en 2013 pour être réalisées à partir de 2014.
 - Afin de sensibiliser les acteurs à cette problématique, nous envisageons de lancer dans les prochains mois une campagne de sensibilisation destinée à rappeler aux professionnels et aux patients les risques encourus lors de l'exposition à des rayonnements ionisants. Cette campagne sera à l'image de la campagne sur la radioprotection du Service Public Fédéral Belge Santé Publique « Pas de rayons sans raison » (www.pasderayonssansraisons.be), qui sera mise à notre disposition.
 - Une campagne sur la sensibilisation, essentiellement du public, en matière de radioprotection en pédiatrie. Cette campagne est basée sur une autre campagne internationale (<http://imagegently.dnnstaging.com/>) menée par les sociétés savantes en la matière appelée « IMAGE GENTLY ».
- **Appropriateness (adéquation)**: Ce volet comporte la promotion auprès des professionnels du secteur santé (médecins-prescripteurs, médecins-radiologues) des recommandations de bonne pratique médicale. L'application stricte de références médicales permettra de diminuer la fréquence de beaucoup d'examens. La DRP a entrepris en 2013 les démarches nécessaires auprès du Conseil Scientifique du Luxembourg afin de valider le « Guide du bon usage des examens d'imagerie » élaborée par plusieurs sociétés savantes en France. Ce guide du bon usage au niveau des prescripteurs a été validé par le conseil scientifique en juillet 2013 dans sa version actualisée. Ce guide a été publié sous forme électronique sur le site <http://gbu.radiologie.fr/> et est librement accessible. La DRP a entrepris les démarches nécessaires afin qu'il puisse être utilisé dans les logiciels en train d'être élaborés à l'attention des prescripteurs, ceci notamment dans le cadre du programme e-santé.
- La DRP a participé activement dans les groupes de travail du domaine médical de HERCA (Autorités Européennes en matière de radioprotection), et plus spécifiquement dans les groupes de travail concernant la justification des examens radiologiques et l'optimisation de la dose pour les équipements CT. Dans le groupe « justification » l'Agence Fédérale du Contrôle Nucléaire (AFCN) avec la DRP a organisé un « stakeholder meeting » à Brussels en 2013 où se sont rencontrés pour la première fois les autorités compétentes en radioprotection, le European Society of Radiologists (ESR), European Federation of Radiographer Societies (EFRS), World organisation of Family doctors et COCIR (European Radiological, Electromedical and Healthcare IT Industry).
- **Audit** : Le règlement grand-ducal du 16 mars 2001 relatif à la protection sanitaire des personnes contre les dangers des rayonnements ionisants lors d'expositions à des fins médicales retient dans son article 8 que des audits cliniques sont mis en œuvre dans les services d'imagerie médicale et de radiothérapie. Un audit est un examen ou un passage en revue systématique des procédures radiologiques médicales, qui vise à améliorer la qualité et le résultat des soins administrés au patient grâce à un examen structuré dans le cadre duquel les pratiques, les procédures et les résultats radiologiques sont comparés à des référentiels convenus de bonnes procédures radiologiques médicales et qui donne lieu à la modification des pratiques, si cela s'impose et à l'application de nouveaux référentiels en cas de nécessité. Retenons que cette disposition légale est basée sur une directive européenne en matière de radioprotection des patients.

La DRP s'est associée dans ce domaine à la démarche de l'autorité compétente en Belgique (AFCN). L'AFCN a démarré en 2008 la mise en œuvre de ce dispositif légal dans le domaine de la médecine nucléaire en se référant au document QUANUM (Quality management audits in nuclear medicine practices) de l'IAEA. Les audits sont en train d'être réalisés, suivant les recommandations B-QUANUM dans les services de médecine nucléaire en Belgique. En 2013, le Ministre de la Santé du Grand-Duché de Luxembourg a demandé la mise en œuvre de ces audits externes en se basant sur les principes du document B-Quanium. Cet audit sera effectué entre 2014 et 2016 dans tous les services de médecine nucléaire des hôpitaux et cliniques luxembourgeois.

Rappelons qu'un premier audit a été mené en 2011 dans le service national de radiothérapie du Centre François Baclesse. Cet audit a été mené par un groupe d'experts multidisciplinaires d'auditeurs belges selon la méthode QUATRO (Quality Assurance Team for Radiation Oncology).

5.2. Assurance qualité

Les établissements hospitaliers et les cabinets privés ont fourni à la DRP :

- un inventaire des installations radiologiques ;
- une copie des pièces qui documentent les résultats des tests d'acceptation et des tests de contrôle qualité annuel effectués sur les installations radiologiques (Annexe VII du Règlement grand-ducal du 16 mars 2001) ;
- une formation spécifique en radioprotection, s'adressant au personnel du Bloc OP, a été élaborée et mise en œuvre dans tous les hôpitaux. Des posters d'information sur la radioprotection au bloc OP ont été élaborés et seront affichés au bloc OP.

5.3. Optimisation des doses d'irradiation lors d'examens radiologiques

Vu le grand nombre d'examens radiologiques il est très important que les doses reçues par les patients soient aussi faibles que possible tout en gardant une bonne qualité d'image. En 2013 des logiciels de mesure de dose ont été installés dans tous les hôpitaux. Ces logiciels permettent de mesurer et gérer les doses reçues par les patients, ceci dans le but d'optimiser les doses.

L'inclusion explicite du processus de la justification dans l'évaluation interne et externe des pratiques professionnelles, avec une vérification de son application réelle pendant les inspections réalisées par les autorités de contrôle est demandée.

5.4. Dépistage du cancer du sein

La DRP est chargée de la surveillance et du suivi de l'assurance-qualité technique en mammographie.

En 2013, la mise à jour du « Guide de Bonnes Pratiques du Programme de dépistage du cancer du sein par mammographie au Grand-Duché de Luxembourg » a été finalisée. En 2012 il y a eu des changements majeurs dans le chapitre IV « assurance qualité technique » suite à l'utilisation exclusive de mammographies numériques dans le cadre du dépistage.

5.5. Carnet radiologique

Les travaux futurs relatifs au projet eSanté-Cara font partie intégrante des projets de l'Agence eSanté depuis début 2012. La DRP participe aux groupes de travail et continue à suivre l'évolution du projet.

6. Activités en matière de rayonnements non-ionisants

6.1. Rayonnements ultraviolets

La DRP a participé au projet de légiférer en matière d'exploitation de solariums (comprenant également des parties sur le tatouage et le piercing). La DRP a organisé à la Chambre des Métiers un cours de formation pour les exploitants de solariums. La DRP a contrôlé 4 exploitants de solariums en 2013 en collaboration avec la Division de l'Inspection Sanitaire.

6.2. Rayonnements LASER

La DRP a participé au projet de légiférer en matière d'exploitation de LASERS médicaux.

L'accessibilité et l'utilisation de LASERS dangereux pour l'œil pour des spectacles lumineux a suscité notre attention. Des réunions de concertation avec ITM, le service d'audiophonologie, le CePT, un organisateur de spectacles et la Chambre de Commerce a été organisé afin de sonder les possibilités de sensibiliser le secteur aux risques du LASER et des autres risques (bruit, alcool, drogues, ...).

6.3. Rayonnements électromagnétiques

La DRP a continué ses activités des années précédentes (surtout conseils techniques au Ministre de la Santé en matière des stations de base pour la téléphonie mobile). Le site Internet www.emf.drp.public.lu reste toujours d'actualité.

09. Le Service d'Action Socio-Thérapeutique

Le service a pour mission principale, l'application de la loi du 8 septembre 1998 réglant les relations entre l'Etat et les organismes œuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique et du règlement grand-ducal y relatif: surveiller et contrôler la conformité des activités ci-après énumérées et relevant de la compétence du Ministère de la Santé dans le domaine social, socio-éducatif, médico-social ou thérapeutique avec les dispositions de la loi.

1. Activités

Il s'agit des activités suivantes:

- l'accueil et l'hébergement de jour et / ou de nuit de plus de trois personnes simultanément ;
- l'offre de service de consultation, d'aide, de prestation de soins, d'assistance, de guidance, de formation sociale, d'animation ou d'orientation professionnelle;
- entretenir les relations avec les organismes conventionnés.

Dans ce cadre, le service d'action socio-thérapeutique a en charge :

- la santé mentale au niveau extra-hospitalier,
- l'organisation et la coordination sur le terrain des actions dans le domaine des drogues et des toxicomanies.

Un médecin du service d'action socio-thérapeutique s'occupe plus particulièrement des services, instituts et centres de l'éducation différenciée où sa fonction consiste :

- dans l'organisation et l'inspection des services médicaux et paramédicaux, pour autant qu'ils relèvent du Ministère de la Santé, et après concertation avec le directeur de l'éducation différenciée;
- la coordination entre les services de l'éducation différenciée et le Ministère de la Santé;
- les examens médicaux de contrôle annuels des enfants dans le cadre de la médecine scolaire;
- la prise, en cas d'examen positif, des mesures appropriées ultérieures;
- la collaboration avec les responsables des services de l'éducation différenciée pour l'évaluation des besoins en personnel médical et de santé;
- le recueil des propositions des responsables des différents centres en vue d'améliorations à apporter sur le plan médical;
- la participation aux réunions de la commission médico-psycho-pédagogique nationale;
- l'appui aux responsables des centres pour des questions d'ordre médical;
- le soutien aux responsables des centres, dans la mesure où ils le souhaitent, lors des relations avec les parents des enfants (ex.: motivation des parents à faire suivre un traitement à leur enfant, etc.).

Tableau: Education différenciée 2012-2013

Nombre d'élèves examinés		540
Développement général retardé		15
Obésité		10
Propreté insuffisante		6
Affection de la peau		23
Yeux:	affection des yeux	1
	acuité visuelle diminuée	43
Oreilles:	affection des oreilles + bouchon de cérumen	34
	acuité auditive diminuée	0
Nez:	troubles perméabilité nasale	2
Hypertrophie des amygdales		0
Adénopathies		0
Système cardio-vasculaire:	cardiopathies	0
	HTA	3
	autres	0
Affection des voies respiratoires		1
Hernies		0
Organes sexuels:	ectopie testiculaire	5
	phimosis	3
	autres affections	0
Squelette:	déformation colonne vertébrale	15
	déformation du thorax	0
	déformation des pieds	38
	autres	0
Mauvais maintien		6
Analyse des urines	pratiquées	444
	albumine	0
	glucose	3
	sang	3
Dents	caries	62
	malpositions	57
Nombre d'avis envoyés aux parents		265

Chapitre III

Les Services Conventionnés

- 01 Prévention – Aide
- 02 Psychiatrie extra-hospitalière
- 03 Maladies chroniques
- 04 Toxicomanies
- 05 Autres services

Dans le domaine de la psychiatrie extra-hospitalière, grâce à une convention des différentes associations avec la Caisse Nationale de Santé, le nombre de places de logement disponibles est fixé à un total de 220 places.

Les associations actives dans ce domaine offrent : centre de consultation, centre de jour, centre de rencontre, logement et ateliers thérapeutiques et garantissent ainsi une bonne répartition géographique de l'offre extra-hospitalière.

En matière de lutte contre les drogues et la toxicomanie, l'exécution du plan d'action national couvrant la période 2005-2009 a permis de stabiliser de façon documentée la prévalence de l'usage problématique de drogues illicites au niveau national, d'augmenter considérablement la proportion de personnes toxicomanes en traitement au dépens des contacts avec les instances répressives et de développer les offres de prévention et de prise en charge en général et pour mineurs en particulier. Les efforts déployés dans le cadre de la stratégie nationale ont également permis de développer les offres de réinsertion et de disposer aujourd'hui de quelque 60 unités de logement encadré offrant ainsi un logement permanent ou transitoire à environ 150 adultes et enfants. Pour beaucoup d'usagers ces logements ont permis une stabilisation socioprofessionnelle débouchant par la suite sur une situation de logement autonome.

Le programme gouvernemental de 2009 a servi de cadre à l'élaboration de la troisième stratégie nationale et du plan d'action pluriannuels en matière de lutte contre les drogues et les addictions. La stratégie et le plan d'action 2010-2014 s'appuient sur les priorités du Ministère de la Santé et sur une collaboration soutenue avec les acteurs de terrain.

En termes de mesures de réduction des risques la diversification ainsi que l'amélioration de l'accessibilité des offres bas-seuil ont permis de passer de 39.500 contacts-clients en 2004 à 123.0485 contacts en 2013. Depuis l'ouverture en 2005 de la salle de consommation supervisée de drogues plus de 1.300 incidents de surdosage y ont été gérés. On estime que plus d'un quart des derniers auraient pu connaître une issue fatale à défaut d'assistance professionnelle.

Le plan d'action a également misé sur des approches innovatrices telles que les traitements assistés à l'héroïne. Les travaux entrepris au cours des dernières années ont permis l'élaboration d'un concept cadre approuvé par le Groupe Interministériel Toxicomanies et le gestionnaire futur du programme.

Outre les efforts déployés par la totalité des acteurs impliqués, le bilan à ce jour positif est également à mettre en relation avec l'augmentation considérable des moyens budgétaires mobilisés en matière de lutte contre la toxicomanie.

Les autres services conventionnés avec le Ministère de la Santé ont connu un développement progressif pour leur permettre de répondre à une demande croissante.

01. Prévention - Aide

Le service médico-thérapeutique "Rééducation Précoce (SRP) - Hëllef fir de Puppelchen (HFP)" assure une rééducation médicale et paramédicale spécifique aux nourrissons et enfants en bas-âge (0-4 ans) qui présentent des troubles moteurs (de cause neuromusculaire ou orthopédique), sensoriels, de l'apprentissage et de la motricité fine, de la communication et de langage, du comportement ou un retard de développement. Sans traitement adéquat ces troubles peuvent évoluer vers un handicap définitif.

Le SRP-HFP fonctionne avec une direction centralisée tout en assurant une rééducation délocalisée se faisant soit à domicile soit dans des centres régionaux (Luxembourg, Ettelbruck, Wiltz, Rédange-Attert, Echternach, Esch-sur-Alzette, Grevenmacher). Les traitements sont gratuits.

Le SRP-HFP qui travaille comme une antenne médico-thérapeutique extra-hospitalière est essentiellement composé de professionnels de la santé.

C'est ainsi qu'en 2013, 846 enfants ont pu bénéficier de l'aide éducative précoce et de traitements de réadaptation gratuits. Sans l'existence de ce service, ces traitements seraient à charge des caisses de maladie ou même, dans certains cas, n'auraient peut-être pas eu lieu, ce qui aurait pu avoir des conséquences néfastes, car c'est la prise en charge précoce d'un enfant qui donne les meilleures chances d'amélioration.

De plus, une prise en charge multidisciplinaire coordonnée, telle que celle offerte par le service est plus difficilement concevable en traitement privé.

Si dans le domaine social, telle la rééducation précoce, il est discutable d'adopter le seul point de vue de la rentabilité financière, le système des associations conventionnées avec l'Etat assurant une prise en charge interdisciplinaire constitue néanmoins une solution tout à fait valable.

En effet, une approche globale des problèmes, qui se posent aux enfants et bébés à risques et leurs familles, par une équipe spécialisée conventionnée répond mieux au critère « coût-efficacité » que différents traitements éparpillés à charge de la sécurité sociale.

L'admission des enfants au service se fait sur la prescription du médecin traitant avec une supervision et un encadrement médical réalisés par des médecins spécialistes en pédiatrie et en réadaptation et rééducation fonctionnelles.

A la sortie du service les enfants peuvent dans une majorité de cas réintégrer une vie sociale et scolaire normales.

De façon générale, le SRP-HFP connaît un succès toujours grandissant dans sa fonction de diagnostic, de suivi d'enfants à risque et de conseils médico-thérapeutiques.

Il a pour objet « de prévenir et de combattre les causes de déficits, inadaptations et handicaps de bébés et d'enfants » et assure un travail de médecine préventive.

1. Rééducation Précoce - Hëllef fir de Puppelchen a.s.b.l.

Missions

Le Service "Rééducation Précoce - Hëllef fir de Puppelchen" (SRP-HFP), offre ses services à travers tout le Grand-Duché et ceci au départ de ses six centres d'intervention qui sont situés à Strassen, Ettelbruck, Wiltz, Junglinster, Esch/Alzette et Differdange. Sa mission consiste en la détection et la prise en charge rééducative de nourrissons et d'enfants en bas âge (0-4 ans) qui présentent le ou les troubles suivants: troubles moteurs (de cause cérébrale, neuromusculaire ou orthopédique); troubles sensoriels; troubles de l'apprentissage et de la motricité fine; troubles de la déglutition, de la communication et du langage; troubles du comportement; retard de développement. En outre le SRP-HFP organise le suivi systématique des anciens prématurés sur le plan cognitif, neuromoteur et psychosocial.

1. Activités thérapeutiques

Le service assure d'une part des observations et bilans et d'autre part des rééducations spécifiques, avec une supervision et un encadrement médical réalisés par des médecins spécialistes. L'observation initiale permet à l'équipe de faire connaissance avec l'enfant ainsi que de relever les attentes parentales. Un enfant est admis au SRP-HFP sur demande (ordonnance respectivement rapport médical) du médecin traitant. Le fonctionnement quotidien du SRP-HFP est axé sur un maximum d'intégration de la famille dans les démarches thérapeutiques ; les parents assistent en règle générale aux traitements où ils reçoivent une guidance adéquate pour la vie de tous les jours de leur enfant. Un contrat thérapeutique est établi et renouvelé à la fin de chaque consultation médicale. L'arrêt du traitement est défini dans une réunion de clôture et/ou de transition.

Le service ne se limite pas à une prise en charge aux centres respectivement aux domiciles de l'enfant, mais s'implique également de plus en plus dans tous les autres milieux de vie des enfants tels que crèches et maisons relais. En effet, beaucoup d'enfants passent une grande partie de leur journée dans ces structures d'accueil et une rééducation axée sur la vie quotidienne se déroule en étroite collaboration avec les professionnels de ces institutions.

La reconnaissance des besoins spécifiques et l'analyse des possibilités déjà offertes par le milieu familial et les autres institutions sociales, déterminent l'offre proposée aux familles avec un strict respect de leur liberté de choix. Un courrier médical, accessible aux parents, est régulièrement adressé aux médecins traitants.

Les différents rééducateurs établissent pour les consultations médicales une évaluation écrite des progrès des enfants qui leur sont confiés. Les réunions thérapeutiques hebdomadaires permettent d'assembler toutes les données sur les patients et de coordonner aux mieux les différentes thérapies parallèles.

Les kinésithérapeutes et les ergothérapeutes assistent régulièrement les patients lors des séances d'essayage d'appareillages thérapeutiques auprès des différents fournisseurs, afin de s'assurer qu'ils correspondent exactement aux exigences de l'enfant. En cas de besoin, les enfants sont aussi accompagnés par un thérapeute en consultation auprès de leur médecin. Les membres de l'équipe collaborent avec les services sociaux, les crèches et les structures scolaires pour que les intérêts des patients soient au mieux assurés.

Le service offre 9 différentes séances collectives hebdomadaires qui ont lieu en général avec 6 à 8 enfants par groupe, des groupes d'éveil, de jeu, un Böschgrupp à visée rééducative, psychomotrice et socio-éducative et qui sont organisées dans le respect des besoins spécifiques de chaque enfant.

Dans chaque groupe les enfants sont encadrés par au moins une éducatrice et un thérapeute. Dans les groupes d'éveil et de jeu le kinésithérapeute assure une guidance locomotrice, alors que l'ergothérapeute s'occupe prioritairement des installations adéquates et des stimulations sensorielles. L'orthophoniste intervient avec ses techniques spécifiques afin de stimuler les performances masticatoires des enfants présentant des troubles de la déglutition. Ces séances favorisent les premières expériences socio-éducatives des enfants et permettent aussi une rencontre entre parents concernés.

Afin de promouvoir les compétences vestibulaires et proprioceptives de certains enfants, 4 séances rééducatives hebdomadaires sur les airtramp de l'Institut IMC, de l'Institut St Joseph de Betzdorf et du Centre d'Education Différenciée de Warken sont proposées avec des groupes de 4 à 6 enfants qui sont toujours encadrés par deux thérapeutes.

Les psychologues voient régulièrement les parents et leurs enfants pour évaluer avec eux leur développement. Ils accueillent les familles, soit pour des entretiens concernant des questions psycho-éducatives ou psycho-développementales, soit pour une prise en charge thérapeutique familiale régulière.

Un certain nombre d'enfants a encore des besoins rééducatifs lors de la scolarisation – qui entraîne la sortie du SRP-HFP. Le service prend alors soin de la bonne continuité du traitement par des réunions de passage avec les structures de relais. Le dossier médical et rééducatif de l'enfant est communiqué à ces partenaires en fonction du souhait exprimé par la famille.

2. Données statistiques

- 846 enfants en traitement, en observation et/ou en consultation, dont 303 nouvelles admissions en 2013 (329 sorties courant de l'année 2013),
- concernant l'équipe des psychologues : 1528 heures de consultations psychologiques et/ou testing d'enfants avec rapports aux médecins pédiatres, 416 heures pour réunions thérapeutiques et travail en équipe multidisciplinaire,
- concernant l'équipe des kinésithérapeutes : 8301 heures de séances de kinésithérapie, 1664 heures de réunions thérapeutiques et travail en équipe multidisciplinaire,
- concernant l'équipe des ergothérapeutes : 3796 heures de séances en ergothérapie, 832 heures de réunions thérapeutiques et travail en équipe multi-disciplinaire,
- concernant l'équipe des orthophonistes : 2465 heures de séances en orthophonie, 520 heures de réunions thérapeutiques et travail en équipe multidisciplinaire,
- concernant l'équipe des éducatrices, psychomotricienne et pédagogue curative : 1279 heures en séances individuelles, 938 heures en participation aux groupes de prise en charge collective. 624 heures de réunions thérapeutiques et travail en équipe multidisciplinaire,
- les séances des différents thérapeutes durent en général entre trois quart d'heures et une heure pour les séances ordinaires mais peuvent exceptionnellement se prolonger jusqu'à 2 heures pour p.ex. des raisons d'essayage et d'adaptation de matériel de rééducation,
- en moyenne, un thérapeute travaillant à mi-temps prend en charge entre 12 et 18 enfants par semaine, dépendant si les thérapies doivent se faire au domicile et/ou au centre. La prise en charge globale implique en outre que les thérapeutes sont parfois amenés à accompagner les parents chez des médecins spécialistes, des orthopédistes, des visites d'enseignement spécialisés, des crèches et les autres services d'intervention précoce,
- en 2013, 1208 consultations médicales ont eu lieu sur les sites de Strassen, Esch/Alzette, Junglinster et Ettelbruck. Les consultations médicales durent en moyenne $\frac{3}{4}$ d'heures et les thérapeutes inclus dans la prise en charge de l'enfant y participent, Chaque enfant bénéficie de deux à trois consultations par année et à chaque consultation d'un enfant dont il est responsable, le thérapeute rédige un rapport complet pour le médecin traitant selon une trame prédéfinie par le service.

3. Divers

Le 16.10.2013, l'inauguration du nouveau centre à Differdange a été célébrée en présence de Monsieur le Ministre Mars Di Bartolomeo et des autorités locales. Les nouveaux locaux disposent de plus d'espace et permettent d'un côté, à tous les petits patients des communes avoisinantes de diminuer le temps de déplacement pour arriver en thérapie et de l'autre côté, de décharger le centre de Esch/Alzette n'offrant plus assez de disponibilités en locaux de thérapies pour les demandes croissantes de prise en charge.

Afin de permettre des rencontres et échanges entre les parents et les thérapeutes dans un cadre convivial et non-thérapeutique, le service a organisé une fête de St Nicolas et un « Summerfest » avec 79 enfants inscrits à la fête de St Nicolas et 252 participants pour le « Summerfest ».

Le service veille à poursuivre son étroite collaboration avec les autres services du secteur afin de permettre aux enfants une prise en charge la plus optimisée et a donc entretenu des contacts réguliers avec les crèches d'intégration des enfants à besoins spécifiques, le SIPO, le SREA, l'Institut pour IMC, le Centre de Logopédie, les Services Audiophonologiques, le personnel des classes de l'éducation précoce et des Maisons Relais et, en cas de besoin, avec le Service Orthoptique et Pléoptique, l'Institut pour Déficients visuels et les différents services sociaux.

2. CHL - Service d'évaluation et de rééducation fonctionnelles

Missions

Le service d'évaluation et de rééducation fonctionnelles est un service national qui assure sur le plan médical et rééducatif une approche globale et continue de la personne handicapée. Il s'adresse aux enfants et aux adultes présentant un handicap confirmé ou des troubles significatifs du développement et des relations.

Le service a été créé pour regrouper sur le plan fonctionnel une équipe médicale spécialisée et complémentaire s'occupant des besoins médicaux spécifiques et rééducatifs des patients susnommés ainsi que de leur encadrement pédopsychiatrique et psychothérapeutique. L'intégration du service dans une grande structure hospitalière permet des synthèses multidisciplinaires de même que les explorations para-cliniques indispensables.

L'équipe médicale accompagne les patients à travers les différentes étapes de la vie en commençant par la période néonatale, ensuite à travers la rééducation précoce et la scolarisation (ordinaire ou différenciée) et enfin dans les lieux d'intégration socioprofessionnelle et les structures spécialisées de vie. L'activité médicale comprend le diagnostic fonctionnel, rééducatif, pédopsychiatrique et psychothérapeutique. Il s'agit ensuite de déterminer les moyens thérapeutiques à mettre en œuvre ; de prescrire, d'évaluer et de superviser les rééducations et les prises en charge thérapeutiques pluridisciplinaires ; d'organiser la formation continue spécifique des différents intervenants sociothérapeutiques et d'adapter les aides techniques. Le service est aussi appelé à promouvoir les démarches de qualité et d'évaluation des pratiques professionnelles pour en informer son ministère de tutelle.

Le service assure au niveau national le suivi décentralisé des nouveau-nés dits à risque : anciens prématurés, anomalies du développement pré ou périnatal, situations de souffrance fœtale.

Le service assume, par ses pédopsychiatres, auprès des équipes d'aide précoce dépendant du Ministère de la Santé et des Centres Ediff, l'encadrement pédopsychiatrique des enfants présentant un trouble psychiatrique, de leur famille et des professionnels des équipes concernées.

1. Objectifs poursuivis en 2013

Le champ d'action du service est étendu et il est intervenu notamment dans :

- l'accompagnement systématique et la guidance thérapeutique des nouveau-nés à risque, de même que de leur famille quelque soit la maternité,
- l'encadrement des enfants à besoins spécifiques en collaboration étroite avec les services précoces, les équipes multiprofessionnelles et les différentes institutions spécialisées,
- l'organisation des plans « urgences-médicales » dans différentes institutions,
- la prise en charge précoce in situ sur le plan rééducatif des patients « lourds » du CHL provenant en particulier des services de Chirurgie Pédiatrique, de Réanimation grands enfants, de Neurologie, de Neurochirurgie, des unités de Soins Intensifs et de la Stroke Unit,
- des consultations multidisciplinaires avec le centre de traitement de la douleur, la neurologie, la neurochirurgie et l'orthopédie pédiatrique en apportant les différentes techniques de la physiothérapie, du traitement focal de la douleur, de la spasticité et du bavage. Un médecin du service participe systématiquement aux visites hebdomadaires des services de neurologie et de neurochirurgie afin d'assurer une approche globale et pour préparer la continuité de la rééducation à la sortie de l'hôpital,
- l'organisation des séances de formation continue pour les professionnels de santé à travers ALFORMEC, CHL, GERP, LTPS, SLP, ULP, DELUP et avec des conférences sur la rééducation des patients atteints de traumatisme crânien, de maladies rares, d'affections génétiques, sur le traitement de la spasticité et de la prise en charge alimentaire spécifique et de troubles vésico-sphinctériens,
- le dossier médical et rééducatif informatisé et unique de la Fondation Kraizbiere permet une accessibilité rapide 24h/24 avec une mise à jour continue. Chaque patient a un médecin référent en vue d'une collaboration plus facile avec les familles. Un total de 239 patients sont suivis dans les 5 foyers dépendants du Kraizbiere ainsi que dans les ateliers, le service de formation et le centre de jour sur le site de Dudelange,
- le suivi hebdomadaire systématique des patients de l'APEMH avec les Foyers Roude Fiels, SeniorHeem, de la Solidarité, Haus am Weier et le Centre du Jour au Nossbiere ainsi que le Foyer de l'Amitié et le Centre de Jour à Mondorf,
- visites systématiques à la Fondation du Tricentenaire sur les 4 sites de Heisdorf, Walferdange, Bissen et Prettingen,
- des consultations mensuelles à Institut St Joseph à Betzdorf et pluriannuelles au Centre pour personnes handicapées am Klouschter,
- l'encadrement rééducatif des personnes handicapées du secteur Handicap mental du CHNPE ,
- début d'une collaboration avec la Ligue de Sclérose en plaques avec visites régulières au Centre de jour au Bill,
- des consultations biannuelles spécifiques Trisomie 21,
- les centres EDIFF : l'établissement ou la réévaluation des diagnostics pédopsychiatriques, la disponibilité pour les situations de décompensations psychiatriques, familiales ou institutionnelles et l'élaboration d'un projet thérapeutique en articulation avec l'encadrement éducatif et pédagogique, impliquant la concertation des professionnels et la collaboration étroite des familles,
- suite à la fusion du Service de Rééducation Précoce et de Hellëf fir de Puppelchen, l'encadrement médical et pédopsychiatrique de ces structures a été réorganisé afin de poursuivre la mise en place d'un plan de soins médicaux et psychiatriques ainsi que de rééducations individualisées, d'en coordonner la mise en place et d'en évaluer l'efficacité par la réévaluation de l'enfant, la rencontre de la famille et la concertation et l'encadrement des professionnels impliqués,
- le pédopsychiatre participe de manière ponctuelle à des concertations de l'unité autisme et petite enfance du CHL, afin de collaborer le plus étroitement possible et d'assurer la continuité des soins,
- en collaboration avec l'Unité Autisme du service de Pédopsychiatrie, le dépistage auprès des enfants suivis dans les équipes d'aide précoce, le diagnostic et l'évaluation multidimensionnelle spécialisée ainsi que l'orientation thérapeutique des troubles envahissants du développement et du spectre autistique,
- l'organisation de séances de formation pour les professionnels de l'éducation différenciée au sujet des différentes formes de handicap, les mouvements anormaux,
- la participation à plusieurs séances de formation continue pour les étudiants PJler, ainsi qu'à la Journée Pédopsychiatrique de Liaison au sein de l'Education Différenciée,

- la participation et la présentation à la plate-forme ministérielle de coordination Santé Mentale et réforme de la Psychiatrie, ainsi que l'intégration au Comité de Pilotage de la recherche CRP Ministère de la Santé : état des lieux, prise en charge de la Santé Mentale des enfants et des adolescents au Grand-Duché de Luxembourg,
- la participation au projet et à la mise en place dès avril 2008 de l'Unité d'Hospitalisation du service de Pédopsychiatrie au CHL pour favoriser son articulation en aval et en amont avec les structures précoces et scolaires,
- la participation au groupe de travail consacré aux maladies rares et élaboration d'un document national pour le screening néonatal au Luxembourg,
- la participation au comité d'éthique sur les questions concernant les personnes handicapées et leurs familles, et les problèmes spécifiques de la contraception / stérilisation,
- les travaux concernant l'extension du dépistage néonatal des maladies métaboliques et des déficits sensoriels en collaboration avec le Ministère de la Santé et participation au Réseau Périnatal,
- les interventions comme médecins conseils auprès des conseils d'administration du Service de Rééducation Précoce - Hëllef fir de Puppelchen et de la Fondation Kraizbiere.

Des réunions et consultations multidisciplinaires de synthèse ont été développées avec à chaque fois la rédaction de rapports de synthèse déterminant les lignes de la prise en charge pour les semestres à venir.

La participation active des parents ou des éducateurs référents a été encouragée pour toutes les consultations médicales. Cet aspect a été largement apprécié par les personnes concernées qui ont souhaité participer directement aux grandes orientations concernant leur enfant handicapé.

Le service a engagé des contacts réguliers avec le service de Rééducation Gériatrique de Steinfurt pour assurer la continuité des soins CHL-HIS-Fondation Kraizbiere et il assure la continuité des soins des personnes y hospitalisées au cours de l'année (participation régulière aux staffs du HIS).

Les médecins ont activement collaboré aux programmes de prévention pédiatrique pour les médecins référents.

Le service offre ses compétences en électromyographie fonctionnelle et en électrophysiologie préopératoire et peropératoire.

Réunions et propositions de collaboration avec l'Office Nationale de l'Enfance, avec la COPAS et élaboration d'un suivi structuré avec les EMP.

2. Le bilan de l'an 2013

L'encadrement des structures extra-hospitalières dépendant du service d'évaluation et de rééducation fonctionnelles a constitué en 2013, comme les années précédentes, l'essentiel de l'activité avec une augmentation significative du nombre des patients encadrés par les services précoces, l'APEMH, la Fondation Kraizbiere, la Fondation du Tricentenaire, Elisabeth et MS-Ligue. Cette tâche a été facilitée par l'arrivée d'un 5^{ème} médecin au sein de l'équipe en octobre 2012. L'optimisation des parcours des soins pour permettre aux patients handicapés de recourir dans les meilleures conditions au plateau technique offert par le CHL a été poursuivie en 2013.

Sur le site CHL ont aussi eu lieu 1091 réunions de synthèse avec rédaction de rapports de concertation pour les différentes personnes définies à travers les missions du service. Le service a fourni des centaines de certificats médicaux pour faire valoir les droits des personnes handicapées auprès des organismes publics et privés.

Les médecins font de nombreuses visites au lit du malade (consultations interservices) au CHL, mais aussi dans les autres structures hospitalières du pays afin de garantir la continuité de l'accompagnement médical. La bonne insertion du service au sein du CHL se traduit aussi par la participation à la réunion des chefs de département (cf. activité transversale du service) et au Conseil Médical.

Sur le plan de l'encadrement de la rééducation fonctionnelle, le service a encadré 846 enfants suivis

par le Service de Rééducation Précoce-Hëllef fir de Puppelchen dont 303 admissions, 65 enfants de l'Institut pour IMC, 185 enfants accueillis par les structures EDIFF, 103 patients de la Fondation du Tricentenaire, 122 patients de la Fondation APEMH, 78 patients du CHNPE, 84 patients de l'Institut St Joseph à Betzdorf, 270 patients des structures de vie et de travail de la Fondation Kraizbiere.

L'encadrement pédopsychiatrique des centres différenciés/instituts spécialisés, réparti en interventions directes auprès des enfants et des familles et en interventions indirectes auprès des équipes et des institutions s'est poursuivie durant l'année 2013. Ainsi, on peut relever quantitativement :

- dans les structures d'aide précoce dépendant du Ministère de la Santé, 47 avis et concertations pédopsychiatriques d'équipe, 10 consultations spécialisées pédopsychiatriques auprès des enfants et leurs parents, dont 9 ont nécessité un envoi et/ ou un suivi dans le service de pédopsychiatrie,
- dans les centres différenciés/instituts spécialisés 145 avis et concertations pédopsychiatriques en équipe, 103 observations spécialisées, 79 consultations spécialisées pédopsychiatriques auprès des enfants et de leurs parents, dont 18 ont nécessité un envoi ou suivi pédopsychiatrique dans le service de pédopsychiatrie,
- le suivi en consultation de pédopsychiatrie de 97 enfants et leur famille, dont 42 nouveaux patients pour 2013, en ce qui concerne l'activité de l'Unité Autisme, il y a eu 66 nouvelles consultations et 183 suivis pour l'année 2013,
- la participation active régulière à la réunion d'équipe hebdomadaire concernant les présentations de cas cliniques conjointement suivis par le service de pédopsychiatrie et les équipes d'aide précoce ou de l'Ediff.

Les médecins rééducateurs et pédiatres ont contribué à la continuité des soins intra/extrahospitaliers à travers 3049 consultations prestées au CHL avec 1281 rapports détaillés adressés aux confrères et familles concernés ainsi que 1435 consultations au lit du malade en dehors des tours de salle systématiques.

Le service accueille dans ses locaux les consultations consacrées à la personne trisomique 21 organisées en collaboration avec l'a.s.b.l Trisomie 21.

Les consultations multidisciplinaires ont vu leurs activités s'étendre et ont permis l'apport de nouvelles techniques diagnostiques, thérapeutiques et d'évaluation dans le domaine du traitement des mouvements anormaux, de la spasticité, du bégaiement, de la rhumatologie pédiatrique, de l'insuffisance respiratoire chronique, de la neuro-orthopédie pédiatrique, de la douleur chronique et de l'épilepsie. La collaboration avec le RehaZenter est régulière pour la rééducation des patients sortants de la réanimation pédiatrique et pour l'analyse quantifiée de la marche. Consultations régulières au RehaZenter lors de l'orientation de ces patients vers les structures de la Fondation Kraizbiere. Une offre sur le plan national consistant à la mesure des pressions pour adapter l'installation assise des personnes handicapées et pour la mesure rapide non invasive du résidu vésical.

Le travail avec l'Institut St Joseph de Betzdorf a pu être réorganisé en particulier pour le suivi de l'appareillage et pour l'intégration active des éducateurs dans les consultations médicales. Un suivi plus régulier avec le Centre pour personnes handicapées am Klouschter a été instauré.

Le passage régulier des médecins dans les foyers de la Fondation Kraizbiere a été maintenu avec une adaptation régulière des moyens thérapeutiques mis en œuvre. Des réunions systématiques avec la direction de cette fondation permettent d'améliorer l'organisation des soins et de la rééducation et de l'accueil. Des réunions de synthèse ont lieu régulièrement dans les foyers avec les équipes et les médecins généralistes référents.

Au niveau de la Fondation APEMH, en dehors du bilan médical détaillé d'admission, un suivi régulier est assuré sur le plan rééducatif. Des réunions régulières avec la direction de l'APEMH ont été poursuivies.

Pour la Fondation du Tricentenaire, un suivi rééducatif régulier est assuré dans les structures de Walferdange, Heisdorf, Bissen et Prettingen. Afin d'améliorer la qualité et la rapidité des procédures, des rendez-vous communs avec les collègues de l'Assurance Dépendance sont organisés. Des formations sont organisées régulièrement pour l'ensemble des équipes sur des sujets concernant

l'alimentation, l'épilepsie, les traitements de la spasticité, les troubles vésico-sphinctériens, la prise en charge des TC, les différentes formes du handicap.

Les visites dans les différentes structures de l'Education Différenciée ont permis la constitution progressive d'un dossier médical et ceci en collaboration avec les médecins traitants et les familles.

Des contacts réguliers ont été poursuivis avec les services de l'Assurance Dépendance et avec le SMA pour la recherche de solutions pertinentes et efficaces. De nouvelles procédures visant à améliorer les mises à disposition d'aides techniques ont été validées à l'issue de plusieurs réunions de concertation. Une fiche de réception technique commune est utilisée afin de permettre un meilleur contrôle de qualité.

La coordination entre la néonatalogie et les services précoces s'est améliorée en 2013 grâce à des visites plurihebdomadaires systématiques. Un grand effort a été réalisé en 2013 pour mieux reconnaître et traiter la douleur des enfants en général, et de l'enfant handicapé en particulier.

3. Conclusion

L'intégration du service d'évaluation et de rééducation fonctionnelles dans le CHL réalise une plateforme associant des médecins de différentes spécialités bien établies dans l'évaluation et le traitement de la personne handicapée au Grand-Duché ainsi que des enfants présentant un trouble psychiatrique et/ou du développement. Le service est devenu au cours des années un lieu de consultations pour enfants, adultes et familles, mais également un dispositif permettant la concertation et la formation des différents partenaires des professions de santé s'occupant d'enfants, d'adolescents et d'adultes présentant un trouble somatique, psychique et/ou du développement. La collaboration avec les gynécologues s'est intensifiée dans l'expertise du diagnostic prénatal et dans l'accueil rapide des couples vivant le drame de l'annonce d'une anomalie constatée chez le fœtus. Une disponibilité particulière est réservée aux couples adoptifs avec leurs problèmes spécifiques.

Le suivi nutritionnel de la personne (poly)handicapée a été standardisé avec des protocoles uniformes en collaboration avec les médecins traitants. Un large travail a été ébauché, avec les différentes institutions, pour mieux détecter et traiter la douleur chronique et aiguë des personnes sans expression verbale.

L'extension de l'activité dans le domaine de l'encadrement de la personne handicapée adulte et vieillissante a été poursuivie en 2013.

3. ALUPSE a.s.b.l. - Association Luxembourgeoise pour la Prévention des Sévices à Enfants

1. L'a.s.b.l. ALUPSE

L'Association Luxembourgeoise pour la Prévention des Sévices à Enfants, en abrégé ALUPSE, est une association sans but lucratif. L'association a pour objet l'aide aux enfants maltraités, ainsi qu'à leur famille, la prévention de la violence et de la négligence, la promotion de la bientraitance. Depuis le 5 juillet 2002, l'ALUPSE est reconnue d'utilité publique.

2. Le service ALUPSE-DIALOGUE

Depuis 1995, « ALUPSE-DIALOGUE », service de consultations psychologiques et de thérapie, fonctionne avec une équipe pluridisciplinaire se composant de professionnels qualifiés dans le domaine social, psychologique et éducatif, avec un consultant médical permanent. Les membres de l'équipe se sont spécialisés en thérapie systémique et familiale, en psychothérapie et consultations psychologiques, dans la prise en charge des enfants et adolescents victimes de violence.

2.1. Consultations à Luxembourg et à Ettelbrück

Les bureaux du service ALUPSE-DIALOGUE se trouvent 8 rue Tony Bourg, L-1278 Luxembourg-Gasperich. Un jour par semaine, l'équipe propose des permanences à Ettelbrück, 9, Place de la Libération, L-9060 Ettelbrück.

2.2. Mission

Le service ALUPSE-DIALOGUE prend en charge des enfants, adolescents et jeunes adultes jusqu'à 21 ans, victimes de violence psychologique, physique, sexuelle ou ayant vécu des situations traumatiques. La mission a deux volets :

- l'accompagnement thérapeutique des personnes en souffrance,
- la protection de l'enfant et la mise en place de mesures de prévention contre la violence.

2.3. Approche

L'aide peut se faire sous différentes formes :

- information et psychoéducation,
- diagnostic et clearing,
- soutien psychologique et psychosocial aux parents,
- la thérapie individuelle pour l'enfant, l'adolescent ou le jeune adulte,
- thérapie familiale,
- consultation en situation de crise,
- aide et conseils par téléphone,
- travail de prévention, par exemple, groupes de parole,
- la supervision pour professionnels, individuelles ou en équipe,
- le travail en réseau.

2.4. Objectifs

- favoriser le développement et l'épanouissement de l'enfant,
- stabiliser l'enfant ou l'adolescent après un traumatisme ou une situation déstabilisante,
- sensibiliser les parents au vécu émotionnel et aux besoins spécifiques de l'enfant,
- favoriser la communication entre les membres de la famille.

3. Le service ALUPSE-Bébé

« ALUPSE-Bébé », service d'aide à domicile spécialisée, fonctionne depuis février 2007. Le service s'adresse aux futurs parents et à toute femme enceinte ou ayant accouché et en cas de besoin jusqu'à ce que l'enfant ait trois ans. L'équipe est spécialisée dans la promotion du lien parents-enfants et soutient les parents en situation de crise.

L'équipe se compose de professionnels du domaine social, pédagogique, psychologique et paramédical.

3.1. Locaux

Le service ALUPSE-Bébé « soutien à la parentalité » a un bureau à la Clinique Pédiatrique du Centre Hospitalier de Luxembourg, 4 rue Barblé, L-1210 Luxembourg et depuis le 1er octobre 2013 également à Gasperich 8, rue Tony Bourg, L-1278 Luxembourg.

3.2. Mission

Ce service d'intervention et de prévention primaire s'adresse aux futurs parents, à des femmes enceintes ou venant d'accoucher qui vivent dans la précarité, souffrent de troubles psychiatriques ou connaissent l'exclusion sociale. La mission a plusieurs volets :

- soutien du lien parents-enfants,
- intervention précoce pour soutenir les ressources et le potentiel propre de l'enfant et de la famille,
- aide immédiate pour les familles avec des nouveau-nés qui se trouvent dans une situation de vie difficile.

3.3. Approche

L'aide débute à un stade précoce, si possible déjà pendant la grossesse. L'accompagnement se fait à domicile :

- conseil et aide concernant les soins et l'éducation de l'enfant, accompagnement dans tous les gestes de la vie quotidienne du bébé,
- soutien dans la perception des besoins du bébé : Alimentation, rythme de veille et de sommeil, soins corporels, besoins émotionnels et affectifs,
- entraînement de la sensibilité parentale à reconnaître les signaux du bébé et à réagir de manière adaptée,
- information des parents concernant le développement affectif, social, cognitif et psychomoteur du petit enfant,
- valorisation et mobilisation des compétences des parents,
- disponibilité en situation de crise,
- travail en réseau.

4. La philosophie de travail

L'attitude des services se base sur le respect de l'enfant et de sa famille :

- travail en partenariat avec les familles,
- valorisation des ressources et compétences de l'enfant et de la famille,
- respect de l'intégrité de l'enfant et de la famille,
- respect des autres professionnels,
- engagement personnel,
- confidentialité et secret professionnel.

5. LES SITUATIONS PRISES EN CHARGE EN 2013 par le service ALUPSE-DIALOGUE

5.1. Situations avec ouverture d'un dossier

Le service a travaillé en tout dans 185 situations avec ouverture d'un dossier, dont 115 nouveaux dossiers ouverts en 2013 et 70 anciens dossiers en cours au début de l'année ou rouverts en 2013.

L'équipe ouvre un dossier au moment où au moins un entretien avec un membre de la famille nucléaire - les parents ou le responsable légal de l'enfant, avec ou sans enfant(s) - a eu lieu.

Au total, 381 enfants vivent dans ces familles et 230 enfants sont décrits – au moment de la demande – comme « porteurs de symptômes ».

Au 31.12.2013, 65 dossiers sont toujours en cours, 120 dossiers ont été clôturés.

5.2. Motif de la demande

(dans les 115 nouveaux dossiers, facteurs principaux au départ)

41 % Violence sexuelle 7 % Violence psychologique
17 % Violence physique 6 % Négligence
17 % Conflits familiaux
12 % Comportements alarmants chez l'enfant

5.3. Age des enfants

(dans les 115 nouveaux dossiers)

	Filles (58%)	Garçons (42%)
Moins de 4 ans	6	7
De 4 à 6 ans	13	7
De 6 à 12 ans	23	18
De 12 à 16 ans	11	9
De plus de 17 ans	6	0

5.4. Prise en charge

Dans les 185 situations dans lesquelles le service a été actif pendant l'année 2013, la prise en charge a consisté en :

	Les anciens cas (TT : 69)	Les nouv.cas (TT : 115)	TOTAL 184
Evaluations * (de 1 à 5 entretiens)	21	71	92
Travail familial ** (de 4 à 10 entretiens)	27	19	46
Thérapie individuelle de l'enfant (de 4 à 20 entretiens)	27	21	48
Guidance des parents (de 4 à 22 entretiens)	22	28	50
Collaboration avec le réseau *** (de 1 à 10 entretiens)	38	31	69

De novembre 2012 jusqu' avril 2013, l'équipe a proposé un groupe thérapeutique ambulatoire pour des enfants de 10 à 13 ans.

La rubrique « évaluation » reprend les dossiers où les prises en charge se sont limitées à cette phase.

Une thérapie individuelle de l'enfant, un travail avec les parents et un travail avec les professionnels du réseau peuvent être réalisés conjointement.

Les réunions familiales et les évaluations peuvent se faire en co-thérapie.

La rubrique « collaboration avec le réseau » reprend les situations où ont eu lieu des réunions soit avec les professionnels et les familles, soit avec les professionnels seuls (quand il y a ouverture d'un dossier).

5.5. Demandes traitées sans ouverture d'un dossier

99 demandes et situations de 2013 ont été traitées « sans ouverture de dossier » :

- 21 supervisions avec des équipes et des professionnels du réseau,

- 42 consultations par téléphone de personnes privées,
- 36 consultations par téléphone de professionnels du réseau médico-psycho-social,
- 1 situation où il y a eu des entretiens avec des membres de la famille élargie.

6. Les situations prises en charge par le service ALUPSE-Bébé

6.1. Nombre de familles et enfants pris en charge

En 2013, 48 familles avec un nouveau-né ont été prises en charge par le service « ALUPSE-Bébé soutien du lien parents-enfants ». Dans 24 familles, le service était déjà actif l'année précédente et 24 nouvelles familles. Dans 20 situations, le travail a été clôturé.

Le nombre total d'enfants vivant dans ces familles s'élève à 77, dont 48 enfants en dessous de 3 ans.

13 couples sont mariés ou pacsés, 14 vivent en concubinage et 21 femmes vivent seules.

6.2. Interventions

Les membres de l'équipe se rendent à domicile, collaborent étroitement avec les pédiatres hospitaliers et les professionnels du réseau. La prise en charge peut durer jusqu'à ce que l'enfant ait 3 ans. En 2013, l'équipe a fait 639 interventions : visites à domicile, réunions de concertation avec les familles et les professionnels, interventions d'urgence, visites médicales.

7. TRAVAIL DE PREVENTION ET DE FORMATION en 2013

2 journées de formation organisées par l'ALUPSE pour les professionnels du réseau médico-psycho-social et juridique sur la prise en charge des situations d'abus sexuel intrafamiliales :

- 1^{ière} journée « La reconstruction du lien après l'inceste est-elle possible ? », 105 professionnels ont participé à la formation,
- 2^{ième} journée « Mieux comprendre ce que vivent les victimes d'abus sexuels », 129 professionnels ont participé à la formation.

En 2013, le service a également offert des supervisions aux professionnels, a participé et animé des groupes dans le cadre de journées de formation et d'information.

Différentes réunions avec les responsables d'autres associations ont été organisées. En plus, des ateliers, des formations, des tables rondes et des présentations du service ont eu lieu durant l'année 2013.

8. Conclusions

En 2013, le service « ALUPSE-DIALOGUE – Promotion du lien parents-enfants » a accompagné en tout 184 familles où les enfants étaient victimes de violences, dont 115 nouvelles demandes. Les deux dernières années, le service a constaté une augmentation considérable des situations prises en charge. L'équipe spécialisée est de plus en plus sollicitée en cas de maltraitance d'enfants.

A ce chiffre sont ajoutées 99 situations – sans ouverture d'un dossier - où l'équipe a supervisé des professionnels, donné des consultations par téléphone à des professionnels et à des particuliers ou a réalisé des entretiens avec des membres de la famille élargie.

Les statistiques montrent que ce sont autant les familles que les professionnels du réseau qui nous contactent. Ces appels se font souvent au moment de suspicions ou révélations des violences. Lors de l'appel téléphonique, le service prend soin d'évaluer l'urgence de la demande, en considérant plusieurs facteurs :

- le danger et la protection de l'enfant,

- la souffrance de l'enfant ou de l'adolescent,
- les capacités des parents ou autres personnes responsables à soutenir l'enfant,
- la nécessité d'un signalement.

L'équipe peut proposer un rendez-vous en urgence. La disponibilité de l'équipe au téléphone et l'organisation à court terme d'un premier rendez-vous permet :

- la gestion des émotions dans un moment de crise,
- le conseil et la guidance des adultes responsables,
- la mise en place d'une aide psychologique pour les personnes concernées,
- le soutien pour l'organisation de la protection de l'enfant.

En raison de la spécialisation en matière de prise en charge de la violence, le service ne constitue pas de liste d'attente concernant les demandes qui arrivent. La prise en charge thérapeutique de l'enfant ou de l'adolescent victime de violence - dès la révélation – et, en même temps, le soutien des parents ou autres personnes responsables de l'enfant, aide celui-ci à gérer le vécu traumatique et à prévenir l'apparition de symptômes à long terme.

Le service accueille des enfants ou adolescents qui ont vécu des situations traumatisantes récentes (Akut-Traumatisierung), par exemple, des agressions physiques, des viols et des enfants et adolescents qui ont vécu en continu - souvent depuis leur petite enfance - des situations traumatisantes, par exemple, négligences graves, abandons, violences domestiques. Ceux-ci ont pu développer des troubles post-traumatiques infantiles multiples.

Le service constate une augmentation des prises en charge à long terme : des thérapies individuelles de l'enfant, des thérapies familiales et des guidances des parents.

Au niveau thérapeutique individuel de l'enfant et de l'adolescent, le service propose :

- une évaluation des troubles et des ressources de l'enfant ou de l'adolescent traumatisé,
- un traitement thérapeutique pour favoriser sa stabilisation psychique, renforcer ses capacités de résilience, l'aider à gérer ses angoisses, à retrouver confiance en lui-même et créer des relations saines avec son entourage.

Les parents, la fratrie ou autres membres de la famille peuvent être des facteurs de stabilisation et de protection. Dans la mesure du possible, le service essaye de les impliquer dans le travail, sachant que l'enfant a besoin du regard bienveillant et d'un lien soutenant pour aller en avant.

En 2013, le service a constaté une augmentation considérable du nombre de situations de violence domestique où les enfants ont subi des violences directes par un des parents ou étaient témoins des violences entre les parents.

La thérapie familiale a pour but d'interrompre les dynamiques violentes, de créer un espace sécurisant, d'écoute et de communication, de restaurer à l'enfant sa place d'enfant, de différencier entre les vulnérabilités des adultes et les blessures des enfants, de rétablir le respect mutuel, de trouver des modes d'interaction et de communication non-violents.

L'équipe considère le travail avec les familles et les enfants comme un travail de prévention en soutenant la création d'un cadre de vie stable et répondant aux besoins de l'enfant.

Le groupe thérapeutique pour enfants était une première. Ce projet a porté ses fruits. Le but est d'offrir aux enfants traumatisés ou souffrant de troubles post-traumatiques un cadre sécurisant et sans pression qui leur permet de faire l'expérience d'être valorisé et de découvrir le plaisir de partager des sentiments et le vécu avec des pairs.

La violence entre mineurs est un phénomène auquel le service est de plus en plus confronté, tant à l'intérieur de la famille (fratrie,...) qu'à l'extérieur (école,...). Souvent les « auteurs » de violences sont aussi des « victimes » de violences. Il s'agit de jeunes, avec une histoire et un passé lourd où la violence est l'expression d'une détresse. Dans les situations de transgression entre mineurs à l'intérieur de la famille, le service propose la prise en charge de toute la famille, tout en veillant à ce

que le cadre judiciaire soit respecté (la thérapie n'est pas une alternative au signalement et à l'intervention du juge de la jeunesse). Le travail avec l'adolescent qui a fait les transgressions consiste d'une part à l'aider à être conscient de sa propre histoire, à se confronter avec son passé traumatique. D'autre part, il est amené à se confronter à sa responsabilité par rapport à ses actes de transgression. Ce travail présuppose que les parents collaborent et participent à la mise en place de règles et limites respectueuses et qu'ils soient les garants de la sécurité des enfants qui vivent à la maison.

Les deux équipes ALUPSE-DIALOGUE et ALUPSE-Bébé veillent à communiquer et à collaborer avec les autres professionnels actifs du réseau pédago-psycho-médico-social et de la justice. Cette collaboration se manifeste dans la prise en charge citée ci-avant et aussi dans le chiffre élevé de supervisions que l'équipe ALUPSE-DIALOGUE a donné aux professionnels du réseau.

Les deux journées de formation organisées par le service ALUPSE-DIALOGUE en 2013 pour les professionnels du réseau médico-psycho-social et juridique concernant la prise en charge des situations d'abus sexuels intrafamiliales étaient un grand succès. Le nombre de participants (105 et 129 personnes) parle du besoin de formation en la matière.

Le service ALUPSE-Bébé s'intègre de plus en plus dans le réseau des professionnels. En 2013, le service a accepté 23 nouvelles demandes, dont 9 situations en prénatal.

9. Projets

L'équipe est de plus en plus concertée dans des situations de violence entre mineurs. Les enfants et adolescents victimes d'abus sexuel et leurs proches ont besoin d'une prise en charge adaptée. Dans ce cadre, il paraît évident de réfléchir et mettre en place des aides spécialisées également pour les adolescents, membres de la famille et auteurs de violence.

Le service ALUPSE-DIALOGUE continue à se spécialiser dans le travail avec les enfants, adolescents et leur famille qui ont vécu des situations traumatisantes ou qui souffrent des symptômes post-traumatiques multiples. Dans ce contexte, l'équipe collabore étroitement avec les psychiatres et pédopsychiatres.

L'équipe est en train de développer des modules de formation pour les professionnels de l'enfance concernant la gestion et la coordination des situations de violence ou de suspicion de violence. Le projet consiste à soutenir l'action de coordinateurs formés (ou personnes de références) au niveau des institutions (crèches, foyers, maisons relais, écoles,...) et de leur offrir la possibilité de supervision continue sur des cas concrets. Le but est d'établir une communication systématique et une plateforme de recherche entre les spécialistes et les professionnels de première ligne.

L'équipe continue d'élaborer des groupes de sensibilisation et de formation pour les parents sur le sujet « bien-être et développement psycho-sexuel des enfants ».

4. Patienten Vertreibung a.s.b.l.

Missions

Les principaux objectifs de l'association sont :

- de fournir des informations ayant trait :
- à la santé et la sécurité sociale; aux droits et devoirs des patients et aux différentes démarches possibles en cas de litige entre un patient et un prestataire de soins;
- de fournir aux personnes s'adressant à l'association, un avis consultatif leur permettant de décider des démarches ou actions à entreprendre, en cas de contestation de prestations;
- d'organiser des conférences d'information sur des sujets qui ont trait d'une part à la santé, en particulier en ce qui concerne les nouvelles méthodes diagnostiques ou thérapeutiques et d'autre part à la sécurité sociale;

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">- de créer un centre de documentation qui rassemble toutes les informations relatives aux différentes méthodes de diagnostics ou de traitements;- d'élaborer des brochures d'information en relation avec les droits et devoirs des patients;- de diffuser les informations relatives aux domaines susmentionnés par voie de presse et une plateforme internet. |
|---|

1. Activités 2013

Lors de l'exercice 2013, la « PATIENTE VERTRIEDUNG a.s.b.l. » a été confrontée à 2.074 prises de contact par téléphone, concernant des plaintes et demandes d'information liées aux droits et devoirs des patients en matière de santé et de sécurité sociale. Suite à ce premier contact par téléphone, 226 entrevues entre le patient et la « PATIENTE VERTRIEDUNG a.s.b.l. » ont été réalisées. Ces entrevues se sont déroulées au sein de la « PATIENTE VERTRIEDUNG a.s.b.l. » ou bien sous forme de visites à domicile, le facteur décisif étant la mobilité des demandeurs. Souvent une entrevue personnelle s'avère nécessaire pour permettre une discussion plus poussée des problèmes rencontrés.

Le but de ces entretiens est toujours d'essayer de trouver des solutions adaptées aux situations individuelles des patients. Dans la majorité des cas des informations ciblées et ponctuelles ont permis de donner satisfaction aux requérants.

En 2013, 176 contacts ont donné lieu à l'établissement d'un dossier, souvent liés à des contestations ou litiges entre patients et prestataires (p.ex. prise en charge incorrecte; facturation par les prestataires et remboursement par une assurance maladie). A ces dossiers s'ajoutait la reprise des dossiers des exercices précédents (7 dossiers).

Tous ces dossiers donnent lieu à des échanges de courrier, des transmissions d'informations et souvent des médiations entre les différentes parties concernées.

L'association a pris position, par voie de communiqué, conférence de presse, interview, sur différents sujets liés aux domaines de la santé et de la sécurité sociale, comme par exemple:

- la Directive du Parlement européen relative à l'application des droits des patients en matière de santé transfrontaliers;
- les prestations de l'assurance dépendance;
- une réforme de l'assurance dépendance;
- les revendications en matière de la santé et sécurité sociale au nouveau Gouvernement;

La « PATIENTE VERTRIEDUNG a.s.b.l. » a constaté une croissance des demandes d'explications par rapport à la facturation des actes, aux détails de remboursement et prises en charge par les caisses de maladie. Un phénomène qui s'est amplifié vers la fin de l'année 2008 par l'instauration du statut unique et de la réforme au niveau des caisses de maladie à partir du 1er janvier 2009. Elle a également constaté une croissance des demandes d'explications concernant les traitements dentaires et orthodontiques ainsi que des modalités de prise en charge de ces traitements. Un autre volet qui a connu une croissance des demandes d'explications, est celui des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers. Une légère croissance par rapport à l'année 2012 s'est manifesté au niveau des demandes d'explications concernant le droit d'accès au dossier patient ainsi qu'aux différentes pièces de ce dossier.

2. Perspectives

En termes de projets, la « PATIENTE VERTRIEDUNG a.s.b.l. » entend développer les activités suivantes:

- collaboration à la mise en place d'une instance nationale de conciliation avec support d'un groupe d'experts,

- amélioration de l'information du patient dans les domaines de la sécurité sociale et santé en matière de soins de soins de santé transfrontaliers,
- prise de position par rapport aux projets de lois en cours qui ont trait aux systèmes de la santé et de la sécurité sociale,
- extension du centre de documentation, surtout en ce qui concerne la diffusion d'informations via la plateforme internet de l'association,
- développement des analyses statistiques en vue de pouvoir détecter les causes majeures d'insatisfaction des patientes avec le système de santé au Luxembourg,
- développement du groupe AGORA afin de propager une collaboration plus étroite entre les différentes associations,
- prise de position par rapport aux questions essentielles qui ont trait aux droits et intérêts des patients dans le domaine de la santé et de la sécurité sociale,
- prise de position par rapport à l'implémentation d'un contrôle de qualité systématique et transparent des prestations dans le secteur de la santé et de l'assurance dépendance,
- interventions et prises de position par rapport à tout sujet ou problème mis en évidence par les patients ou tout autre intervenant dans le domaine de la santé ou de la sécurité sociale,
- organisation de conférences sur des sujets de l'actualité.

5. Ligue médico-sociale (anc. Ligue Luxembourgeoise de Prévention et d'Action médico-sociales)

Missions de la Ligue médico-sociale

Dans le cadre de la médecine préventive et sociale, la Ligue Médico-Sociale assure plusieurs missions médico-sociales définies par la loi modifiée du 19 mars 1910.

La Ligue médico-sociale assure ainsi de nombreuses prestations grâce à ses différents services médico-sociaux énumérés ci-dessous :

- service antituberculeux et des maladies respiratoires,
- médecine scolaire,
- service d'éducation et promotion de la santé,
- consultations pour nourrissons et jeunes enfants,
- consultations d'aide au sevrage tabagique,
- consultations diététiques,
- consultations psychologiques.

Les objectifs de ces interventions sont la prévention, le dépistage, le conseil, l'orientation, l'aide, l'accompagnement et le suivi des populations et des personnes, particulièrement lorsqu'elles sont vulnérables et fragilisées, défavorisées ou en difficultés.

1. Le service de lutte contre la tuberculose et les maladies respiratoires

1.1. Missions, ressources

La lutte contre la tuberculose est une activité de santé publique que la Ligue assume depuis 1908.

Les objectifs de cette mission consistent essentiellement à dépister les malades tuberculeux contagieux, notamment parmi les groupes à risque, et à dépister les personnes récemment infectées à leur contact mais non malades (infections tuberculeuses latentes). Puis il s'agit d'orienter ces personnes pour leur prise en charge thérapeutique.

En outre la Ligue intervient dans le dépistage et la prévention des pathologies respiratoires chroniques potentiellement invalidantes liées notamment au tabagisme, aux pollutions atmosphériques ou aux expositions professionnelles.

Les consultants sont accueillis dans les 3 centres médico-sociaux de Luxembourg, d'Esch et d'Ettelbruck pourvus d'équipements radiologiques et de professionnels spécialisés (médecins pneumologues, assistants d'hygiène sociale, infirmier(e)s, assistants techniques médicaux de radiologie, assistants sociaux) secondés de personnel administratif.

1.2. Principaux faits concernant 2013

Vu la diminution du nombre de demandeurs de protection internationale, les séances spécifiques « réfugiés », organisées avec le personnel de l'inspection sanitaire, ont été réduites à 2 séances hebdomadaires au lieu de 3.

1.3. Bilan chiffré des consultations TB et maladies respiratoires en 2013

Sur le territoire national ces consultations de dépistage de la TB et des maladies respiratoires ont représenté au cours de l'année écoulée :

19233	(- 6,6%)	consultants
460		séances de consultations
7562	(+6,2%)	examens radiographiques pulmonaires interprétés
7905	(- 1,2%)	tests cutanés tuberculiniques (IDR) faits
6787	(- 4,7%)	tests cutanés tuberculiniques lus
991	(- 27,8%)	tests sanguins IGRA (QFT) effectués et interprétés
22438	(-3,6%)	rapports envoyés aux correspondants
47		déclarations obligatoires de TB reçues
10		déplacements pour dépistage TB
11		dossiers traités par l'assistante sociale

1.4. Constats et évolutions

Malgré une baisse de 6,6%, la fréquentation s'est maintenue à un niveau élevé. La part effectuée par le CMS de Luxembourg est très largement majoritaire notamment par les séances spécifiques de dépistage des demandeurs d'asile organisées conjointement avec l'inspection sanitaire.

8896 tests tuberculiniques, cutanés (IDR) et sanguins (QFT), ont été effectués ce qui représente une diminution de 12%. Par contre, le nombre d'examens radiographiques réalisés a encore progressé (+ 6,02%) par rapport à 2012.

Enfin, les enquêtes épidémiologiques TB ont nécessité 10 déplacements d'équipe en 2013.

2. Le Service Médical Scolaire (MS)

La médecine scolaire dans les écoles primaires est un autre domaine important d'activité médico-sociale de la Ligue. L'institution effectue cette prestation pour 103 communes du pays comme la loi du 2/12/1987 le prévoit.

La médecine scolaire comporte un volet médical et un volet social qui sont gérés par l'équipe médico-socio-scolaire.

2.1. Volet médical

2.1.1. Missions, ressources

L'équipe, sous l'autorité du médecin-chef de la division de la médecine scolaire du Ministère de la Santé, est composée d'un(e) AHS ou d'un(e) infirmier(ère) et d'un(e) assistant(e) social(e) et enfin du médecin désigné par la commune et agréé.

Cette équipe réalise, tout au long de l'année scolaire, les examens médicaux. Cette année scolaire appliquait des mesures transitoires par rapport aux prescriptions du nouveau règlement grand-ducal du 24/10/2011.

Par ailleurs toutes les constatations, informations ou demandes particulières d'ordre social relevées par l'infirmière sont transmises à son "homologue social" de l'équipe médico-socio-scolaire du secteur correspondant pour être prises en charge.

2.1.2. Les objectifs

Il s'agit de dépister les maladies, les handicaps ainsi que les problèmes sociaux et aussi de suivre les élèves dans leur développement, de contrôler leur adaptation à l'école, en respectant le calendrier des examens médicaux scolaires imposés par la loi, et de les orienter, si besoin, vers une prise en charge adéquate.

Enfin, les professionnels participent à l'éducation et la promotion de la santé (EPS) qui vise à faire adopter aux enfants des comportements sains pour la santé et à contribuer à leur mieux-être. Signalons enfin la mise en application progressive du nouveau RGD concernant le contenu et fréquence des examens médicaux.

2.1.3. Bilan d'activité pour l'année scolaire 2012 - 2013

Les chiffres ci-dessous proviennent de la collecte des chiffres enregistrés pour les 103 communes bénéficiant du SMS :

Nombre d'élèves inscrits	31964 (+0,35%)
Nombre de classes concernées	2084 (+0,53%)
Nombre de cs (contrôles systématiques) effectués antérieurs)	24089 (-19,94% par rapport aux tests systématiques ts
Nombre d'examens médicaux de santé effectués systématiques ems + bilans de santé bs antérieurs)	23735 (+ 21,8% par rapport aux examens médicaux
Nombre d'avis médicaux formulés	11625 (- 7,85%)
Nombre d'animations "promotion de la santé" PS effectués dans le cadre de la médecine scolaire MS	302 (- 20,53%)

2.1.4. Constats et évolutions

La population des élèves inscrits sur les listes a légèrement augmenté de 0,85%. Quant au nombre d'examen médicaux, il est corrélé au nombre de niveaux concernés qui aurait dû, selon le nouveau RGD, baisser (4 niveaux testés au lieu de 5 pour les examens de santé et respectivement 4 niveaux scolaires au lieu de 8 pour les contrôles systématiques). En fait au cours de cette année scolaire transitoire la baisse du nombre d'examens de contrôle systématiques a été annihilée par l'augmentation des examens médicaux. En effet, par rapport à l'exercice précédent, 6002 tests biométriques annuels ont été « économisés » alors que 4249 examens médicaux ont été effectués en plus.

S'agissant des problèmes de santé rencontrés chez les enfants ils restent globalement les mêmes. L'on remarquera toutefois que l'obésité gagne 0.1 % de la population des enfants par rapport à l'an dernier (7%). Les pathologies de l'appareil locomoteur, l'aversion aux vaccinations et les dermatoses continuent d'occuper les 3 premières places des problèmes de santé.

Le nombre d'interventions d'éducation et de promotion de la santé (302) en faveur du bien-être des enfants (ateliers, animations et actions diverses) ont été moins nombreuses au cours de l'année scolaire écoulée (- 20,5%). Les mesures transitoires relatives à l'application du nouveau RGD et les examens médicaux plus complets et longs en sont les causes essentielles.

Enfin, en parallèle de ces activités de terrain certains des professionnels participent aux groupes de travail « Gimp », « Comité santé scolaire » ou sont régulièrement impliqués dans les programmes nationaux de prévention concernant notamment la Médecine scolaire, l'alimentation et l'activité physique des plus jeunes.

2.2. Volet social

2.2.1. Missions

La mission du travailleur social en médecine scolaire est inscrite dans la loi du 2 décembre 1987 portant réglementation de la médecine scolaire.

L'article 4 de cette loi stipule que la médecine scolaire a pour objet« de collaborer aux tâches sociales en liaison étroite avec les commissions scolaires et les services spécialisés de l'Education nationale, tels que les services de guidance, les commissions d'inclusion scolaire et les services de psychologie et d'orientation scolaire, en établissant un bilan social de l'élève en cas de besoin, en assurant le suivi et en assistant, le cas échéant, l'enfant afin qu'il puisse bénéficier effectivement des mesures proposées ».

Travaillant à l'intersection du milieu scolaire, du milieu familial, du monde médical et du domaine social, l'assistante sociale occupe une place charnière dans le dispositif médico-socio-scolaire et il lui revient de soutenir l'enfant dans sa famille, puis d'organiser, de suivre et d'assurer la continuité des aides nécessaires à un enfant en difficulté.

De fait coordinatrice, voire case manager, elle est présente dans tout le processus d'aide et cela du diagnostic initial à l'évaluation des résultats. Son rôle inclut aussi la fonction de conseillère au sein de la commission d'inclusion scolaire, auprès du personnel enseignant, ainsi qu'auprès des parents pour toutes sortes de problématiques sociales.

2.2.2. Quelques chiffres

Sur une population de 33537 enfants, 2248 enfants ont bénéficié d'une ou de plusieurs interventions sociales de la Ligue Médico-sociale pendant l'année scolaire 2012/2013.

SMS-Social 2012/2013	
Anciens dossiers actifs au 15.09.2012	1611
Nouveaux dossiers ouverts en cours de l'année scolaire 2012/2013	637
Total des dossiers traités au courant de l'année scolaire 2012/2013	2248
dont dossiers clôturés en cours de l'année scolaire	627

Au début de l'année scolaire 2013/2014 le nombre de dossiers actifs est de 1621 dossiers.

Le nombre des dossiers traités en cours d'année a légèrement augmenté par rapport à l'année scolaire précédente.

Les problèmes les plus importants rencontrés lors de la prise en charge des enfants et de leurs

familles sont regroupés dans le tableau suivant : (n= 4142)

Pour les communes de Rumelange et de Schiffange, la Ligue médico-sociale n'assure que le volet social de la prise en charge des enfants dans le cadre de la médecine scolaire.

Problèmes des enfants par catégorie (n= 4142)

Les problèmes les plus importants rencontrés lors de la prise en charge des enfants et de leurs familles sont regroupés dans le tableau suivant :

Problèmes des enfants par catégorie	%
Problèmes sociaux et socio-scolaires	38,51 %
Problèmes de santé psychique	27,43 %
Problèmes socio-familiaux	22,66 %
Problèmes de santé physique	9,11 %
Problème socioculturels	2,29 %
Total	100.0 %

Parmi les problèmes sociaux et socio-scolaires (38,51%), citons les plus fréquents :

Les enfants qui présentent des problèmes comportementaux, de violence ou d'agressivité, des problèmes de l'apprentissage scolaire, ou les enfants signalés au service socio-scolaire pour absentéisme scolaire, fréquentation irrégulière ou tardive des cours, ainsi que pour suspicion de négligence ou de maltraitance.

Parmi les problèmes de santé, les déficiences de santé psychique (27,43%) occupent une place alarmante.

En ce qui concerne les problèmes de santé physique (9,11%), le service est confronté aux problèmes de poids, surtout l'obésité, ainsi que l'hygiène et la parasitose.

Evaluation de la motivation de collaboration des parents en pourcentage

Sur un échantillon de 1173 situations problématiques, les assistants (d'hygiène) sociaux ont fait l'analyse de la motivation de collaboration des parents avec les intervenants sociaux.

Cette analyse est reprise dans le tableau ci-dessous :

Evaluation	Motivation mère (%)	Motivation père (%)
bonne	24,81	12,19
plutôt bonne	32,14	15,52
plutôt mauvaise	11,85	6,65
mauvaise	4,09	3,15
aucune	2,47	3,67
inconnue	24,64	58,82

Le service note une variation importante entre les motivations des parents :

La motivation des mères est bonne dans 56,95% des cas, alors que celle des pères est bonne dans seulement 27,71% des cas.

Dans 58,82 % des cas, les assistants (d'hygiène) sociaux ignorent la motivation des pères, ce pourcentage élevé peut s'expliquer d'une part par une grande majorité de familles monoparentales, mais probablement aussi par le manque de présence réelle des pères dans le processus de la prise en charge par les intervenants sociaux.

Evolution des situations

Evolution de la situation chez l'enfant	%	Evolution de la situation chez les parents	%
positive	13,81%	positive	6,22%
plutôt positive	42,46%	plutôt positive	25,06%
stabilisation	22,59%	stabilisation	27,28%
plutôt négative	4,26 %	plutôt négative	5,46%
négative	1,71%	négative	2,30%
inconnue	15,17%	inconnue	33,67%

Parallèlement, l'évolution des situations prises en charge par les assistantes sociales a été analysée sur le même échantillon de 1173 dossiers sociaux.

Cette analyse montre que l'intervention du service social a amélioré la situation dans 56,27% des cas chez les enfants, et qu'une stabilisation de la situation a été obtenue dans 22,59% des cas.

L'influence des facteurs externes à la relation d'aide ne doit pas être négligée dans le processus de changement : les divorces et problèmes de garde et de droit de visite y relatifs, les facteurs matériels, tels l'absence de travail, l'insuffisance de revenus, les problèmes de logement etc.

3. Conclusion

Les assistants (d'hygiène) sociaux mettent en évidence que la proportion d'enfants à problèmes sociaux augmente dans les classes.

Pour les communes de Rumelange et de Schiffange, la Ligue médico-sociale n'assure que le volet social de la prise en charge des enfants dans le cadre de la médecine scolaire.

4. Les consultations pour nourrissons et enfants en bas âge

La Ligue organise sur l'ensemble du territoire national des consultations destinées à promouvoir la santé des nourrissons et jeunes enfants âgés de 0 à 4 ans, à vérifier leur développement harmonieux, à dépister les anomalies et handicaps éventuels et enfin à conseiller les parents sur tout ce qui concerne leur santé et leur développement en particulier psychomoteur et psychosocial.

Deux modalités d'activité coexistent pour cette prestation. Une équipe spécialement dédiée développe depuis 2010 un Projet-Pilote sur 9 sites du territoire. Elle assure des consultations sur sites (CNJE), des visites à la maternité (VM) du Centre hospitalier de Luxembourg, des visites à domicile (VD) ainsi

que des réunions Info-Santé. Parallèlement 16 autres sites fonctionnent avec des équipes locales, selon le modèle habituel d'activité développé depuis plusieurs décennies. En début 2013, des séances Info-Santé furent cependant rajoutées sur 5 sites, notamment sur les sites d'Ettelbruck, Wiltz, Dudelange, Junglinster et Grevenmacher. Notons, également que l'offre des visites à domicile a été étendue sur tout le Grand-Duché de Luxembourg.

L'activité globale des 25 sites a légèrement baissé. 1761 consultations ont été comptabilisées au plan national soit une diminution de 5,1%. Une analyse plus fine montre que le projet pilote enregistre une hausse globale de fréquentation de 3,70% plus importante pour les nouveaux clients (+6,5%) que les anciens (+2,6%). A contrario, les sites non inclus dans ce type de fonctionnement accusent une baisse significative de fréquentation. Avec -7,8%, la baisse est surtout sensible pour les nouveaux clients. Elle est moindre pour les anciens et la fréquentation globale avec respectivement -4,9% et -5,1%. L'efficacité du Projet-Pilote est ici encore une fois bien démontrée.

5. Activités diverses de prévention et de promotion de la santé

La communauté des adultes est aussi pour la Ligue une cible de la prévention et de la promotion de comportements plus favorables pour la santé.

Parmi ses activités de prévention et de dépistage, la Ligue propose :

- des consultations d'aide au sevrage pour les fumeurs,
- des consultations d'hygiène mentale (psychologue),
- des consultations diététiques,
- des interventions concertées en matière de tabagisme ou de nutrition, effectuées par des professionnels qualifiés, au sein des collectivités et des entreprises qui en font la demande,
- des actions de terrain à l'attention du grand public notamment contre le tabagisme ou pour la prévention des maladies respiratoires chroniques,
- la réalisation de spirométries de dépistage à la recherche de BPCO (broncho-pneumopathie chronique obstructive) principalement destinées aux fumeurs.

Le sevrage tabagique voit à nouveau augmenter sensiblement sa fréquentation. 33% d'augmentation des consultations (108) et un regain des entretiens de suivi (+ 65%) alors que les primo-consultants progressent plus modérément (+2.4%). Les défections restent nombreuses avec 31 rendez-vous non honorés sur 139 pris (22%).

Enfin, les experts de la Ligue ont participé, à l'initiative des ministères de tutelle et en collaboration avec d'autres partenaires à différents réseaux et groupes de travail.

Ces échanges et discussions représentent le fondement de l'élaboration des projets ou des programmes nationaux de santé publique.

6. Conclusions générales

Les consultations pour maladies respiratoires ont connu un léger tassement.

L'activité du service médical scolaire reste lui à un niveau soutenu et dépendant de la mise en application des mesures définitives du nouveau RGD.

En matière de consultations pour nourrissons et jeunes enfants le Projet-Pilote a une nouvelle fois démontré l'intérêt favorable qu'y porte la population concernée.

Enfin la Ligue poursuit ses multiples actions de prévention, de dépistage ou d'éducation pour la santé et s'investit dans de nouvelles prestations afin de donner une réponse aux problèmes constatés.

02. Psychiatrie Extra-hospitalière

1. Ligue Luxembourgeoise d'Hygiène Mentale (L.L.H.M. a.s.b.l.) - Centre de Santé Mentale

Missions

Le Centre de Santé Mentale est un service de psychiatrie du secteur extra-hospitalier et ambulatoire qui joue un rôle important dans la décentralisation et la désinstitutionalisation de la psychiatrie. Une équipe multidisciplinaire offre une prise en charge adaptée à toute personne souffrant de troubles psychiques. L'organisme gestionnaire est la Ligue Luxembourgeoise d'Hygiène Mentale.

Le Centre de Santé Mentale regroupe plusieurs services :

1. Le service de consultation

Ce service, ouvert de 8 à 18h et 5 jours sur 7, est implanté à Luxembourg dans le quartier de la gare.

Une équipe thérapeutique pluridisciplinaire propose :

- des entretiens et des thérapies (thérapies individuelles, thérapies comportementales, thérapies familiales et de couple, relaxation),
- des consultations psychiatriques,
- des consultations sociales,
- des soins infirmiers,
- des entretiens d'admission et d'évaluation pour l'hôpital de jour,
- des entretiens d'admission et d'évaluation pour les appartements thérapeutiques,
- des consultations de soutien à l'emploi effectuées par une ergothérapeute.

En 2013, le service de consultation a compté 6116 rendez-vous. Il a reçu 831 patients différents, soit une augmentation de 1,71% par rapport à 2012. 493 personnes ont consulté pour la première fois en 2013, soit une diminution de 5,91 %.

Le service s'adresse à des personnes adultes souffrant d'angoisses, de dépression, de psychose, de troubles de la personnalité, de dépendance, de troubles post-traumatiques, et qui rencontrent des problèmes relationnels, psycho-sociaux voire existentiels dans leur cadre de vie familial, professionnel ou dans leur solitude. Le service prend aussi en charge des demandeurs de protection internationale avec l'aide du service interprétariat interculturel de la Croix-Rouge et voit dans ce cadre 48 patients, ce qui correspond à un nombre de 321 consultations.

Les différentes consultations se répartissent de la manière suivante :

- psychiatres : 757,
- psychologues : 3322,
- infirmiers : 220,
- thérapies de couple : 67, soit 18 couples différents,
- assistants sociaux : 909,

- ergothérapeute (soutien à l'emploi) : 439, soit 85 patients différents. Parmi ceux-ci, 27 ont trouvé ou repris un travail, 28 sont toujours en cours d'élaboration d'un projet et 30 de ceux qui travaillent maintiennent le suivi.
- relaxation : 218.

Des évaluations ponctuelles ainsi que des visites à domicile sont également réalisées par différents membres de l'équipe. En plus de différentes prises en charge, la première session de l'atelier théâtre qui avait levé son rideau en 2012 s'est terminée par une représentation le 28 novembre dans la salle de fête de Steinsel. Les 4 patients qui ont participé intensément à la mise en place de la pièce de théâtre ont su, avec le soutien de 4 thérapeutes, jouer devant 80 personnes et rencontrer un franc succès. A côté de l'atelier théâtre a débuté au courant de l'année 2013 le développement d'un groupe d'entraînement à l'affirmation de soi qui sera lancé en 2014 et pourra accueillir 8 participants.

2. L'hôpital de jour

Il s'agit d'un service de traitement médico-socio-thérapeutique fonctionnant toute l'année (jours ouvrables) et qui propose plusieurs types de prises en charge. 103 patients ont fréquentés l'hôpital de jour en 2013.

2.1. Le programme de réhabilitation intensive

L'objectif principal est la réhabilitation psychosociale. Le service vise l'autonomisation la plus complète des personnes. Le travail thérapeutique est assuré par une équipe pluridisciplinaire. Le programme thérapeutique est proposé chaque jour ouvrable de 8h30 à 16h30. Il comprend différentes activités de groupe. Les axes thérapeutiques exploités sont entre autres l'entraînement ou développement des compétences sociales, la gestion des symptômes, la psychoéducation, la musicothérapie, les activités sportives, artistiques et culturelles, la structuration du temps et de l'espace. Ce programme a été fréquenté par 32 patients différents en 2013. Les deux tiers des patients sont âgés de 25 à 45 ans. Il y a autant d'hommes que de femmes. La durée moyenne d'une prise en charge est de 21,3 semaines soit 5 mois et 1 semaine. Les patients souffrent principalement de psychoses (dans la moitié des cas, schizophrénies diverses et troubles bipolaires), de troubles de la personnalité (dans un tiers des cas) et de syndromes anxio-dépressifs (dont PTSD). Pour une partie d'entre eux, une addiction à l'alcool, au cannabis ou à certaines médications vient se greffer au tableau. La plupart des usagers sont adressés après une hospitalisation aiguë en hôpital général ou en service de psychiatrie, après une cure à l'étranger ou sur demande spontanée. Ils peuvent être également adressés par d'autres services ambulatoires (centres de consultations, cabinets privés, services sociaux).

En plus du programme en groupe, des entretiens individuels sont prévus pour personnaliser la prise en charge de chaque patient (ce qui équivaut en moyenne à 4 entretiens individuels de 20 min /jour). Un bilan social et une anamnèse infirmière sont effectués en début de séjour pour cibler des problèmes éventuels. Des évaluations mensuelles sont prévues avec le patient et permettent de réexaminer régulièrement le projet thérapeutique et d'adapter la prise en charge aux problématiques individuelles.

Le devenir des patients à la sortie de l'hôpital de jour est principalement la remise au travail ou dans la même perspective la poursuite de rendez-vous de soutien à l'emploi initiée à l'hôpital de jour. Certains patients optent pour un bénévolat, d'autres sont pris en charge par des groupes thérapeutiques à programme moins intensif. Il a été mis en place cette année une collaboration entre le soutien à l'emploi et l'hôpital de jour, permettant à certain patients de bénéficier d'activités choisies du programme intensif.

3 stagiaires en stage de BTS infirmier psychiatrique (durée du stage 3 mois mi-temps) et 2 lycéens dans le cadre d'un premier stage de découverte en entreprise ont également pu être pris en charge. Il y a donc eu au total pour l'année 2013, 106 jours d'accompagnement de ces étudiants. La collaboration spécifique avec le service de psychiatrie hospitalière de la clinique Sainte Zithe en vue de faciliter l'admission à l'hôpital de jour et/ou la sortie du service stationnaire a été poursuivie.

2.2. Les groupes thérapeutiques

Ces groupes dits « 2x2 » et « Partagos » ont pour but la stabilisation, la socialisation, la lutte contre l'isolement et l'occupation de patients psychiatriques au long cours. La durée de leur participation se compte souvent en mois et en années. Les réunions se tiennent indépendamment du programme intensif de réhabilitation. à raison de 3x2h par semaine.

16 patients sont présents en moyenne par séance pour un total de 37 inscrits (soit une augmentation de 9 personnes par rapport à l'année précédente).

2.3. L'atelier artistique

2 x par semaine (de 9h à 12h), l'équipe de l'atelier artistique propose aux patients intéressés un lieu d'expression et de créativité. Cet atelier réunit en moyenne 13 personnes par séance pour un total de 34 inscrits (soit une importante augmentation: 14 personnes en plus, par rapport à l'année précédente). Une exposition "copas@art" a eu lieu en avril dans les murs de la COPAS.

3. Le service « appartements thérapeutiques »

Créé en 1986, ce service disposait fin 2013 de 50 places d'hébergement. Ces places sont destinées à des personnes adultes, qui présentent un trouble psychiatrique, et qui sont désireuses d'acquérir l'autonomie suffisante pour aller vivre seules. La prestation proposée comprend une convention d'utilisation pour le logement et un contrat thérapeutique.

L'équipe se compose d'infirmiers (psychiatriques), d'éducateurs et d'assistants sociaux qui aident les personnes à mener à bien leur projet d'autonomisation. Le cadre de travail comprend des entretiens individuels, des activités de groupe (sportives, culinaires, petits déjeuners, de loisirs, groupe d'éducation à la santé...), des accompagnements sociaux, des apprentissages individuels. Les résidents sont soutenus pour trouver une activité extérieure à raison de 20 heures par semaines. Les rendez-vous et les activités mises en place en dehors des heures de travail des résidents structurent la journée. L'équipe thérapeutique assure une présence de 8h à 20h. Elle assure une permanence téléphonique avec possibilité de déplacement entre 20h et 24h et chaque week-end entre 9h et 24h.

En terme de participation mensuelle moyenne des résidents, en 2013, le centre note 91 entretiens individuels, 58 participations à des petits déjeuners, 47 participations aux repas communautaires, 19 participations à l'activité sport, 31 participations à l'activité de loisir, 16 participations à l'activité sur la santé et le bien-être. La préparation des traitements a été réalisée 141 fois (moyenne 12 fois par mois) et le numéro d'appel d'urgence a été sollicité 36 fois sur toute l'année 2013 (moyenne 3 fois par mois). La sollicitation des résidents aux activités de groupe et le nombre d'entretiens individuels proposés dépendent du projet individualisé de chaque résident et varient en fonction des sites de logement.

Ce projet individuel est évalué mensuellement par le psychologue coordinateur du service, et trimestriellement par le psychiatre responsable. Chaque résident peut évoluer plus ou moins vite. L'équipe thérapeutique s'adapte à la demande. Elle propose, en plus des suivis intensifs dans les infrastructures de l'a.s.b.l., des accompagnements de transitions ou des accompagnements à plus long terme, dans les logements loués par les résidents eux-mêmes, à des propriétaires privés.

63 résidents (26 entrées et 29 sorties) ont séjourné en 2013 en hébergement résidentiel thérapeutique. Leur âge varie entre 19 et 73 ans pour une moyenne de 37 ans. Sur le plan diagnostique, 53% présentaient un trouble psychotique de type schizophrénie ou trouble schizo-affectif, 19 % un trouble de la personnalité (majoritairement borderline), 11% un trouble de l'humeur, 7,9 % un trouble anxieux, 1,6% un trouble alimentaire, 1,6 % un trouble lié à l'utilisation d'alcool comme diagnostic principal. En termes de comorbidité, 19% de dépendance au cannabis et 9,5% de dépendance éthylique sont notés. Le taux d'occupation pour cette année 2013 s'élève à 88%.

4. Le Centre de rencontre « Espace Compello »

Compello est un lieu d'accueil et de socialisation pour les patients souffrant de troubles psychiatriques

et isolés socialement. Une fois inscrit, le patient vient de manière libre, aussi souvent et longtemps qu'il en ressent le besoin et l'intérêt pour lui. Le but est d'offrir à ces patients l'occasion de rencontrer d'autres personnes dans un lieu convivial, soit pour boire un café, soit pour entreprendre diverses activités. Les permanences ont lieu trois fois par semaine de 14h à 18h (mercredi, jeudi, vendredi) et un samedi sur deux de 14h à 17h. L'Espace Compello travaille en collaboration avec le Centre Kompass qui assure les permanences du dimanche et du lundi après-midi.

44 nouvelles personnes se sont inscrites en 2013 (soit un total sur trois années de fonctionnement de 213 inscrits) pour une fréquentation en moyenne en semaine de 8 patients par permanence et de 5 à 6 patients le WE. Malgré une légère baisse des nouvelles inscriptions par rapport à 2012, le nombre de patients par permanence est en augmentation. En plus des permanences l'espace Compello propose ponctuellement des activités de décoration, bricolage (Noël, Halloween, Pâques...) ainsi que quelques activités de dégustation (crêpes, salade de fruits, cocktails,...) et l'édition d'un petit journal « Hello Compello » (3x/an). L'espace Compello a participé à l'encadrement des stagiaires des différents services en leur permettant de participer à quelques permanences.

2. Ligue Luxembourgeoise d'Hygiène Mentale (L.L.H.M. a.s.b.l.) Centre Kompass (anc. CERMM a.s.b.l.)

A la date du 8 mai 2013 le C.E.R.M.M. a.s.b.l. a été repris par la L.L.H.M. a.s.b.l. avec l'acceptation de l'apport de tous les actifs et passifs, y compris les contrats de travail du C.E.R.M.M. a.s.b.l.

Missions

Le Centre Kompass géré par la L.L.H.M. a.s.b.l. (à partir du 08/05/13) constitue un lieu de référence, spécialisé pour recevoir les demandes de personnes adultes, de familles ou de partenaires sociaux confrontés aux difficultés de la maladie mentale.

Le Centre Kompass offre un centre de jour, un centre de consultation, un centre de rencontre et des habitations protégées qui répondent à l'isolement, aux difficultés d'autonomie et d'intégration des personnes vivant avec des problèmes de santé psychique. Les différentes offres peuvent être sollicitées séparément ou de façon complémentaire.

1. Le centre de jour

Le centre de jour est un lieu d'activités et d'échanges qui favorise la socialisation des personnes dont l'état de santé psychique ne permet pas une insertion socioprofessionnelle immédiate.

C'est un espace thérapeutique dans lequel la structuration du temps (type d'activité, objectif, durée, matériel nécessaire, évaluation) est réfléchi de façon à améliorer progressivement le niveau de fonctionnement de chaque participant. La communication, l'expressif, le créatif sont régulièrement sollicités.

Les activités du centre de jour et le déplacement vers l'extérieur facilitent la réinsertion future des clients.

2. Le centre de consultation

Le centre de consultation accueille toutes les demandes d'aide liées à la santé mentale. L'équipe spécialisée offre ses services aux personnes adultes confrontées à des problèmes psychiques ou à celles mises temporairement en difficulté par certains événements. Cette offre s'adresse aux usagers qui vivent seuls, en famille ou en logement protégé.

Des consultations psychiatriques et psychologiques, des conseils et des accompagnements socio-éducatifs pour la recherche de solutions aux problématiques associées ou provoquées par la fragilité psychique sont proposés.

En outre, la présence d'un personnel paramédical permet la prise en charge de certains soins infirmiers.

3. Le centre de rencontre

Le centre de rencontre est un lieu d'accueil fonctionnant sur un principe de «portes ouvertes». Sans contraintes particulières et sans processus thérapeutique, il constitue un lieu de passage, un lieu de pause, jouant pour certains usagers un rôle de vecteur de relations sociales, pour d'autres une source de contacts et d'informations. Il est ouvert le dimanche et le lundi après-midi.

4. Le Service de Logements Encadrés

4.1. Le Foyer de réhabilitation (Foyer Reckendall « 100 »)

Il s'agit d'un lieu thérapeutique communautaire conçu pour l'accueil de personnes adultes en difficultés psychiques. Des moyens tels qu'un programme adapté d'activités, une présence journalière du personnel et une continuité des soins 7j/7j sont prévus pour améliorer le développement des capacités nécessaires à chacun pour réintégrer le milieu social.

L'action thérapeutique menée par le personnel s'articule étroitement aux éléments de la vie sociale et relie l'utilisateur aux exigences de la vie quotidienne.

L'expérience communautaire vécue par l'utilisateur permet une confrontation progressive avec les expériences qui lui ont généralement posé des problèmes auparavant (relation à l'autre, respect d'un horaire, hygiène de vie...). Elle va favoriser l'acquisition de nouvelles compétences qui agiront comme un renfort face aux événements futurs.

4.2. Les logements communautaires et individuels

Un réseau d'habitations communautaires ou individuelles est mis à la disposition des personnes qui ont besoin d'une aide ponctuelle.

Le personnel d'encadrement se déplace vers ces lieux de vie et propose un soutien adapté aux problèmes rencontrés.

Cette aide porte sur la consolidation des apprentissages nécessaires à l'amélioration de la qualité de vie.

Les interventions de l'équipe sont centrées sur les points les plus élémentaires de la vie courante tels que la relation avec l'alimentation, l'hygiène, les loisirs, les conventions de la société, les tâches administratives, l'environnement.

4.3. Le suivi au domicile privé

Le suivi au domicile privé permet d'apporter une aide aux personnes en difficultés psychiques qui souhaitent rester dans leur milieu de vie tout en étant soutenues dans leur tentative d'autonomie.

Cette partie du travail d'encadrement peut prendre des formes différentes suivant les contextes. La prise en charge tente de s'adapter au mieux à la demande exprimée.

5. Rapport chiffré des activités 2013

5.1. Centre de Jour

Dans le centre de jour, en 2013, le nombre des participations/mois s'élève à 581 clients.

5.2. Centre de Consultation

Pendant l'année 2013, 218 consultations mensuelles ont été réalisées.

5.3. Centre de rencontre

Durant l'année 2013, l'espace rencontres a comptabilisé 801 passages pour deux jours d'ouverture par semaine soit 67 passages par mois.

5.4 Structures du service « logements encadrés »

En moyenne, 44 personnes ont été suivies par l'équipe des différentes structures du service «logements encadrés» pendant l'année 2013.

3. Ligue Luxembourgeoise d'Hygiène Mentale (L.L.H.M. a.s.b.l.) - Centre d'Information et de Prévention

Missions

Améliorer la sensibilisation auprès du grand public pour favoriser la compréhension des maladies psychiatriques, pour favoriser le dialogue entre patients et professionnels de la santé et pour affiner le volet formations et travailler en réseau pour la prévention du suicide.

1. Activités

- consultations individuelles,
- conseils pour familles et entourage des personnes en détresse,
- orientation vers d'autres structures sociales et/ou thérapeutiques,
- information et sensibilisation sous forme de conférences-débat, de conférences grand public, de groupes de discussion, ceci en grande partie en collaboration étroite avec d'autres structures,
- formations continues pour le personnel de santé et pour le grand public,
- rôle de coordination pour l'élaboration du Plan National de Prévention du Suicide,
- organisation des Journées Nationales de Prévention du Suicide,
- rôle d'accompagnement pour le service de « Stressberodung » géré en partenariat par la Ligue Luxembourgeoise d'Hygiène Mentale et la Chambre des Salariés.

1.1. Centre de consultation

En 2013, en tout, 89 personnes ont été suivies par le centre de consultation. 17 personnes ont présenté une problématique suicidaire personnelle. 7 personnes ou familles ont consulté pour aider une personne en détresse suicidaire et 4 personnes ont consulté pour un deuil après suicide.

En tout, 472 consultations, dont 26 contacts « familles », ont été réalisés. En plus il y a eu

l'encadrement de postvention dans une banque.

Complémentairement aux consultations, le téléphone et le courriel sont également largement utilisés pour des demandes d'informations ou pour des demandes d'aide.

1.2. Activités d'information et de sensibilisation

Comme pour l'année 2012, la plupart des activités d'information et de sensibilisation durant l'exercice de 2013 ont été organisées dans le cadre de la prévention du suicide.

Lancement du Site Internet : prevention-suicide.lu

1.3. Travaux de Prévention du Suicide

La Vernetzungsinstitut fir Suizidprävention offre aux professionnels de différentes structures et de différentes spécialisations une plate-forme en vue de réfléchir aux mesures potentielles pour une bonne prévention du suicide au Luxembourg.

Les événements suivants ont été organisés pendant l'année 2013 :

- les 7es Journées Nationales de Prévention du Suicide en février 2013 avaient pour thème « Suizidprävention op der Arbecht – ee weidere Bausteen! » - Soirée d'inauguration avec une conférence : "Stress et suicides au travail : les étonnants paradoxes",
- deux journées de travail avec des ateliers sur « la prévention du suicide en milieu professionnel »,
- le Centre d'Information et de Prévention a reçu la mission d'élaborer avec le Ministère de la Santé un Plan National de Prévention du Suicide,
- groupes de travail réguliers vus en 2013 : «Jeunesse et prévention du suicide», «Suicide et addictions », «Site-Internet » et «Crises suicidaires: quelles interventions?» et «Prévention du suicide chez la personne âgée». « Traumatismes et prévention du suicide » « Prévention du suicide en milieu professionnel ». Ces groupes de travail ont pour objectif d'affiner et de renforcer l'aspect formation et de réfléchir aux mesures d'aide ciblées pour les populations à risque. Les différents groupes de travail constituent également une plate-forme de réflexion sur les recommandations pour les stratégies du plan national de prévention du suicide,
- lancement en juin 2013 du Site-Internet www.prevention-suicide.lu.

1.4. Service de consultation « Stress au travail »

Le service de consultation "Stressberodung" est géré depuis 2010 en partenariat avec la Ligue Luxembourgeoise d'Hygiène Mentale et la Chambre des Salariés. Il offre des consultations gratuites à toute personne qui souffre de stress au travail.

Pour l'année 2013, 145 personnes ont consulté le service pour un total de 430 consultations, ce qui fait environ trois consultations par consultant. En outre, la Stressberodung a répondu à 50 demandes téléphoniques en 2013. 1/6 des clients qui consultent la Stressberodung travaille dans le secteur social et de la santé, 1/6 dans le secteur financier, 1/6 dans les administrations publiques. Un certain nombre de clients travaillent dans de petites structures comme des boutiques, des restaurants ou dans l'artisanat ou l'enseignement. L'âge moyen des clients est de 41 ans et s'étend de 19 à 60 ans. 44% des clients sont en arrêt de maladie au moment où ils prennent contact avec la Stressberodung. La durée moyenne d'arrêt de maladie est de 9 semaines. Ce chiffre est en nette progression par rapport aux années précédentes (2012: 25%). Entre autre, la Stressberodung proposait un projet nommé "Notre démarche la marche" en invitant toute personne intéressée à se promener pendant la pause midi et y apprendre des techniques de relaxation.

1.5. Formations continues et conférences grand public

- formation à l'intervention en cas de crise suicidaire auprès du centre WIDONG,
- conférence sur la prévention du suicide auprès du syndicat SYPROLUX,

- participation à la Gesundheitsdag à Rumelange avec une conférence sur la prévention du Suicide,
- participation à une table ronde sur la prévention du suicide dans le cadre de la présentation d'une pièce de théâtre sur le sujet (Klamms Krieg),
- 4 conférences débats sur la prévention du suicide

4. Réseau Psy - Psychesch Hëllef Dobaussen a.s.b.l.

Missions

La mission de Réseau Psy - Psychesch Hëllef Dobaussen a.s.b.l., qui fait partie des structures de la psychiatrie extra-hospitalière, est d'offrir des aides médico-psycho-sociales aux personnes qui ont un problème psychiatrique.

1. Objectifs

L'objectif est d'offrir, face aux demandes, des réponses thérapeutiques qui tiennent compte de la situation de vie globale de la personne en ne réduisant pas le problème au seul aspect médical. L'a.s.b.l. propose une prise en charge individualisée par une équipe multidisciplinaire à une population présentant des psychopathologies graves et souvent chroniques. A côté des centres de consultations et du centre de jour « Villa Reebou », il existe le centre de rencontre « KasparHaus » et le service « Logement Supervisé ».

2. Les activités thérapeutiques en 2013

Remarques préliminaires:

- les chiffres cités ci-dessous se rapportent à des dossiers: un dossier est ouvert à chaque premier entretien et concerne soit une personne seule soit plusieurs personnes, parfois toute la famille,
- pour toutes les activités qui portent le qualificatif « pluridisciplinaire », au moins deux intervenants de l'équipe, parfois plus, sont engagés,
- les chiffres entre parenthèses sont ceux de l'année précédente.

2.1. Le centre de consultations à Grevenmacher

Au centre de consultations à Grevenmacher (avec un bureau à Echternach) 103 (95) nouveaux dossiers ont été ouverts; en tout 235 (215) dossiers ont été traités. Le service compte en tout 1.948 (1.758) consultations avec un ou plusieurs intervenants. Le centre a compté en outre 292 (274) visites à domicile ou à l'hôpital avec un ou plusieurs intervenants, 171 (152) démarches dans le cadre du suivi social et 30 (18) réunions de coordination avec des professionnels d'autres services.

2.2. Le centre de consultations à Esch-sur-Alzette

Au centre de consultations à Esch-sur-Alzette 113 (127) nouveaux dossiers ont été ouverts; au total 594 (469) dossiers ont été traités. Le service compte en tout 3.763 (4.191) consultations avec un intervenant ou pluridisciplinaires, 635 (603) visites à domicile, à l'hôpital ou autre avec un ou plusieurs intervenants, 640 (422) démarches dans le cadre du suivi social et 93 (99) réunions de coordination, entre autre avec des professionnels d'autres services. 1.089 (564) entretiens téléphoniques avec le client ou l'entourage ont été effectués.

2.3. L'accueil au Centre « Oppen Dir »

A l'accueil ont été enregistrés 1.594 (1.506) entretiens téléphoniques, 246 (237) entretiens avec des patients qui se présentent à l'improviste à l'accueil, 2.890 (2.925) interventions à l'accueil liées à la gestion de finances, 4.868 (3.089) distributions de médicaments et 19 (18) interventions de crise.

2.4. Groupe Parentalité

Ainsi, en 2013, il y a eu 304 (305) consultations autour de la parentalité à la fois au Centre OPPEN DIR et à domicile.

2.5. Logement Supervisé

Dans le cadre du suivi logement ont été effectués : 3.519 (3.183) visites à domicile et à l'hôpital, 99 (25) entretiens d'admission, 922 (1.120) consultations (entrevues, entretiens avec l'entourage, gestions financières, entretiens de bilan, entrevues sociales...), 602 (401) démarches dans le cadre social, 145 (184) réunions, 1.540 (1.634) activités individuelles par un ou plusieurs intervenants. Les infirmières ont effectué 481 (136) soins infirmiers, 338 (340) administrations médicamenteuses et 738 (128) préparations médicamenteuses. Le service Logement Supervisé a encadré en tout 73 personnes de manière régulière et 14 personnes de manière irrégulière (suivis qui sont en train d'être arrêtés et suivis qui n'ont pas encore tout à fait commencé) au cours de l'année 2013.

2.6. Villa Reebou

Au centre de jour « Villa Reebou » 89 (92) patients ont participé aux différentes activités proposées (activités de groupe ou individuelles). Il y a eu 47 (93) activités et entretiens individuels et 61 (54) visites à domicile ou transports de clients à leur domicile.

De 5.775 (6.041) inscriptions aux activités à la Villa, on compte 4.752 (4.758) présences, 613 (600) absences excusées et 414 (683) non-excusées.

Comme chaque année, les clients et le personnel de la Villa ont rencontré à plusieurs reprises d'autres services psychiatriques aussi bien luxembourgeois qu'étrangers. En outre, deux séjours à l'étranger, ainsi que des excursions ont été organisés.

2.7. KasparHaus

Le centre de rencontre « KasparHaus » a compté 4.034 (3.760) fréquentations de plus ou moins 130 (120) personnes différentes. Même si le samedi reste le jour le plus fréquenté de la semaine, on note aussi que le lundi est un jour d'affluence.

L'équipe continue à faire de nombreuses démarches pour les clients du Logement Supervisé et de nombreuses sorties et activités (concerts, repas à thème, après-midi récréatif, sorties en soirée, fête de fin d'année) ont été organisées avec les clients du « KasparHaus ».

Activité annuelle importante pour les clients: rencontre internationale de 5 jours avec des services psychiatriques étrangers au Camping « Misärshaff » et un camping de 3 jours. Les clients du KasparHaus participent aussi aux vacances à l'étranger organisées par l'équipe de la Villa Reebou.

3. Formations et Relations Publiques

Les différents membres des équipes ont participé comme chaque année à divers congrès et conférences sur différents thèmes: « Apprendre à révéler la compétence des familles » - « De Génération en Génération » - « Suizidpräventioun op der Aarbecht » - « Mieux comprendre ce que vivent les Victimes d'Abus Sexuel » - « Borderline: Grenz ganz zwischen Nähe und Distanz » et «Prévention de la Violence Face à l'agressivité verbale».

4. Conclusion

Les équipes de "Réseau Psy" sont parvenues à maintenir la qualité des soins et cherchent à peaufiner les nouveaux projets déjà en place que sont la Maison Dicks, le Projet Parentalité et le travail de réseau avec les autres structures régionales, nationales et internationales.

5. Liewen Dobaussen a.s.b.l.

Missions

L'a.s.b.l. LIEWEN DOBAUSSEN gère un service offrant un encadrement social et de suivi à domicile, un service d'hébergement de jour et/ou de nuit ainsi qu'un centre psycho-social qui inclut un service de consultation, un centre de jour et un centre de rencontre pour personnes souffrant de problèmes médico-psycho-sociaux et de maladies psychiatriques.

1. Activités

1.1. Service logement

Actuellement, «Liewen Dobaussen» gère cinq logements communautaires (maisons) avec 32 places ainsi que quatre appartements avec 11 places et 7 studios individuels. S'y ajoute un service de prise en charge au domicile privé pour 5 personnes. Le service logement peut encadrer un total de 55 personnes.

L'offre s'adresse à des personnes qui nécessitent un soutien individuel et adapté à leurs besoins spécifiques pour vivre de façon stabilisé en milieu ouvert. La prise en charge soutient l'usager pour atteindre son autonomie maximale individuelle et une stabilité au niveau psycho-social.

L'admission peut se faire, soit directement à partir d'un hôpital général (3 personnes en 2013), soit après une phase de traitement et de réhabilitation à partir des services spécialisés du CHNP (27 personnes) ou encore à partir des services du secteur social (4 personnes). 22 personnes ont été admises à partir d'un logement privé et 4 personnes d'un logement précaire.

L'encadrement psycho-social mis à disposition soutient l'usager dans le processus de la réintégration sociale, malgré la présence d'une maladie psychiatrique à évolution chronique. La durée de séjour n'est pas limitée et peut varier individuellement selon les capacités de la personne concernée, avec une durée de séjour moyenne s'élevant actuellement à 51 mois.

1.1.1. Données quantitatives

L'occupation des places s'élevait en 2013 à 98,36% (2012: 98,75%), avec un ratio hommes/femmes 50/50. Le service a enregistré 11 nouvelles admissions et 14 départs en 2013.

1.1.2. Pathologies diagnostiquées

Le tableau ci-dessous indique les pathologies principales observées en 2013 :

	2013
Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques	5%
Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives	18%

Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants	50%
Troubles de l'humeur	9%
Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	6%
Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte	9%
Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence	3%

1.2. Le Centre Psycho-Social (CPS)

1.2.1. Le Centre de Consultation

- consultations avec le médecin psychiatre, le psychologue et/ou l'assistante sociale, équipe pluridisciplinaire assurant une prise en charge globale médico-psycho-sociale, thérapie de soutien individuel et/ou familial,
- suivi ambulatoire régulier et soutenu si nécessaire ainsi que des visites à domicile et/ou à l'hôpital,
- assistance en situation de crise, guidance et orientation dans le secteur social et hospitalier,
- aide et assistance dans les tâches administratives.

1.2.2. Le Centre de Jour

- activités occupationnelles et thérapeutiques ainsi qu'une aide personnalisée dans la gestion des tâches quotidiennes, de l'hygiène de vie, soutien dans les démarches administratives et sociales,
- activités d'entraînement en vue d'une amélioration de l'autonomie et de la gestion de soi (groupe cuisine, groupe ordinateur, sorties à l'extérieur, groupe natation, activités artistiques, groupe d'échanges et de parole par les médias, rédaction du journal, stimulation de la communication par les animaux, etc.), activités d'entraînement des capacités cognitives, groupe de relaxation,
- ateliers d'ergothérapie individuelle et/ou de groupe en vue d'une éventuelle réinsertion socio-professionnelle.

1.2.3. Le Centre de Rencontre

Le « Centre de Rencontre » est défini comme un lieu de rencontre et un lieu d'écoute pour personnes souffrant de troubles psycho-sociaux. Il est ouvert quand les autres services du secteur sont fermés, c.à.d. surtout dans la soirée et le W.E.

1.3. Statistiques des Centres de Consultation, de Jour et de Rencontre

1.3.1. Pathologies diagnostiquées

Le tableau ci-dessous indique les pathologies principales observées en 2013 :

	2013
Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques	2%
Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives	24%
Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants	20%
Troubles de l'humeur	20%

Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	22%
Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte	5%
Troubles du développement psychologique	1%
Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence	3%
Retard mental	1%
Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques	1%
Autres	1%

1.3.2. Nombre et provenance des usagers du CPS

Le "Centre de Consultation" a proposé 3660 consultations ou activités à 312 patients différents.

146 personnes différentes (+10%) ont visité le "Centre de Rencontre" à 3433 reprises au total (+9%).

Le "Centre de Jour" a proposé 5913 aides socio-thérapeutiques (+13%) à 167 patients différents (+11%).

En résumé, le Centre Psycho-Social a proposé 9573 aides médicales, sociales et thérapeutiques (-7%) à 348 personnes différentes en 2013 (+13%) dont 84% d'entre eux ne bénéficiaient pas de l'offre logement de Liewen Dobaussen.

6. ATP a.s.b.l. - Association d'Aide par le Travail thérapeutique pour Personnes Psychotiques

Missions

Les services gérés par l'ATP a.s.b.l. travaillent dans les domaines de la réhabilitation, de la réinsertion et de la formation professionnelle des personnes souffrant de maladies psychiatriques. L'ATP a.s.b.l. propose deux offres de services concomitantes : offre thérapeutique et offre de contrat de travail (atelier thérapeutique et atelier protégé).

Les services de l'ATP a.s.b.l. collaborent étroitement avec tous les services de la psychiatrie extra-hospitalière et hospitalière, les médecins psychiatres libéraux, ainsi qu'avec les représentants du milieu de la formation professionnelle et de travail ordinaire (Formation des adultes, ADEM, STH, patrons, chambres professionnelles, syndicats, etc.).

Chaque atelier offre des postes de travail à niveaux d'exigences différents. Les activités sont très diversifiées et se situent dans les domaines artisanaux, techniques, artistiques, agricoles et administratifs. L'objectif est de permettre à un maximum de personnes de trouver une activité en adéquation avec ses attentes et ses compétences.

ATP a.s.b.l. gère les ateliers suivants :

- Eilenger Konschtwierk (EK) à Ehrlange-sur-Mess
- Haff Ditgesbaach (HD) à Ettelbruck
- Schiereener Atelier (SA) à Schieren
- Kielener Atelier (KA) à Kehlen

ATP a.s.b.l. représente également le service Job Coaching co-financé par le Fonds Social Européen et le Fonds pour l'Emploi.

1. Les ateliers de travail thérapeutiques et protégés :

En 2013, l'ATP a.s.b.l. a encadré en moyenne 186 personnes dans ses ateliers réparties de la manière suivante :

Eilenger Konschtwierk (EK) à Ehrlange-sur-Mess	40
Haff Ditgesbaach (HD) à Ettelbruck	51
Schierener Atelier (SA) à Schieren	53
Kielener Atelier (KA) à Kehlen	43

En décembre 2013, 48 personnes ayant été admises par la commission d'admission de l'ATP a.s.b.l. étaient sur la liste d'attente pour intégrer les ateliers ATP.

Les personnes étaient encadrées dans les ateliers suivants:

1.1. L'atelier « Eilenger KonschtWierk »

Cet atelier propose des activités artisanales et intellectuelles : une équipe de cuisine prépare des menus pour la cantine et le restaurant. Une équipe sérigraphie reproduit en série limitée des tableaux d'artistes de renom, une autre imprime sur textile, une équipe en manufacture de bois restaure des meubles anciens grâce à des techniques traditionnelles. Une équipe au graphisme conçoit logos, affiches, dépliants publicitaires.

1.2. La ferme thérapeutique « Haff Ditgesbaach » à Ettelbruck

Les activités de la ferme s'orientent autour de l'agriculture (jardinage, ferme), de l'artisanat (vannerie, bougies, cuisine). Des thérapies équestres sont réalisées avec des enfants, l'atelier propose aussi des services de pension pour chevaux. La ferme thérapeutique du Haff Ditgesbaach bénéficie d'un label bio. Les produits de la ferme et leurs dérivés, et plus généralement les produits des ateliers de l'ATP asbl sont vendus dans la Buttek sur le site même du Haff Ditgesbaach.

1.3. Le « Schierener Atelier »

Cet atelier se consacre à des activités artisanales et manuelles : la sous-traitance pour des entreprises externes (cartonnage, pliage, tri pour imprimeries, etc.), la cuisine pour les besoins de la cantine ainsi que pour les cantines scolaires et la tapisserie-cannage (restauration de fauteuils de style, de chaises par la technique du cannage).

1.4. Le « Kielener Atelier »

Les activités thérapeutiques proposées au Kielener Atelier sont principalement issues des domaines artisanaux et techniques, avec un atelier de couture, qui réalise des vêtements sur mesure pour les particuliers, qui effectue des retouches et répond à des commandes diverses. Un atelier de menuiserie qui réalise des meubles et objets sur mesure. Un atelier de serrurerie qui travaille sur commande pour entreprises et particuliers (construction de garde-corps, réparation d'outils) et un atelier technique au service interne des ateliers de l'ATP a.s.b.l. et d'une clientèle externe diverse (réparation du parc de caddies pour des magasins, entretiens de parc de vélo). Une cuisine qui réalise des repas pour la clientèle du restaurant ouvert au public, le restaurant « Ielbësch » implanté sur le site du Kielener Atelier.

2. Le Job Coaching

Avec le soutien du Ministère de la Santé, du Ministère du Travail et du Fonds Social Européen, le service Job Coaching de l'ATP, en place depuis 2009, a pu conseiller et assurer le suivi individualisé

de personnes présentant un trouble de santé mentale et en difficulté en emploi ou sans emploi.

3. Commission d'admission

Les entrées au sein des ateliers se font via une Commission d'admission. En 2013, 113 personnes ont fait une demande d'admission pour les ateliers de l'ATP a.s.b.l.

4. Contrats de travail en atelier protégé

50% des places prévues par l'agrément sont réservées aux personnes ayant le statut de salarié handicapé. La mise en place des premiers contrats de travail en atelier protégé date de 2008. En 2012, le SA et le KA ont atteint leur quota de places disponibles pour des contrats de travail en atelier protégé. Quelques places restent ouvertes sur les sites du EK et du HD.

5. Encadrement des personnes

Au sein de chaque service, l'équipe pluridisciplinaire encadrante (psychologues, assistants sociaux, éducateurs instructeurs) se réunit de manière formelle une fois par semaine afin d'échanger sur les différents problèmes rencontrés avec les travailleurs encadrés, d'organiser les différents projets en cours et d'orienter les prises en charge de manière adaptée.

Des rencontres régulières sont organisées avec les partenaires du réseau afin d'améliorer l'accompagnement des personnes.

Un plan de réhabilitation est défini avec chaque personne encadrée au sein de ateliers et des bilans réguliers sont établis, en collaboration avec la personne concernée et le personnel d'encadrement.

7. Mathëllef a.s.b.l. – Atelier thérapeutique "Mutferter Haff"

Missions

Avec son atelier thérapeutique Mutferter Haff, Mathëllef a.s.b.l. soutient les efforts des personnes souffrant de maladies psychiatriques avec une offre de prise en charge thérapeutique dans le cadre de leur réhabilitation professionnelle et sociale. Le Mutferter Haff travaille dans les domaines de la réhabilitation, de la formation continue professionnelle et de la réinsertion professionnelle des personnes souffrant de maladies psychiques.

Le Mutferter Haff peut accueillir jusqu'à 50 collaborateurs dans trois départements distincts :

- les écuries (alimentation des chevaux, entretien des boxes et des paddocks ainsi que l'entretien des alentours),
- la brasserie « Beim Pier » (restauration et service à table),
- l'accueil-réception.

En tant qu'atelier thérapeutique, il propose actuellement une prise en charge thérapeutique. Le Mutferter Haff est une structure à seuil bas (niedrigschwellig), d'accès facile et avec des horaires de travail flexibles. Il s'intègre dans le système des soins de santé et des services psychosociaux existants, en collaborant étroitement avec les services de la psychiatrie extra- et intra-hospitalière et avec les médecins psychiatres libéraux. Des contacts intensifs ont aussi été établis avec les services sociaux des communes, les responsables de l'Office National de l'Enfance, le milieu de la formation professionnelle et du travail (ADEM, SSH). Il fonctionne proche de la communauté (gemeindenah) et se base sur les besoins réels des personnes malades.

1. Admissions et résiliations

Au 31 décembre 2013, 47 personnes étaient inscrites au Mutterter Haff ; 22 femmes et 25 hommes. La durée moyenne hebdomadaire de travail variait entre 5 et 40 heures. En moyenne, un collaborateur masculin travaillait 28 heures par semaine, une collaboratrice féminine travaillait 22 heures par semaine. La moyenne d'âge des collaborateurs masculins et féminins était de 32 ans.

Au cours de 2013, 23 personnes ont été admises au Mutterter Haff et 15 collaborateurs l'ont quitté.

2. Demandes en cours

En 2013, 28 personnes se sont présentées au Mutterter Haff et leurs dossiers sont toujours en cours de constitution.

Dossiers complets et listes d'attente: 4 candidats sont inscrits sur une liste d'attente pour le département "Ecurie", 2 candidats sont inscrits sur la liste d'attente "Brasserie-Service à table" et 2 autres candidats sont inscrits sur la liste d'attente "Brasserie-Cuisine". 7 personnes ont annulé leur demande.

4. Le département « Ecuries »

Au 1er janvier 2013, 21 chevaux de 19 propriétaires étaient au Mutterter Haff.

Au 31 décembre 2013, le Mutterter Haff avait sous-loué 24 boxes à 21 propriétaires.

Au cours de l'année 2013, 11 chevaux de 10 propriétaires ont quitté le Mutterter Haff, tandis que 13 nouveaux chevaux de 11 nouveaux propriétaires sont venus.

En outre, Mathëllef a.s.b.l. est propriétaire d'un cheval, de 3 poneys et de 2 ânes.

L'équipe des éducateurs-instructeurs de l'écurie a préparé un programme de 4 activités différentes autour du cheval, pour enfants, adultes et pour personnes âgées et/ou démentes. Les collaborateurs malades participent toujours au déroulement des activités. Différents Clubs Senior, Foyers de jour, la Fondation Kriibskrank Kanner ainsi que des Maisons Relais ont profité pendant toute l'année de ces activités.

5. Le département « Brasserie »

Les collaborateurs de la cuisine préparent quotidiennement le déjeuner pour les collaborateurs et pour les clients de la brasserie.

La brasserie était ouverte du lundi à dimanche de 9h30 à 16h30 et les lundis, mercredis et vendredis de 9h30 jusqu'à 21h30. En moyenne, la brasserie accueillait 15 clients par jour.

La cantine pour les collaborateurs était ouverte à midi de lundi à vendredi. Pendant les jours d'ouverture en soirée (Lu, Me, Ve) et pendant le WE, 4-5 collaborateurs y mangeaient aussi en moyenne. A midi, la cantine accueillait 18 personnes par jour en moyenne (collaborateurs, éducateurs instructeurs, membres de l'équipe psycho-sociale).

6. Location de salles de réunion

Avec l'achèvement des travaux d'aménagement du premier étage, le département « brasserie » a pu démarrer une offre de services supplémentaires. A partir d'octobre 2012, deux salles de conférence et de réunions climatisées peuvent y être louées par des associations ou des particuliers pour des journées de réflexion, des formations, des conférences et des réunions administratives diverses. Les deux salles sont équipées avec le matériel informatique adéquat.

Le service lors de l'accueil et lors des différentes « pauses-café » est assuré par les collaborateurs de la brasserie.

En 2013, les salles de réunions ont été louées pendant 22 journées.

7. Le département « Accueil-Réception »

Dans ce département 5 collaborateurs se partagent 3 postes à temps plein et y assurent l'accueil physique et téléphonique des clients et des visiteurs du Mutterter Haff. Ils participent à des travaux administratifs et de secrétariat, organisent la distribution du courrier, font des recherches Internet sous la guidance de la secrétaire-comptable du Mutterter Haff.

8. Manifestations

- Porte Ouverte : Le 16 juin 2013 se tenait la deuxième Porte Ouverte au Mutterter Haff. Quelques 300 visiteurs sont venus et ont participé aux différentes manifestations équestres et musicales, ainsi qu'aux jeux organisés en bénévolat par le personnel avec l'aide d'amis et de sympathisants de Mathëllef a.s.b.l.
- Schumannade 2013: trois concerts de Musique Classique et de Jazz (19/6/3; 26/7/13 et 28/9/13) ont été organisés par Mathëllef a.s.b.l. en collaboration avec SolidArt (LLHM a.s.b.l.).
- Wanterfest : Une fête d'hiver, organisée le 13 décembre au Mutterter Haff clôturait l'année 2013.

8. Caritas Accueil et Solidarité a.s.b.l. - Atelier thérapeutique buanderie « Eilerenger Wäschbur »
--

Missions

L'atelier laverie/buanderie ÉILERENGER WÄSCHBUR (EW), appartenant à Caritas Accueil et Solidarité (CAS a.s.b.l.) est agréé par le Ministère de la Santé en tant qu'atelier thérapeutique. Il offre actuellement la possibilité d'une occupation professionnelle correspondant à 50 postes pour des personnes à problèmes médico-psycho-sociaux.

1. Objectifs

L'objectif principal de l'EW est d'amener les participants à une meilleure compétence au niveau de leurs capacités physiques et psychiques, afin de retrouver un travail rémunéré sur le « premier marché du travail » ou, à défaut d'un tel travail, de leur accorder une période plus longue de maintien dans un processus de travail adapté à leurs capacités.

L'EW propose 3 niveaux de formations et d'emplois:

- formation de base,
- formation pratique comme laveur repasseur,
- emplois projetés au sein des « kléng Wäschburen » (dans le cadre de l'Economie Sociale et Solidaire).

Suivant leurs capacités et leur stabilité les participants travaillent 4, 6 ou 8 heures/ jour. A côté de la production proprement dite, les participants assistent à des activités socio-thérapeutiques externes ou internes.

2. Les participants

L'occupation professionnelle se fait principalement sur la base d'un contrat d'affectation temporaire indemnisée (ATI), et accessoirement sur base d'une occupation bénévole, respectivement d'un travail d'utilité publique (travail d'intérêt général) ou d'un volontariat (SVO) du Service National de la Jeunesse.

2.1. Origine, Âge et Nationalité des participants du EW

(données 2012 entre parenthèses)

En 2013, l'EW a accueilli 56 (42) participants, dont 49 femmes et 7 hommes. 52 (38) personnes ont été orientées par différents SRAS (statut ATI) ; 2 (3) via les services internes de CAS a.s.b.l. ; 1 (0) SVO ; 1 (0) stagiaire Kannerduerf.

Origine		Classes d'âge		Nationalités	
SRAS	52 (38)	< 25	4 (2)	luxembourgeoise	23 (17)
CAS a.s.b.l.	2 (3)	25-29	7 (2)	portugaise	15 (10)
SVO	1 (0)	30-39	10 (10)	française	4 (5)
Kannerduerf	1 (0)	40-49	21 (17)	italienne	2 (2)
		50-59	14 (11)	néerlandaise	1 (1)
		>60	0	belge	1 (1)
				Non EU	10 (6)

2.2. Les problèmes de santé des participants

Des 56 personnes : 3 ont des problèmes de toxicomanie ; 3 personnes ont des problèmes de dépendance à l'alcool dont 1 suivait un traitement.

15 personnes ont des problèmes psychiques, psychiatriques: 9 sont en traitement médical et sont suivis par des institutions spécialisées : Réseau Psy:5 ; Centre Kompass:1 ; Centre de Santé Mentale:2 ; CFFM:1.

La majorité des 56 personnes connaissent d'autres problèmes de santé (une personne pouvant présenter plusieurs problèmes et toutes les personnes suivent un traitement médical adéquat) : problèmes d'articulations: 12; problèmes de dos: 9; problèmes d'obésité/d'anorexie: 3; diabète: 4; problèmes cardiaques: 9; problèmes artériels: 1 ; eczéma chronique: 1; problèmes respiratoires: 4 ; problèmes neurologiques: 2; autres maladies chroniques: 8.

2.3. Les problèmes sociaux des participants

A côté de ces problèmes de santé, tous les participants sont confrontés à des problèmes sociaux divers: (n= 56); manque de formation: 45; problèmes de comportement: 10; capacités réduites : 12; sans-abri: 4.

Des 37 parents, 12 ont des enfants placés en famille ou en institution.

Des 56 participants, 4 ont le statut de travailleur handicapé.

Au courant de l'année, 14 personnes ont commencé des cours divers : langue luxembourgeoise: 6; langue française: 4; formation PC: 1; formation RTPH: 3.

Des 56 personnes, 2 ont un logement de la WUNNENGSHELLEF, 6 du Fonds du logement ; 8 vivent dans des foyers encadrés, 3 dans des logements communaux. (37 en logements privés)

2.4. Les activités socio-thérapeutiques (A.S.T.)

Pour renforcer l'inclusion sociale des participants 51 activités socio-thérapeutiques ont été organisées, dont 30 étaient des activités externes et 21 activités internes. Ces activités sont encadrées par le personnel éducatif. Sont organisées aussi bien des activités individuelles que des activités de groupe. Signalons à ce propos la « Zukunftswerkstatt » qui a regroupé au fil des mois un grand nombre de personnes du EW et dont l'objectif principal était « participatif » et permettant aux usagers de créer

une dynamique d'expression de leur propres vues du futur. La participation annuelle au « REPIS » permettait également d'y faire prendre part un grand nombre de nos usagers. D'autres activités internes étaient organisées autour de la présentation du pays d'origine des usagers. Chacun préparant et présentant son travail sur son pays devant le groupe.

3. Demandes d'admission et les suites

En 2013 les demandes d'admission ont augmenté de sorte qu'en moyenne mensuelle 35 participants ont profité d'une thérapie, ce qui représente une augmentation de 32% sur la moyenne décennale (2003-2012).

En 2013, 39 (30) personnes ont fait une demande d'admission. 25 (18) sur 39 (30) ont été engagées en 2013. Raisons des non-engagements (n=14) : réorientation: 8; abandon du candidat: 4 ; autres désistements: 2.

3.1. Elargissement de la formation de base :

Dans le courant de l'année 2013 la formation de base à travers l'évaluation des capacités initiales (« assessment ») des candidats a été lancée dans le but d'une meilleure intégration.

Ainsi l'EW a mis en place le projet ASSESSMENT (EVALUATION des ressources). Dans une première phase, le participant reçoit une introduction individualisée dans les 3 secteurs de la buanderie. Après 1 mois, le participant fait une autoévaluation. Au cours des 6 premières semaines, le participant et l'équipe discutent ensemble sur ses compétences et ses faiblesses afin de mettre en place un projet PISEP pour la suite du parcours du participant à l'EW.

4. Durée de participation et sorties

Durée de participation	>1 an	9-12 mois	6-9 mois	3-6 mois	1-3 mois	0-1 mois
n=56	28	2	9	5	7	5
Sorties	1er marché du travail	Stage en entreprise	Fin mesure	Réorientés vers autre mesure	Abandon du projet par le participant	Renvois
n=22	0	2	11	6	3	0

5. La production

(données 2012 : entre parenthèses)

5.1. Le volume total de la production

L'année a été marquée par une stabilisation des consommables (eau, gaz, électricité) et d'un léger recul de la production (-6,67%) vis-à-vis de 2012.

Les grands clients : (institutions médico-sociales, maisons de soins, ateliers thérapeutiques etc.)

Le volume des grands clients a diminué à : 93.084 kg (97.602 kg) soit de -4,9%.

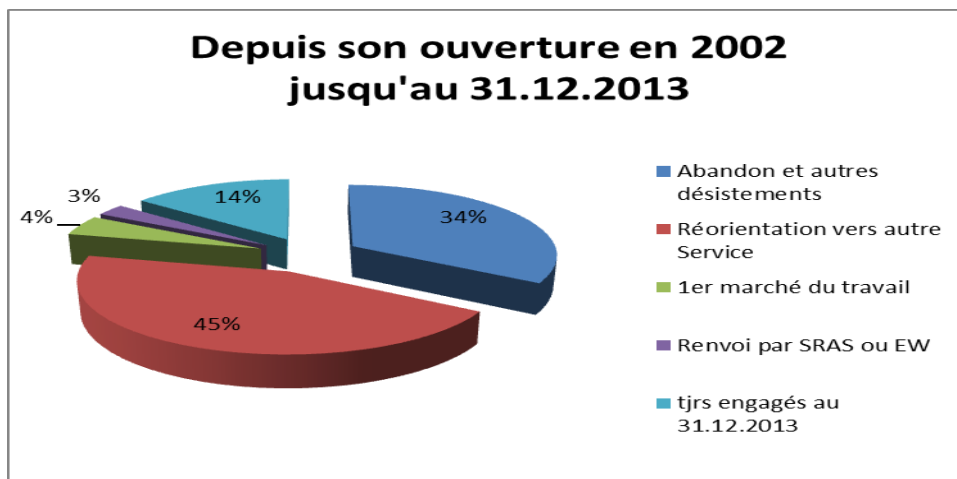
Les petits clients : (clients individuels des services de soins à domicile Hëllef Doheem et Help Doheem Versuergt)

Le volume des petits clients a diminué à 33.424 kg (38.834 kg), soit de -16%. Cette diminution est due à la perte de la clientèle (H.D.) au Nord du pays.

Au total la production moyenne était de 507 kg (546 kg) de linge par jour de travail sur un volume

annuel de 127.442 kg (138.054 kg), [incl.934 kg (1.617kg) de linge à décontaminer].

6. L' « Eilerenger Wäschbur » depuis sa création 2002



RAISONS DE DEPART :	NB	%
Abandon et autres désistements	89	34%
Réorientation vers autre Service Social	119	45%
1er marché du travail	12	5%
Renvoi par SRAS ou EW	7	3%
s/TOTAL	227	86%
tjs engagés au 31.12.2013	38	14%
TOTAL engagements	265	100%
dont ceux avec 2 engagements	14	5%

03. Maladies chroniques

1. ALGSC a.s.b.l. - Association Luxembourgeoise des Groupes Sportifs pour Cardiaques

Missions

Le but poursuivi par l'ALGSC est le traitement par entraînement et rééducation de malades cardiaques.

A cet effet l'ALGSC offre à ses membres, des malades cardiaques:

- des séances hebdomadaires de sport données par des moniteurs spécialisés (kinésithérapeutes et professeurs de sports) et surveillées par un médecin assisté par une infirmière; ces séances se pratiquent en groupes d'une vingtaine de participants, dont 4 groupes fonctionnent à Luxembourg, 2 groupes à Esch-sur-Alzette et 4 groupes à Ettelbruck;
- des séances de natation et d'aquagym, également surveillées par un médecin et/ou par une infirmière, données hebdomadairement à Luxembourg, à Dudelange, à Esch-sur-Alzette et à Ettelbruck;

- des footings et Nordic Walking;
- des randonnées à bicyclette;
- des séances de fitness et de prévention;
- des conférences sur des sujets intéressant le malade cardiaque.

1. Activités 2013

1. Séances de sports hebdomadaires	à Luxembourg	172	séances de 1 heure
	à Ettelbruck	124	séances de 1 heure
	à Esch-sur-Alzette	70	séances de 1 heure
2. Natation	à Luxembourg	38	séances de 1 heure
	à Esch-sur-Alzette	70	séances de 1 heure
3. Aquagym	à Luxembourg	40	séances de 1 heure
	à Dudelange	35	séances de 1 heure
	à Ettelbruck	75	séances de 1 heure
4. Footing	à Luxembourg	52	x 1/2 journée de 8-10 km
5. Nordic Walking	à Luxembourg	87	séances de 90 min
	à Esch-sur-Alzette	27	séances de 90 min
	à Ettelbruck	74	séances de 90 min
6. Bicyclette	à Luxembourg	53	sorties à 4 heures, 2 groupes
7. Fitness	à Ettelbruck	73	séances de 1 heure
8. Prévention	à Ettelbruck	32	séances de 1 heure

2. Croix-Rouge Luxembourgeoise – Service « HIVberodung » (anc. Aidsberodung)

Après 25 années d'engagement dans la prévention et dans la prise en charge psychosociale du VIH/Sida, le service Hivberodung a adapté sa stratégie et ses objectifs pour répondre au mieux aux besoins des populations vulnérables et aux réalités épidémiologiques. La nouvelle approche vise non seulement à prévenir, dépister et mieux traiter le VIH, mais aussi les infections sexuellement transmissibles (IST) ainsi que l'hépatite C (HCV).

Face à la stigmatisation et à la discrimination, l'engagement envers les « sans voix » reste la priorité du service. Et si pour certains, l'infection VIH et/ou HCV ne pose presque jamais de problème, pour beaucoup, cela reste un fardeau lourd à porter, tant moralement que physiquement. Le besoin de soutien psychosocial pour maîtriser les contraintes liées aux VIH/HCV est loin d'être un luxe. Avec l'appui du Ministère de la Santé, divers travaux de rénovations et de modernisation ont été réalisés au foyer boulevard Patton.

1. DIMPS et activités de dépistage

Le DIMPS, Dispositif d'Intervention Mobile de la Promotion de la Santé Sexuelle, est issu du plan d'action national de lutte contre le sida 2006-2010 et est réalisé grâce à la collaboration entre l'HIVberodung, le Centre Hospitalier de Luxembourg et le Ministère de la Santé. L'année 2013 a été marquée par deux nouveautés de taille pour le DIMPS. En effet, en novembre a eu lieu l'inauguration

d'un nouveau véhicule, plus spacieux et mieux équipé encore que le premier, permettant d'offrir counseling et dépistage à deux personnes simultanément. L'autre nouveauté est le lancement de l'activité de dépistage du VIH par tests rapides à orientation diagnostique dans les locaux de l'HIVberodung à l'occasion de la première semaine européenne de dépistage. L'offre de dépistage de l'HIVberodung est ainsi élargie par deux plages horaires fixes en début de soirée, chaque lundi et mercredi après-midi, de 17h00 à 19h00. (voir www.dimps.lu)

Le DIMPS a effectué 78 sorties en 2013. Dans le cadre des programmes de dépistage 276 consultations ont été effectuées et 427 TROD, Tests Rapid d'Orientation Diagnostique, pour le VIH, HCV et syphilis réalisés.

Nombre de consultations par lieux d'intervention

Lieu	Période de sortie	Nombre de sorties	Nombre de consultations
Abrigado	janvier-décembre	21	76
Tapin	janvier-décembre	21	47
Sauna	janvier-décembre	11	12
Kockelscheuer	juin-octobre	12	12
Divers foyers ou centres	avril-juin	7	56
Évènements	juillet	2	19
Semaine de dépistage	fin novembre	4	26
HIVberodung	novembre-décembre	10	28
	TOTAL	88	276

En 2013, le DIMPS s'est rendu une fois au foyer St Antoine (6 consultations), deux fois au Centre de formation de la Caritas (24 consultations), une fois à l'Abrisud (7 consultations), une fois au foyer pour migrants à Rédange (7 consultations) et deux fois au foyer Ulysse (12 consultations) pour y offrir ses services en collaboration avec les responsables de ces centres qui ont informé leurs usagers de notre offre auparavant. Le DIMPS a participé à la GAY MAT où 9 personnes ont consulté. A l'occasion de la Journée Mondiale de lutte contre l'Hépatite C, le DIMPS fut présent sur une place publique à Bonnevoie toute la journée pour proposer aux intéressés des informations sur l'hépatite C ainsi que la possibilité de faire un test rapide pour l'hépatite C. Dix personnes ont profité de cette offre.

Lors de la première semaine européenne de dépistage, le DIMPS a voulu sensibiliser et offrir ses services à la population générale, en étant présent sur des marchés à Ettelbruck, Differdange et Esch ainsi que sur la place devant l'église à Bonnevoie. 26 personnes ont consulté lors de ces sorties. La semaine de dépistage fut un réel succès, avec en tout 49 consultations, quasiment un cinquième des consultations de l'année.

Le dépistage dans les locaux de l'HIVberodung a démarré avec la semaine de dépistage européenne et a connu un franc succès également. A la question pour quelles raisons les candidats au dépistage ont choisi les locaux de l'HIVberodung les trois raisons citées par la plupart des 28 personnes étaient l'accessibilité du lieu, l'anonymat et l'offre de tests rapides.

Les actions réalisées

Informations données lors des consultations

Information VIH	220
Information Hép B	32
Information Hép C	131
Information IST	60
Information contraception	16
Information PEP	16
Information safer use	20
Information safer sex	80

Tests réalisés

Test rapide VIH	252
Test rapide Hép C	134
Test rapide Syphilis	16
Test labo VIH	6
Test labo Hép B	3
Test labo Hép C	10
Test labo syphilis	6
Orientation vers d'autres services	11

Distributions

Distribution PEP	1
Préservatifs	25
Test de grossesse	1

13 personnes ont été testées positives à l'hépatite C. Trois d'entre elles n'ont pas souhaité faire une prise de sang pour confirmation ; deux ont préféré consulter leur médecin et une troisième disait qu'elle retournait dans son pays le lendemain et ne pourrait pas attendre le résultat d'une prise de sang.

11 personnes ont été orientées vers d'autres services. Malgré un nombre beaucoup plus élevé de tests rapides à l'hépatite C réalisés cette année (41 en 2012, 134 en 2013), le nombre d'hépatites C détectées est identique à celui en 2012.

Le DIMPS a réalisé 427 tests en 2013, dont 402 tests rapides. Pour comparaison, 422 tests ont été réalisés en tout durant les années 2009-2012.

De même, les 276 consultations réalisées en 2013, comparées aux 505 prestées de 2009-2012 montrent l'intérêt et le besoin des populations spécifiques, dites vulnérables, visées par les programmes, mais aussi de la population générale, en matière de santé sexuelle et plus particulièrement concernant le safer sex et le safer use.

2. Maison Henri Dunant, foyer Patton et appartements: logements encadrés en 2013

En 2013, l'offre de logements encadrés a été augmentée de 32 à 38 lits. Au total, 57 personnes étaient hébergées au courant de l'année. 2 résidents sont décédés au courant de l'année.

Les logements encadrés sont un lieu de transition pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA et/ou une hépatite C sous traitement et connaissant une situation de détresse psychologique et sociale. Ils comprennent les 2 foyers « Henri Dunant » qui ont une capacité de 19 lits dans 17 chambres et 8 appartements dont 3 à Obercorn, 1 à Bettendorf, 1 à Rumelange, 1 à Luxembourg-ville, 1 à Schuttrange et 1 à Soleuvre, avec une capacité de 19 lits. Au total, nous pouvons héberger 38 personnes en même temps. Comparé à l'année 2012, la capacité des logements encadrés a augmenté de 6 lits.

Parmi les 57 personnes, il y a 43 personnes issues de l'Union européenne et 14 personnes venant de pays non communautaire.

Le service propose, depuis 2013, de prendre en charge également de personnes souffrant d'hépatite C.

4 bénéficiaires ont été suivis pour une infection hépatique alors que les autres résidents étaient HIV positif avec pour certains, une coïnfection à l'hépatite C.

Durant l'année il y avait 19 sorties. Les raisons de ces sorties sont, pour la plupart, une stabilisation voire amélioration de la situation sociale, ce qui leur a permis de trouver un logement à l'extérieur des foyers.

Deux décès au sein de nos foyers durant l'année 2013 sont survenus. 21 nouveaux résidents ont été accueillis.

2.1. Consultations psychosociales

212 personnes vivant avec le VIH/Sida ont consulté l'Hivberodung en 2013. 31% se définissaient comme Men having Sex with Men (MSM), 48% comme hétérosexuelles et 21% comme toxicomanes. 10 personnes étaient suivies par le service à cause d'une hépatite C sous traitement, 71 personnes proches des patients et 32 personnes qui sont venues en consultations pour d'autres raisons.

Le service a payé les cotisations pour la sécurité sociale à 18 personnes. Il s'agit de patients qui n'avaient pas les moyens de les payer eux-mêmes et qui n'avaient pas la possibilité d'avoir un soutien financier via l'office social ou autres.

2.2. Prévention

3124 jeunes ont participé à des séances de prévention, mais aussi 30 jeunes en psychiatrie, 111 détenus/prévenus, 76 migrants et 210 personnes issues d'autres domaines.

La prévention cible tout d'abord le grand public par des campagnes annuelles, soutenues par la distribution de préservatifs, de dépliants informatifs et de stands lors d'actions de sensibilisation en collaboration avec l'ONG Stop Aids Now/Acces, mais se décline également en plusieurs thématiques:

Les jeunes

Chaque année l'HIVberodung organise des séances d'information, de sensibilisation et de prévention ainsi que le Round About Aids. 3124 jeunes ont eu l'opportunité cette année d'assister à une séance de prévention ou de participer au parcours Round About Aids, ainsi que 30 jeunes suivies en psychiatrie juvénile.

Le centre pénitentiaire

L'HIVberodung travaille en collaboration avec le Centre pénitentiaire de Luxembourg. Les séances de prévention VIH, pour les prévenus, sont organisées toutes les semaines par le projet TOX et tenues par le service de prévention de l'HIVberodung. C'est ainsi que 111 prévenus ont pu bénéficier de ces séances. 10 gardiens ont participé aux séances organisées par l'infirmerie.

3. Fondation Cancer

Missions du département psycho-social

Le cancer touche un grand nombre de personnes : chaque année au Luxembourg, près de 2.000 nouveaux cas sont diagnostiqués et 1.000 personnes en meurent. Parmi les priorités de la Fondation Cancer figure l'amélioration de la qualité de vie du malade. Voilà pourquoi, le département psycho-social est à la disposition des personnes concernées par le cancer : son but est de leur apporter une aide professionnelle et humaine en prenant en charge l'ensemble des problèmes psychologiques, sociaux et pratiques rencontrés tous les jours par les patients et par leurs proches.

1. Objectifs poursuivis en 2013

1.1. Service Info-Cancer

Ce service d'information par téléphone est à la disposition des patients et de leurs familles pour des demandes d'informations médicales, pratiques et sociales ou pour un soutien psychologique. Ecoute, conseils, informations, envois de brochures et orientations vers d'autres services y sont proposés. En 2013, il y a eu 878 demandes.

Année	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Demandes	1.001	1.160	836	919	641	691	850	757	809	1.046	1.251	878

1.2. Consultations psychologiques

Ce service gratuit offre une prise en charge psychologique aux personnes confrontées à des problèmes liés à la maladie (angoisses, dépressions, problèmes relationnels) et ayant besoin d'une aide professionnelle pour soulager leurs problèmes affectifs, relationnels et existentiels. La durée moyenne d'une consultation est d'une heure. Ce service a lieu essentiellement sur rendez-vous dans les locaux de la fondation.

En 2013, il y a eu 1.096 consultations pour 332 demandeurs différents (demandeur = personne, couple ou famille).

Année	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Consultations	604	578	485	472	508	553	636	696	809	788	978	1.096

1.3. Consultations sociales et pratiques

En 2013, l'infirmière a assuré 198 consultations (70 sur place et 128 par téléphone) pour aider 108 patients à résoudre divers problèmes financiers, pratiques, administratifs (travail, sécurité sociale, etc.) ou esthétiques (conseils de soins esthétiques pour patientes atteintes de cancer, information sur les prothèses mammaires pour patientes atteintes d'un cancer du sein) et pour réaliser des interventions d'écoute urgentes.

Année	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Consultations sociales et pratiques	48	55	137	139	75	102	115	135	120	139	124	146
Consultations aides financières	37	24	30	28	51	41	33	28	24	38	34	37
Consultations esthétiques	32	53	35	36	26	7	11	4	2	6	3	2
Ecoute	2	18	36	33	16	17	14	9	18	20	30	13
TOTAL	119	150	238	236	168	167	473	176	164	203	191	198

1.4. Groupes pour patients

La Fondation offre la possibilité aux patients de participer à divers groupes: groupes de parole, groupes de relaxation ou de yoga, groupe de sport, groupe de Nordic Walking ou atelier d'art-thérapie. Ces groupes ont toujours lieu sous guidance professionnelle.

En 2013, on a pu compter : 1 groupe de parole, 2 groupes de relaxation, 2 groupes de yoga, 1 groupe de sport pour patientes atteintes d'un cancer du sein, 1 groupe de Nordic Walking et 4 groupes d'art-

thérapie.

Patients participants :	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
à un groupe de parole	6	6	24	23	13	19	22	26	26	4	7	15
à des groupes de relaxation ou de yoga	20	14	18	33	36	31	45	69	50	32	20	27
au groupe de sport	32	28	19	21	18	19	14	24	19	20	23	17
au Nordic Walking	/	/	25	34	14	11	14	19	17	18	14	16
à des ateliers d'art										4	11	30
Total	58	48	86	111	81	80	95	138	112	78	75	105

1.5. Conférences et expositions pour les patients

De temps à autre, la Fondation Cancer organise des conférences qui s'adressent aux personnes concernées et au grand public. En 2013, une conférence pour patients a eu pour thème : « Comment orienter sa fin de vie ? » (11 et 18 novembre).

Comme chaque année, lors du 'Relais pour la Vie', la Fondation Cancer organise l'exposition 'Life-Boxes'. Cette exposition est le témoignage de nombreux ex-patients qui, en faisant part de leur expérience, donnent des idées et du courage aux patients actuellement en traitement.

1.6. Publications et site Internet

La Fondation Cancer publie, dans chaque numéro de son trimestriel Info Cancer, un ou plusieurs articles destinés aux personnes atteintes de cancer. Info Cancer est envoyé à près de 90.000 personnes et est lu par 37% de la population (TNS-Ilres 2012).

En 2013, la Fondation Cancer a mis à jour et réédité la brochure « J'ai un cancer : comment en parler à mon enfant ? » (1.500 exemplaires en français, 1.500 en allemand, 1.000 en portugais).

Le site Internet www.cancer.lu informe les personnes atteintes de cancer sur les actions et services de la Fondation Cancer ainsi que sur l'aspect psychologique de la maladie. Il indique aussi des sites fiables pour la recherche d'informations médicales sur les cancers. Des newsletters électroniques sont envoyées aux personnes intéressées.

Une bonne partie des brochures éditées par la Fondation, de même que les publications Info Cancer et Insider, sont également disponibles sur le site pour téléchargement.

1.7. Réseau de bénévoles

Depuis 2001, un réseau de bénévoles sélectionnés, formés et supervisés par les collaborateurs du département psychosocial, a pour but de tenir compagnie aux patients atteints de cancer ou de leur fournir une aide pratique.

Depuis 2003, une présence régulière dans les services d'oncologie est assurée par des bénévoles dans 5 établissements hospitaliers (ZithaKlinik, Hôpital Kirchberg, Centre Hospitalier de Luxembourg, Centre Hospitalier Emile Mayrisch et le Centre National de Radiothérapie). En 2013, 29 bénévoles ont assuré 932 présences dans les hôpitaux.

Année	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Nombre de bénévoles	20	35	30	43	40	35	42	48	37	21	25	29
Interventions ponctuelles à domicile	125	174	149	110	100	78	65	80	98	33	/	/
Présences à l'hôpital	/	58	139	583	794	611	535	497	471	498	755	932

1.8. Relais pour la Vie

Les 16 et 17 mars 2013, la Fondation Cancer a organisé pour la 8ème fois sa grande manifestation de

solidarité envers les patients atteints de cancer, le « Relais pour la Vie ». Il s'agit d'un week-end entièrement dédié aux patients (relais des équipes, panneaux de solidarité, cérémonie des bougies, etc.) où chacun peut témoigner de sa solidarité. En 2013, 8.812 personnes ont participé avec 332 équipes à ce relais qui symbolise le difficile parcours du patient, et plus de 3.000 visiteurs sont venus témoigner de leur solidarité. 140 personnes concernées ont participé au « Survivor Tour ». Des patients et des ex-patients ont parlé de leur expérience lors de la cérémonie d'ouverture devant près de 2.000 personnes. Cet événement de grande envergure permet de briser le tabou du cancer, ce qui est primordial dans le cadre de l'amélioration de la qualité de vie du patient.

1.9. Cercle de qualité « psycho-oncologie »

Comme de plus en plus d'organismes au Luxembourg (établissements hospitaliers, associations, etc.) offrent un soutien psychologique pour les patients atteints de cancer par des experts appelés psycho-oncologues, la Fondation Cancer a lancé en 2007 un réseau national de qualité en psycho-oncologie. Ce réseau a pour but d'assurer l'échange et la liaison entre les différents psycho-oncologues, ce qui ne pourra qu'améliorer la prise en charge psychologique des patients. En 2013, le groupe s'est réuni 4 fois.

1.10. Conclusions

La prise en charge psychosociale des personnes atteintes d'un cancer s'est sensiblement améliorée au Luxembourg pendant les dernières années. Un grand nombre d'hôpitaux a engagé des psychologues pour mieux prendre en charge les patients. La Fondation Cancer, avec son éventail d'offres psychosociales, occupe une place centrale dans ce réseau et est devenue incontournable comme centre de ressources et de coordination. La qualité de son information et de ses services est reconnue par de nombreux patients, ainsi qu'en témoigne l'augmentation régulière des activités et du nombre de bénéficiaires.

4. ALD a.s.b.l. - Association Luxembourgeoise du Diabète

Missions

L'Association Luxembourgeoise du Diabète (ALD) a comme mission d'offrir des services visant à améliorer l'information et l'éducation des diabétiques et de leur entourage et qui comprennent entre autres:

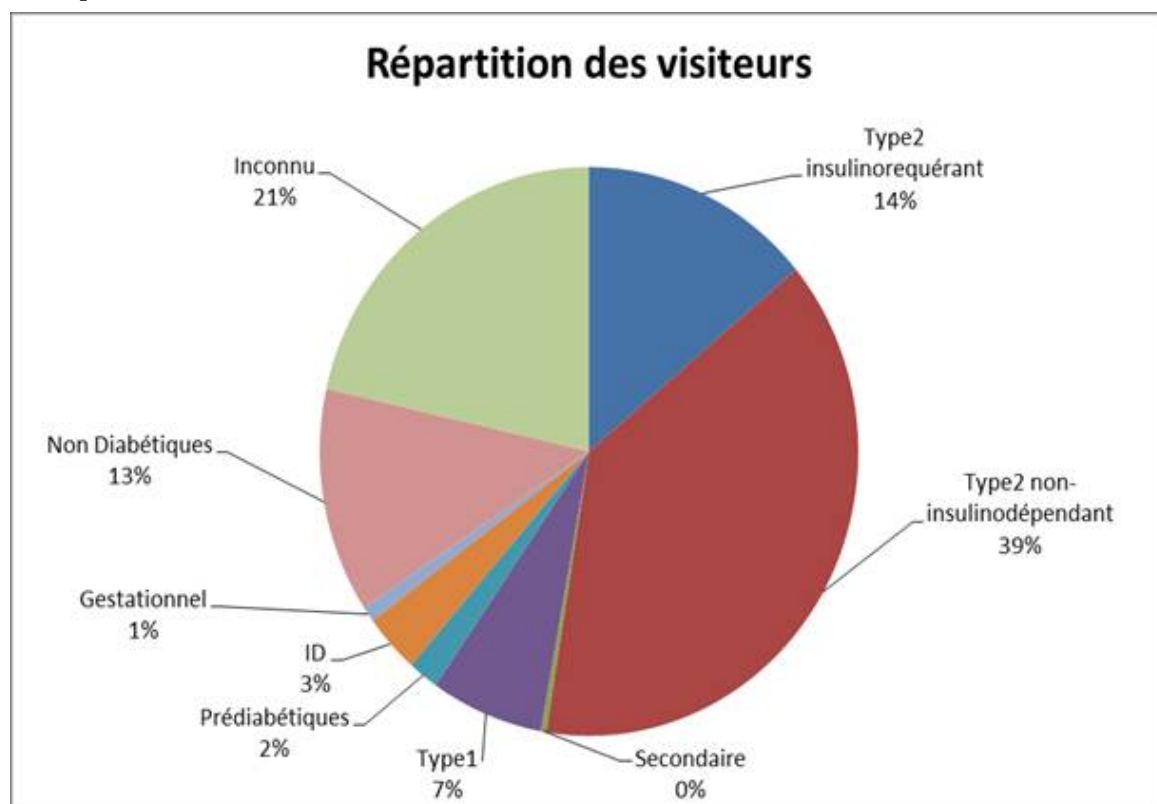
- la gestion de la Maison du Diabète, lieu d'accueil ouvert aux diabétiques et toute personne intéressée par le diabète (écoute, informations, conseils, guidance...),
- l'organisation régulière de séances d'information et d'éducation,
- favoriser les contacts humains et les possibilités d'échange et offrir un soutien moral aux diabétiques et leurs familles par l'organisation d'activités socio-culturelles et l'assistance de groupes de rencontre et/ou d'entre-aide (p.ex. parents d'enfants diabétiques...),
- sensibiliser la population à l'importance d'un dépistage précoce et aux risques du diabète de type 2.

1. Activités Maison du Diabète

1.1. Permanences

- La Maison du Diabète est ouverte 3 jours/semaine (lundi, mercredi et vendredi) de 9 à 16 heures, les jeudis matin à Ettelbruck sur rendez-vous. Les permanences sont assurées par le personnel de la Maison du Diabète (une infirmière en éducation, une diététicienne - chargée de direction et une secrétaire), ainsi que par des collaborateurs bénévoles.

- 1 482 fiches d'accueil (1 222 en 2012) ont été remplies et évaluées :



- 1043 (71%) appels (832 en 2012), 256 (17%) visites (248 en 2012) et 183 (12%) courrier-mails (142 en 2012),
- 720 hommes (600 en 2012), 741 femmes (622 en 2012),
- âge moyen: 60.6 ans (59 en 2012),
- 52% des visiteurs étaient déjà membres de l'ALD (72% en 2012), les autres ont connu la Maison du Diabète par la presse (18%), le médecin ou autre professionnel de santé (37%), une connaissance (12%), la documentation de l'ALD (6%), le site internet (17%), passage (6%), anciens membres et personnes habituées (2%).

1.2. Consultations individuelles en diabétologie

Ces consultations individuelles ont été effectuées selon besoin par une infirmière en diabétologie ou une diététicienne ou les deux.

Au total:

- 375 consultations (288 en 2012) ont été effectuées, (178 femmes et 197 hommes), âge moyen : 59.89 ans,
- 10 diabétiques de type 1 (18 en 2012), 78 diabétiques de type 2 traités à l'insuline (49 en 2012),
- 249 diabétiques de type 2 sans insuline (159 en 2012), 4 pré-diabètes (11 en 2012) et 15 diabètes de grossesse (40 en 2012).

dont:

- 42 consultations à Ettelbruck (32 en 2012)
- 50 consultations en langue portugaise (53 en 2012),

1.3. Cours d'éducation pour diabétiques

L'ALD a offert en 2013 des cours de base pour diabétiques traités à l'insuline et pour diabétiques de type 2, des cours de cuisine ainsi que des réunions d'information sur des sujets divers ayant trait au diabète pour 166 participants (129 en 2012), des séances thématiques en langue portugaise pour 31 participants (14 en 2012) et un cours sur la prise en charge du diabète de type 2 en portugais pour 21 participants.

1.4. Formations pour professionnels

20 formations pour professionnels de santé ont eu lieu auprès du personnel de HELP-Croix-Rouge et Home pour personnes âgées a.s.b.l., ainsi qu'auprès de l'Alformec, du Groupe des généralistes du Nord, des Aides en pharmacie (Syndicat des Pharmaciens) et de la Protection civile (17 en 2012).

1.5. Groupe des infirmières spécialisées en éducation INFEDIAB

4 réunions de travail et d'échange pour l'élaboration de la brochure : « Le petit guide du diabète ».

2. Information du public, conférences

2.1. Site internet www.ald.lu

Le site Internet www.ald.lu a enregistré 56.199 visites au total (46 137 en 2012) (87,57 % de nouveaux visiteurs et 12,43 % habitués).

2.2. Conférences d'information sur le diabète

- conférence à l'occasion de l'Assemblée générale: «Zockerséiss ass net fir mech»,
- conférence à l'occasion des 10 ans de la Maison du Diabète "Sommes-nous responsables de notre santé?",
- 4 conférences grand public sur les risques du diabète, la prévention et le traitement (7 en 2012).

2.3. Présentation des services

- 5 conférences destinées aux élèves du LTPS (classes des infirmières, aides en pharmacie et aides-soignantes) et au personnel de l'Office social Ettelbrück sur « Le rôle de la Maison du Diabète dans l'éducation du patient »

2.4. Stands d'information (informations et/ou possibilité de tester la glycémie)

« Matinée en Santé » portugaise à la Santa Casa da Misericórdia , « Journée Santé et Sécurité » Arcelor-Mittal Dudelange.

2.5. Journée Mondiale du Diabète

- journée Porte ouverte sur le Diabète sous le thème : «Diabète : Ne pas discriminer!»,
- ± 250 personnes (300 en 2012) ont assisté aux conférences et se sont renseignées auprès des différents stands d'information (matériel d'autocontrôle, diététique, stand ALD, livres sur le diabète...).

2.6. Campagne de sensibilisation aux risques du diabète de type 2 et de l'obésité

Marche de solidarité des « 10 000 pas contre le diabète » avec exposition « Gesondheetssport » en collaboration avec la Fédération Luxembourgeoise de Marche Populaire FLMP sous le patronage du Ministère de la Santé: +/- 400 participants

3. Publications

- parution de 4 numéros du « Journal du diabétique » (tirage 1 600 exemplaires/numéro) (1 600 en 2012),
- brochure pour enfants « La prise en charge de mon diabète » en langue portugaise (200 exemplaires).

4. Activités socio-éducatives pour enfants diabétiques

4.1. Activités du service DECCP du CHL

- w-e éducatif pour enfants diabétiques au centre ADEPS à Chiny, participation: 32 enfants (27 en 2012),
- camp de voile international pour jeunes diabétiques dans l'IJsselmeer (participation Luxembourg: 19 adolescents, 3 professionnels de santé (20+3 en 2012),
- formation pour personnel enseignant et éducateurs en collaboration avec le SCRIPT (participation +/- 60 personnes (60 en 2012).

4.2. Activités du groupe de parents d'enfants diabétiques

- 8 réunions du groupe de parents (6 en 2012),
- activité d'accrobranche au Parc Le'h à Dudelange avec piquenique familial (30 participants),
- soirée de rencontre avec les parents d'enfants nouvellement diagnostiqués,
- visite RTL.

5. Activités sociales et culturelles

5.1. Groupe de randonnée « Osons Bouger »

- 10 randonnées avec une participation moyenne de 17 personnes (16 randonnées en 2012),
- participation à 3 randonnées de la FLMP et au Relais pour la Vie de la Fondation Cancer.

5.2. Excursions

- « Trèppeltour » à Mondorf-les-Bains : 35 personnes (51 en 2012),
- excursion à La Ferme des Fées et l'Abbaye d'Orval : 65 personnes (60 en 2012).

5. ALAN a.s.b.l. - Association Luxembourgeoise d'Aide pour Personnes Atteintes de Maladies Neuromusculaires et de Maladies Rares

Missions

L'ALAN a.s.b.l. a été fondée en 1998. Son objectif est de soutenir et d'informer les personnes atteintes de maladies neuromusculaires présentes sur le territoire du Grand-Duché de Luxembourg. En 2005, l'a.s.b.l. a étendu ses activités en venant également en aide aux personnes atteintes de maladies rares.

1. Les objectifs

L'association s'est fixée un certain nombre d'objectifs qu'elle s'efforce d'atteindre, tels que :

- servir de trait d'union afin d'aider les personnes atteintes de maladies rares et leurs familles à résoudre les différentes difficultés d'ordre organisationnel, matériel et psycho-social causées par la maladie ;
- soutenir en accord avec les malades leur relation avec les différentes institutions (CNS, Sécurité Sociale, Assurance Dépendance, etc.) et le corps médical et paramédical ;
- favoriser et encourager des groupes de rencontre pour les personnes touchées ainsi que pour leurs familles ;
- informer et sensibiliser le grand public et les personnes concernées par les problèmes que rencontrent les familles dont un membre souffre d'une maladie rare ;
- contribuer à la diffusion des informations relatives au dépistage, à la recherche et aux nouvelles méthodes thérapeutiques des différentes maladies rares ;
- favoriser la scolarité et l'orientation vers la formation professionnelle des jeunes malades ;
- soutenir les adultes afin qu'ils puissent conserver leur poste de travail et donc préserver leur autonomie financière le plus longtemps possible ;
- établir une collaboration nationale et internationale avec des associations actives dans ce domaine (AFM- Association Française contre les Myopathies, EURORDIS – European Organisation for Rare Diseases, DGM - Deutsche Gesellschaft für Muskelkranke, ORPHANET, EUCERD, etc.).

2. Statistiques 2013

2.1. Répartition des demandes

	2013	2012	2011
Nouveaux patients	70	69	56
Demandes de patients déjà connus par les services de l'ALAN	28	19	16
Prolongation de demandes de l'année précédente	25	26	16
Total	123	114	88

En 2013, 70 nouveaux patients (57%) se sont adressés à l'association. Cette année, 28 demandes (23%) ont été formulées par des patients ayant profité antérieurement des services et chez lesquels la situation de santé/personnelle a évolué de sorte qu'ils ont eu à nouveau recours à l'association. Pour 25 autres personnes (20%) la prise en charge s'est prolongée de 2012 à 2013.

En 2013, le service a également recensé 11 patients, qui ont contacté le service mais pour lesquels il n'y a pas eu de prise en charge. Soit ces derniers n'avaient pas de demande particulière, soit ils ont été réorientés vers des services compétents en fonction de leur demande.

2.2. Statistiques Techniciens d'Insertion (TI)

Remarque : Le métier du technicien d'insertion (TI) a été créé en France par l'Association Française contre les Myopathies (AFM) pour négocier les moyens qui permettent aux personnes concernées de vivre le plus normalement possible dans leur environnement habituel. Le technicien d'insertion a une formation paramédicale ou sociale de base (infirmier, kinésithérapeute, ergothérapeute, assistant social) à laquelle se rajoute une formation supplémentaire proposée par l'AFM.

		2013	2012	2011
Nombre de premiers entretiens		58	47	41
1 TI	18			
2 TI	10			
1TI / 1PSY	30			

Nombre d'entretiens de suivi TI		83	54	28
1 TI	30			
2 TI	17			
1 TI/ 1 PSY	36			
Nombre de visites médicales accompagnées		10	2	5
Nombre de réunions de collaboration avec le réseau		29	11	22
Total		180	114	96

Le rôle des techniciens d'insertion est d'accompagner et d'orienter la personne touchée dans ses démarches tant administratives que médicales et de favoriser/sauvegarder son intégration sociale. L'équipe accompagne les patients tout au long de leur vie s'ils en font la demande. Généralement, l'accompagnement des personnes touchées se fait à long terme.

En 2013, l'équipe des TI a effectué 54 nouveaux entretiens (31%) et 80 suivis (46%). Deux accompagnements (6%) de visite médicale du patient suite à sa demande et en accord avec le médecin ont été organisés. Ils ont également participé à 29 réunions de collaboration (17%) avec le réseau pour coordonner le suivi adéquat du patient.

Comme base pour la plupart des entretiens (individuels/avec d'autres professionnels), l'équipe des TI fournit au patient des documents d'information sur les différentes maladies, afin de permettre une meilleure compréhension de la maladie et des conséquences qui en résultent. Ces recherches nécessitent du temps et des moyens suivant le type de pathologie présenté par le patient.

2.3. Statistiques Service psychologique

	2013	2012	2011
Nombre d'accompagnements aux premiers entretiens	30	34	28
Nombre d'accompagnements aux entretiens de suivi TI	36	14	/
Nombre d'entretiens psychologiques	100	70	85
Nombre de visites médicales accompagnées	1	1	6
Nombre de réunions de collaboration avec le réseau	12	5	11
Total	179	124	130

En 2013, 100 entretiens (53%) étaient des entretiens psychologiques. Ils peuvent se faire en individuel avec le patient (78%), en couple (15%) ou en famille (7%). La psychologue offre un soutien psychologique professionnel en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire pour les aider à mieux vivre avec leur maladie, ce qui engendre une meilleure qualité de vie et favorise l'autonomie de la personne.

2.4. Statistiques téléphoniques

En 2013, l'association a comptabilisé 620 interventions téléphoniques (orientation, information, soutien, coordination des suivis médico-sociaux, etc.) ainsi que 111 courriers/emails. En 2012, l'équipe a effectué 471 entretiens téléphoniques (écoutes, soutiens, interventions).

	2013	2012	2011
Interventions téléphoniques	620	471	392
Courriers/emails	111	293	/

2.5. Répartition des maladies rares

	Adultes	Enfants	Total
Maladies auto-immunes, systémiques et rhumatologiques	21	1	22
Maladies neurologiques	25	4	29
Maladies dermatologiques	5	1	6
Maladies gastroentérologiques	6	0	6
Maladies métaboliques	2	1	3
Maladies ophtalmologiques	1	0	1
Maladies ORL	2	0	2
Maladies endocriniennes	1	1	2
Maladies hépatiques	0	0	0
Maladies osseuses	0	1	1
Maladies rénales	2	0	2
Maladies respiratoires	1	0	1
Maladies hématologiques	2	2	4
Maladies neuromusculaires	16	4	20
Maladies du système immunitaire	0	0	0
Maladies du système circulatoire	0	2	2
Anomalies de développement embryonnaire et syndromes malformatifs	4	5	9
Sans diagnostic	7	6	13
Total	95	28	123

Les chiffres visualisent bien l'hétérogénéité des maladies rares dans la population. Bon nombre de personnes souffrent d'une maladie rare qui n'existe qu'une seule fois au Luxembourg. Les chiffres révèlent que 24% des patients présentent une maladie neurologique et 18% une maladie auto-immune, systémique ou rhumatologique. En 3ème position, viennent les maladies neuromusculaires suivies des patients sans diagnostic.

A remarquer que 52% de ces maladies sont des maladies génétiques.

Chez les adultes, ce sont les maladies neurologiques et auto-immunes qui sont le plus représentées. Chez les enfants, la plupart (6) est sans diagnostic, 5 présentent des anomalies du développement et/ou un syndrome malformatif, suivi des maladies neurologiques (4) et neuromusculaires (4). Les autres enfants se voient confrontés à une multitude de maladies rares.

2.6. Population

Raisons de contact et sujets abordés:

informations générales	85
aide à la personne	55
écoute et soutien	94
soutien psychologique	38
démarches sociales	78
orientation médicale/paramédicale	29
informations médicales	41
aides techniques	17
assurance-dépendance	23
accueil spécialisé	9
intégration scolaire/professionnelle	28
loisir/vacances	11
mise en contact avec autre patient	34

La plupart des demandes émanent d'un désir d'information, de soutien et de démarches sociales.

Concernant la répartition des âges : 7% des personnes ont entre 0 et 5 ans, 18% entre 6 et 20 ans, 29% entre 21 et 40 ans, 33% entre 41 et 60 ans, 9% ont plus de 60 ans et 4% sont inconnus. Les tranches d'âge les plus représentées au sein de la population sont celles entre 21 et 60 ans.

46% des personnes sont orientées vers le service par des professionnels du secteur médico-psycho-social. 31% des personnes ont découvert le service grâce aux médias (journaux, publicités, reportages, conférences, etc.), 15% par des connaissances et 8% sont inconnus. D'après les chiffres de l'association, ce sont les professionnels du secteur médical qui orientent le plus, les patients vers les structures.

L'association peut constater qu'à peu près un tiers des demandeurs d'aide est de sexe masculin et deux tiers de sexe féminin.

3. Activités

3.1. Conférences

- du 19.11 au 20.11.2013: Conférence Nationale EUROPLAN, avec l'objectif de réfléchir aux mesures visant à améliorer la situation des personnes ayant une maladie rare et ainsi, d'élaborer des recommandations pour une stratégie nationale correspondante ;
- des exposés présentés dans 3 écoles sur les maladies rares: Ecole St. Anne de Ettelbruck (07.05.2013), Ecole Fondamentale de Weiler-la-Tour (04.05.2013), Ecole Fondamentale de Clemency (03.07.2013).

3.2. Autres activités

- du 08.03.2013 au 16.04.2013 : 6 séances de cours de relaxation au "Clubhaus um Brill" à Capellen;
- 20.06.2013: Visite du spectacle "SPIN" à la Philharmonie avec les enfants atteints d'une maladie rare ;
- 21.09.2013: Matinée d'information sur les maladies rares pour nos bénévoles;
- 04.10.2013: Inauguration des nouveaux bureaux à Bascharage et présentation du calendrier 2014;
- du 07.10.2013 au 09.12.2013: 9 séances de chant (avec INECC et Clubhaus BRILL) à la pause de midi ;
- du 04.12.2013 au 28.02.2014: Vernissage et exposition "ALANart and more" au Rehazenter;
- 15.12.2013: Fête de Noël annuelle ;
- Tous les jeudis après-midis de 17h00 à 19h00 (sauf vacances scolaires): Reha-Schwammen au Rehazenter.

3.3. Participation à des activités

- du 07.03.2013 au 16.03.2013: Stand d'information à la "Dizaine de l'inclusion", organisé par Info-Handicap ;
- du 03.05.2013 au 13.05.2013: 2ème Semaine de sensibilisation pour personnes à besoins spécifiques à Luxembourg-Ville « Une ville pour tous » ;
- 02.06.2013: Lernfest au "Kinneksbond" à Mamer;
- 14.06.2013 au 15.06.2013: Journée des familles de l'Association Française contre les Myopathies à Paris;
- 07.07.2013: Journée de la Santé à Dudelange ;
- 29.10.2013: Eurordis Membershipmeeting à Paris ;
- 06.12.2013: Séance académique du Téléthon: présentations de trois associations dans le domaine des maladies rares ALAN, ALLM, Spina Bifida et du centre de recherche LCSB, ;

Plateforme palliative Luxembourgeoise (4 groupes de travail: groupe de pilotage, groupe de travail enfants, les lacunes législatives, la prise en charge des familles): 6 réunions.

Conseil Supérieur pour Personnes Handicapées: 5 réunions.

Participation à des études et projets nationaux: EUPATI (European Patients' Academy on therapeutic Innovation), Jugendbericht 2015, CRP santé-inventaire des actions du sport-santé.

04. Toxicomanies

1. Fondation Jugend - an Drogenhëllef (JDH)

En 2013 la JDH offrait les services suivants :

- 1. Les offres et structures bas seuil**
 - 1.1. Kontakt 28 (Luxembourg)
 - 1.2. CONTACT Esch
- 2. Les centres de consultation, Luxembourg, Esch/Alzette, Ettelbrück**
- 3. Le programme de substitution**
- 4. Les services médicaux**
 - 4.1. Service médical psychiatrie
- 5. Logements accompagnés « Les Niches »**
- 6. Le service parentalité**

1. Les offres du secteur bas seuil de la Jugend- an Drogenhëllef

Le « secteur bas seuil » englobe les offres orientées vers la réduction des risques et des dommages liés à l'utilisation de drogue.

Pendant l'ouverture des deux services à Luxembourg et à Esch/Alzette, les clients peuvent échanger des seringues et obtenir gratuitement de l'eau stérile, de l'acide ascorbique, des tampons d'alcool et des filtres. Au total 20372 seringues usagées étaient échangées contre 24461 seringues nouvelles (Luxembourg : 17194, Esch : 6140, distributeur de seringues : 1127). Le taux de retour des seringues était au Kontakt de 86% et à Esch de 93 %. Promouvant le safer-use, des seringues ayant des aiguilles de différentes tailles et des feuilles d'aluminium sont offertes.

Les offres:

- conseils relatifs à la consommation de drogues (substitution, sevrage et thérapie)
- prévention/ informations SIDA, hépatites (safer-use, safer-sex)
- consultation et accompagnement psychologique, psycho-sociale, administratif
- écoute active, motivation et orientation en cas de crise
- visite en clinique et prison

1.1. Kontakt 28

Le nombre de prise de contacts/ passages de clients différents, qui sont comptés une seule fois par permanence (de 9 à 13heures), était en 2012 de 13978 et a baissé à 11753 clients différents en 2013. Les collaborateurs ont effectué 1613 entretiens psycho-sociaux.

1.2. CONTACT Esch

Le nombre de contacts de clients différents, qui sont comptés une seule fois par permanence (de 8.30 à 12 heures) était de 7037 clients en 2012 contre 6713 en 2013 dont 80% d'hommes et de 20% de femmes. Les collaborateurs ont effectué 1219 entretiens psycho-sociaux.

Les nombreuses démarches téléphoniques ne sont pas comptées, mais constituent souvent des entretiens à part entière.

2. Les centres de consultation: Luxembourg, Esch/Alzette et Ettelbruck

Missions: informations, consultations psychosociales, thérapies ambulatoires et orientations pour personnes usagers de drogues et leurs proches ou autres personnes tierces.

Nombre de consultations

En 2013 les trois centres ont eu un total de 2519 consultations contre 2139 en 2012.

A Luxembourg l'ensemble des prises en charge était de 1136 consultations, dont 918 individuelles et 218 avec famille et/ou autres intervenants.

A Esch/Alzette on compte 601 entretiens, dont 517 en individuel et 84 avec famille et/ou autres intervenants.

Finalement, à Ettelbruck ont eu lieu 782 entretiens dont 723 en individuel et 59 avec famille et/ou autres intervenants.

L'ensemble des entretiens extérieurs se chiffre à 226 entretiens en dehors des locaux de la JDH.

Répartition en nouveaux et anciens clients

A Luxembourg et à Ettelbruck on compte plus de 50% de nouvelles situations.

Pour l'année 2013 les collaborateurs ont rencontré 482 personnes différentes.

Problèmes présentés à la 1ière demande

Dans les 3 centres on trouve des parallèles concernant la première demande :

La poly-toxicomanie reste la raison principale de consultation. Ensuite vient la consommation de cannabis et finalement la consommation d'un proche et les problèmes psycho-sociaux:

Problèmes présentés lors de la 1ière demande	Luxembourg	Esch/Alzette	Ettelbruck
poly-toxicomanie	87 (35%)	63 (45%)	37 (38 %)
cannabis	45 (19%)	21 (15%)	10 (10%)
consommation d'un proche	56 (23%)	30 (21%)	9 (9%)
problèmes psychosociaux	20 (8%)	8 (6%)	16 (16 %)
autres (précisons dans rapport détaillé)	36 (15%)	18 (13%)	26 (27%)
TOTAL : 482	244 (100%)	140 (100 %)	98 (100 %)

3. Le programme de substitution

Introduction

Le programme de substitution propose une substitution à l'héroïne par la méthadone à des clients souvent chroniques et présentant souvent un double diagnostic. Outre la prescription et la distribution de méthadone, le programme offre une prise en charge globale au niveau médical, psychologique et social.

Les objectifs sont multiples : amélioration de l'état de santé physique et psychique, diminution et arrêt de la consommation de substances psychotropes, réinsertion sociale et professionnelle, diminution de la criminalité, diminution du taux de mortalité par overdose et des maladies en relation avec l'abus de drogues.

Données sur les clients

Le nombre de clients ayant participé au Programme Méthadone a évolué au fil des 5 dernières années comme suit :

ANNEE	2013	2012	2011	2010	2009
Nombre de clients	102	78	83	90	84

Le nombre de clients a augmenté de 30,76% en 2013 par rapport à l'année 2012.

En 2013, 48 nouveaux clients sont entrés au Programme Méthadone, contre 19 en 2012 et 27 en 2011.

Pour l'exercice 2013, le service a noté 7419 passages de clients : 3907 à Luxembourg et 3512 à Esch / Alzette.

La moyenne mensuelle de passages pour 2013 est égale à 618,25, donc en moyenne un client passe 11,43 fois par mois.

En vue de permettre aux clients d'exercer des activités professionnelles ou des activités d'insertions professionnelles, les horaires à Luxembourg sont aménagés de sorte que ces personnes puissent passer à la distribution entre 6.45 heures et 8 heures du matin.

Entre 3,5 et 4,9 clients profitent de cette occasion, sachant que cette possibilité existe qu'à 3 jours sur 5.

4. Service médical- médecin généraliste

Nombre total de patients vus :

	2013	2012	2011	2010	2009
Pour sevrage /substitution	92	85	80	65	71
Pour examen somatique seul	40	41	15	20	25
TOTAL	132	126	95	85	96

Nombre total de consultations :

	2013	2012	2011	2010	2009
Sevrage/substitution	1108	1238	961	873	880
Examen somatique seul	65	62	30	24	30
TOTAL	1173	1300	991	897	910

Le médecin généraliste ne consacre plus que 75% de son temps à la clinique et les 25% restant sont consacrés à la charge de responsable du Service de Substitution.

4.1. Service médical (psychiatrie) – statistiques 2013

Nombre total de patients vus :	143
- Pour substitution et suivi psychiatrique :	40
- Pour suivi psychiatrique seul :	103
Nombre de consultations :	650

Nombre total de rendez-vous pris :	1007
- JDH Luxembourg :	646
- JDH Esch :	361

Problématique :

- - Addictive:	141
- - Comorbidité psychiatrique:	80

Hospitalisations au courant de l'année 2013 : 46

Cures à l'étranger au courant de l'année 2013 : 27

Dans la majorité des cas, les patients sont orientés vers le psychiatre par les différents services de la Jugend- an Drogenhëllef. Certains cas sont directement adressés par des médecins extérieurs ou d'autres structures (Abrigado, ...).

5. Logements accompagnés « Les Niches »

C'est en septembre 2000, que la JDH a pris en location son premier appartement dans le cadre de son nouveau service de logements accompagnés « les Niches ».

L'équipe des Niches gère au 31.12.2013 un parc de 45 logements, allant du studio à la maison unifamiliale. Y étaient hébergées: 55 adultes et 18 enfants.

Durant l'exercice 2013, 5 logements ont été loués et un a dû être abandonné. Il y eut 13 mouvements durant l'année en question.

En ce qui concerne le suivi social, le service a compté 1505 entretiens, à savoir 685 dans les locaux de la JDH, 534 visites à domicile et 286 démarches extérieures.

La répartition géographique des objets loués est la suivante: Nord 8, Centre 12, Sud 25.

6. Le Service Parentalité

Le service « Parentalité » s'adresse à des femmes enceintes et des parents connaissant des problèmes de toxico-dépendances ainsi qu'à leurs enfants.

Prévention : éviter au mieux la répétition transgénérationnelle de problèmes addictifs.

Nombre de situations en 2013 : 68 (2012 : 71)

Pour 19 situations supplémentaires, le service n'a jamais dépassé 3 consultations par situation. Ainsi, le service ne les considère pas dans l'analyse des situations, par contre, le nombre des entretiens est comptabilisé. 12 de ces interventions proviennent d'anciens clients avec des demandes ponctuelles.

Les 68 situations retenues se présentent comme suit :

- monoparentales : 41 (60%), dont 25 avec enfant(s) présent(s) au ménage
 - couples : 27 (40%), dont 21 avec enfant(s) présent(s) au ménage
- 7 familles recomposées pour les couples
- 6 monoparentales avec une fratrie séparée (enfant(s) cadet(s) au ménage, aînés placés

Nombre de grossesses : 21 (2012 : 14)

- 13 naissances,
- 1 mort-né,
- 1 IVG,
- 1 IM(édical)G,
- 1 fausse couche
- 4 femmes enceintes au 31.12.2013.

2. CNDS a.s.b.l. – Foyer Abrigado

Missions

Le centre Abrigado est composé de trois structures complémentaires, la structure de jour, la structure de nuit et la salle de consommation de drogues pour personnes toxicomanes. Le travail de l'Abrigado est centré sur la population du milieu de la toxicomanie. L'approche est basée sur un travail d'accès bas-seuil, centré sur l'acceptation, la tolérance, le respect et le non-jugement. L'offre de l'Abrigado est gratuite et anonyme et représente un lieu de protection et de repos pour les usagers.

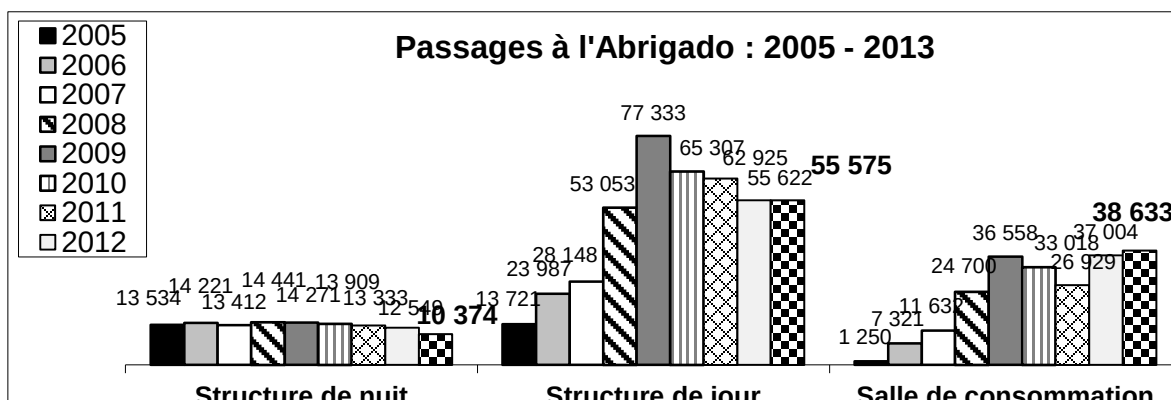
Offres de l'Abrigado:

Centre du jour avec Café, Salle de Consommation de drogues et Service Médical bas-seuil. Asile de Nuit avec 42 lits.

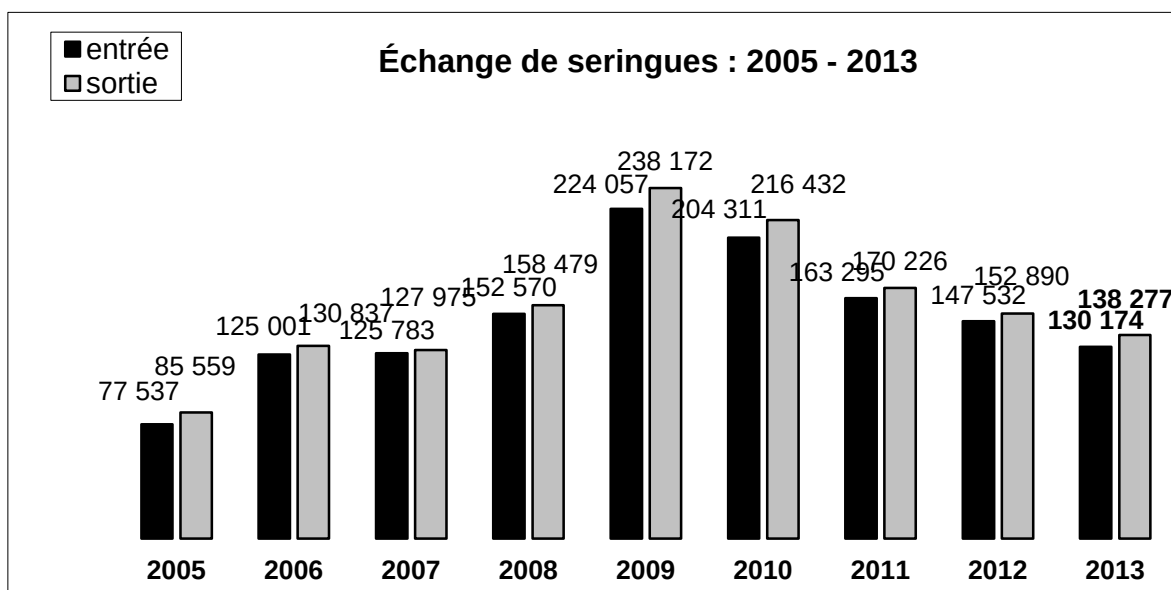
Rapport chiffré sur l'activité 2013

En 2013 la structure de jour (salle de consommation incluse) était ouverte pendant 309 jours. Les horaires d'ouverture étaient les suivants: structure de jour: 3 jours/semaine de 13h00 à 20h00 et 3 jours de 8h00 à 15h00. La structure de nuit était ouverte 7 jours/semaine de 22h00 à 7h30 pendant 365 nuits.

En 2013, l'Abrigado enregistrait 55.575 passages pour la structure de jour et 10.374 pour la structure de nuit. La salle de consommation comptait parallèlement 38.633 passages. Les usagers de la salle de consommation sont inclus dans les visites totales de l'Abrigado, parce qu'ils utilisent également les offres de la structure de jour et de la nuit.



Pendant l'ouverture de l'Abrigado, les clients peuvent échanger des seringues et se procurer gratuitement de l'eau stérile, de l'acide ascorbique, des tampons d'alcool et des filtres. Au total 138.277 seringues usagées étaient échangées contre 130.174 seringues nouvelles (2012: 152.890 contre 147.532). Promouvant le safer-use, l'Abrigado propose 3 tailles différentes d'aiguilles et microfiltres. En plus des feuilles d'aluminium, des pailles pour sniffer à usage unique sont mis à disposition des clients.



1. La structure de jour

1.1. Offre

Le but principal du service de jour est d'offrir un lieu de repos pour des personnes toxicomanes. L'accueil tient compte des problématiques spécifiques liées à cette population. Le premier contact et l'approfondissement relationnel ont lieu dans une salle de séjour.

1.2. Consultation

- conseils relatifs à la consommation de drogues (substitution, sevrage et thérapie),

- prévention/ informations SIDA, hépatites (safer-use, safer-sex),
- consultation spécifique pour les femmes,
- consultation psychologique, psycho-sociale et pour des questions d'ordre juridique,
- consultation administrative : « aide de base » : (RMG, caisse de maladie, domiciliation).

1.3. Orientation, accès, accompagnement

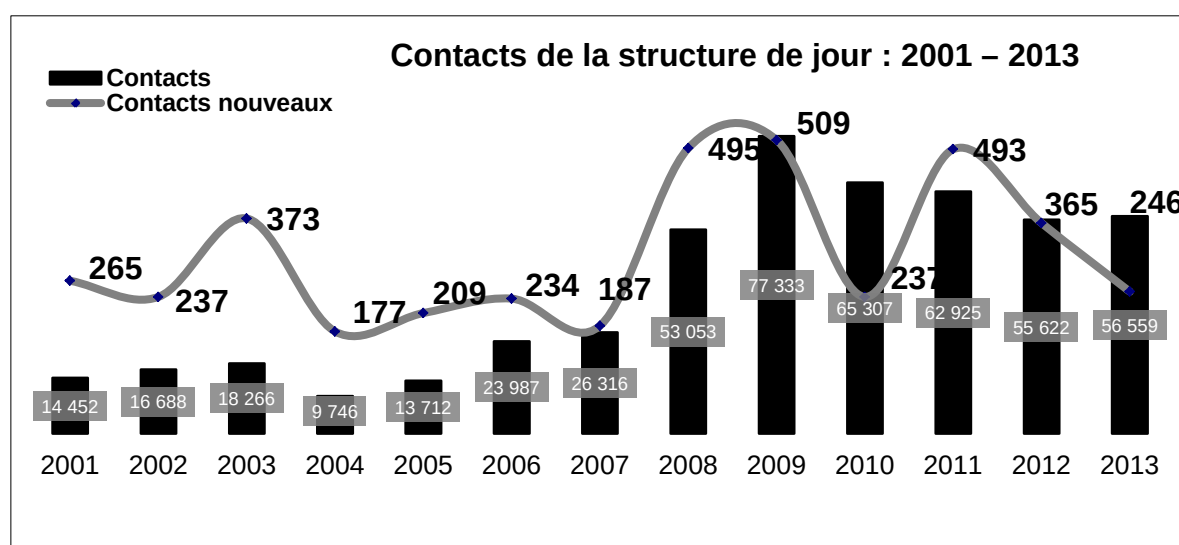
- visite en clinique et prison,
- accompagnement lors de démarches administratives,
- préparation et accès au sevrage, thérapie.

1.4. Intervention de crise

Il s'agit d'écoute active, de motivation et d'orientation en cas de crise. La structure de jour offre aussi la possibilité d'un entretien personnel (sur demande).

1.5. Rapport chiffré 2013 sur l'activité de la structure de jour

1.5.1. Contacts de la structure de jour : 2001 – 2013



La moyenne des contacts par jour est de 176 personnes (2012: 207, 2011: 207, 2010: 211; 2009: 216; 2008: 172). La structure est fréquentée en moyenne par 150 personnes pendant les matinées et par 205 personnes pendant les après-midis. Le pourcentage de femmes s'élève à 14 %.

1.5.2. Service médical

L'Abrigado offre aussi un service médical bas-seuil. Deux fois par semaine, les clients toxicomanes peuvent consulter un médecin généraliste.

1.5.3. Clientèle

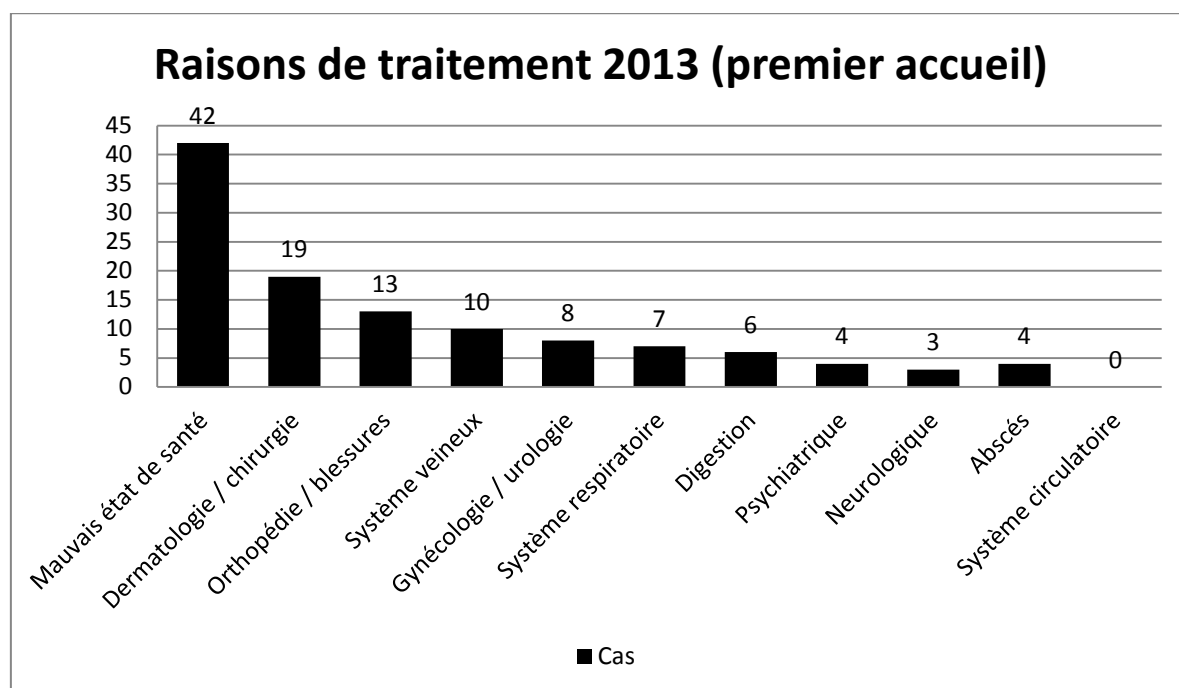
Les clients visés en premier lieu sont des personnes toxicomanes sans et avec caisse de maladie.

1.5.4. Interventions

Pendant tous les autres jours, les clients peuvent obtenir des petits soins médicaux, des soins de

veines et de plaies dans l'infirmierie de l'Abrigado. En 2013, 2.771 clients (2012: 2.271; 2011: 2.017 ; 2010: 2.226) ont profité de soins à l'infirmierie et du service médical (73% hommes, 27% femmes). Dans ce cadre ont eu lieu 4.598 interventions (2012: 4.489; 2011: 2.630 ; 2010 : 3.905) de types différents (pansements, paramètres vitaux, injections, conseils, prises de sang, orientations et transferts). En outre l'Abrigado coopère, à raison de deux fois par mois, dans le Projet DIMPS (test rapide HIV et hépatite dans les locaux de l'Abrigado). 500 bons ont été établis pour la prise en charge de soins médicaux.

116 nouveaux clients ont été admis pour traitement au service médical avec établissement d'un dossier médical. Parmi eux 66% étaient assurés. Ils ont eu des traitements de base et ont été transférés dans d'autres services. 34% des clients admis étaient des sans-abris et n'avaient aucune assurance-maladie. Le médecin était présent pendant 119 jours (37% des jours ouvrables). L'infirmierie était ouverte pendant 309 jours. (100% des jours ouvrables)



Lors de l'admission du client la raison de son traitement était souvent une combinaison de différents facteurs.

En 2013, 128 analyses de sang ont été effectuées en laboratoire. 42 de ces analyses ont pu être réglées par une assurance-maladie. Pour les 86 analyses de clients sans caisse de maladie le paiement s'est fait par l'Abrigado. Par ailleurs ces 128 analyses en laboratoire incluent 38 tests HIV et 41 tests Hépatites C.

2. Salle de consommation de drogues

La salle de consommation de drogues offre 7 tables et le client reçoit à l'accueil un étui avec tout ce dont il a besoin pour une injection stérile (nouvelle seringue, filtre, ascorbine, tampon d'alcool, cuillère). Dans le cadre des nouveaux bâtiments modulaires, 5 tables pour fumer de l'héroïne ont été installées. Pour cette forme de consommation on met des feuilles d'aluminium à disposition du client.

2.1. Clientèle

Des personnes toxicomanes majeures, non-substituées.

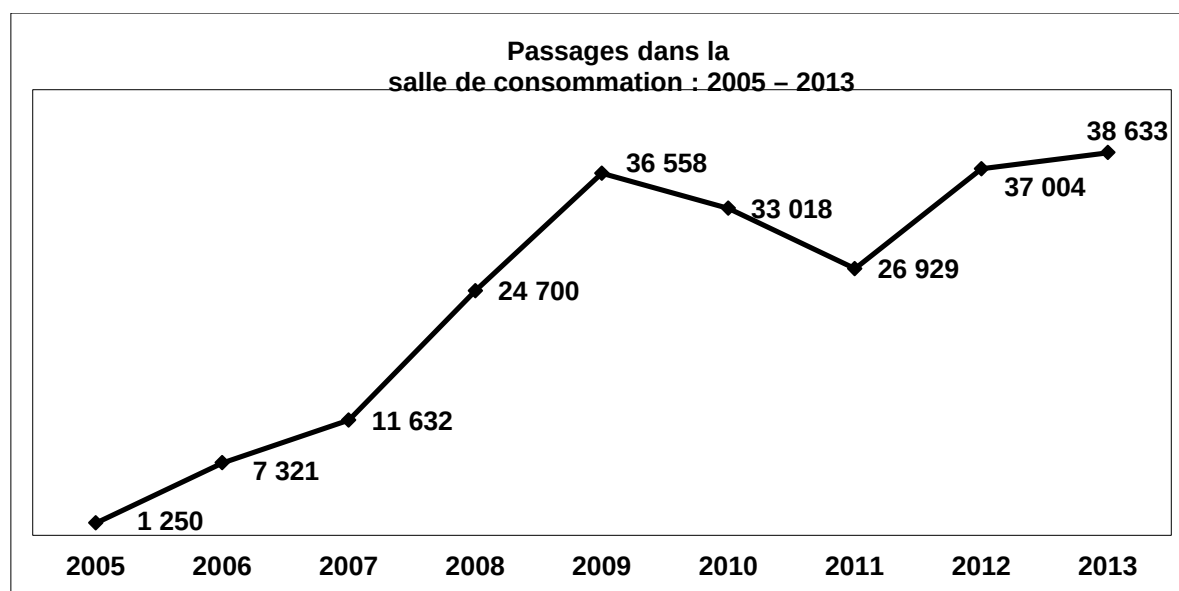
2.2. Offre

Consommation intraveineuse et par inhalation légale dans une salle hygiénique, matériel stérile pour injecter et fumer, safer-use, aide en cas d'urgence, information et orientation.

2.3. Rapport chiffré 2013 sur l'activité de la salle de consommation

En 2013, 38.633 passages (comptages multiples inclus) ont été enregistrés dans la salle de consommation et 40.610 processus de consommation ont eu lieu. Jusqu'à la fin de l'année 2013, 139 nouveaux contrats étaient signés par des personnes toxicomanes. Depuis l'ouverture en juillet 2005, 1.355 clients ont signé un contrat d'utilisation. Parmi les passages, 18% étaient des femmes et 82% des hommes, qui ont légalement consommé des drogues. La majorité des contacts étaient âgés entre 35 et 44 ans (37%) suivis de ceux âgés entre 25 et 44 ans (37%) et de ceux âgés entre 18 et 24 ans (6%). 20% des contacts avaient 45 ans et plus.

Passages dans la salle de consommation : 2005 – 2013



En 2013, l'héroïne (93%) était la drogue la plus consommée suivie de la cocaïne avec 4% et les cocktails avec 3%. (2012: héroïne: 95%; cocaïne: 3%; cocktails: 2%).

Les formes de consommation se présentent comme suit: 51% de consommation intraveineuse, 43% fument de l'héroïne et 6% sniffent. La possibilité de sniffer ou de fumer de l'héroïne devrait aider les clients de changer d'une forme de consommation à grands risques, consommation intraveineuse, à une forme à risques réduits et moins malsains. Avec 20.896 actes de consommation intraveineuse en 2013 (2012: 24.537; 2011: 31.588, 2010: 39.960) on a pu voir une réduction de cette forme de consommation de 48% par rapport à 2010 et un changement vers une autre forme de consommation.

Pendant l'année 2013, l'équipe de l'Abrigado a pris en charge 54 (2012: 37) surdoses avec perte de conscience et 324 surdoses sans perte de conscience (2012: 276). L'aide et les mesures à prendre dépendent de la gravité de l'overdose et se composent d'une stimulation verbale ou talking down, d'un contrôle des paramètres, de la pratique de la respiration artificielle, de massages cardiaques et si nécessaire de l'appel d'une ambulance. Le Samu a été appelé à 42 reprises (2012: 43) et la Police 2 fois (2012: 2).

Dans ce cadre ont eu lieu 7.429 consultations sur le thème de safer-use (2012: 6.086; 2011: 1.938) et 701 conversations informatives (2012: 1.043; 2011: 806; 2010: 1.388; 2009: 710). 216 clients étaient orientés vers la structure de jour ou vers une autre institution. Ils ont saisi l'opportunité de faire un sevrage, une substitution ou une thérapie.

3. La structure de nuit

Il s'agit d'une structure d'hébergement d'urgence spécialisée pour les personnes toxicomanes avec une capacité de 42 lits.

3.1. Offre

L'offre de nuit se distingue par un accueil aisé et sans obligation. Elle représente, comme la structure du jour, un lieu de repos et de protection.

Accueil sans obligation et maintenance du contact.

3.2. Réduction des dommages (harm-reduction)

Conseils en safer-use, safer-sex, accès aux soins médicaux.

Renforcement de l'auto-détermination, aide au quotidien.

3.3. Intervention de crise

L'accent est mis sur l'écoute active, motivation et orientation en cas de crise.

3.4. Rapport chiffré 2013 sur l'activité de la structure de nuit

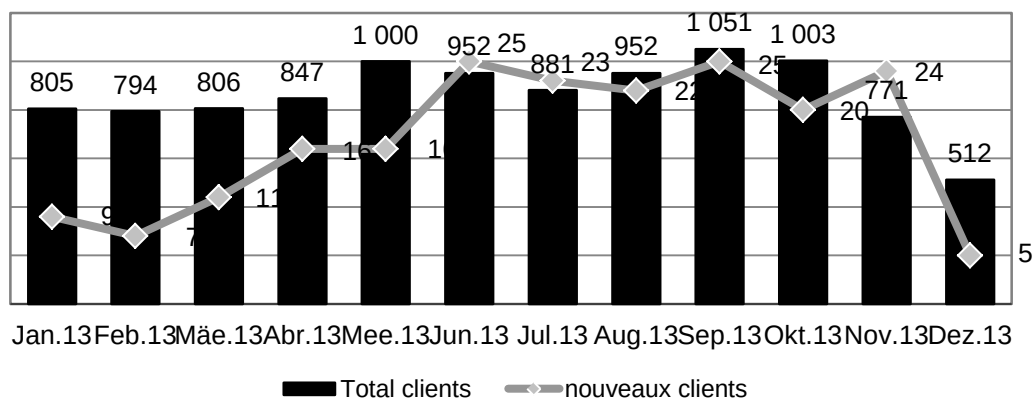
La structure de nuit était ouverte pendant 365 jours en 2013 (100%). Le taux moyen d'occupation durant l'année était de 68% (2012: 82%; 2011 : 87% ; 2010: 90% ; 2009: 91%; 2008: 92%); donc 864 clients par mois et 29 lits en moyenne occupés par nuit. Depuis l'ouverture de la structure en décembre 2003, 2.562 clients différents ont bénéficié de cette offre.

La structure de nuit a accueilli parmi ces clients une proportion de 80% d'hommes et 20% de femmes en 2013.

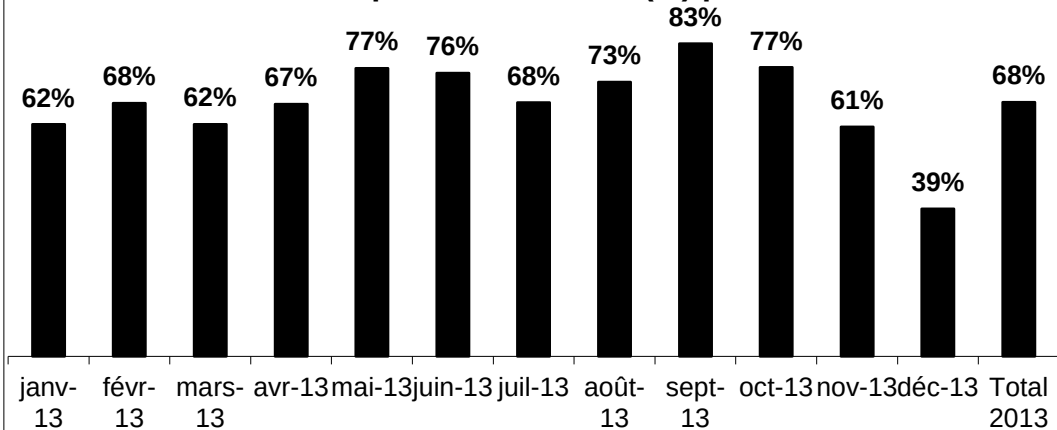
La majorité des usagers avaient entre 25 et 34 ans (43%) suivis de personnes âgées entre 35 et 44 ans (34%). 9% étaient âgés entre 18 et 24 ans et 14% étaient âgés de 45 ans ou plus. 203 nouveaux clients ont été enregistrés.

Contacts de la structure de nuit et exploitation des lits (%) par mois en 2013:

Contacts de la structure de nuit par mois en 2013



Exploitation des lits (%) par mois en 2013



3. Solidarité Jeunes a.s.b.l. – Service Thérapeutique Solidarité Jeunes

Missions

Le STSJ apporte une aide d'ordre psychosociale dans toutes les situations d'usage de substances psychoactives d'un mineur d'âge tout en incluant l'entourage familial et institutionnel, c'est-à-dire l'équipe prend en charge des situations dans leur globalité en travaillant sur le contexte de vie de ces adolescents.

Le STSJ offre des interventions en groupe pour jeunes interpellés par les forces de l'ordre en rapport avec un usage de drogues (projet Choice) ou pour des groupes d'adolescents qui se sont faits remarquer par leur consommation de drogues au sein d'établissements scolaires, foyers d'accueil, maisons de jeunes, etc. (projet Echo).

Le STSJ travaille en collaboration étroite avec toutes les instances et institutions en contact avec des jeunes usagers de substances psychoactives (secteur judiciaire, secteur des placements, secteur des écoles et secteur médico-psycho-social, etc.) dans un esprit de transparence pour les jeunes et leurs familles.

Le STSJ offre des interventions en institution et/ ou un soutien des professionnels en cas de confrontation avec des situations touchant à la consommation de substances psychoactives.

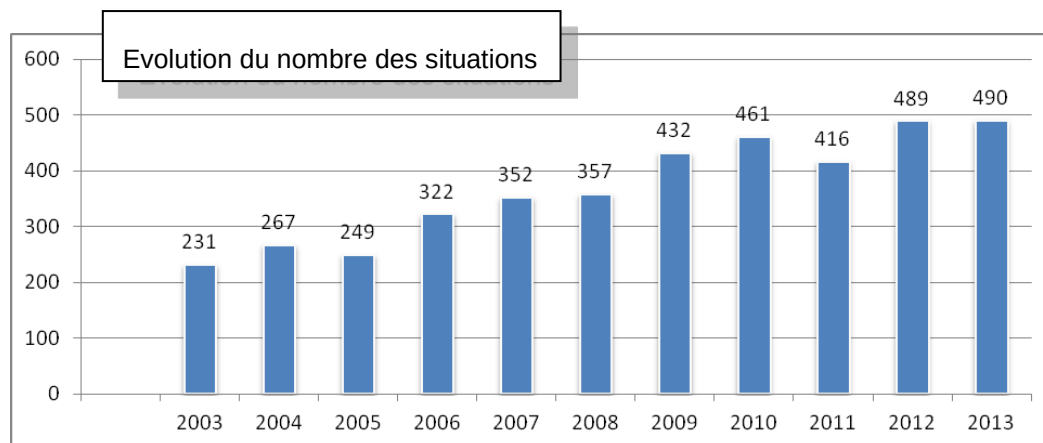
Les thérapeutes du STSJ favorisent l'évolution d'un contexte sociétal mieux adapté pour traiter les questions relatives à la consommation de drogues et aux problématiques des jeunes en général.

Le STSJ organise des formations ponctuelles et des actions de sensibilisation pour grand public sur demande.

1. Activités psychosociales et thérapeutiques

1.1. Nombre de situations prises en charge

Nombre de situations en 2013	N	%
Total	490	100.00
dont nouvelles	315	64,3
dont anciennes	175	35.7



1.2. Types et nombres d'entretiens psychologiques / thérapeutiques

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
entretiens individuels avec un jeune	873	1067	982	1109	1195	1216
entretiens familiaux	427	490	556	448	557	756
entretiens avec parent(s) sans le jeune	343	295	266	170	286	258
entretiens avec autres institutions	24	26	22	18	24	18
entretiens avec autres institutions et jeune/famille	127	176	146	127	109	162
choice/echo	128	160	264	160	288	260
TOTAL	1922	2214	2236	2032	2459	2670

1.3. Interventions CHOICE / E=CHO

	Nbre de jeunes	Nbre de groupes	Nbre de séances
2008	70	8	32
2009	55	10	40
2010	85	17	66
2011	59	10	40
2012	100	18	72
2013	130	20	80

1.4. Age des jeunes impliqués (en pourcentages)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
< 14 ans	5.1	5.6	4.6	4.6	5.3	3.5	4.4
14 à 15	25.2	24.9	25.8	29.8	30.1	26.9	26.5
16 à 17	50.9	52.5	52.4	47.5	46.4	49.0	53.5
>17 ans	18.8	18.0	17.2	18.1	18.2	20.6	15.6

1.5. Sexe des jeunes (en pourcentages)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
masculin	75.6	69.5	75.7	70.6	70.2	66.9	70.0
féminin	24.4	30.5	24.3	29.4	29.8	33.1	30.0

1.6. Substance psychoactive pour laquelle il y a demande (en %)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
cannabis	67.7	69.4	72.8	74.2	73.8	76.8	81.4
héroïne	2.5	1.7	1.6	1.1	0.3	0.8	0.0
XTC / cocaïne	1.1	0.6	0.9	0.8	1.0	0.4	0.2
drogues légales	5.1	7.8	6.2	5.4	8.2	9.9	4.4
plusieurs drogues	5.4	4.5	5.8	5.1	5.3	3.6	0.0
autres	2.5	2.5	1.7	1.1	1.2	0.6	1.8
aucune	9.6	8.7	6.1	9.7	7.3	7.2	5.5
inconnu	6.1	4.8	4.9	2.6	2.9	0.7	6.7

1.6.1. Envoyeurs (regroupés en %)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
secteur judiciaire / forces de l'ordre	44.4	43.4	44.1	50.8	49.7	46.3	47.3
secteur de placement	6.5	6.4	6.6	4.1	7.2	8.8	6.9
secteur médico-psycho-social	6.5	5.8	4.6	2.8	4.9	2.9	3.4
secteur scolaire	7.7	10.1	9.7	10.4	9.8	10.8	11.6
tiers (famille, copain, autres...)	21.8	21.6	20.1	20.8	19.0	17.4	18.1
demande propre du jeune	13.1	12.7	12.9	11.1	9.4	13.8	12.7

2. Interventions en institution

2.1. Interventions en classe d'élèves/groupes de jeunes

Secteur scolaire : 7 interventions au sein de 3 établissements scolaires différents (LTPES, LTML et CNFPC).

Secteur éducatif : 8 interventions dans des Internats (Echternach et Diekirch), Maisons de Jeunes (Kayl) et Foyers d'accueil (Foyer Jeunes, Foyer Noémie et Foyer Ermesinde).

Secteur médical : 5 groupes de parole à l'hôpital de jour de la Psychiatrie juvénile.

2.2. Formation de professionnels

En 2013, le STSJ a donné suite à 11 demandes de formations pour le corps enseignant (CNFPC),

éducatif (Internat Jos Schmit de Diekirch, Kannerduerf Mersch) et 4 demandes pour l'école de Police.

Actuellement 1 établissement scolaire (LTAgricole), 1 internat (Jos Schmit à Diekirch) et le Kannerduerf Mersch (pour 5 foyers d'accueil) sont soutenus dans l'élaboration d'une Grille d'Intervention (outil méthodologique pour faire face au phénomène de la consommation de substances psychotropes auprès des élèves).

En 2013, le service a animé 4 conférences pour parents d'élèves, dont 3 au LTB et une à l'International School.

3. Groupes de travail

Le STSJ est régulièrement représenté au sein de divers groupes de travail : Groupe alcool, Cyberaddiction, AG QM Psy, Fokusgruppe Schule und Cannabis et le groupe de coordination pour la campagne des Maisons de Jeunes sur le cannabis « Gees de oder stees de ? ».

4. Conclusions

Toute l'équipe travaille en réseau et par conséquent se trouve souvent en déplacement à travers tout le pays, pour la plupart dans les écoles, les maisons de jeunes et la psychiatrie juvénile.

L'idée d'élargir l'offre aux jeunes adultes de 18-21 a été relancée par la demande du Parquet Général de Diekirch d'offrir des groupes de parole, basé sur le modèle du CHOICE, pour jeunes adultes interpellés pour consommation de cannabis.

4. Stëmm vun der Strooss a.s.b.l.

Missions

Conventionnée avec le Ministère de la Santé depuis 1997, l'a.s.b.l. Stëmm vun der Strooss a pour objet de réaliser et de promouvoir toutes les activités qui sont en rapport avec l'information, la représentation et la défense des intérêts des couches sociales exclues ou à risque d'exclusion. Le service s'adresse à des personnes adultes ayant des problèmes d'ordre médico-psycho-social. Ces personnes sont pour la plupart des chômeurs de longue durée, des alcooliques, des jeunes en difficulté, des anciens détenus, des toxicomanes, des demandeurs d'asile, des sans-papier ou des malades psychiques qui ont un point en commun: la majorité d'entre elles souffrent d'une maladie de la dépendance.

1. Stëmm vun der Strooss - Luxembourg

En 2013, 66 personnes ont été encadrées dans les différents ateliers. La plupart ont bénéficié d'une mesure dans le cadre du Revenu Minimum Garanti, mais l'association propose également d'autres formes de participation :

Contrat d'insertion dans le cadre du RMG (ATI)	39
Travailleurs bénévoles	17
Travaux d'intérêt général	10
Total	66

1.1. Objectifs et rapport chiffré sur les activités en 2013

Les activités de l'antenne de Luxembourg se résument en 6 volets, à savoir :

1.1.1. Atelier de rédaction

Il s'agit d'un atelier thérapeutique proposant des mesures de réhabilitation, de réinsertion professionnelle et de prévention à des personnes souffrant d'une maladie de la dépendance. Dans un cadre de travail supervisé, elles réapprennent à respecter les règles élémentaires liées à la vie professionnelle. Elles sont encadrées par une pédagogue qui a pour tâches principales de : s'occuper de la rédaction d'un journal par des sans-abri, de développer les contacts avec la presse luxembourgeoise, de gérer le travail de sous-traitance, d'encadrer les chômeurs pour qu'ils retrouvent du travail sur le marché de l'emploi et de familiariser les exclus de la société aux nouvelles technologies de l'information.

4 numéros du journal d'Stëmm vun der Strooss, imprimés à raison de 6.000 exemplaires, ont été publiés. Les différents organes de la presse écrite et parlée ont régulièrement diffusé des reportages concernant le thème de l'exclusion sociale. 523 personnes se sont abonnées au journal. Le journal d'Stëmm vun der Strooss a été distribué gratuitement à 270 adresses différentes sur le territoire de la Ville de Luxembourg, de la Ville d'Esch et dans d'autres villes du pays. Pour ne citer que quelques exemples, le journal est disponible dans tous les ministères, syndicats, lycées et hôpitaux de ces villes. En témoignant dans des lycées, les membres de la rédaction ont tenté de sensibiliser les jeunes au problème de l'exclusion sociale et aux maladies de la dépendance. Tout au long de l'année, cet atelier a réalisé des travaux de sous-traitance.

1.1.2. Lieu de rencontre

Dans l'optique des « Restos du cœur », le lieu de rencontre est un endroit où des personnes défavorisées bénéficient d'un repas équilibré préparé par des personnes bénéficiant d'une mesure de réinsertion professionnelle. Ces personnes travaillant dans le cadre du RMG sont encadrées par deux éducateurs gradués et une restauratrice-hôtesse à mi-temps. Il s'agit d'un lieu de « rencontre » ouvert aux personnes issues de toutes les couches sociales. L'objectif est de favoriser les discussions et surtout de permettre aux personnes défavorisées de prendre un repas au prix de 0,50 € et une boisson au prix de 0,25 €. Pour les plus démunis, les repas et boissons sont gratuits.

Ce sont en moyenne 115 personnes vivant dans l'exclusion sociale qui, quotidiennement, ont eu recours au foyer de jour. Le Treffpunkt 105 leur a offert la possibilité de prendre un repas chaud, de se réchauffer ou de se reposer quelques heures. Par la même occasion, elles ont pu lier des contacts sociaux avec des personnes issues à la fois du milieu de l'exclusion sociale et du milieu établi. 27.284 repas y ont été servis, week-end exclus. Au sein de l'atelier Kleederstuff, 25 personnes en moyenne ont pu chaque jour recevoir gratuitement des vêtements, récupérés auprès de particuliers. Le travail des personnes engagées dans cet atelier consiste à trier les vêtements reçus, à les plier et à les mettre dans les étagères, à faire un inventaire, pour ensuite les distribuer aux usagers. Une éducatrice graduée gère cet atelier.

1.1.3. Dokter Stëmm - dispensaire sur roues

Ce service fonctionne grâce au bénévolat de 3 médecins et de 1 ambulancier et grâce au travail d'un éducateur gradué. 21 journées de consultation ont été effectuées. 8,6 personnes en moyenne ont bénéficié 2 fois par mois des consultations gratuites. Sur l'année 2013, ces personnes ont pu bénéficier de 181 consultations gratuites. Les soins dispensés étaient d'ordre médico-psycho-social. Le but de ces consultations est d'offrir une meilleure information, des conseils en prévention et une meilleure éducation à la santé.

1.1.4. Service social

La SvdS se veut être complémentaire aux services existants. L'assistant social engagé auprès de la SvdS ne crée donc pas systématiquement de nouveaux dossiers mais oriente vers d'autres structures. Il n'assure pas de suivi social de longue durée, car les demandes sont majoritairement ponctuelles. Son rôle est d'informer, de conseiller et de soutenir les 115 personnes qui, en moyenne, passent chaque jour les portes de la SvdS.

1.1.5. Immo-Stëmm

Ce service a pour objectif de rendre le marché de l'immobilier accessible aux personnes à revenu modeste en garantissant aux propriétaires le paiement du loyer ainsi qu'un entretien impeccable du logement. L'« Immo-Stëmm » sert d'intermédiaire entre propriétaires et locataires. 17 personnes ont été logées dans 16 appartements, chambres ou studios.

7 personnes ont reçu des aides financières pour location sur le marché privé; nombreuses demandes de logement ont été introduites, 3 ont été satisfaites. Les autres n'ont pas pu l'être pour motif de non-disponibilité de logements adéquats et/ou à loyer abordable, 15 demandes de mobilier et d'appareils électroménagers gratuits ont été faites auprès du service d'aide et de proximité de la Croix-Rouge luxembourgeoise et de l'association Okkasiounsbutikk.

1.1.6. Equipe bénévole

Dans le cadre des activités socio-éducatives organisées par la SvdS, une quinzaine de personnes ont pu aller gratuitement une fois par mois au cinéma Utopolis. Des bénévoles de la SvdS ont également accompagné des usagers à des sorties culturelles. En outre, ils ont effectué des visites régulières en prison et dans les hôpitaux. L'équipe se compose de 8 bénévoles.

1.2. Calendrier des activités

- Déménagement dans de nouveaux locaux rue de la Fonderie à Hollerich, participation à la Fréijoersbotz de l'Administration communale de la Ville de Luxembourg et de Reckange-Mess, réalisation du film "Follow me Home", partenariat avec l'hôpital du Kirchberg en vue de récupérer des denrées alimentaires,
- - activités en collaboration avec l'antenne de Esch: réalisation du livre "Och mir sin Lëtzebuerg", fête de Noël au centre culturel de Bonnevoie et service de 350 repas, Tournoi de Foot "Stëmm/Scheest zesummen", activité coiffure pour 100 personnes à l'atelier Schweesdrëps, service de 180 repas gratuits au restaurant Alpha, exposition "Homme sweet Home" à l'Abbaye Neumunster en collaboration avec l'association Thierry Van Werveke, concert de bienfaisance organisé à la Kulturfabrik.

1.3. Conclusions et modifications importantes depuis le rapport d'activité de 2012

- grâce à la collaboration avec l'hypermarché Auchan, 10,5 tonnes de denrées alimentaires ont pu être utilisées et distribuées gratuitement aux personnes démunies,
- 498 personnes sont membres de l'a.s.b.l.,
- le service a accueilli en moyenne 115 personnes par jour contre 110 en 2012, soit une augmentation de 5 personnes/jour. Au total, 1.569 personnes différentes ont fait appel aux services de la SvdS au cours de l'année 2013 contre 1.666 en 2012. 18,41% étaient des femmes. La proportion de la population étrangère s'est située à 79 nationalités différentes.

2. Stëmm vun der Strooss – Esch/Alzette

2.1. Objectifs et rapport chiffré sur les activités en 2013

En 2013, 80 personnes ont été encadrées dans les différents ateliers. La plupart ont bénéficié d'une mesure dans le cadre du Revenu Minimum Garanti, mais l'association propose aussi d'autres formes de participation :

Contrat d'insertion dans le cadre du RMG (ATI)	63
Travailleurs bénévoles	14
Travaux d'intérêt général	3
Total	80

Les activités de l'antenne d'Esch/Alzette se résument en 5 volets, à savoir :

2.1.1. Lieu de rencontre

Dans l'optique des « Restos du cœur », le lieu de rencontre est un endroit où des personnes défavorisées bénéficient d'un repas équilibré préparé par des personnes travaillant dans le cadre du Revenu Minimum Garanti (RMG). Il s'agit d'un lieu de « rencontre » ouvert aux personnes issues de toutes les couches sociales. L'objectif est de favoriser les discussions et d'orienter les personnes défavorisées vers les services sociaux existants.

La « Stëmm vun der Strooss » propose des postes de travail dont l'horaire peut varier entre 20 et 40 heures/semaine. Au sein de la cuisine, les personnes ont été encadrées par un éducateur gradué engagé à temps plein et une restauratrice-hôtière à mi-temps. Les personnes mises au travail préparent chaque jour des repas chauds pour 111 personnes. Les repas sont e.a. préparés pour les 28 personnes qui travaillent au sein de l'atelier « Schweesdrëps ». 29.228 repas ont été servis au cours de l'année, week-end inclus.

Le service a accueilli en moyenne 85 personnes par jour en semaine et 45 le week-end. Au total, 1.163 personnes différentes ont fait appel aux services de la SvdS, dont 891 hommes, soit 76 %. En 2013, 45,60% des personnes ont eu leur premier contact avec l'a.s.b.l. La proportion de la population étrangère s'est située à 61 nationalités différentes.

2.1.2. Atelier « Schweesdrëps »

Créé au mois de septembre 2005, l'atelier « Schweesdrëps » est un atelier thérapeutique qui propose aux clubs sportifs le nettoyage des vêtements de sport. Cet atelier est géré par 2 assistantes sociales engagées à mi-temps, 1 éducateur gradué à temps plein et une éducatrice graduée à mi-temps, ainsi qu'une éducatrice diplômée à temps plein.

Les personnes occupées dans cet atelier lavent les uniformes de 40 clubs sportifs, ce qui correspond à 280 équipes. Chaque semaine, les personnes « mises au travail » récupèrent en moyenne entre 4.000 et 4.500 shorts, tricots et chaussettes qui sont triés, lavés, séchés et redistribués à temps pour le match suivant. Au besoin, des services de couture et de raccommodage sont offerts aux clubs.

Cet atelier à caractère productif permet aux personnes « mises au travail » de réaliser un travail de qualité qui demande une certaine discipline ainsi qu'une bonne organisation, mais aussi une capacité de travailler sous pression, vu le rythme imposé par le calendrier sportif.

2.1.3. Vestiaire / atelier « Dress for success »

L'idée de cet atelier est de permettre aux usagers de se vêtir convenablement, en fonction des saisons, mais surtout, en fonction de différentes occasions, telles un entretien d'embauche, une convocation au tribunal, la recherche d'un logement, pour permettre aux personnes démunies de retrouver leur dignité.

Le travail des personnes engagées dans cet atelier consiste à trier les vêtements reçus, à les plier et à les mettre dans les étagères, à faire un inventaire, pour ensuite les distribuer aux usagers. En 2013, 7,5 personnes en moyenne ont pu chaque jour recevoir gratuitement des vêtements.

2.1.4. Service social

Le rôle du service social est de conseiller, d'informer, de soutenir et d'orienter les clients, et si besoin est, de leur accorder un secours financier. 59 demandes d'allocation vie chère ont été introduites auprès du Fonds National de Solidarité.

2.1.5. Buanderie et douches

La majorité des personnes défavorisées a un logement qui est souvent précaire ou insalubre. Il existe

rarement une buanderie et la salle de douche est en commun. L'association dispose de 3 machines à laver et de trois douches (2 pour hommes et 1 pour femmes).

Le lieu de rencontre et l'atelier « Schweesdrëps » sont deux ateliers thérapeutiques dont l'objectif est la réinsertion professionnelle et la proposition de mesures de réhabilitation et de prévention à des personnes ayant des problèmes d'ordre médico-psycho-sociaux. Soutenues par le personnel encadrant, les mises au travail réapprennent à respecter les règles élémentaires liées à la vie professionnelle (organiser le temps de travail, respecter les horaires de travail, l'hygiène,...).

2.2. Calendrier des activités

UrbanTrail et Escher Kulturlaf : équipe parcours et ravitaillement, tournoi de foot "Stemm schweest zesammen", voyage en bateau sur la Moselle (excursion annuelle), activité coiffure pour 100 personnes à l'atelier Schweesdrëps.

5. Fondation CePT - Centre de Prévention des Toxicomanies

Missions

L'établissement a pour objet le développement, la promotion et la propagation d'idées et de stratégies pour un mode de vie sain et positif, en particulier par la prévention de comportements susceptibles d'engendrer les formes les plus diverses de toxicomanie et autres dépendances.

1. Le service Fro No - information et orientation

Le service Fro No (Infos drogues - dépendances - services d'aide) destiné au grand public a été contacté à 256 reprises durant l'année 2013. Il s'agit d'une part de 136 demandes d'information (dont 112 par téléphone, 21 par mails et 3 par des visites sur place) et de l'autre, de 120 demandes de matériel (i.e. dépliants, brochures).

Les demandes d'information et d'orientation relèvent d'abord de proches de personnes concernées, suivies de collègues travaillant dans des secteurs connexes ou encore d'étudiants puis en dernier lieu par des personnes concernées elles-mêmes.

Tout comme les années précédentes, les demandes émanant de femmes sont largement supérieures à celles des hommes.

A noter que sur les 136 demandes, 113 demandeurs ont pu être orientés vers des services d'aide spécialisés.

En relation avec la nature de ces demandes, des dépliants de la série sur les substances psychotropes ont été mis à jour et réédités. Il s'agit du cannabis, des somnifères et tranquillisants en allemand/français et anglais/portugais. Ensuite une version allemande/française des dépliants alcool et tabac a été publiée. En 2013, 2192 annuaires des services d'aides et de consultation, ainsi que 14.194 dépliants d'information sur les substances ont été distribués. Ces derniers sont téléchargeables sur le site www.cept.lu à la rubrique associée.

2. Le service Trampoline - formations et conférences

Le travail de formation de futurs professionnels et de professionnels confirmés issus du secteur social, psychologique, éducatif et médical comprend différents axes d'action.

En ce qui concerne la formation de futurs professionnels, le CePT a été présent en 2013 dans des modules de formation initiale figurant au programme de structures éducatives. Ainsi, le CePT est

intervenu à l'Université du Luxembourg dans le cursus du Bachelor en Sciences Sociales et Educatives (BSSE) et dans la formation pédagogique des enseignants du secondaire (FOPED) en biologie. Le CePT a d'autre part assuré des cours à L'Ecole de Police.

Le deuxième pilier de formation s'adresse à des professionnels confirmés. Au cours de ces formations continues différents thèmes ont été abordés tels que la prévention des dépendances, les substances psychotropes, l'utilisation des outils didactiques. Un certain nombre de ces formations ont été proposées à travers de l'offre de formations du SCRIPT et du SNJ.

Les formations continues sont aussi destinées à des formations pour des parents. La coopération entre le CePT et l'école des Parents Janusz Korczak (Fondation Kannerschlass) s'est poursuivie en 2013.

À côté de ces principaux axes de formation, le CePT propose des formations plus spécifiques qui s'adressent uniquement à un public de professionnels dénommées "séminaires du mercredi". En 2013, 8 séminaires ont été organisés.

3. Le service m.e.s.h. - Méthodes et Evaluations en Sciences Humaines

3.1. Enquête sur le public festif au Luxembourg

Dans le cadre de son projet Party MAG-Net, le CePT effectue depuis 2010 des sondages auprès du public des manifestations festives. Le but de l'enquête étant de pouvoir affiner à l'issue de celle-ci le travail de prévention. Sont pris en considération, au moyen d'un questionnaire bilingue allemand/français : l'âge des visiteurs, les modes de transports, la nature des drogues consommées.

En 2013, 2646 questionnaires ont été recueillis au cours de 14 événements festifs ayant réuni au total quelques 85000 visiteurs.

Les résultats complets sont disponibles sur www.cept.lu.

3.2. Enquête sur la pratique des jeux de hasard auprès des élèves des écoles secondaires luxembourgeoise

À la demande du ministère de l'Education nationale et de la Formation professionnelle (MENFP), le service m.e.s.h. a réalisé une enquête sur la pratique des jeux de hasard auprès des élèves des écoles secondaires luxembourgeoises.

Le recueil des données a été effectué en ligne pour les classes de 7e et de 11e/3e au moyen du questionnaire « Luxembourg Gambling Survey (LXGS) ». L'objectif était de quantifier le phénomène de la pratique des jeux de hasard, avec ou sans mise d'argent. L'échantillon final retenu était constitué de 3496 élèves. Les principaux résultats de cette enquête ont été présentés en février 2013 à un public d'intéressés (MENFP, BEE SECURE, Anonym Glécksspiller a.s.b.l., les directeurs des écoles secondaires).

4. Travail de prévention en milieu scolaire

Afin de mieux cibler les actions de prévention en milieu scolaire, le CePT a lancé en 2013 une offre d'un cycle de formations destiné au personnel des écoles secondaires. De ce fait, un plan d'action ainsi qu'un concept individualisé ont été échaudés en partenariat avec le LTA.

En collaboration avec d'autres institutions, le CePT continue à assurer le suivi du parcours interactif « ExtraTour Sucht Lëtzebuerg » organisé par le MENFP.

5. Travail de prévention en milieu festif

En 2013, le CePT a poursuivi sa collaboration avec le projet européen Nightlife Empowerment & Well-being Implementation project (NEWIP), et plus particulièrement par la contribution à la publication d'une série de guides pratiques pour les interventions en milieu festif

(<http://www.safernightlife.org/standards>).

La collaboration s'est également poursuivie avec « Party + » sur des labels de qualité européens. Le CePT fait partie de ce groupement de labels par le biais de sa charte de qualité Party MAG-Net. En 2013, le CePT est devenu membre associé de l'association Party + créée dans le but de promouvoir des standards de promotion de la santé et des services de réduction des risques associés à la vie nocturne.

En outre, le CePT a présenté lors de la conférence internationale NIGHTS 2013 – Health, Pleasure and Communities qui s'est tenue du 25 au 27 septembre 2013 à Padoue en Italie, les premiers résultats des enquêtes réalisées auprès des consommateurs dans le cadre du projet MAG-Net 2 : Duscherer, K., Paulos, C. & Kraus, A. (2013). Going up the country - Characterizing recreational drug use in music festivals, Proceedings of the Nights 2013 Conference, CLEUP, Padoue, Italie.

6. Travail de prévention pour des groupes spécifiques

6.1. Évaluation de la campagne « Keen Alkohol ënner 16 - Mir halen eis drun! »

Suite à l'évaluation de la campagne « Keen Alkohol ënner 16 Joer - Mir halen eis drun! » effectuée par l'Université du Luxembourg dans le cadre du projet de recherche « SORES » (Social responsibility as a strategic concept of prevention work 2009-2012), les résultats ont été compilés dans une publication : Grimm, S., Residori, C., Joachim, P., Décieux, J-P. & Willems, H. (2013). Lokale Netzerkbiidung als strategisches Konzept in der Prävention - Evaluation einer Sensibilisierungskampagne zum Alkoholkonsum im Jugendalter, Wiesbaden. Les résultats mettent en exergue le besoin des jeunes générations d'avoir comme référence l'une image d'un adulte responsable. Le rapport a aussi pointé l'importance du travail en réseaux en matière de prévention qui pourrait donner des idées pour le suivi de la campagne mentionnée ci-dessus ainsi que pour des futures campagnes p.ex. dans le cadre du plan national alcool.

6.2. Plan national alcool

A la demande du ministre de la Santé, un groupe de travail multidisciplinaire pour développer un « Plan national alcool » s'est constitué. Ainsi le CePT, en charge du sous-groupe Prévention a collaboré avec des partenaires pour échauder un modèle de plan d'action. Plusieurs étapes ont été réalisées dans des groupes de travail élargis qui ont effectué un état des lieux et proposé de nouvelles pistes pour des domaines prioritaires : « enfants et jeunes (incluant femmes enceintes) », « population générale », « seniors », « travail » et « trafic routier ».

6.3. Groupe de Mondorf

Le CePT a poursuivi son travail avec 4 institutions spécialisées oeuvrant dans la région transfrontalière. Dans ce contexte deux formations pour les professionnels des institutions du secteur social (pour le Luxembourg, on nommera les CSSE de Dreibern-Schrassig) ont été préparées. Celles-ci seront mises en œuvre en 2014. L'une d'entre elles sera basée sur des méthodes de pédagogie assistée d'un animal et l'autre suivra les principes de la pédagogie par la nature.

6.4. PRO SKILLS 2 - Train-The-Trainer concept : « formation des formateurs »

Avec l'achèvement du projet « PRO-SKILLS 2 » en 2013 qui faisait partie du programme européen de l'éducation et de la formation tout au long de la vie GRUNDTVIG, le CePT en coopération avec les partenaires du projet ont élaboré un concept de formation continue « formation des formateurs ». De même, une « boîte à outils » étendue visant à sensibiliser les professionnels à la promotion des compétences de base et pour les qualifier dans ce domaine a été produite dans le cadre de ce projet (www.pro-skills.eu).

6.5. MAG-Net 2 - Réduction de risques à destination du public à consommation récréative de drogues dans la Grande Région et sensibilisation des professionnels de la santé

Ce projet est cofinancé dans le cadre du programme INTERREG IV A Grande Région 2007-2013 (Projet 128 GR DELUX 3 3 249) pour une durée de deux ans, de janvier 2013 à décembre 2014.

Le but principal de MAG-Net 2 consiste en l'élaboration et l'offre de formations pour le personnel du domaine de la santé sur la consommation récréative de drogues.

Les contenus de ces formations et ces séminaires seront enrichis par les résultats des enquêtes qui ont été menées au cours de cette année auprès des consommateurs de la Grande Région sur leurs actuels modes de consommation de drogues comme l'alcool, le LSD ou encore les nouveaux produits de synthèse (NPS ou Legal Highs).

Dans le cadre de ce projet, cinq formations et séminaires ont eu lieu à Luxembourg (L), à Sarrebruck (D) et à Padoue (I), ainsi qu'une journée d'échanges interrégionale traitant des tendances actuelles de consommation d'alcool et des réponses que la société peut y apporter, a été organisée à Trèves (D).

L'agenda des manifestations en cours et à venir peut être consulté sur <http://mag-net.eu>.

7. Forum Suchtprävention

Du 11 au 13 septembre 2013, un échange entre experts/responsables d'institutions de l'espace germanophone (Allemagne, Autriche, Suisse, Liechtenstein, Luxembourg) a eu lieu sur le thème : „Wirksame Suchtprävention im Spannungsfeld von Wissenschaft, Politik und Praxis“. Au cours de cette rencontre le ministre de la Santé, Monsieur Mars Di Bartolomeo est intervenu sur le volet politique.

6. CHNP: Foyers post-cure

Mission

Le concept du projet "Service de post-cure " prévoit la prise en charge de personnes toxicomanes ayant terminé leur thérapie au CTM (Centre Thérapeutique de Manternach) d'une part, et d'autre part envisage la possibilité d'accueillir des clients ayant accompli une thérapie à l'étranger et ce en étroite concertation et collaboration avec d'autres institutions telles que le Quai 57 "Suchtberodungsstell" (arcus a.s.b.l.) ou la JDH e.a.

1. Objectifs

L'équipe se charge de l'encadrement de clients vivant en communauté dans des logements situés à Rosport, à Moersdorf et à Junglinster, et dans des appartements situés à Grevenmacher, Berg et Echternach. Les objectifs de cet encadrement sont les suivants :

- abstinence de la consommation de drogues illicites,
- solidarité dans le groupe de vie,
- réinsertion et stabilisation professionnelle et sociale,
- stabilité physique et psychique,
- accompagnement dans l'éducation des enfants des clients,
- accompagnement des clients au-delà de leur séjour en post cure.

2. Activités réalisées

- Entretiens individuels, de sous groupe (par maison) et de groupe régulier.

- Auto - évaluation de la vie quotidienne, organisation de la vie en communauté (charges ménagères ; activités de loisirs e.a.), confrontation avec d'éventuelles rechutes, problèmes d'agressivité et de solitude .e.a.
- Intervention de crise en cas de besoin.
- Réalisations de screenings périodiques afin de garantir l'abstinence.
- Les responsables des foyers font partie de l'équipe du CTM et participent entre autre aux réunions du personnel, aux supervisions et aux séances de groupe des clients en phase de détachement, ceci pour garantir une meilleure préparation des futurs résidents de la post-cure.
- Collaboration avec des institutions nationales en ce qui concerne l'encadrement des enfants des usagers.
- Collaboration avec des institutions nationales concernant l'encadrement professionnel des usagers.
- Réunions avec les administrations comme Bâtiments Publics ou les administrations communales.

3. Résultats

En 2013 les responsables de la post-cure ont organisé une fête à l'occasion de leur 10^{ième} anniversaire. Ainsi les festivités débutaient avec un tournoi de football réunissant 6 équipes. L'après-midi un spectacle fut organisé. La fête fut clôturée par un concert pop.

- Des entretiens individuels hebdomadaires avec chaque client ont lieu régulièrement. En 2013, 530 entretiens individuels et 14 entretiens de couple ont eu lieu.
- Les entretiens de groupe de vie et les réunions de tous les clients de la post cure ont lieu selon les besoins des clients et la disponibilité des responsables. En 2013, 12 entretiens de groupe de vie et 3 réunions plénières ont eu lieu.
- Les responsables de la post-cure ont participé à 46 réunions du personnel et à 5 supervisions.
- Participations à 6 réunions inter-institutionnelles.
- Participation à 4 réunions du CTM en vue de l'élaboration d'un nouvel concept.
- 10 activités différentes : patinoire ; agape ; piscine, fête de printemps ; karting ; fête de Noël ; marché de Noël ; pic-nic à la mer.
- Sur les 30 places disponibles, 26 places ont été proposées aux usagers et 4 places étaient réservées pour la visite d'enfants d'usagers vivant à l'extérieur de la post-cure.
- 26 personnes ont vécu en post-cure + 6 personnes en logement accompagné en 2013, soit 19 hommes et 9 femmes âgés entre 19 et 50 ans, ainsi que 4 enfants âgés entre 7 et 16 ans.
- 3 personnes ont quitté la post-cure volontairement, 1 personne a dû quitter la post-cure.
- 9 usagers sont père ou mère de 14 enfants en tout ; 10 enfants ont eu un contact régulier avec leur parent.
- 2 adultes ne suivaient pas d'activité rémunérée, dont une personne effectuait un bénévolat à mi-temps.
- Journées de présence : 6051.
- Taux d'occupation (max 26 places) : 63,58%.
- Au 31/12/2013, 22 personnes vivaient en post-cure, soit un taux d'occupation de 22/26 soit 84,61% +4 personnes en logement encadré.

05. Autres services

1. Croix-Rouge Luxembourgeoise – Centre de transfusion sanguine

Missions

Etablissement à vocation nationale, le Centre de Transfusion Sanguine de la Croix-Rouge luxembourgeoise (CTS/CRL), certifié ISO 9001 et accrédité ISO 15189, a pour mission d'assurer la collecte de dons de sang auprès des donneurs volontaires et bénévoles, de qualifier ces dons et de préparer les produits sanguins et dérivés plasmatiques issus de ces dons afin de les distribuer aux malades et blessés qui le nécessitent.

Cette mission nationale est accomplie dans le plus grand respect des donneurs et des receveurs de produits sanguins, d'une part en appliquant strictement des critères d'acceptation des donneurs régulièrement actualisés, d'autre part en respectant scrupuleusement des bonnes pratiques de prélèvement, de qualification biologique des dons, de production et de distribution.

Le CTS/CRL assure également les prélèvements sanguins et les déterminations de groupes sanguins des bilans prénuptiaux, ainsi qu'un rôle de centre de référence en immuno-hématologie.

Ces missions sont accomplies dans le plus grand respect des "clients" en accord avec la politique qualité de l'établissement.

1. Activités 2013

1.1. Donneurs actifs

Au 31 décembre 2013, leur nombre s'élevait à 13532 donneurs (45% de femmes, 55% d'hommes) pour couvrir la demande nationale en dons bénévoles, volontaires et anonymes.

- donneurs de sang total: 12562
- donneurs de plasma: 732
- donneurs de plaquettes: 238

Cette population dynamique présente un taux de renouvellement annuel de l'ordre de 8% du fait des évictions définitives. Les efforts de sensibilisation menés par les Associations et Amicales de Donneurs de Sang Bénévoles et la Croix-Rouge ont permis le recrutement de 793 nouveaux donneurs (pour 1096 postulants au don).

Postulants nouveaux donneurs : 1096

- évictions définitives immédiates 91 (8,3%)
- dons immédiats 534 (48,7%)
- dons différés 259 (23,6%)
- suspensions temporaires ou attente de don 212 (19,4%)

La population de donneurs reste jeune (moyenne d'âge de 43 ans) majoritairement masculine (55,4 % d'hommes) même si les nouveaux donneurs de sang sont le plus souvent de sexe féminin (55%).

1.2. Activités de prélèvements

Elles sont adaptées à la demande de PSL (produits sanguins labiles) dans un souci d'autosuffisance, de non péremption et de possession d'un stock permanent assurant une autonomie de délivrance d'au moins 5 jours.

Tout excès de prélèvement est synonyme de destruction du fait de la péremption à 5 jours des concentrés plaquettaires et à 42 jours des concentrés de globules rouges.

Les 743 collectes faites en 2013 se décomposent de la manière suivante:

252 collectes de sang total au CTS	14895 dons homologues
------------------------------------	-----------------------

	67 dons autologues
239 collectes externes de sang total	5.364 dons homologues
252 collectes d'aphérèses	3332 dons de plasma
	527 dons de plaquettes

Les différents temps de prise en charge des donneurs sont surveillés en permanence; pour le don de sang total, le temps moyen entre l'arrivée au CTS et la fin du don est de 32 minutes (24 minutes pour l'accueil et l'entretien médical, 8 minutes pour le prélèvement).

Le CTS a par ailleurs assuré le prélèvement et le groupage sanguin de 3700 bilans pré-nuptiaux.

1.3. Activités de laboratoire

Elles sont fondamentales pour la sécurité des donneurs et des receveurs. Les analyses concernent tous les donneurs et leurs dons (analyses accréditées), les receveurs (à la demande des établissements de santé) et dans le cadre du management de la qualité de nombreux contrôles de qualité internes et externes.

Le laboratoire de biologie du CTS/CRL est le centre de référence pour l'immuno-hématologie et réalise les groupages sanguins dans le cadre des bilans pré-nuptiaux.

Analyses	Nb en 2013	Remarques	Positifs confirmés
Hémogrammes	29185	pour chaque don et contrôles	
groupages ABO Rh Kell	5320	prénupt., nvx donneurs, recev.	
contrôles ABO RhD poches	24185	chaque CGR	
phénotypes étendus	110	donneurs réguliers	
RAI	25702	demandes externes et chaque don	
Coombs directs	503	demandes externes et chaque don avec RAI positive	
agglutinines froides	132	demandes externes	
hémolysines	527	sur chaque cytophérèse	
cross match	442	sur demande externe	
protéines totales	970	dosage annuel pour chaque donneur d'aphérèse	
transaminases	1101	sur premier don de chaque nouveau donneur et contrôles	
antigène HBS (hép. virale B)	24185	chaque don	0
anticorps anti-HVC (hép. virale C)	24185	chaque don	0
anticorps anti-VIH1 et 2 (infection VIH)	24185	chaque don	1
TPHA (syphilis)	24185	chaque don	7
anticorps anti-CMV	997	poches CMV- pour immuno-déprimés	40%
anticorps anti-HTLV 1et 2	1001	sur premier don de chaque nouveau donneur	0
anticorps anti-HBC totaux (hép. virale B) (LNS)	1001		14
PCR hép. virale B	24185	pour chaque don par la Croix Rouge allemande (Francfort)	0
PCR hépatite virale C	24185		0
PCRVIH 1+2	24185		1
PCR hépatite virale A	24185		0
PCR Parvovirus B19	24185		11

Le laboratoire du contrôle de qualité vérifie la conformité des produits sanguins et de l'environnement:

- volumes et poids,
- hématocrite, hémoglobine, leucocytes résiduels pour les concentrés de globules rouges,
- numération des plaquettes, des leucocytes résiduels et pH à 5 jours pour les concentrés de plaquettes,
- facteur VIII pour le plasma frais congelé,
- hémocultures de produits sanguins à péremption et contrôles microbiologiques de l'environnement.

1.4. Activités de production

Les activités de production sont étroitement liées à celles du contrôle de qualité. L'application stricte des règles de Bonnes Pratiques de Fabrication (BPF ou GMP, « Good Manufacturing Practices ») en font une activité quasi-pharmaceutique, sous la responsabilité d'un pharmacien d'industrie.

Production « in situ » :

- concentrés de globules rouges homologues	20280
- concentrés de globules rouges pédiatriques	25
- pools plaquettaires	2508
- concentrés de plaquettes d'aphérèse	777
- concentrés GR et plasma autologues	67

Production externalisée:

- plasma frais congelé Solvant Détergent	1340 litres
- octalbine-CRL, Octagam-CRL, Octaplex-CRL	6800 litres

1.5. Activités de distribution

Le CTS a délivré des produits sanguins labiles et des dérivés plasmatiques à 8 établissements de santé: l'Hôpital Marie Astrid, la Clinique Sainte Thérèse, le Centre Hospitalier de Luxembourg, le Centre Emile Mayerich d'Esch/Alzette, l'Hôpital du Kirchberg, la Clinique Saint Louis d'Ettelbruck, la Clinique Saint Joseph de Wiltz et la Clinique Sainte Marie d'Esch.

- concentrés de globules rouges homologues	19585
- concentrés de globules rouges pédiatriques	22
- pools plaquettaires	1816
- concentrés de plaquettes d'aphérèse	654
- concentrés GR et plasma autologues	134

L'âge moyen des produits à la livraison est de 13 jours pour les concentrés érythrocytaires (DS = 6) et de 3,5 jours (DS = 1) pour les concentrés de plaquettes.

278 produits ont été irradiés (122 concentrés érythrocytaires adultes, 11 concentrés érythrocytaires pédiatriques, 145 concentrés plaquettaires).

Le CTS/CRL a eu recours à l'EFS Lorraine Champagne pour 9 produits sanguins déplasmatisés (2 concentrés de globules rouges et 7 plaquettes), 2 produits plaquettaires à l'occasion d'une distribution massive.

Le CTS/CRL a eu recours à la SFS de Belgique pour 3 produits plaquettaires à l'occasion d'une distribution massive.

Le CTS/CRL a fourni 4 produits plaquettaires à la Belgique.

1.6. Données de l'hémovigilance

La réglementation en matière de sang du 07.03.2006, rend obligatoire la notification des réactions et incidents graves au Ministre de la Santé.

Au cours de l'année 2013, 20 notifications ont été faites concernant 16 concentrés de globules rouges, 5 concentrés plaquettaires d'aphérèse et 1 pool plaquettaire.

11 incidents étaient d'imputabilité douteuse et de gravité nulle ou modérée; 5 incidents ont été classés d'imputabilité probable et de gravité modérée alors que 3 incidents classés d'imputabilité probable ont été jugés de gravité immédiate vitale. 1 seul incident immédiat a été considéré d'imputabilité certaine et de gravité non vitale.

Nombre de notifications pour 1.000 PSL distribués: 0,71

L'hémovigilance concerne également les donneurs de sang pour lesquels le CTS/CRL n'a pas eu d'évènement indésirable à notifier à l'autorité de tutelle.

2. Changements et orientations en 2013

2.1. Pour le système qualité

- échange d'auditeurs internes avec la Fédération François Elisabeth et le Centre Hospitalier du Nord,
- poursuite de l'implémentation d'une nouvelle informatique centrale eProgesa de Mak system,
- invalidation du système de production "Atreus" de la société Caridian BCT dans le but de limiter les péremptions de concentrés plaquettaires.

2.2. Pour les donneurs

- une moindre sollicitation des donneurs de groupe O et A grâce à des conventions de mise à disposition de concentrés érythrocytaires B et AB dans les dépôts des 5 plus grands hôpitaux du Grand-Duché.

2.3. Pour les receveurs

- un appel d'offre européen finalisé par la Fédération des Hôpitaux luxembourgeois pour la fourniture d'Albumine et d'immunoglobulines à 5 hôpitaux luxembourgeois; l'attribution du marché impose la fourniture du plasma collecté au Grand-Duché au bénéficiaire du marché afin de garantir les approvisionnements nationaux de ces 2 dérivés plasmatiques,
- la production de CGR pédiatriques uniquement sur commande.

2.4. Equipements et fonctionnement

- la réfection de la chambre de congélation et le remplacement d'un automate de thombaphérèse (Trima Térumo BCT).
-