



# COPASNEWS

BULLETIN D'INFORMATION DE LA FÉDÉRATION COPAS    MAI 2012    N°2



# SOMMAIRE

## ÉDITO

par Marc Fischbach

03

## AIDE ET SOINS

04

Le vieillissement actif : quels défis ?

Les cas de démence devraient tripler d'ici 2050

## QUALITÉ

06

Vieillesse et nouvelles formes d'habitat

## FINANCE

07

Le secteur des aides et soins : un état des lieux

## MEMBRE

11

Association Luxembourg Alzheimer

## ACTUALITÉS

14

Les événements du secteur

## COPAS INDOOR 15

L'équipe de la COPAS ne cesse de s'agrandir !

## COPAS DOSSIER

Assemblée générale : rétrospective et visions d'avenir

Des articles peuvent être envoyés à la COPAS ([copasnews@copas.lu](mailto:copasnews@copas.lu)) pour publication dans une prochaine édition de la COPASNEWS.

Tout article envoyé pour publication devra être signé par son auteur.

La COPAS se réserve le droit de publier ou non les articles qui lui parviennent. D'aucune manière la COPAS ne pourra être tenue responsable pour le contenu de ces articles qui feront un renvoi à leurs auteurs.

COMITE DE RELECTURE POUR CETTE EDITION:

Marc Fischbach, Dr Carine Federspiel, Pierrette Biver, Michel Simonis,

Alain Dichter, Christian Erang, Christophe Lesuisse.

Coordination éditoriale : Monique Putz

Coordination administrative : Stéphanie Heintz

Clôture de rédaction : 8 mai 2012

© Tous les textes publiés dans la COPASNEWS peuvent être utilisés dans un contexte non commercial, sans autorisation préalable de la COPAS, à condition d'en indiquer la source.

Tirage : 750 exemplaires





**EN VUE DES DÉFIS QUI SE DESSINENT À L'HORIZON DE LA RÉFORME DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE, LA FÉDÉRATION DEVRA, PAR DES VISIONS CLAIRES ET DES CONCEPTIONS BIEN DÉFINIES, JOUER LE RÔLE DE MAÎTRE-PENSEUR.**

Chers lecteurs,

En cette année, le 6 juin prochain pour être précis, la COPAS fête son 15<sup>e</sup> anniversaire. Quelle meilleure occasion pour passer en revue ce qui a été réalisé au cours de ces dernières années ? Mais c'est également un moment opportun pour se projeter dans l'avenir, imaginer les défis qu'il faudra relever, sans passer au travers de visions claires pour le secteur d'aides et de soins, à l'horizon de la réforme de l'Assurance dépendance.

Après sa restructuration sectorielle, la COPAS devra concevoir et planifier le futur d'un secteur appelé à trouver les bonnes réponses, et surtout des réponses durables au vieillissement de notre population et aux attentes des personnes en situation de maladie ou de handicap dans notre société.

Dès sa naissance, la COPAS a su s'imposer comme partenaire indispensable des instances publiques, afin de mettre en pratique ce nouveau pilier de la sécurité sociale, qu'est le système de l'Assurance dépendance. Les représentants de la fédération ont toujours fait preuve d'une grande compétence et d'un engagement exemplaire, ne se lassant de prôner l'importance d'un système durable, permettant à la fois aux gestionnaires d'offrir des services de qualité, aux bénéficiaires d'être pris en charge dans les meilleures conditions possibles, et au personnel soignant de travailler dans un environnement des plus adéquats. Un triple défi, que la COPAS, en tant que fédération patronale, faut-il le rappeler, a su relever, tout en évoluant en interne et en s'adaptant de manière permanente aux nouvelles données du terrain - voire l'application de la loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs - pour ne citer qu'un exemple récent. Je tiens à féliciter tous ceux qui s'y sont engagés : les membres et les responsables de la fédération.

Suite aux dernières réformes statutaires, l'avenir de la COPAS me semble plus que jamais assuré, les membres ayant affiché sans équivoque, leur volonté d'affronter ensemble les défis de l'avenir.

En tant que président, je souhaite jeter un regard objectif, mais non moins critique sur tout le secteur. Dans ce sens, l'éthique professionnelle me tient particulièrement à cœur et j'estime qu'il est de la responsabilité de la COPAS de définir les principes et règles qui guideront le comportement des professionnels dans leurs relations avec les personnes qui leur sont confiées. Tout comme il est de la responsabilité de chaque membre de veiller au respect de la déontologie par l'ensemble du personnel.

L'efficacité et la cohérence de l'action fédérale, une prise en compte judicieuse des intérêts sectoriels, le bien-être tant des personnes dépendantes que des professionnels du secteur, sont autant d'objectifs que je considère comme mes défis majeurs en tant que nouveau président.

Marc Fischbach  
Président

Toute l'équipe de la COPAS vous souhaite une agréable lecture de la présente édition de la COPASNEWS.

# AIDE & SOINS



## LE VIEILLISSEMENT ACTIF : QUELS DÉFIS ?

*Quelques réflexions dans le cadre de « l'Année européenne du vieillissement actif et de la solidarité intergénérationnelle »<sup>1</sup>*

Le secteur des aides et soins se trouve directement impliqué par les réflexions menées dans le cadre de l'année européenne du vieillissement actif et de la solidarité intergénérationnelle, puisqu'il accompagne la population qu'elle soit dépendante ou valide.

La notion de «vieillissement actif» définie par l'OMS comme processus d'optimisation des opportunités en matière de santé, de participation et de sécurité en vue d'améliorer la qualité de vie de la population vieillissante<sup>2</sup> est portée par le travail quotidien des prestataires de soins. Les actions en vue d'optimiser, voire maintenir l'état de santé ou le degré d'autonomie, oeuvrer à ce que les personnes prises en charge gardent une place dans la société par des activités diverses, permettre un certain épanouissement et bien-être dans la vie quotidienne, gardent un sens même lorsque la dépendance prend de l'envergure.

Les défis en termes de vieillissement actif à destination des personnes dépendantes consistent en effet à promouvoir et à transposer dans la mesure du possible cette notion tout en l'adaptant au degré de capacité restante des personnes prises en charge. Dans la vie quotidienne le niveau d'activité physique revêt une importance toute particulière vu les répercussions sur différents plans : le plan social et le plan psychique, tout comme le ralentissement de certains déclin. Par ailleurs, le volet social occupe également une place primordiale dans la prise en charge et dans l'accompagnement du vieillissement actif.

Les conséquences négatives en termes de déclin de la santé peuvent être atténuées par des interventions ciblées et un environnement adapté permettant aux usagers une maîtrise active de leur vie et ce jusqu'à un degré de dépendance avancé.

Les prestataires mettent beaucoup d'activités en oeuvre et recherchent les bonnes pratiques et des concepts innovants qui permettent aux personnes prises en charge de continuer de vieillir activement en palliant à leurs déficits.

Gageons que nos prestataires relèveront, avec leurs usagers, le défi d'un vieillissement actif réussi.

Claudine Koster

1. <http://ec.europa.eu/social/ey2012.jsp?langId=fr>

2. World Health Organization (2002) Active Ageing - A Policy Framework, p. 12.





## LES CAS DE DÉMENCE DEVRAIENT TRIPLER D'ICI 2050

Près de 35,6 millions de personnes dans le monde sont atteintes de maladies démentielles. Le rapport d'avril 2012 de l'Organisation Mondiale de la Santé<sup>3</sup> prévoit une évolution dramatique : Le nombre de personnes atteintes de maladies démentielles pourrait pratiquement doubler et passer de 35,6 millions en 2010 à 65,7 millions de malades en 2030. Ce nombre devrait même tripler d'ici 2050. Les systèmes de santé n'y seraient pourtant pas encore suffisamment préparés.

Traiter et soigner les personnes atteintes de démence dans le monde coûte actuellement plus de 604 milliards de dollars chaque année. Cette somme prend en compte la fourniture de soins de santé et d'une assistance sociale, ainsi que la réduction ou la perte de revenus pour les malades et les personnes leur prodiguant les soins. A ce jour, seuls huit pays ont un programme national de lutte contre la démence. Dans un nouveau rapport, « Dementia: a public health priority », publié par l'Organisation mondiale de la santé et Alzheimer's Disease International, il est recommandé que les programmes soient principalement axés sur l'amélioration du diagnostic précoce, la sensibilisation du public à la maladie et la réduction de la stigmatisation, et la fourniture de soins de meilleure qualité et d'un appui supplémentaire aux personnes qui prodiguent les soins.

L'absence de diagnostic est un problème majeur. Même dans les pays à revenu élevé, on ne dépiste ordinairement qu'entre un cinquième et la moitié des cas de démence. Quand un diagnostic est posé, il intervient souvent à un stade relativement avancé de la maladie.

Les auteurs du rapport attirent l'attention sur le manque général d'information et de compréhension en ce qui concerne la démence. Cette situation alimente la stigmatisation, qui à son tour contribue à l'isolement social de la personne atteinte et de ceux qui s'en occupent et peut retarder la demande de diagnostic, d'assistance sanitaire et d'appui social.

Le renforcement des soins est également une priorité. Dans toutes les régions du monde, la plupart des soins sont prodigués par des aidants non professionnels : épouses, enfants adultes, autres membres de la famille et amis. Il est noté dans le rapport que les personnes s'occupant de malades atteints de démence sont elles-mêmes particulièrement sujettes à des troubles mentaux, comme la dépression et l'anxiété, et sont fréquemment en mauvaise santé physique. Beaucoup de ces personnes rencontrent également des difficultés économiques dans la mesure où elles peuvent être contraintes d'arrêter de travailler, de travailler moins ou de prendre un travail moins exigeant pour prendre soin d'un membre de leur famille atteint de démence.

Les auteurs du rapport recommandent d'impliquer les personnes qui prodiguent actuellement les soins dans la conception des programmes visant à améliorer l'appui aux malades et à ceux qui s'en occupent. Les services communautaires peuvent constituer un soutien précieux, aussi bien dans les pays à revenu faible que dans les pays à revenu élevé, pour les familles prenant soin d'un proche atteint de démence et retardent la nécessité du placement dans un établissement de soins onéreux. Par ailleurs, la formation du personnel de santé doit prendre davantage en compte la démence et les compétences requises pour la fourniture de soins cliniques et à long terme.

La démence est un syndrome, généralement chronique, causé par diverses maladies du cerveau qui affectent la mémoire, le raisonnement, le comportement et l'aptitude à réaliser les activités quotidiennes. La maladie d'Alzheimer est la cause la plus courante de démence et serait à l'origine de jusqu'à 70 % des cas. Même si l'on trouve des cas de démence dans tous les pays, plus de la moitié (58 %) des personnes concernées vivent dans un pays à revenu faible ou intermédiaire. Cette proportion est susceptible de dépasser 70% d'ici 2050.

Évolution du nombre de personnes atteintes de maladies démentielles :			
	35,6 millions	65,7 millions	106,8 millions
	2010	2030	2050

Monique Putz

# QUALITÉ



## VIEILLISSEMENT ET NOUVELLES FORMES D'HABITAT

*Entre politique de maintien à domicile et d'hébergement collectif, quelles sont les solutions intermédiaires ou alternatives qui sont proposées aux personnes vieillissantes et/ou dépendantes ?*

**Au Grand-Duché de Luxembourg, la politique d'accompagnement des personnes vieillissantes et dépendantes a largement favorisé, ces 15 dernières années, le maintien à domicile. Ceci en développant, notamment via le système de couverture de l'assurance dépendance, des prestations d'aide et de soins à domicile en nature et en espèces, des prestations d'adaptation du logement et des aides techniques diverses.**

Parallèlement, et compte tenu qu'elles existaient préalablement, de grandes structures d'hébergement collectif de type Maisons de soins ou Centres intégrés pour personnes âgées (CIPA) se sont développées pour répondre aux besoins des personnes dont le maintien à domicile ne devenait plus possible du fait de la multiplication des problématiques physiques ou psychiques et des polypathologies liées au vieillissement, ou pour ceux, beaucoup moins nombreux, qui avaient choisi dès les premiers signes de la dépendance, de s'orienter vers un hébergement collectif.

De façon plus marginale, quelques structures dénommées « logements encadrés » proposant un « chez soi » (aménagement du logement comme à domicile) mais avec une offre de services répondant en partie à la perte d'autonomie, ont été créées.

Quelques rares autres initiatives d'hébergement collectif ou de type habitat personnel avec services accolés, portées non pas par les pouvoirs publics ou par de grands gestionnaires, mais par les particuliers eux-mêmes, ont vu le jour pendant cette même période.

## DOMICILE VERSUS HÉBERGEMENT COLLECTIF ?

Pour en revenir au domicile et compte tenu que de nombreuses personnes âgées sont propriétaires, favoriser une politique d'adaptation des logements à la perte d'autonomie, était en parfaite adéquation avec les larges souhaits des personnes de rester vivre chez elles jusqu'à la fin de leur vie.

Pour autant, on le sait aujourd'hui, l'évolution de l'espérance de vie ne va pas sans son corollaire qu'est l'évolution des maladies de type démentielles (Alzheimer et apparentées) et ce sont souvent ces maladies accompagnées de pertes physiques, qui engendrent une situation de rupture et qui entraînent la décision d'entrer dans une structure d'hébergement collectif.

Par ailleurs, on soulignera à quel point les aidants naturels (conjoint, famille dont notamment les filles, les belles-filles, les petites-filles) sont sollicités dans le maintien à domicile (puisque le besoin de présence se fait de plus en plus prégnant, la dépendance avançant) alors que les modes de vie ont changé avec de nouvelles générations de femmes qui désormais travaillent.

Concernant les structures d'hébergement collectif de type Maisons de soins ou CIPA, on constate au Grand-Duché de Luxembourg, que ce sont pour la plupart de grosses structures (en moyenne 105 places), situées en zone urbaine ou périurbaine ou dans des communes dont la taille dépasse souvent les 2000 habitants.

Ce qui tendrait à dire que les formes d'habitat collectif proposées aux personnes âgées vieillissantes ou dépendantes en milieu rural sont relativement inexistantes ; et que de ce fait, l'adaptation à un nouvel environnement, les habitudes de vie, les relations sociales et l'exercice de la citoyenneté sont nécessairement rendus difficiles lors d'une entrée en institution.

On poursuivra par quelques expériences de type « résidences services » qui voient le jour ces

dernières années et qui ne sont portées ni par les pouvoirs publics ou grands gestionnaires, ni par les particuliers mais par de grands promoteurs qui ont saisi l'enjeu du vieillissement et des formes alternatives d'habitat qu'il conviendrait de proposer à des personnes vieillissantes.

Les constats relatifs aux formes d'habitat de la population vieillissante sont donc multiples :

- le maintien à domicile connaît des limites,
- les structures d'hébergement collectif de type Maisons de soins ou CIPA sont, pour des raisons de viabilité financière évidentes, de grandes entités et sont parfois victimes d'une image dévalorisée,
- les formes d'habitat intermédiaire ou alternatif tels que les logements encadrés ou les résidences services connaissent des difficultés dans l'accompagnement des publics âgés de plus en plus dépendants et se retrouvent parfois dans l'obligation de s'adapter, tant au niveau normatif qu'au niveau structurel, pour obtenir un statut de Maisons de soins ou de CIPA.

A l'instar des pays voisins, de nouvelles expérimentations pourraient être menées telles que le déploiement de petites unités de vie dans les villages, de formes d'habitat partagé ou intergénérationnel (jouant sur la mixité des âges et sur la solidarité), d'habitat autogéré (les nouvelles générations qui vieilliront s'impliqueront davantage dans la gestion de leur vieillissement et leur dépendance).

Pour cela, tous les acteurs du secteur des aides et soins et gériatrique devront se rapprocher du secteur de l'habitat pour définir les contours d'une offre d'habitat de demain adapté au vieillissement de nos populations. D'ailleurs, le secteur handicap y réfléchit déjà avec toutes les questions de l'accessibilité et de la mobilité qui font appel aux professionnels de l'aménagement public et privé.

Aline Mahout

## LE SECTEUR DES AIDES ET SOINS : UN ÉTAT DES LIEUX

En vue de la volonté gouvernementale affichée de réformer les modalités de l'Assurance dépendance dans les années qui viennent, il semble pertinent à ce stade, de dresser dans ce contexte un état des lieux concis du secteur. Celui-ci poursuit l'objectif de permettre une prise de connaissance objective des données-clés, ainsi que des évolutions constatées depuis l'instauration de la branche dépendance de la protection sociale, il y a de cela maintenant plus de dix ans. En cela, différents indicateurs paraissent revêtir une importance toute particulière, tels, l'évolution du nombre de bénéficiaires, le coût attaché aux prestations fournies, les parts respectives des différents types de services apportés ou encore le personnel qui leur est rattaché.

Ainsi, le premier constat qui s'impose est que l'instauration de l'Assurance dépendance aura permis de répondre de manière efficace aux besoins d'une large frange de la société à travers une couverture dense de nombreux services, tels que les réseaux d'aide et de soins, les structures d'hébergement, ou encore les centres de jour s'adressant aussi bien aux seniors qu'aux personnes en situation de handicap. De plus, cette avancée sociale aura également permis l'émergence d'un secteur moteur pour l'économie du pays, le domaine des aides et des soins étant désormais un pourvoyeur d'emplois de premier ordre au sein duquel plus de 10 000 salariés ont trouvé leur vocation à ce jour, oeuvrant au service d'un nombre de bénéficiaires toujours plus important. Ainsi, profitons de l'opportunité donnée par cette présente édition de la **COPAS-NEWS** pour passer en revue les indicateurs évoqués ci-dessus.

### 1. Les bénéficiaires de prestations d'aides et de soins

*Evolution du nombre de bénéficiaires de prestations d'aides et de soins de 2000 à 2010*

TOTAL				
	Nombre de bénéficiaires	Evolution	Evolution en %	Indice
2000	5 810			100,0
2001	6 632	+ 822	14,15%	114,1
2002	7 422	+ 790	11,91%	127,7
2003	8 250	+ 828	11,16%	142,0
2004	8 966	+ 716	8,68%	154,3
2005	9 528	+ 562	6,27%	164,0
2006	9 857	+ 329	3,45%	169,7
2007	10 249	+ 392	3,98%	176,4
2008	10 621	+ 372	3,63%	182,8
2009	11 156	+ 535	5,04%	192,0
2010	11 706	+ 550	4,93%	201,5

Evolution sur l'ensemble de la période : 101%

Source : rapport d'activité MSS - 2011

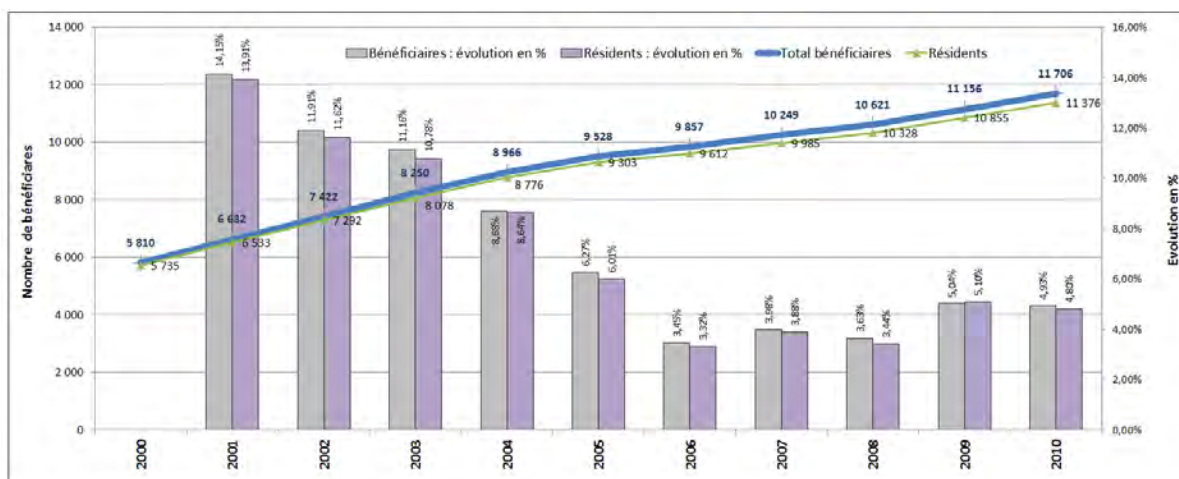
*Evolution du nombre de bénéficiaires de prestations d'aides et de soins de 2000 à 2010 (résidents)*

Résidents				
	Nombre de bénéficiaires	Evolution	Evolution en %	Indice
2000	5 735			100,0
2001	6 533	+ 798	13,91%	113,9
2002	7 292	+ 759	11,62%	127,1
2003	8 078	+ 786	10,78%	140,9
2004	8 776	+ 698	8,64%	153,0
2005	9 303	+ 527	6,01%	162,2
2006	9 612	+ 309	3,32%	167,6
2007	9 985	+ 373	3,88%	174,1
2008	10 328	+ 343	3,44%	180,1
2009	10 855	+ 527	5,10%	189,3
2010	11 376	+ 521	4,80%	198,4

Evolution sur l'ensemble de la période : 98%

Source : rapport d'activité MSS - 2011

Le nombre de bénéficiaires a progressé de manière continue depuis 2000, celui-ci ayant néanmoins connu un léger ralentissement depuis 2006. Ainsi, ce nombre aura doublé en l'espace de 10 ans, les non-résidents (2,8% en 2010) y prenant une part toujours plus importante.



Source : rapport d'activité MSS - 2011



## 2. Les frais engendrés par l'Assurance dépendance

Les dépenses globales de l'Assurance dépendance ont progressé de 280% sur la période 2000-2010, les seuls frais liés aux aides et soins connaissant une progression plus limitée de 239%. Ainsi, la part liée à ce dernier type de frais a pu être contenue, baissant de manière conséquente en l'espace de 10 ans, en passant de 92% à 82% des coûts globaux comme le montrent les statistiques ci-après.

**Evolution des dépenses des prestations de l'Assurance dépendance**

	dépenses en millions d'euros	Evolution	Evolution en %	Indice
2000	112,1			100,0
2001	163,4	+ 51	45,76%	145,8
2002	178,4	+ 15	9,18%	159,1
2003	205,5	+ 27	15,19%	183,3
2004	261,3	+ 56	27,15%	233,1
2005	286,2	+ 25	9,53%	255,3
2006	313,4	+ 27	9,50%	279,6
2007	318,9	+ 6	1,75%	284,5
2008	340,4	+ 22	6,74%	303,7
2009	382,8	+ 42	12,46%	341,5
2010	425,9	+ 43	11,26%	379,9

Evolution sur l'ensemble de la période : 280%

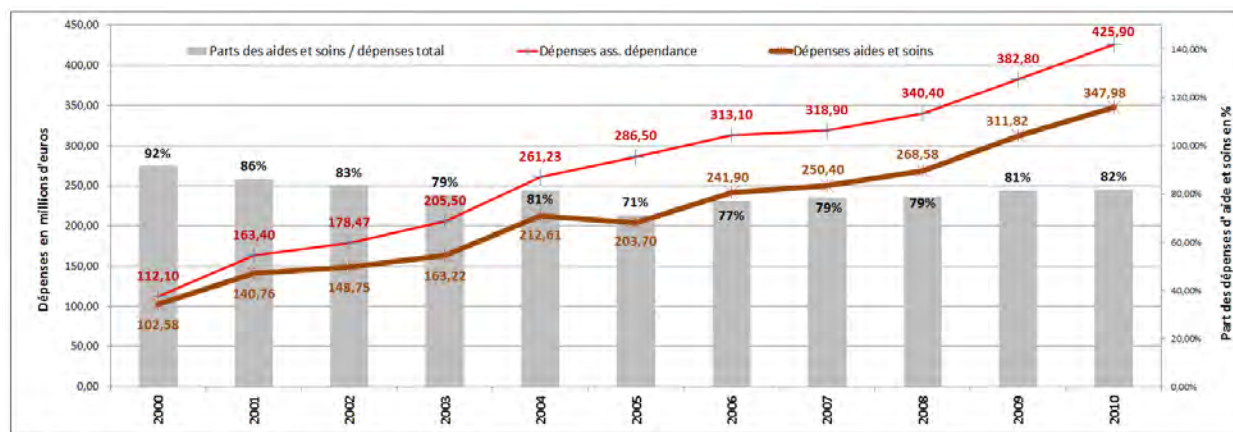
Source : décomptes de l'Assurance dépendance de 2000 à 2011

**Evolution des dépenses des prestations "Aides et soins"**

	dépenses en millions d'euros	Evolution	Evolution en %	Indice
2000	102,6			100,0
2001	140,8	+ 38	37,22%	137,2
2002	148,7	+ 8	5,67%	145,0
2003	163,2	+ 14	9,73%	159,1
2004	212,6	+ 49	30,26%	207,3
2005	203,7	-9	-4,19%	198,6
2006	241,9	+ 38	18,75%	235,8
2007	250,4	+ 9	3,51%	244,1
2008	268,6	+ 18	7,26%	261,8
2009	311,8	+ 43	16,10%	304,0
2010	348,0	+ 36	11,60%	339,2

Evolution sur l'ensemble de la période : 239%

Base de calcul : décomptes de l'Assurance dépendance de 2000 à 2011



Base de calcul : décomptes de l'Assurance dépendance de 2000 à 2011 et rapport d'activité MSS - 2011

## 3. Les frais de l'Assurance dépendance par bénéficiaire

Les évolutions constatées ci-dessus permettent par leur croisement de déterminer la variation des coûts par usager des services prescrits dans le cadre de l'Assurance dépendance. Ainsi, nous constatons que les dépenses per capita de l'Assurance dépendance ont progressé de 89 % entre 2000 et 2010, cette évolution s'élevant à 68% pour la partie « aides et soins ».

**Evolution du coût de l'Assurance dépendance par usager**

	Coût annuel par usager en euros	Evolution	Evolution en %	Indice
2000	19 294			100,0
2001	24 638	+ 5344	27,70%	127,7
2002	24 037	-601	-2,44%	124,6
2003	24 909	+ 872	3,63%	129,1
2004	29 143	+ 4234	17,00%	151,0
2005	30 038	+ 894	3,07%	155,7
2006	31 795	+ 1757	5,85%	164,8
2007	31 115	-679	-2,14%	161,3
2008	32 050	+ 934	3,00%	166,1
2009	34 313	+ 2264	7,06%	177,8
2010	36 383	+ 2070	6,03%	188,6

Evolution sur l'ensemble de la période : 89%

Base de calcul : décomptes de l'Assurance dépendance de 2000 à 2011 et rapport d'activité MSS - 2011

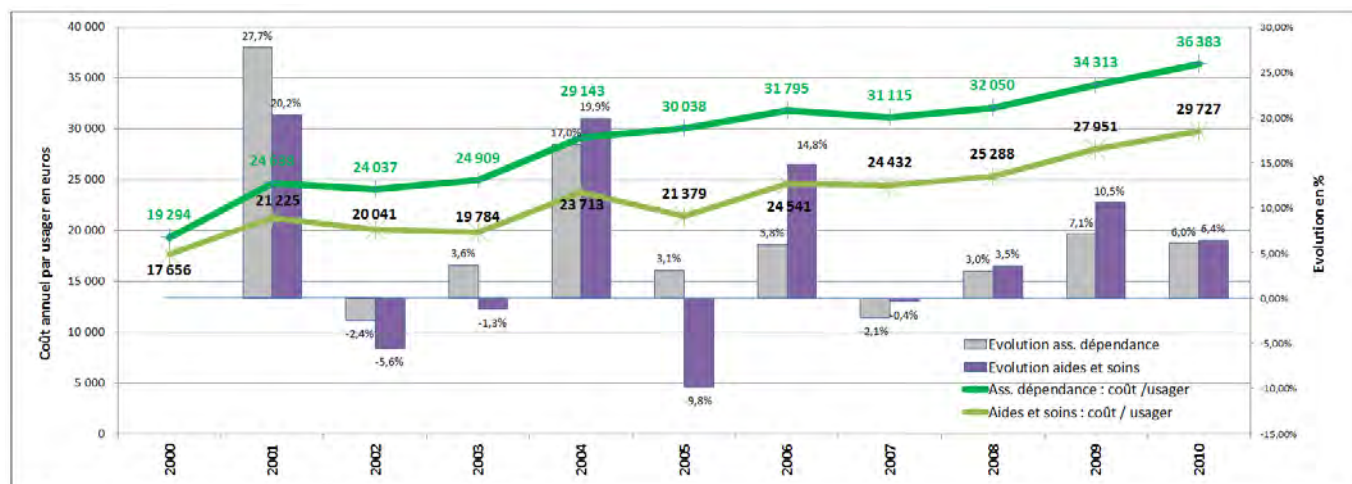
**Evolution du coût de la part "Aides et soins" par usager**

	Coût annuel par usager en euros	Evolution	Evolution en %	Indice
2000	17 656			100,0
2001	21 225	+ 3569	20,21%	120,2
2002	20 041	-1184	-5,58%	113,5
2003	19 784	-257	-1,28%	112,1
2004	23 713	+ 3929	19,86%	134,3
2005	21 379	-2334	-9,84%	121,1
2006	24 541	+ 3162	14,79%	139,0
2007	24 432	-109	-0,45%	138,4
2008	25 288	+ 856	3,50%	143,2
2009	27 951	+ 2663	10,53%	158,3
2010	29 727	+ 1776	6,35%	168,4

Evolution sur l'ensemble de la période : 68%

Base de calcul : décomptes de l'Assurance dépendance de 2000 à 2011 et rapport d'activité MSS - 2011





Base de calcul : décomptes de l'Assurance dépendance de 2000 à 2011 et rapport d'activité MSS - 2011

#### 4. Le personnel actif dans le secteur des aides et soins

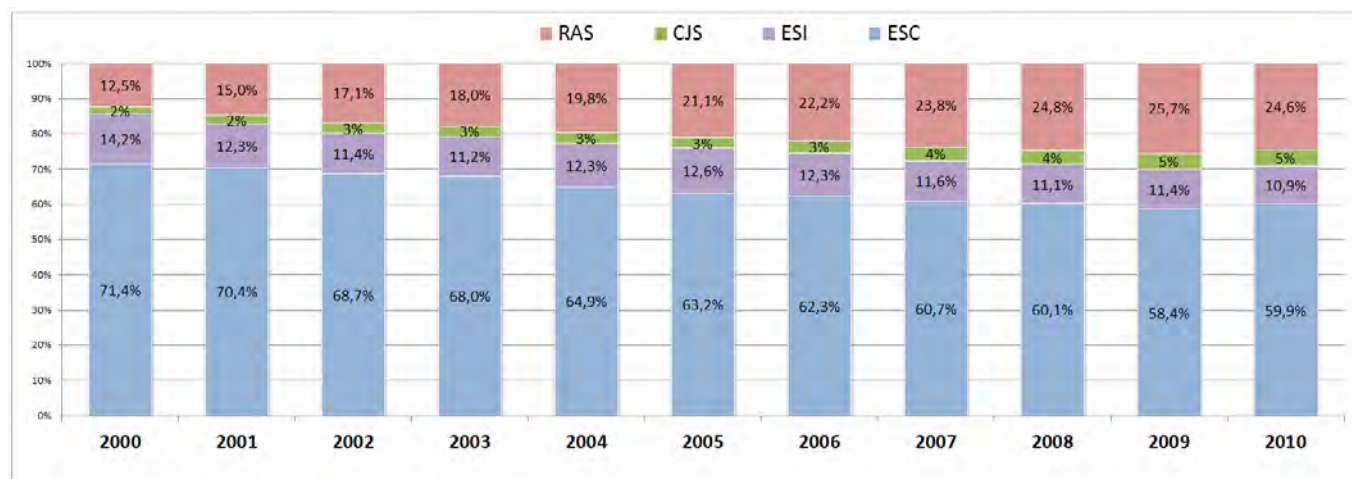
Le nombre des bénéficiaires de soins dans le cadre de l'Assurance dépendance ayant connu une forte croissance après l'instauration de cette dernière, le secteur des aides et soins a su s'adapter aux défis que représentait cette réalité démographique en élargissant son offre tant de manière qualitative que quantitative et ce, malgré une situation sur le marché du travail des professions de soins de plus en plus tendue sur l'ensemble de la Grande-Région (phénomène de pénurie de main-d'oeuvre). Le personnel actif dans le domaine des aides et des soins a ainsi plus que doublé entre 2000 et 2010, passant de 3 562 ETP (« Equivalent temps plein ») à près de 7 550 ETP (+ 112%). En cela, le nombre du personnel actif

au sein des différentes branches du secteur a évolué de manière différenciée, les statistiques rendant compte de la volonté du législateur de favoriser un maintien à domicile des personnes dépendantes, tant que leur état de santé le leur permet. Aussi les deux types de services répondant à ce besoin ont vu leur personnel augmenter de manière plus significative, le nombre d'ETP constaté pour les centres de jour spécialisés passant en l'espace de 10 ans de 65 à près de 350 (+ 436%), le nombre des ETP en vigueur pour les réseaux d'aide et de soins progressant dans le même temps de 316 %, faisant nettement augmenter la part de ces deux services dans le nombre d'employés global du secteur.

##### Le personnel travaillant pour le secteur des aides et des soins en équivalent temps plein (ETP)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010*	Variation sur la période 2000-2010
ESC (Etablissement d'aides et de soins à séjour continu)	2545,0	2881,3	3075,9	3332,7	3481,8	3667,6	3841,2	3987,8	4166,5	4163,2	4516,5	77%
ESI (Etablissement d'aides et de soins à séjour intermittent)	505,3	502,6	511,1	546,5	658,1	731,6	758,7	764,0	770,6	813,8	821,9	63%
CJS (Centre de jours spécialisés)	65,1	99,0	124,6	139,3	161,6	178,8	199,6	253,1	276,8	321,1	349,0	436%
RAS ( Réseaux d'aide et de soins )	446,9	612,6	767,8	882,1	1063,7	1223,2	1367,1	1559,9	1715,2	1829,7	1857,1	316%
<b>TOTAL</b>	<b>3562,3</b>	<b>4095,5</b>	<b>4479,4</b>	<b>4900,6</b>	<b>5365,2</b>	<b>5801,2</b>	<b>6166,6</b>	<b>6564,8</b>	<b>6929,1</b>	<b>7127,8</b>	<b>7544,6</b>	<b>111,79%</b>
<b>Evolution</b>		533,2	383,9	421,2	464,6	436,0	365,4	398,2	364,3	198,7	416,8	
<b>Evolution en %</b>		15,0%	9,4%	9,4%	9,5%	8,1%	6,3%	6,5%	5,5%	2,9%	5,8%	
<b>indice</b>	<b>100,00</b>	<b>114,97</b>	<b>125,74</b>	<b>137,57</b>	<b>150,61</b>	<b>162,85</b>	<b>173,11</b>	<b>184,28</b>	<b>194,51</b>	<b>200,09</b>	<b>211,79</b>	

Source : rapports sur la sécurité sociale 2000 - 2010 (Ministère de la sécurité sociale)  
\* source Copas



Source : rapports sur la sécurité sociale 2000 - 2010 (Ministère de la sécurité sociale)  
\* source Copas

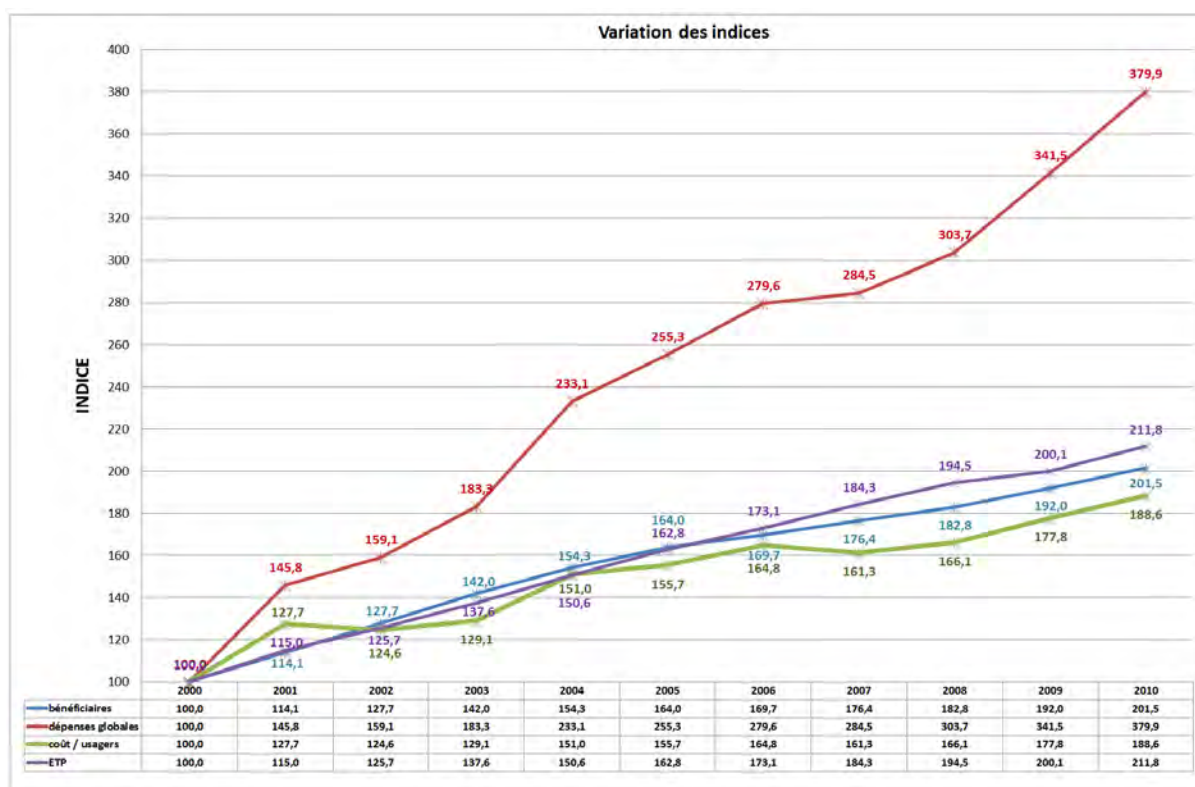
## 5. Le prix d'une heure de soins

La part grandissante des services à domicile explique en grande partie l'augmentation des dépenses constatées par usager, le coût d'une heure de soins dans ce domaine, s'avérant pour des raisons organisationnelles et logistiques évidentes (frais liés aux déplacements au domicile du patient notamment), plus élevé que d'autres aides et soins apportés à la personne comme résumé dans les données statistiques qui suivent :

Evolution de la valeur monétaire  
de 2000 à 2010

ESC Etablissements d'aide et de soins				RAS Réseaux d'aide et de soins				CSS Centres semi-stationnaires				ESI Etablissements à séjours intermittents				Inflation
Valeur Monétaire	Evolution	Evolution en %	Indice	Valeur Monétaire	Evolution	Evolution en %	Indice	Valeur Monétaire	Evolution	Evolution en %	Indice	Valeur Monétaire	Evolution	Evolution en %	Indice	
2000	35,20		100,0	37,70			100,0	37,70			100,0	37,70			100,0	4,3%
2001	33,70	-1,50	95,7	44,60	+ 6,90	18,30%	118,3	44,60	+ 6,90	18,30%	118,3	44,60	+ 6,90	18,30%	118,3	2,70%
2002	34,50	+ 0,80	98,0	45,30	+ 0,70	1,57%	120,2	45,30	+ 0,70	1,57%	120,2	45,30	+ 0,70	1,57%	120,2	2,10%
2003	35,80	+ 1,30	101,7	47,70	+ 2,40	5,30%	126,5	47,70	+ 2,40	5,30%	126,5	47,70	+ 2,40	5,30%	126,5	2,00%
2004	35,80	+ 0,00	101,7	48,00	+ 0,30	0,63%	127,3	48,00	+ 0,30	0,63%	127,3	48,00	+ 0,30	0,63%	127,3	2,20%
2005	37,80	+ 2,00	107,4	49,98	+ 1,98	4,12%	132,6	49,98	+ 1,98	4,12%	132,6	49,98	+ 1,98	4,12%	132,6	2,50%
2006	39,53	+ 2,13	113,4	51,27	+ 1,29	2,58%	136,0	51,27	+ 1,29	2,58%	136,0	51,27	+ 1,29	2,58%	136,0	2,70%
2007	41,40	+ 1,47	117,6	52,40	+ 1,13	2,20%	139,0	53,30	+ 2,03	3,96%	141,4	48,00	- 5,27	-10,28%	122,0	2,30%
2008	43,40	+ 2,00	123,3	53,20	+ 0,80	1,53%	141,1	51,20	- 2,10	-3,94%	135,8	47,60	+ 1,60	3,48%	126,3	3,40%
2009	44,60	+ 1,20	126,7	57,40	+ 4,20	7,89%	152,3	52,10	+ 0,90	1,76%	138,2	48,10	+ 0,50	1,05%	127,6	0,40%
2010	44,90	+ 0,30	127,6	59,30	+ 1,90	3,31%	157,3	51,60	- 0,50	-0,96%	136,9	48,20	+ 0,10	0,21%	127,9	2,30%

Source : rapport d'activité MSS - 2011



Base de calcul : décomptes de l'Assurance dépendance de 2000 à 2011 et rapport d'activité MSS - 2011

Comme nous l'avons vu, le secteur des aides et soins a connu de nombreuses évolutions depuis l'instauration de la branche dépendance de l'Assurance sociale. Ces évolutions justifient de procéder à une réflexion de fond quant aux orientations futures à donner au secteur, afin de pérenniser son mode de financement conformément aux nouveaux défis démographiques, sociétaux et économiques à venir.

En cela, la COPAS compte jouer tout son rôle dans le cadre des réflexions qui seront à mener pour améliorer l'existant et élaborer de nouvelles pistes profitables à toutes les parties prenantes (usagers, prestataires, pouvoirs publics) du secteur des aides et soins.





Depuis sa fondation en 1987 l'**ALA** (l'Association Luxembourg Alzheimer), un réseau spécialisé d'aide et de soins, défend, sur le plan national et international, les intérêts de toutes les personnes atteintes de démence (de type Alzheimer p.ex.) et de leurs proches. En outre, elle offre à tous les intéressés des aides gratuites qui dépassent les services prévus par l'assurance dépendance, telles que des groupes d'entraide ou des formations pour les familles intéressées.

L'**ALA** poursuit les objectifs suivants :

- Information de la population sur les problèmes de la démence,
- Constitution de groupes d'entraide et de consultation qui sont à même d'offrir une aide adéquate aux parents des malades,
- Collaboration avec les institutions sociales et médicales, les professions médicales et les instances publiques, dans le but d'améliorer les conditions de vie et d'existence des malades,
- Créations de foyers de jour supplémentaires et développement de structures complémentaires capables d'accueillir des personnes atteintes de démence,
- Extension des aides et soins à domicile,
- Introduction d'un cycle de formation élargi pour le personnel soignant des institutions et services d'aides et de soins à domicile, dans le but d'améliorer les connaissances, la compréhension et les méthodes de soins au contact avec les personnes malades,
- Augmentation du nombre de lits disponibles dans les maisons de soins, pour des séjours de longue et de courte durée (lits de vacances).
- Participation active à l'amélioration des conditions de vie de toutes les personnes malades dans le pays.



Professionell Hëllef a Begleedung am Liewe mat Demenz



# MEMBRE

## LE SERVICE PSYCHOSOCIAL

Ce service est en place depuis 1993. Il offre aux personnes atteintes de démence ainsi qu'à leurs familles informations, conseils et soutien.

L'assistante sociale (ou un autre travailleur social) informe le concerné et sa famille des différents aides et services existants qui facilitent le maintien à domicile de la personne malade. Elle assiste également la famille du concerné dans les démarches administratives, à formuler des demandes, et les renseigne sur les instances compétentes. Dans le cadre de l'assurance dépendance, l'assistante sociale organise et coordonne les interventions des différents services offerts.

La psychologue, de son côté, offre son soutien quand il s'agit de maîtriser émotions et stress ou de prendre des décisions et de trouver les bonnes solutions aux problèmes de santé ou de situations conflictuelles.

Conseiller et aider les soignants familiaux est l'une des tâches principales de l'assistance aux personnes atteintes de démence car ce sont eux qui assument le gros des soins à domicile. Le bien-être des malades dépend essentiellement de leurs rapports avec leurs proches. Il existe un rapport très direct entre le comportement des personnes malades et celui des soignants familiaux. Un déficit cognitif peut empêcher une personne malade de maîtriser des tâches de la vie quotidienne, et peut être interprété comme un manque de bonne volonté, voire une provocation. La réaction du soignant familial peut alors être une attitude d'irritation ou de refus.

La personne atteinte de démence réagira souvent par un sentiment d'angoisse ou d'insécurité, ce qui renforcera ses déficits de comportement. Le résultat serait un cercle vicieux, qui peut être évité si le parent sait adapter son comportement à celui de la personne malade.

Pour échapper à ce cercle vicieux, l'ala intègre dans la formation des proches les informations et les conseils, mais aussi le soutien émotionnel et psychologique. La prise en charge adaptée de la personne atteinte de démence dans les centres de jour est aussi une source de bien-être pour les proches.

### Informations et conseils

La mise à disposition de l'information sur les symptômes possibles et sur l'évolution de la maladie peut fournir une orientation sécurisante aux personnes concernées ainsi qu'à leurs parents.

Elle peut aussi les aider à mieux adapter leur comportement à une situation donnée, déterminée par le handicap.

Les aides concernant le traitement de personnes atteintes de démence sont toujours considérées comme précieuses par les parents des malades. Font partie de ces aides : les mesures d'orientation des personnes concernées, l'amélioration de la communication, l'activation et la préservation de l'autonomie dans la vie quotidienne, la maîtrise de comportements difficiles.

Dans ce domaine il ne suffit pas de fournir des conseils stéréotypés : le service psychosocial s'efforce, avec l'aide des proches, de comprendre un comportement troublé, grâce à l'analyse du vécu quotidien de la personne concernée et de définir les comportements adéquats, adaptés à la situation individuelle. Très souvent, ces conseils ne pourront être suivis que si les parents ont réussi à intérioriser et à accepter la maladie avec tous les bouleversements qu'elle impliquera.

### Émotions et aide psychologique

Une aide psychologique est offerte par l'ala aux concernés eux-mêmes dans la mesure où ils sont conscients de leur état – soit en consultations individuelles ou en présence du/ de la partenaire ou d'autres membres de la famille. Pour le cas d'une démence avancée, ces consultations s'adressent aux seuls proches.

La démence d'un membre de la famille est souvent ressentie comme une menace pour l'intégrité du système familial habituel et pour les relations personnelles avec la personne malade. « Si les parents retombent en enfance », cela risque de déstabiliser l'identité, de provoquer une redéfinition des rôles dans le contexte familial, ce qui peut engendrer insécurité, indécision et angoisses. Les « adieux prolongés » sont éprouvants et douloureux ; ils exigent de grands efforts pour redéfinir l'image familière de la personne qu'on a connue jusqu'alors et de l'accepter.

Les multiples tâches et soins qui s'imposent, et qui forcent à renoncer souvent aux intérêts personnels, constituent une charge émotionnelle importante pour les parents concernés. Même le fait de confier à autrui certaines formes de soins demande une préparation sur le plan émotionnel. De nombreux parents doivent d'abord apprendre à maîtriser leurs sentiments de honte ou de culpabilité, avant de savoir accepter une aide extérieure, voire en demander.

### Organisation de l'aide externe

De nombreux parents retrouvent plus facilement une attitude plus sereine envers la personne malade, et arrivent à s'en rapprocher, après avoir confié certains soins à une assistance extérieure. Le service psychosocial est chargé de voir pourquoi et sous quelle forme les parents devraient déléguer au moins une partie des soins nécessaires – par exemple à un centre de jour de l'ALA –, de fournir les informations correspondantes, d'élaborer, avec les parents, une solution pratique adaptée à la situation donnée et d'en assurer l'organisation et la coordination dans le cadre de l'assurance dépendance.

### Les centres de jours spécialisés

Le premier objectif de l'ala est l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées malades ainsi que des proches qui les soignent. Les foyers de jour spécialisés dans les soins pour personnes atteintes de démence constituent une aide efficace pour atteindre ce but.

D'un côté les parents sont soulagés par le fait que, temporairement, leur parent malade est pris en charge par le foyer, et qu'eux-mêmes reçoivent une aide pratique, un soutien moral et psychologique sous forme d'entretiens individuels ou de groupe. D'un autre côté, les capacités des personnes atteintes de démence, leur autonomie donc, seront sauvegardées dans la mesure du possible et même améliorées, grâce aux soins psychologiques et gériatriques qui leurs sont administrés. Leur bien-être psychique et physique sera amélioré grâce à leur insertion dans un milieu adapté à la maladie, un milieu convivial et respectueux de leur personnalité.

*Les séjours dans un foyer spécialisé allègent la charge des parents soignants, prolongent le maintien à domicile et retardent donc la prise en charge par une maison de soins.*

Les foyers sont ouverts tous les jours, en semaine de 8.00 à 18.00 heures, et les samedis et jours fériés de 9.00 à 17.00 heures.

Le transport du domicile vers les foyers et le retour à domicile est assuré par nos bus spécialement équipés.

Pour le moment l'ala gère 6 centres de jour à travers le pays. À Esch/Alzette, Rumelange, Bonnevoie, Dommeldange et Dahl près de Wiltz. En décembre 2011 le sixième centre de jour a ouvert ses portes à Dudelange.

#### **Autres services offerts par l'ala**

*De l'avis de l'ala, un ensemble de traitements doit comprendre, en plus des foyers psychogériatriques un certain nombre d'autres services.*

#### **Adaptation des logements**

L'ergothérapeute indiquera à la famille les éventuelles sources de dangers. Le cas échéant, elle proposera les changements utiles pour l'autonomie de la personne malade et pour la prolongation des soins à domicile.

#### **Alzheimer-Café**

Le service psychosocial organise régulièrement des rencontres pour les concernés et les proches. Les participants ont l'occasion d'échanger leurs expériences, leurs difficultés et leurs soucis au contact des malades. Le fait de savoir que d'autres partagent les mêmes difficultés, apprendre par l'expérience des autres, représente une aide précieuse pour beaucoup de proches soignants. Les chefs de groupe distribuent en outre des informations utiles sur des sujets divers.

#### **Ces rencontres sont organisées deux fois par mois :**

*Le 1<sup>er</sup> mercredi de chaque mois au restaurant C-Inn à la Belle Étoile à Bertrange de 16h00 à 18h00*

*Le 3<sup>ème</sup> mercredi de chaque mois au restaurant C-Inn à Ingeldorf de 16h00 à 18h00*

#### **La Maison de Séjour et de Soins « Beim Goldknapp » à Erpeldange**

Les résidents vivent dans des unités de vie, dans lesquelles ils sont encadrés dans des petits groupes dans une atmosphère familiale. Chaque résident possèdera sa chambre avec douche et toilette, qu'il pourra aménager et décorer à l'aide de meubles et d'objets personnels selon son propre gré.

Dans chaque unité, les résidents pourront profiter d'une grande salle de bains équipée e.a. d'une baignoire thérapeutique. La prise en charge est basée sur une approche biopsychosociale, s'inspirant de différents courants théoriques (travail biographique, la validation...). Un des objectifs principaux est de ne pas confronter les résidents avec leurs déficits pour qu'ils puissent vivre une vie « normale » aussi longtemps que possible. Au contraire, l'objectif viserait à souligner leurs ressources, à leur donner un rôle pour qu'ils puissent encore se sentir utiles et participent aux activités de groupe. Dans chaque unité de vie, le lieu central vivant sera la cuisine ainsi que la salle de séjour, dans laquelle une majorité des activités de la journée ont lieu. Ce lieu central sera toujours occupé par au moins un des membres du personnel et des activités adaptées y seront proposées tout au long de la journée. La préparation des repas se fera également quotidiennement dans les unités de vie, et les résidents pourront y participer. Le souvenir de cette activité est stimulé par les sens de la vue, de l'ouïe, de l'odorat et du goût. Chaque unité de vie disposera également d'une terrasse. La maison de séjour et de soins qui fonctionne depuis 2007 se trouve à Erpeldange/Ettelbrück.

#### **La formation continue pour parents proches de malades**

**L'assistance en ligne**

**«SOS Alzheimer» : Tél. : 26 432 432**

**Centre de documentation /**

**Formation, séminaires, conférences**

#### **Programme de conférences pour fêter notre 25<sup>ème</sup> anniversaire**

**Le 27 septembre :** Markus Biedermann parlera de la nutrition chez les personnes atteintes de démence. Cuisinier diplômé et gérontologue, il met l'accent sur l'importance d'une nutrition adaptée, qui est la clef pour la conservation des capacités cognitives, physiques et sociales. Grand public.

**Le 15 novembre :** Erich Schützendorf, pédagogue allemand. Il est connu pour ses ouvrages qui ont contribué à un changement de point de vue dans le domaine de la prise en charge des personnes atteintes d'une démence dont : «Le Droit d'entêtement de la personne âgée», «Qui soigne doit se soigner» ou «Pouvoir devenir ridicule en toute tranquillité» (titres traduits de l'allemand). Public ciblé.

# ACTUALITÉS

## ► « Traditionnel Kiermes » du Tricentenaire :

les amis du Tricentenaire invitent à leur traditionnelle kermesse.

- **Dimanche, 3 juin, à partir de 11.30 heures, à Heisdorf, dans le parc des soeurs de la « doctrine chrétienne »**



## ► Séminaire BENE :

Recommandations dans la formation des professionnels de l'accompagnement des personnes en situation de handicap en matière de bientraitance

- **29 juin, au Bâtiment Jean Monnet (Communauté européenne)- Rue Alcide de Gasperi, L-2920 Luxembourg – Salle M6**

Inscription obligatoire jusqu'au 15 juin 2012

Tél. : +352 332233-1 ou par mail : [seminaire@tricentenaire.lu](mailto:seminaire@tricentenaire.lu)

Vous pouvez consulter le programme complet de la journée et trouver toutes les informations complémentaires sur le site [www.copas.lu](http://www.copas.lu)

## Séminaire de dissémination du projet Leonardo da Vinci « BENE »

Co-organisé avec la représentation de la Communauté européenne

- Luxembourg – 29 juin 2012



## ► Cafés des âges :

pour ceux qui ont encore leur mot à dire (...vieillir avec sourire et conviction) L'Europe a déclaré que l'année 2012 serait celle des seniors. L'heure a donc sonné de faire parler tous ceux qui considèrent qu'ils ont de plus en plus leur mot à dire et des revendications à faire entendre ; de ne pas lamenter sur leur sort, mais au contraire, d'apporter leur contribution à la vie sociale sous forme de participation sociale, économique, politique et culturelle. Les débats qui auront lieu pendant ces « cafés des âges », feront l'objet d'une grande synthèse dont les conclusions seront transmises aux différents décideurs politiques.

Des « cafés des âges » se tiendront :

- **28 juin, au club senior Nordstad à Ettelbruck,**
- **18 septembre, au centre de jour Steinfurt,**
- **4 octobre, au Club Haus beim Kiosk à Schifflange**

## ► Mototour 2012 :

Invitation des « bikers » du secteur d'aide et de soins et du secteur social à la deuxième randonnée en moto. Nous ferons le tour dans le « Dräilännereck », qui nous conduira de Howald en direction de la France, pour continuer vers la Sarre et rentrer via le sud du Grand-Duché. La distance totale est d'environ 220 km. Le Rendez-vous est fixé au :

- **Dimanche, 1er juillet, à 10.00 heures sur le parking de la COPAS à Howald (4, rue Jos Felten)**

## ► Marche Populaire de l'A.P.E.M.H. :

au Nossbiert à Esch-sur-Alzette, inscriptions et renseignements au secrétariat A.P.E.M.H à Bettange-sur-Mess

- **Samedi, 14 juillet, à partir de 07.00 heures**





### ► Adieu CIPA Dickskopp .....

Bonjour Résidence « Op der Waassertraap » :  
Après plus de trente ans, le CIPA-Soleuvre va déménager. Le 16 juillet une page se tournera donc, en faveur d'un CIPA flambant neuf, abritant une brasserie avec jeux de quilles (ouverte au public extérieur), shops, coiffeur et bancomat. La proximité du nouveau site Belval avec ses divers commerces et infrastructures représentera pour les résidents une approche et une continuité au niveau des contacts sociaux. La présence de l'université, du lycée, d'une maison relais feront de ce lieu un endroit de vie et de convivialité entre personnes âgées et générations plus jeunes.

### ► Inauguration officielle du centre "Geenzebléi"

Le jeudi 3 mai 2012 Marie-Josée Jacobs, ministre de la Famille et de l'Intégration et Claude Wiseler, ministre du Développement durable et des Infrastructures ont inauguré le CIPA Geenzebléi à Wiltz en présence de nombreuses personnalités.

Après les interventions de Serge Eberhard, président du Conseil d'administration de SERVIOR, de Robert Origer, chargé de direction du CIPA et de Frank Arndt, bourgmestre de la Ville de Wiltz, les officiels ont pu procéder à la coupe du ruban d'inauguration, entourés par les doyens de la maison. Les « Rhummer Drummerten » ont assuré l'encadrement musical.

Aujourd'hui, le centre est le CIPA le plus récent parmi les 16 centres d'hébergement pour personnes âgées gérés par SERVIOR. Sur 4 étages, il offre un nouveau chez-soi à 120 seniors encadrés par une équipe professionnelle forte de 121 collaborateurs. Petite particularité: les seniors comme les collaborateurs viennent initialement de sites différents, à savoir le "Château de Wiltz" et l'ancienne maison de soins logée à la Clinique Saint-Joseph.



# COPASINDOOR

## L'ÉQUIPE DE LA COPAS NE CESSE DE S'AGRANDIR !

Afin de mener à bien les nombreux nouveaux défis qui se posent au secteur des aides et soins et dans cet esprit d'évolution permanente, la COPAS tient à renforcer également son équipe interne. Après le recrutement d'une chargée de missions « Communication », en janvier dernier, la COPAS a le plaisir d'accueillir, depuis le 1<sup>er</sup> mars, au sein de son équipe un nouveau collaborateur, David Bellion, pour son département « Finances ». En outre, la fédération cherche à engager un-e chargé-e de missions « Soins et Santé publique ».

Présentation de David BELLION, chargé de missions « Finances »

"Après avoir occupé pendant 16 ans, au Luxembourg, différents postes dans le domaine commercial, j'ai éprouvé le besoin de changer de domaine d'activité et de donner à mon travail une orientation plus sociale. L'occasion s'est présentée avec la COPAS qui cherchait un chargé de missions.

Depuis, j'oeuvre dans un domaine que je ne connaissais pas auparavant, mais dont je mesure l'importance au sein de notre société. J'espère, par mon travail quotidien et mes initiatives, apporter ma pierre à l'édifice afin que cette fédération atteigne au mieux ses objectifs."

David Bellion

Pour rappel, les coordonnées des collaborateurs de la COPAS peuvent être consultées sur le site [www.copas.lu](http://www.copas.lu) sous contact/contacter l'équipe.



## COPAS asbl

4 rue Jos Felten L-1508 Howald

[copas@copas.lu](mailto:copas@copas.lu) - [www.copas.lu](http://www.copas.lu)

T : 46 08 08 500 - F : 46 08 08 530



DeLorenné  
GENCORUSSO

A ce jour, la COPAS compte 47 membres qui gèrent au Grand-Duché de Luxembourg la quasi-totalité des maisons de soins, des centres intégrés pour personnes âgées, des centres de jour psycho-gériatriques, des structures et services pour personnes en situation de handicap, des institutions actives en matière de psychiatrie extrahospitalière, des réseaux d'aides et de soins à domicile et quelques logements encadrés. Pour aider et accompagner les usagers de leurs structures et services, les membres de la COPAS emploient plus de 10.000 salariés.