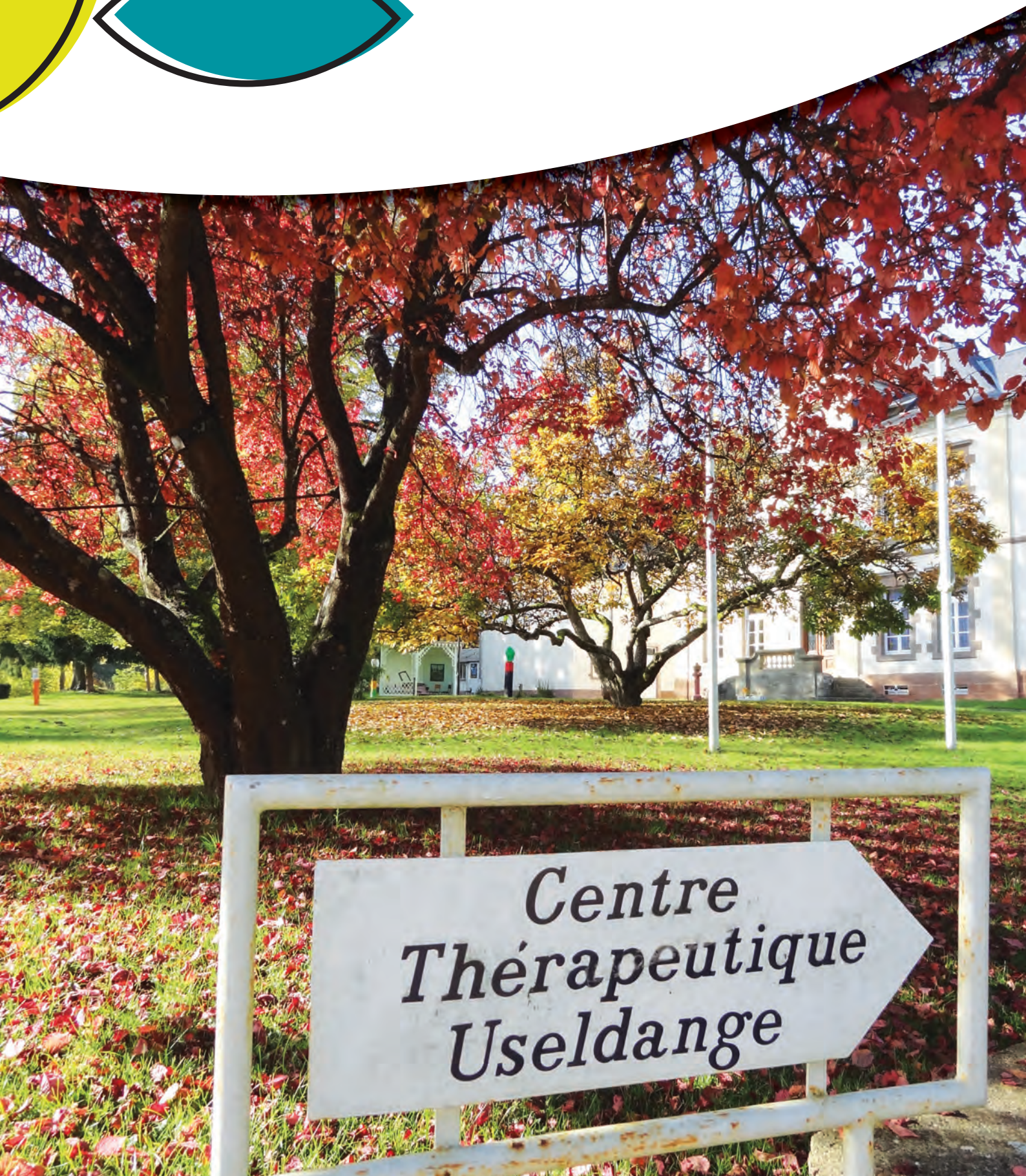




COPASNEWS

BULLETIN D'INFORMATION DE LA FÉDÉRATION COPAS OCT. 2012 N°3



*Centre
Thérapeutique
Useldange*

SOMMAIRE

ÉDITO

par Marc Fischbach

03

AIDE ET SOINS

04

Quels objectifs visés par la révision de la nomenclature des actes et services des infirmiers ?

QUALITÉ

05

En quête de personnel qualifié et compétent

TRIBUNE LIBRE

06

La méthode « Marte Meo » dans la prise en charge de personnes atteintes de maladies démentielles

FINANCES

08

Les modes de financement de la dépendance dans les pays industrialisés

MEMBRE

11

Le Centre Thérapeutique d'Useldange

ACTUALITÉS

14

COPAS INDOOR

15

La COPAS a déménagé
Accueil d'un stagiaire
Une nouvelle commission thématique est créée :
la CT « éthique »

COPASDOSSIER

Les grandes lignes de l'assurance dépendance passées en revue

Des articles peuvent être envoyés à la COPAS (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 : 10 octobre 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



LA QUESTION SE POSE DE SAVOIR QUELLES POURRAIENT ÊTRE AUJOURD'HUI LES PROPOSITIONS POUR DESSINER LES CONTOURS D'UNE **NOUVELLE ASSURANCE DÉPENDANCE** RÉPONDANT MIEUX À LA RÉALITÉ DES BESOINS DE LA POPULATION CONCERNÉE ET AU FONCTIONNEMENT DES STRUCTURES ET DES SERVICES, DANS UNE LOGIQUE ÉCONOMIQUE RESPONSABLE

Chers lecteurs,

L'assurance dépendance constitue sans aucun doute une avancée remarquable dans le domaine de la protection sociale des personnes. Par son introduction en 1999, le législateur a créé une nouvelle branche des assurances sociales au Luxembourg, ayant pour but de mieux sécuriser la situation financière des personnes dépendantes qui ne disposent plus de l'autonomie suffisante pour prendre soin d'elles-mêmes et qui doivent donc recourir à l'aide de tierces personnes, aide souvent très onéreuse. Quant à la finalité de la loi sur l'assurance dépendance et à ses principes directeurs, la position de la COPAS reste donc positive.

Incontestablement, la création de la couverture du risque de dépendance par cette nouvelle branche de la sécurité sociale a permis un fort développement en termes d'offres de services. Par ailleurs, l'évaluation des besoins en aides et soins de la personne comme base du financement, soit un financement transparent des prestations tenant compte des besoins réels des personnes dépendantes, plutôt qu'un système de financement des structures ayant généré par le passé la systématisation de la couverture des déficits, était une révolution.

Actuellement, dans la perspective d'une réforme, voire d'une refonte de la législation sur l'assurance dépendance, la question se pose de savoir quelles pourraient être aujourd'hui les propositions pour dessiner les contours d'une nouvelle assurance dépendance répondant mieux à la réalité des besoins de la population concernée et au fonctionnement des structures et des services, dans une logique économique responsable reflétant les concepts fondateurs des assurances sociales, en l'occurrence le concept de l'utile et du nécessaire.

Ainsi, il s'agit actuellement de dresser l'état des lieux du financement de la dépendance au Luxembourg, d'en faire l'analyse critique et de réfléchir aux pistes d'actions pour l'avenir afin de s'assurer de la pérennisation de cette nouvelle branche de la sécurité sociale.

La COPAS s'est vouée corps et âme au cours de ces derniers mois et semaines à cette tâche de réflexion – vous trouverez ainsi le bilan dans le **COPASDOSSIER** de cette édition.

La COPAS plaide dans son bilan pour un maintien des principes fondateurs de

l'assurance dépendance. Toutefois, la COPAS y propose également toute une série d'idées novatrices qui, pour certaines d'entre elles, participeraient à la pérennisation de l'assurance dépendance. Je suis en effet persuadé que l'équilibre budgétaire de l'assurance dépendance ne pourra pas être maintenu si la réforme envisagée n'apporte pas des réponses adéquates à l'équation :

« cotisations + participation de l'Etat = volume des prestations x tarif de la prestation ».

A qualité constante, le tarif de la prestation ne peut pas/plus diminuer. Restent donc les trois autres éléments de l'équation qui devront varier pour maintenir l'équilibre financier de l'assurance dépendance.

Marc Fischbach
Président

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

AIDE & SOINS

QUELS OBJECTIFS VISÉS PAR LA RÉVISION DE LA NOMENCLATURE DES ACTES ET SERVICES DES INFIRMIERS ?

La réponse relative à la question des objectifs et des perspectives poursuivis par une révision des actes et services des infirmiers n'est pas anodine et en conditionne quelque part le contenu.

De là provient notre questionnement par rapport aux tenants et aboutissants d'une révision de la nomenclature.

À notre sens, la finalité visée par une révision devrait consister dans la recherche d'une actualisation du contenu de la nomenclature existante afin de correspondre et aux conditions d'exercice de la profession d'infirmier, et aux réalités du terrain, ainsi qu'à l'évolution des techniques de la pratique soignante.

Tout d'abord, il faut souligner que le profil des personnes prises en charge dans le cadre de l'assurance maladie évolue, au vu notamment de la diminution de la durée moyenne de séjour en milieu hospitalier (DSM), de l'évolution des techniques opératoires et de l'évolution démographique de la population, ainsi que de la prévalence de certaines maladies chroniques comme par exemple le diabète.

Il est à noter que les travaux en relation avec le dossier relatif à la révision de la nomenclature des actes et services des infirmiers est en cours depuis longue date avec des revirements ponctuels sans pour autant que le dossier n'ait pu être finalisé à ce jour. Actuellement, la Commission de nomenclature de même que la Cellule d'expertise médicale (CEM) est saisie de la proposition de la CNS, ainsi que de celle de la COPAS/ANIL. Les deux propositions semblent du moins opposées sinon diamétralement opposées, notamment pour certains volets. Des arguments retraçables et la fourniture des rapports d'expertise à la base de l'analyse faciliteraient aux prestataires de pouvoir suivre davantage le raisonnement qui guide la proposition de la CNS.

Remarquons dès à présent, que selon l'appréciation des prestataires, la proposition de la CNS ne prend pas assez en considération des aspects qui selon constituent pour autant des réalités du terrain et des soins, et qui devraient trouver leur valorisation au niveau de la nomenclature des actes et services des infirmiers.

Un volet auquel les prestataires accordent une grande importance et qu'ils souhaitent voir intégré dans la nomenclature révisée, concerne notamment la préparation et l'administration des médicaments, car cet acte presté très régulièrement est devenu indispensable pour la prise en charge des personnes soignées. Par ailleurs, l'acte relatif à la préparation d'une pillbox pour certaines personnes dont l'existence d'un besoin d'une aide à la préparation des médicaments est établie, permettrait à une certaine catégorie de personnes dépendantes pour la préparation de leur médication, de se prendre néanmoins en charge de façon autonome, sans pour autant dépendre du passage d'une infirmière plusieurs fois par jour.

On soulignera que le volet en relation avec l'Éducation thérapeutique du patient (ETP), voire l'éducation à l'auto-traitement repris dans la proposition de la COPAS/ANIL trouve en théorie l'appui des autorités sans pour autant qu'il soit officiellement reconnu

dans la liste des actes à prester. Selon la définition de l'OMS retenue en 1998¹ : « L'éducation thérapeutique a pour objet de former le malade pour qu'il puisse acquérir un savoir-faire adéquat, afin d'arriver à un équilibre entre sa vie et le contrôle optimal de sa maladie. L'éducation thérapeutique du patient est un processus continu qui fait partie intégrante des soins médicaux. L'éducation thérapeutique du patient comprend la sensibilisation, l'information, l'apprentissage, le support psychosocial, tous liés à la maladie et au traitement. La formation doit aussi permettre au malade et à sa famille de mieux collaborer avec les soignants. »

Néanmoins, il existe un décalage entre la théorie et la mise en pratique du moins entre ce qui est considéré comme pouvant être presté dans le secteur hospitalier et le secteur extrahospitalier. La réalité est telle que bon nombre de prestations, dont notamment le volet éducationnel, sont prestés dans le secteur extrahospitalier et peuvent de ce fait contribuer à une réduction à long terme des coûts de santé. En effet, former des personnes souffrant de certaines maladies chroniques ou de certaines affections à prendre en charge leur traitement par l'autogestion, à gérer la prise des médicaments, à interpréter des symptômes et à adapter leur traitement, ainsi qu'à faire face aux soins quotidiens, présente un rapport coût-efficacité positif et permet en termes économiques, de réduire les coûts de santé, voire en matière de santé publique de prévenir la survenue de complications graves.

Au vu de l'augmentation de la prévalence de certaines maladies chroniques et d'affections de longue durée (ALD) dont notamment le diabète et des conséquences sur l'organisation des systèmes de santé, des travaux de recherche soulignent l'impact de mesures d'éducation thérapeutique du patient (ETP) en termes médico-économiques.

Citons à titre d'exemple, le rapport français de septembre 2008 : « L'objectif principal de l'éducation thérapeutique est, notamment, l'amélioration de la prise en charge de la pathologie avec comme indicateur une diminution de la morbidité ou un ralentissement à la survenue de certaines complications ou incidents. Cette diminution du recours aux soins, à court et moyen terme et aussi à long terme, peut, par voie de conséquences, entraîner une diminution des dépenses de santé ou des dépenses indirectes. »²

Une éducation thérapeutique du patient (ETP) est donc souvent nécessaire afin d'augmenter l'adhésion et l'implication de la personne à son traitement et à ses nouvelles habitudes de vie. Pour des pays comme la Belgique ou la France, qui disposent également de nomenclature pour les soins infirmiers, des actes ETP sont officiellement repris.

Dans le contexte économique actuel, une révision de fond de la nomenclature signifie opérer un choix impliquant des décisions stratégiques. Des choix opérés, ainsi que des priorités retenues, dépendront les répercussions au niveau de la prise en charge.

Claudine Koster

1.OMS Europe, Rapport sur l'éducation thérapeutique du patient, 1998.

2.Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient, Rapport présenté à Madame Roselyne Bachelot, Saout C. et al., septembre 2008.

EN QUÊTE DE PERSONNEL QUALIFIÉ ET COMPÉTENT

Comment assurer par la formation initiale et continue un niveau de qualité toujours plus efficient des prestations et de l'accompagnement offerts aux usagers et gérer au mieux les compétences internes en temps de crise ?

À l'heure actuelle, la COPAS s'inquiète fortement de la pénurie constatée de certains types de professionnels dans le secteur tels que l'infirmier, l'aide-soignant etc.. En outre, les données relatives aux résultats d'examen à la sortie des filières, aux moyens dévolus à ces formations initiales, aux critères d'admission et à la complexité des systèmes de reconnaissance des diplômes, laissent présager la poursuite de cette problématique dans les années à venir.

Des efforts sont cependant faits depuis quelques mois par la COPAS pour mieux estimer ses besoins prospectifs en terme de création et de remplacements de postes dans le but de transmettre de façon plus efficiente ces informations aux partenaires publics en charge des formations initiales.

Ainsi, une enquête prospective relative aux besoins en recrutement et en formation sera reconduite annuellement par la COPAS. Les fruits de cette enquête permettent déjà, et permettront dans les temps à venir, de consolider le partenariat avec les ministères concernés ; les objectifs étant de mieux faire correspondre la formation théorique à l'évolution rapide et forte des besoins du terrain et à l'offre et demande sur le marché économique luxembourgeois sachant que l'emploi au sein du secteur a connu une évolution de plus de 23 % entre 2005 et 2009.³

Aux vues de ces résultats, le secteur ne peut s'affranchir d'une réflexion sur son devenir et sur son rôle économique et social au moment où l'explosion démographique, la forte expression des besoins sociétaux, l'exigence accrue des bénéficiaires et le besoin de transparence ne cessent de s'accroître ; et davantage encore, dans un contexte de crise économique où l'emploi devient une denrée rare.

Ainsi et malgré les restrictions budgétaires qui s'annoncent, le secteur continue de croire qu'il restera un secteur à fort potentiel d'employabilité dans les années à venir.

MAINTENIR LE NIVEAU DE QUALITÉ DES PRESTATIONS

Il apparaît cependant que d'importants changements déjà initiés depuis plus de dix ans avec l'introduction de l'assurance dépendance devront encore être poursuivis en interne afin de réussir pleinement la transition entre une culture traditionnelle d'aide et d'assistance vers une culture plus moderne d'entreprise centrée sur le client/usager et sur les professionnels ; cette transition devant ainsi répondre à la fois aux exigences économiques

actuelles et au besoin d'une gestion efficiente des emplois et des compétences en vue du maintien à minima du niveau de qualité des prestations actuellement offertes.

En interne, le maintien d'un niveau élevé de qualité des prestations passe par le déploiement d'une démarche qualité efficiente, souple et flexible, porteuse d'échanges au sein de la structure, de

AINSI, ON NOTERA QUE LE SEUL PARTENARIAT RENFORCÉ AVEC LES INSTANCES PUBLIQUES EN MATIÈRE DE PROSPECTION DES BESOINS, D'ANTICIPATION ET DE FORMATION INITIALE NE SUFFIRA PAS À RÉPONDRE AUX EXIGENCES ENGENDRÉES PAR LE DÉVELOPPEMENT CONTINU DU SECTEUR ET DES BESOINS DES POPULATIONS.

confrontations de position entraînant à leur tour une production de connaissances, éclairant les pratiques et favorisant la lisibilité des modes d'interventions et des prestations qui induisent une amélioration des pratiques de gouvernance et de gestion des ressources humaines.

Cette démarche d'amélioration continue de la qualité, si elle est menée de manière transversale et complète, doit être un vecteur interne de l'acquisition de savoirs, de compétences nouvelles et ne peut se concevoir sans lien étroit avec les valeurs de la structure et la politique de gestion des ressources humaines.

Cette cohérence souhaitée devra engendrer une dynamique interne favorisant la formation continue des équipes, leurs motivations, leurs capacités d'évolution, d'anticipation et d'inventivité nécessaires à l'accomplissement du maintien d'un haut niveau de prestations. De même, une fidélisation des professionnels compétents, par des valeurs clairement énoncées, assimilées par tous, ainsi qu'un travail sur la déontologie professionnelle et l'éthique partagée devraient conforter la capacité du secteur à répondre aux besoins des usagers dans un contexte économique cependant difficile.

A cet effet et pour répondre à ces challenges, la COPAS s'est d'ores et déjà dotée de deux instances dénommées commission thématique « qualité » et commission thématique « formation » qui réfléchissent de concert aux options pour l'avenir. Une troisième instance viendra renforcer cette réflexion, à savoir une commission « éthique » qui viendra compléter cette analyse globale dont le secteur ne saurait aujourd'hui se passer.

Enfin, pour relever ce défi, le secteur compte sur un engagement politique fort des pouvoirs publics compétents pour promouvoir et favoriser cette dynamique en proposant notamment une offre de formation initiale toujours plus qualitative et attractive avec des moyens suffisants, et enfin en soutenant encore davantage le développement d'un panel de formations continues de haut niveau pour le secteur des aides et soins.

Aline Mahout

3 « Analyse des besoins en formation du secteur social » - Publication IUIL - 2011

4 « Qualité en gérontologie » H.Leclet, C.Vilcot - Afnor Edition - 2008

5 « La démarche qualité, vecteur de la bientraitance dans le secteur social et médico-social » Ch. Peroz - Edition Seli Arslan - 2011

TRIBUNE LIBRE

par Dr Jacqueline Wagner
Directeur général
Hospices Civils de la Ville de Luxembourg

who know exactly how to cope... How do they differ from the others? What can we learn from them?

MARTE MEO

"on one's own strength"



LA MÉTHODE « MARTE MEO » DANS LA PRISE EN CHARGE DE PERSONNES ATTEINTES DE MALADIES DÉMENTIELLES

L'Hospice de Pfaffenthal a été retenu pour présenter les résultats d'un projet pilote au Congrès «27th International Conference of Alzheimer's Disease», qui s'est tenu du 7 au 10 mars 2012 à Londres, intitulé :

“MARTE MEO in der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz, ein praktischer und respektvoller Umgang.”

Marte Meo (du latin : «aus eigener Kraft») est à l'origine une méthode développée et appliquée à la fin des années 70 et au début des années 80 par la Néerlandaise Maria Aarts dans l'éducation des enfants. En effet, Madame Aarts s'est rendu compte qu'il est très difficile de communiquer, par la méthode usuelle de l'entretien ou de la consultation éducative, des informations utiles et facilement applicables aux parents et aux éducateurs. Les responsables de l'éducation ont souvent, d'une part, des difficultés de compréhension du langage pédagogique très abstrait, et d'autre part, des difficultés à appliquer au quotidien les connaissances apprises en théorie.

Maria Aarts a développé et expérimenté une méthode dans laquelle des situations quotidiennes entre parents/éducateurs sont

enregistrées sur Vidéo et ensuite discutées avec le thérapeute Marte Meo. Le but est de reconnaître et de souligner les points forts et les compétences des parents/professionnels ; forces qui vont leur permettre de résoudre activement les problèmes d'éducation. L'amélioration de la communication entre parents/éducateur et enfant d'une part, et le soutien du développement personnel des parents/du professionnel au travers une prise de conscience d'éléments pratiques et expérimentés d'autre part, sont les objectifs visés.

En 1987 Maria Aarts a fondé l'organisation Marte Meo qui a comme but la formation des personnes utilisant la méthode au quotidien. Plusieurs niveaux de formation sont possibles :

- le praticien Marte Meo : pour tous les professionnels voulant intégrer la méthode dans l'exécution de leurs tâches quotidiennes (éducateurs, enseignants, aides-soignants, aides socio-familiales, infirmiers e.a.) ;
- le conseiller Marte Meo : il va dispenser la formation de praticien « in-house » aux professionnels intéressés ;
- le thérapeute Marte Meo : il conseille aussi bien les professionnels que les parents dans leur rapport quotidien avec leurs enfants et les proches dans leur rapport avec un membre de famille âgé, handicapé ou malade.

(developed by Maria Aarts, NL)



En dehors des Pays-Bas, la méthode Marte Meo est très utilisée dans les pays scandinaves, en Allemagne, en Suisse et en Inde. Aujourd'hui, le champ d'application s'est diversifié et la méthode a fait ses preuves dans le domaine du handicap, de la psychiatrie et de la gériatrie. A l'heure actuelle la littérature ad hoc est exclusivement en allemand et en anglais.⁶

L'Hospice de Pfaffenthal est le premier CIPA au Grand-Duché de Luxembourg à appliquer le concept Marte Meo. Dans le cadre d'une démarche qualité continue et basée sur l'autoévaluation et l'apprentissage (E-Qalin), nous avons trouvé avec Marte Meo un concept qui s'est avéré parfaitement adapté pour l'amélioration de la prise en charge de résidents avec des déficits de la communication (orale), p.ex. : personnes atteintes de maladie démentielle, de maladie neurologique dégénérative, d'AVC.

Le projet pilote a débuté en mai 2011 avec une équipe pluridisciplinaire composée d'infirmiers, d'un ergothérapeute, d'aides-soignantes, d'aides socio-familiales et de personnel hôtelier sous la guidance d'une psychologue, certifiée thérapeute Marte Meo et avec l'accord et l'appui de la direction.

Les objectifs suivants ont été fixés:

- chaque membre de l'équipe sera certifié Marte Meo Praticien ;
- formation de multiplicateurs, les Marte Meo Conseillers, qui pourront former en interne les collaborateurs ;
- faire connaître le concept dans les deux institutions des Hospices civils ;
- faire connaître le concept à un public élargi ;
- présenter les résultats du projet au monde professionnel (congrès, séminaires, conférences).

L'opportunité de pouvoir présenter les résultats à un congrès international fût un facteur très motivant pour nous. Une affiche scientifique regroupant les différents éléments théoriques, ainsi qu'une vidéo soulignant par de courtes séquences filmées différents aspects de la méthode, ont été minutieusement préparés par l'équipe. Trois membres du groupe de travail, un ergothérapeute, une infirmière et une aide-soignante, ainsi que la psychologue ont représenté l'hospice de Pfaffenthal à Londres.

Leur travail, présenté sous forme d'affiche interactive a trouvé un grand auditoire.

6 Dr. med. Ursula Becker; „Videoaufzeichnungen unterstützen Pflegende; Marte Meo- auf die Beziehung kommt es an.“ In: Pflegen: Demenz 12/2009, S. 42-45

FINANCES

LES MODES DE FINANCEMENT DE LA DÉPENDANCE DANS LES PAYS INDUSTRIALISÉS

À l'heure où les pouvoirs publics du pays se sont fixés pour objectif de procéder dans les années à venir à une réforme des différentes branches de la sécurité sociale - dont notamment celle de la dépendance - il apparaît opportun aux yeux de la COPAS de dresser un état des lieux succinct des différents modes de financement en vigueur dans d'autres pays du monde industrialisé.

En cela, un rapport sur la prestation de services et le financement de la dépendance récemment publié par les services de l'OCDE⁷, et dont sont extraits les indications qui vont suivre, devrait à notre sens permettre une meilleure vue d'ensemble des différents dispositifs mis en place de par le monde, et offrir par là même un éclairage avisé sur les choix d'allocations qui se posent à nos sociétés modernes.

Ainsi, il ressort nettement du rapport précité que les modes de financement préexistants peuvent revêtir des formes très différentes selon les pays et aires culturelles concernés, ceux-ci pouvant être subdivisés selon leurs caractéristiques en trois grands types que nous nous emploierons ci-dessous à résumer dans leurs principales lignes :

1. La couverture universelle dans le cadre d'un programme unique

Dans ce groupe, la couverture de la dépendance est assurée à travers un programme unique, qui peut être distinct des systèmes de santé ou au contraire intégré à celui-ci. Les systèmes à couverture dépendance universelle unique fournissent des soins médicalisés et des soins à la personne financés sur fonds publics à

tous les individus pouvant y prétendre en raison de leur état de dépendance. Ils peuvent concerner avant tout la population âgée (comme au Japon ou en Corée), ou toute personne présentant un besoin avéré indépendamment de leur tranche d'âge (Allemagne, Pays-Bas). Ce mode de financement n'exclut pas forcément une participation aux coûts ou l'acquittement de redevances ou de franchises, ces systèmes prévoyant néanmoins habituellement des seuils de revenu entraînant une exonération partielle ou totale des paiements, voire des mécanismes d'aide sociale pour les catégories pauvres. Ces modèles peuvent reposer sur l'impôt, sur des modèles d'assurance dépendance publique ou des soins à la personne couverts par le système de santé.

Les pays nordiques sont l'exemple le plus caractéristique d'un mode de financement basé sur l'impôt. Si la prise en charge des personnes âgées et des handicapés incombe globalement à l'État, ces pays se distinguent par la grande autonomie dont jouissent les administrations locales pour organiser la fourniture des services et le financement des soins en autorisant ces dernières à prélever un impôt à cette fin.

Deuxième modèle de couverture universelle : celui des dispositifs autonomes dédiés exclusivement à la dépendance (Allemagne, Pays-Bas, Japon, Corée et Luxembourg). Comme dans les pays nordiques, la couverture des services est généralement exhaustive – non seulement parce qu'elle profite à l'ensemble de la population, mais aussi en raison du champ des services concernés. Dans ces pays, le financement de l'assurance dépendance et de l'assurance maladie sont distinctes, la participation au programme étant obligatoire pour l'ensemble ou une grande partie de la population. Enfin, les programmes y sont principalement financés par l'emploi via les cotisations sociales, une partie du coût le restant cependant à travers un régime fiscal général.

7 Colombo, F., et al. (2011), Besoin d'aide ? La prestation de services et le financement de la dépendance, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE.

	Critères d'octroi de la couverture	Programmes de couverture	Nom du ou des programme(s)	Source de financement	Population dépendante ciblée	Prestations assurées	Dépenses publiques liées à la dépendance, en proportion du PIB (%)
Luxembourg	Programme universel d'assurance dépendance	Modèle d'assurance dépendance publique – Assurance sociale	Assurance dépendance, programme d'assurance dépendance intégré à l'assurance maladie Accueil gériatrique	Cotisations individuelles, contribution de l'État et taxe sur les factures d'électricité Financé par le Fonds national de solidarité (7,6 millions EUR en 2008)	Tous âges	En nature et en espèces, à domicile et en établissement	1.4
Allemagne	Couverture universelle dans le cadre d'un programme unique	Assurance dépendance publique – Assurance sociale	Assurance dépendance	Impôt, primes d'assurance, budget des Länder	Tous âges	En nature et en espèces, à domicile et en établissement	0.9
Pays-Bas	Programme universel dans le cadre d'un système unique	Modèle d'assurance dépendance publique – Assurance sociale	Loi sur les dépenses médicales exceptionnelles (AWBZ)	Cotisations et prélèvement fiscaux supplémentaires	Tous âges En nature et en espèces,	En nature et en espèces, à domicile et en établissement	3.5
Belgique	Couverture universelle dans le cadre d'un programme unique (soins de santé et soins à la personne)	Via le système de santé Programme fédéral	Système public d'assurance maladie (INAMI/RIZIV) Allocations fédérales d'aide aux personnes âgées / prestations sociales	Cotisations de sécurité sociale/impôts sur les salaires (57 %), fiscalité directe générale (37 %) et participation financière des usagers (6 %). Recettes générales des impôts directs	Tous âges 65 ans et +, faible revenu Tous âges à domicile	En nature et en espèces à domicile et en établissement. En espèces, sous conditions de besoin et de revenu. En espèces sous conditions de besoin Aide sociale à domicile en nature	1.7
	Aide sociale (aide à domicile, etc.)	Programme flamand Programmes régionaux	Assurance-soins flamande Services d'aide à domicile	Cotisations annuelles obligatoires Recettes fiscales générales et participation financière de l'utilisateur (dépendant du revenu)			
Finlande	Couverture universelle dans le cadre d'un programme unique	Universel, financé par l'impôt		Transferts de l'État aux municipalités (31 %), impôts communaux et impôt sur le revenu (60 %).	Tous âges	En nature et en espèces, à domicile et en établissement	1.8
Japon	Couverture universelle dans le cadre d'un programme unique	Modèle d'assurance dépendance publique – Assurance sociale	Dispositif d'assurance dépendance	Cotisations des plus de 40 ans (50 %), pouvoirs publics (50 %, dont 50 % de l'administration nationale, 25 % de l'administration préfectorale et 25 % de l'administration municipale)	65 ans et +, ou 40-64 ans souffrant d'une maladie liée à l'âge	En nature, à domicile et en établissement	1.4
Corée	Programme universel dans le cadre d'un programme unique	Modèle d'assurance dépendance publique – Assurance sociale	Assurance-santé nationale des personnes âgées	Prime d'assurance dépendance, budgets des administrations centrale et locales, participation aux frais de l'utilisateur	65 ans et +, ou moins de 65 ans souffrant d'une pathologie gériatrique	En nature et en espèces, à domicile et en établissement	0.3

Un troisième modèle repose quant à lui sur la couverture de la dépendance par le système de santé. La Belgique en est un exemple, son système public d'assurance maladie assurant la couverture universelle du coût de la prise en charge de la dépendance à domicile comme en établissement. Au niveau régional, la Flandre a mis en place un programme d'assurance dépendance obligatoire, financé par une cotisation annuelle procurant des prestations en espèces supplémentaires.

2. Systèmes mixtes

Dans les systèmes mixtes, la couverture de la dépendance est assurée par une combinaison de régimes universels et de prestations autres. De nombreux pays de ce groupe ne sont pas dotés d'un système exhaustif de prise en charge de la dépendance s'appuyant sur un programme unique, mais plutôt de plusieurs prestations, programmes et droits, en fonction des groupes ciblés, du type de coût ou de services dispensés et, dans certains cas, de la circonscription territoriale.

En cela, ce que l'on pourrait appeler les « régimes universels parallèles » reposent sur différents systèmes de couverture qui coexistent, chacun assurant la couverture universelle d'un type de soin différent. Dans la plupart des cas, les soins médicalisés universels sont financés par le système de santé, tandis que les soins universels à la personne le sont par le biais d'un système distinct. Ce modèle est par exemple d'application en Écosse ainsi que par certains pays du Sud (Italie) et de l'Est de l'Europe (Pologne, République tchèque).

Un deuxième sous-groupe de pays propose des prestations universelles fixées en fonction du revenu (Irlande, Australie, Autriche et France). Dans ces pays, tout individu touche des prestations publiques si ses besoins de soins le justifient, le montant étant cependant ajusté, le cas échéant de manière très abrupte, en fonction du revenu. Le principe de cette approche est d'augmenter progressivement la part du coût financée par le système public à mesure que le revenu du bénéficiaire diminue. On parle parfois d'« universalisme progressif ou personnalisé » qui n'a pas vocation à couvrir la totalité ou presque du coût des soins à la personne. En guise d'exemple, l'aide payée à ce titre en France représente jusqu'à 1235 € pour les usagers ayant de gros besoins et de faibles revenus, et à l'opposé tombe à 27€ pour les usagers à revenu plus élevé. Dans ces systèmes, des prestations supplémentaires peuvent également être couvertes par le système de santé ou par une administration locale.

Un 3^{ème} sous-groupe inclut des pays relevant d'une combinaison de prestations universelles et de prestations soumises ou non à conditions de ressources. Généralement, l'universalité des droits tend à s'appliquer strictement à des soins médicalisés spécialisés liés à la santé (Grèce, Suisse, Nouvelle-Zélande).

Dans les différents types de systèmes dits « mixtes », il n'est cependant pas rare qu'une part importante du coût lié à la dépendance reste à la charge des usagers et de leurs familles. Cette absence de couverture complète peut avoir pour conséquence de nuire à l'expansion de l'offre de soins formels et se traduire par un recours de facto aux aidants familiaux pour assumer une prise en charge intensive.

	Critères d'octroi de la couverture	Programmes de couverture	Nom du ou des programme(s)	Source de financement	Population dépendante ciblée	Prestations assurées	Dépenses publiques liées à la dépendance, en proportion du PIB (%)
Autriche	Deux systèmes de prestations en espèces ; un universel, un sous conditions de ressources	Programmes multiples : prestations sous condition de revenu	<i>Pflegegeld</i> (système universel de prestations en espèces) Prestations de soins 24 heures	Impôts : en 2006, État fédéral pour 1.62 milliard EUR et <i>Länder</i> pour 301.5 millions EUR	Tous âges Critère de revenu, <i>Pflegegeld</i> niveau 3	En espèces, à domicile et en établissement (en nature par les <i>Länder</i>)	1.1
Suisse	Système mixte	Combinaison de prestations universelles et de prestations soumises à conditions de ressources (ou non)	Assurance-santé obligatoire (LAMal), prestations en espèces soumises à conditions de ressources au titre de la Loi fédérale sur l'assurance invalidité (LAI), prestations au titre de la Loi sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS)	Primes d'assurance santé obligatoire, prestations en espèces, budget de l'État, paiements privés du bénéficiaire des soins	Tous	En nature et en espèces, en établissement, soins à domicile assurés en majorité par des organismes privés	0.8 (1.3 en tenant compte des prestations d'invalidité et de survivant)
France	Système mixte	Prestations sous conditions de revenu	La Sécurité sociale couvre les services de soins en établissement et à domicile (SSIAD) Allocation personnalisée d'autonomie (APA) Prestation de compensation du handicap (PCH)	Recettes fiscales locales et centrales, cotisations sociales APA : financement local à 70 %	Tous âges 60 ans et +, sous conditions de revenu	En nature et en espèces, à domicile et en établissement	1.7
Italie	Système mixte	Programme universel parallèle	Soins en établissement : <i>Residenza Sanitaria Assistenziali</i> , pan du système de santé Allocation de soins : <i>indennità di accompagnamento</i> Plan national pour les personnes âgées		Tous âges	En nature et en espèces, à domicile et en établissement	

3. Dispositifs à filet de sécurité soumis à conditions de ressources

Les pays concernés par ce type de dispositif ont recours à l'évaluation des revenus ou du patrimoine afin de fixer les seuils en deçà desquels est octroyée une aide à la personne financée sur fonds publics. Les États-Unis appartiennent à cette catégorie. Medicaid – le programme public destiné aux populations indigentes – constitue la principale source de financement public des services de prise en charge de la dépendance, qu'il a couvert à hauteur de 40 % en 2010. La définition des critères d'attribution peut être considérée comme stricte, les bénéficiaires devant d'abord épuiser leurs ressources personnelles avant d'être éligible au programme financé conjointement par l'Etat central et les Etats fédérés. Actuellement, sur les quelques 10 millions de personnes ayant besoin de soins de longue durée aux États-Unis, 3 millions bénéficient de la couverture de Medicaid. Le Royaume-Uni connaît un dispositif analogue, étant toutefois à signaler que des prestations sans conditions de ressources y sont offertes aux personnes lourdement handicapées.

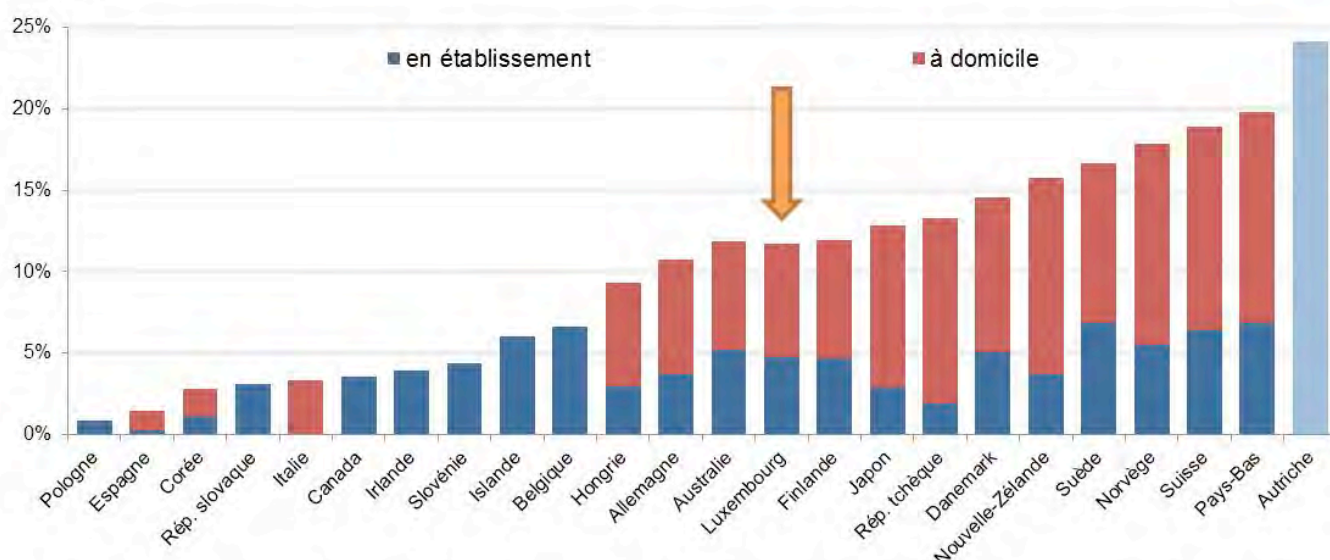
En orientant les fonds publics vers la part la plus pauvre de la population, cette approche permet de limiter les coûts, ces systèmes pouvant néanmoins exposer des familles se situant au-dessus du seuil de ressources à des dépenses de prise en charge de la dépendance élevées, et pouvant entraîner un appauvrissement préalable des personnes âgées et des personnes handicapées concernées. Ainsi, la fixation de seuils d'attribution a minima peut avoir pour conséquence négative la création d'un groupe d'individus pas suffisamment pauvre pour pouvoir prétendre à un financement public, et pourtant pas assez riche pour pouvoir assumer le coût des soins nécessaires.

David Bellion
Sylvain Bousser
Carla Jorge

	Critères d'octroi de la couverture	Programmes de couverture	Nom du ou des programme(s)	Source de financement	Population dépendante ciblée	Prestations assurées	Dépenses publiques liées à la dépendance, en proportion du pib (%)
États-Unis	Système soumis à conditions de ressources	Filet de sécurité soumis à conditions de ressources	Medicaid	Caisses fédérale et des États	Personnes à faible revenu	Par l'essentiel en nature, prestations obligatoires pour les soins en établissement, prestations collectives facultatives des États	0.6
	Assurance sociale pour les personnes âgées	Universel pour les seniors	Medicare	(Partie A) Cotisations sociales, impôt sur le revenu (Partie B) Primes Medicare et fonds publics	Seniors	Soins de suite en centre médicalisé de long séjour	
	Assurance volontaire	Universel si l'employeur y participe (possibilité de ne pas participer)	Loi CLASS (<i>Community Living Assistance Services and Support</i> , projet)	Assurance volontaire	Tous âges	Prestations en espèces pour les soins à domicile et en établissement	

Les usagers de services de prise en charge de la dépendance varient considérablement d'un pays de l'OCDE à l'autre

Personnes âgées bénéficiaires de services de prise en charge de la dépendance, en proportion de la population des plus de 65 ans, 2008



Note : Personnes âgées de plus de 65 ans bénéficiaires de services de prise en charge de la dépendance à domicile et en établissement. Les données relatives à l'Australie, à la Belgique, au Canada, au Danemark, au Luxembourg et aux Pays-Bas se rapportent à 2007 ; celles relatives à l'Espagne à 2009 ; et celles relatives à la Suède et au Japon à 2006. Les données relatives au Japon sous-estiment le nombre de bénéficiaires en établissement car de nombreuses personnes âgées reçoivent des soins de longue durée dans les hôpitaux. Selon Campbell et al. (2009), le Japon fournit des prestations publiques à 13.5 % de sa population de plus de 65 ans. Les données autrichiennes représentent les bénéficiaires d'allocations en espèces.

Source : Éco-Santé OCDE 2010.

MEMBRE



LE CENTRE THÉRAPEUTIQUE D'USELDANGE

Le concept du Centre Thérapeutique d'Useldange (CTU) et les modalités d'admission sont aisément consultables sur notre site internet (ctu.lu), alors que nos rapports annuels sont intégrés dans ceux du CHNP (chnp.lu). Nous nous permettons dès lors d'y renvoyer et de profiter du présent espace aimablement mis à disposition par la COPAS pour aller un peu au-delà du descriptif et de la mise en valeur de l'offre actuelle sinon des formules d'autocélébration habituelles.

DISPOSITIF

Fondé en 1978, le CTU fêtera en 2013 ses 35 ans. Structure de réhabilitation pour personnes dépendantes de l'alcool, le CTU dispose d'une capacité hospitalière de 40 lits. En outre, nous offrons des fins de séjour en hospitalisation partielle (reprise du travail en hôpital de nuit, 6 places en hôpital de jour), un programme de consolidation des acquis et de réinsertion sociale en foyer de réadaptation (13 places) ainsi qu'un suivi de postcure ambulatoire (groupe thérapeutique).

Nous nous réjouissons beaucoup d'avoir obtenu, en cette veille de nos 35 ans, l'agrément requis pour l'exploitation de nos foyers, dont le premier fut d'ailleurs ouvert en 1983, soit 15 ans avant la parution de la loi dite ASFT.

Les admissions au CTU se font sur indication médicale, après sevrage alcoolique et entretien préalable. Le CTU est solidement ancré dans le réseau thérapeutique national : ainsi, il suffit de s'adresser au médecin traitant, à un groupe d'entraide, etc. pour être orienté et accompagné à travers les étapes du sevrage (qui se fait généralement en milieu hospitalier en cas de dépendance sévère) et des soins de suite (notamment en vue d'une admission dans une clinique de réhabilitation spécialisée comme le CTU). Nous collaborons au quotidien avec les centres hospitaliers régionaux et les hôpitaux généraux : les médecins et les équipes savent comment enclencher la procédure d'admission au CTU en cas de demande et d'indication, alors que nous intervenons régulièrement sur place dans les groupes d'information et de motivation organisés dans les services de psychiatrie et d'addictologie du pays.

Si le CTU a maintenu sa tradition originare de communauté thérapeutique participative, celle-ci a été enrichie au cours des dernières années par une démarche d'individualisation des soins en équipe multidisciplinaire : plan thérapeutique individuel, thérapeutes de référence, programme échelonné, thérapies indicatives, etc. Ainsi, le programme du CTU comporte aujourd'hui 4 piliers : encadrement médico-psycho-social individuel, psychothérapies de groupe (grands groupes, groupes de référence, groupes indicatifs, etc.), thérapies complémentaires (à médiation corporelle, artistique et/ou sociale) et vie communautaire (thérapie par le milieu).

L'offre du CTU est organisée sous forme de setting multimodal à focus psychothérapeutique multi-méthodique intégré (approches psychanalytiques, cognitivo-comportementales et systémiques). Nous proposons des cures types de 3 mois, tout en adaptant les durées de séjour aux particularités de chaque situation individuelle (2 à 6 mois en hospitalisation complète / de nuit).

Si nous adhérons au paradigme de l'addictologie contemporaine (hiérarchisation et libre choix des objectifs, réduction de la consommation, modèle transthéorique du changement, approche motivationnelle humaniste, centrée sur la personne et les ressources, etc.), la philosophie institutionnelle du CTU en tant que maillon du dispositif de soins national est celle d'une communauté thérapeutique rigoureusement orientée abstinence. Nombreuses sont en effet les personnes dépendantes de l'alcool qui découvrent pour elles-mêmes, au terme souvent d'un parcours du combattant à vrai dire jamais achevé, que la seule issue positive à leur conduite addictive est l'abstinence, totale et à long terme, ceci non pas en tant que but en soi, mais en tant que moyen pour assurer sa survie et pour accéder à une meilleure qualité de vie, subjective et sociale.

Si la rechute au cours des mois et des années suivant une thérapie relève plus de la règle que de l'exception, sa genèse est en général déterminée de manière plurifactorielle (modèle sociocognitif de la rechute, cognitions implicites, automédication, régulation d'un système coalcoolique, etc.) : aussi, les objectifs d'une thérapie orientée abstinence ne consistent-ils pas seulement à apprendre à prévenir les rechutes, mais aussi à en réduire la gravité en termes d'intensité et de durée de la consommation et des conséquences afférentes. Ainsi, comme pour toute maladie chronique la survenue d'une rechute n'est ni un drame ni a fortiori une honte en soi du moment qu'elle est en temps utile entendue, élaborée et stabilisée dans sa dimension de crise subjective, comportementale et microsociale.

STIGMATISATION

La stigmatisation dont le CTU fait toujours et encore l'objet et que nous ne voudrions pas passer sous silence, peut être attribuée à 2 registres d'arguments reliés entre eux : d'une part la stigmatisation de l'alcoolisme et de l'alcoolique, et d'autre part la stigmatisation de l'institution CTU.

L'alcoolisme est en effet une maladie aussi fréquente et grave que tabouisée et banalisée dans l'opinion publique. Les chiffres : environ 20% de la population générale adulte font un usage problématique de l'alcool ; environ 10% remplissent les critères de l'usage nocif ou dépendant ; l'alcool constitue avec le tabac l'un des principaux facteurs de risque de morbidité et d'incapacité prématurées et évitables. La nocivité cumulée (individuelle et sociale) de l'alcool dépasse celle de toutes les autres substances psychoactives.



En revanche, l'acceptation sociétale du modèle médical de l'alcoolisme-maladie (avec ses dimensions bio-psycho-sociales) reste toujours hypothéquée par les survivances du modèle moral (faiblesse de caractère, manque de volonté, etc.). L'alcoolisme, une maladie dès lors pas comme les autres, une maladie de l'échec, de l'impuissance, de la honte, de la déchéance, qu'il conviendrait de cacher, de dénier, de mystifier, ceci autant à l'échelle de l'individu que de la famille, du travail et de la société ? Par conséquent, on peut très bien comprendre les craintes et les réticences de bon nombre de gens à se faire soigner pour une maladie d'une telle ambiguïté ailleurs que dans un lit de médecine interne et/ou dans le cadre d'une cure dite psychosomatique loin de son milieu de vie habituel. Qui plus est, si toute structure d'addictologie ou d'alcoologie qui prend le risque de dire son nom hérite de la précitée stigmatisation de l'alcoolisme et de la personne qualifiée d'alcoolique, ceci est plus vrai encore lorsqu'une telle structure relève d'une mission de type service public (associée aux cas chroniques, aux cas sociaux, etc.) et lorsqu'elle est pilotée à partir d'un ancien asile psychiatrique, avec toutes les lourdeurs et connotations que cela comprend malgré quelques facilitations administratives et logistiques. À plus forte raison lorsque cela se passe au sein d'une infrastructure notoirement vétuste et dans un pays exigu à standard de vie élevé.

Si l'exiguïté du pays (avec son corollaire de recherche de discrétion dans un ailleurs lointain) constitue en tant que facteur structurel la seule variable que nous ne pouvons évidemment pas influencer, il se rajoute à celle-ci la vision stratégique d'implémenter toute l'offre nationale de réhabilitation stationnaire en alcoologie sur un seul et même site, autrement dit le défi d'organiser et de gérer les avantages et les désavantages de la cohabitation d'une population cible médicalement et socialement hétérogène. Le risque inhérent à cette vision est celui de ne pas arriver à améliorer substantiellement la situation actuelle qui est celle d'une réhabilitation alcoologique nationale et transnationale à plusieurs vitesses, ceci malgré la mise au point d'un ambitieux projet de modernisation du dispositif existant.

MODERNISATION

Le projet de modernisation du CTU poursuit plusieurs objectifs : valorisation des forces et affinement des spécificités de l'offre existante ; élargissement du spectre de l'offre nationale (implémentation d'une «suchtnahe psychosomatische Rehabilitation» dans le but de mieux cibler le traitement des troubles psychiques co-occurents, notamment des traumatismes psychiques fréquemment associés aux troubles addictifs) ; promotion d'une offre de qualité comparable aux offres de la Grande Région (benchmark international) ; augmentation de l'éventail des choix et des complémentarités transnationales (rapatriement partiel des transferts à l'étranger).

Les modalités du projet de modernisation comportent, en gros : augmentation de la capacité stationnaire de 40 à 58 lits par un transfert de lits du site d'Ettelbruck avec reconversion de la mission de ceux-ci (le projet ne prévoit donc aucune création de nouveaux lits) ; restructuration en 3 unités de soins à concepts spécifiques (alcoologie A, alcoologie B, psychosomatique PS) ; amélioration de l'infrastructure thérapeutique, sportive et hôtelière ; hôpital de jour intégré, foyers de réadaptation et groupes de postcure ambulatoire.

Cela dit, avec ou sans atteinte de l'objectif du rapatriement partiel des transferts à l'étranger pour les raisons explicitées, nous sommes convaincus qu'il est nécessaire de moderniser le CTU et d'en étendre qualitativement et quantitativement les capacités si le pays veut se doter d'une institution qui sera aujourd'hui comme demain à la hauteur des attentes de nos concitoyens dépendants de l'alcool, de leurs familles, amis et employeurs : l'ensemble des données démographiques et épidémiologiques plaident dans ce sens, et par ailleurs ne convient-il pas d'un point de vue éthique d'offrir les mêmes standards de qualité à toute personne demandeuse de soins, cela sans distinction de ses capacités psychiques ou intellectuelles et de ses origines ou appartenances sociales ?

Afin que plus personne ne doive opter pour un traitement résidentiel à l'étranger ni pour des raisons liées à des écarts présumés ou réels au niveau de la qualité de l'offre ni par ailleurs pour des raisons liées à la stigmatisation d'une maladie véhiculée comme subjectivement culpabilisante et socialement honteuse. Corollaire de cette vision : s'inscrire en tant qu'institution modernisée dans la complémentarité à qualité comparable des offres de la Grande Région, sachant qu'il ne peut y avoir de réponse unique à une problématique complexe et à facettes multiples, ni à gauche ni à droite de la Moselle.

Nous avons développé le projet de modernisation du CTU à un point nommé, autrement dit dans une conjoncture marquée autant par du négatif que par du positif. Le négatif : les effets de la crise économique et des changements managériaux successifs sur les différentes révisions du master plan du CHNP (qui fixe également le cadre du projet de modernisation du CTU). Le positif : la dynamique déployée au sein du réseau dans le cadre de la décentralisation de la psychiatrie aiguë de même que depuis 2010 dans celui de l'élaboration du plan national alcool, qui est elle-même en résonance avec l'officialisation des dernières politiques et stratégies alcool de l'OMS et de l'UE.

L'un des enjeux majeurs des stratégies alcool consiste, au-delà de la prévention primaire, dans la promotion de tout ce qui peut faciliter dans une perspective de santé publique la réduction de la consommation, des dommages et des risques de même que l'accès le plus précoce et le plus large aux soins les plus adéquats, y compris l'optimisation du taux de passage aigu-postaigu en cas de dépendance sévère, ce qui passe notamment par le renforcement de l'attractivité de l'offre réhabilitative. Le projet de modernisation du CTU fut déposé fin 2011 sous forme d'avant-projet sommaire et attend présentement sa mise à l'ordre du jour, dans sa version actuelle ou sous une forme amendée, de la Commission permanente pour le secteur hospitalier.

Si l'équipe du CTU se dévoue depuis belle lurette du meilleur d'elle-même à sa tâche, soutenue en cela par la confiance que lui apportent les patients/clients, les familles et les collègues du réseau, force est de constater que l'expert immobilier chargé par le ministère de la Santé ne s'est pas trompé lorsqu'il a conclu au terme de sa visite : « seul un aveugle ne verrait pas qu'il y a beaucoup à faire ici ». Osons espérer que nous n'aurons plus trop de temps à consacrer au pourquoi et au comment des modalités face à l'évidence de cet impératif de passer à l'action.

Dr Paul Hentgen

ACTUALITÉS

► « Guide de rédaction » de la fiche « Demande en révision des prestations », dite « fiche A3 »

Depuis le 15 octobre 2012, la Cellule d'évaluation et d'orientation (CEO) de l'assurance dépendance met à disposition des prestataires un outil visant à accompagner les professionnels dans la rédaction de la fiche A3 utilisée pour les demandes en révision des prestations.

Le « Guide de rédaction » ainsi que la note d'accompagnement guideront les professionnels dans la description de la situation de dépendance du bénéficiaire, ainsi que de la nature de l'aide fournie. Ce guide ainsi que les 2 versions des fiches A3 sont disponibles sur le site internet de la COPAS : www.copas.lu (sous rubrique Domaines d'activités/L'assurance dépendance/Formulaires et informations/fiches de demande en révision des prestations)

► 5 novembre 2012 : Conférence de Stephan Kostreza

Lieu: Banque BNP Paribas, Bd Royal/ Avenue Monterey, Luxembourg-Ville

Heure: de 18.00 à 19.00 heures

L'entrée est gratuite.

"Ich weiß nicht, was soll es bedeuten"

Palliative Care bei Menschen mit Demenz aus Sicht von Angehörigen und Mitarbeitern

Der Angehörige hat mehrere Aufgaben gleichzeitig zu erfüllen. Ganz praktisch muss er sich um den Menschen mit Demenz kümmern, ihn pflegen und begleiten. Gleichzeitig ist er aber auch gefordert, sich mit seiner Trauer zu beschäftigen. Denn obwohl der Mensch mit Demenz „noch“ lebt, erlebt der Angehörige den demenziellen Prozess des Betroffenen als Trauerprozess, da er den zu Pflegenden jeden Tag etwas mehr verliert. Diese Doppelaufgabe ist für viele Betroffene eine große Zerreißprobe.

Stephan Kostrzewa ist Exam. Altenpfleger, Dipl. Sozialwissenschaftler (Soziologie, Psychologie, Soziale Arbeit und Erziehung), Autor, Dozent, Fachreferent auf Pflegemessen sowie Inhaber des Instituts für palliative und gerontopsychiatrische Interventionen (Mülheim an der Ruhr).

In dem Vortrag wird er die besondere Situation pflegender Angehöriger aus Sicht seiner langjährigen Erfahrung u.a. in der Hospizarbeit darstellen und Wege aufzeigen, wie sie, auch mit der Unterstützung professionell Pflegenden, besser mit dieser Herausforderung umgehen können.

► 6 novembre 2012 : Congrès de Omega 90

Lieu: Chambre de commerce / Luxembourg-Kirchberg

Heure: de 8.30 à 17.30 heures

VERWIRRT AM LEBENSENDE

Herausforderung Demenz und Palliative Care

Im Zuge der Erhöhung der Lebenserwartung in den westlichen Industrieländern ist auch eine Zunahme diverser Krankheiten festzustellen, unter ihnen die Demenzen. In Luxemburg rechnet man mit einer Zahl von 5000 - 6000 Betroffenen. Ein beträchtlicher Anteil der Heimbewohner leidet in unterschiedlichem Masse an diesen Störungen. Professionnelle und Angehörige sehen sich vor große Herausforderungen gestellt im Hinblick auf eine adäquate Betreuung dieser Menschen.

Wie sieht die Lebens - und Erlebenswelt der Demenzkranken aus und wie kann eine adäquate Betreuung dieser Rechnung tragen ? Hier begegnen sich Palliative Care allgemein und die Arbeit mit Demenzkranken : radikale Orientierung an den Bedürfnissen des Individuums und seines Umfeldes.

Wie sterben Demenzkranke ? Wie wird der Sterbeprozess erlebt,

welche besonderen Bedürfnisse gilt es zu berücksichtigen ? Dieses lang vernachlässigte Thema rückt in letzter Zeit vermehrt ins Bewusstsein der Fachöffentlichkeit, wie auch das Feld der Schmerzevaluation und -behandlung.

Wenn verbale Kommunikation schwierig oder nicht mehr möglich ist, welche anderen Mittel gibt es, die Bedürfnisse der betroffenen Menschen zu verstehen ? Welche Haltung der Pflegenden ist dazu nötig ? Nicht zuletzt stellen sich auch grundsätzliche ethische Fragen. Welche Behandlungen sollen am Lebensende noch durchgeführt werden und welche eventuell abgebrochen ? Was ist, wenn keine Patientenverfügung vorliegt ? Wer entscheidet und aufgrund welcher Kriterien ? Führende internationale Experten werden diese Fragen in den Vorträgen erörtern. In den Workshops bietet sich die Gelegenheit, im Austausch mit Experten und anderen Professionellen einzelne Themen eingehender zu bearbeiten.

Veuillez trouver le programme et les détails pratiques sous:

www.omega90.lu/konferenz2012

Tél. : 29 77 89 -1 | Fax : 29 85 19

► 7 novembre 2012 : Conférence de presse COPAS

Présentation du bilan assurance dépendance

« Les grandes lignes de l'assurance dépendance passées en revue »

Lieu : COPAS – rue de Turi L-3378 Livange (7e étage)

Heure : à 10.00 heures

► 7 novembre 2012 : Conférence A.P.E.M.H.

« Quand le psychisme déraile »

Lieu : Domaine du Château, bâtiment administratif de la Fondation A.P.E.M.H.

Heure : de 19.00 à 21.00 heures

La fréquence des maladies psychiques est en croissance dans notre société. Les personnes en situation de handicap intellectuel sont aussi concernées par cette réalité : d'après diverses études, 30 à 50% souffrent de troubles psychiques.

Lors de cette conférence, différents rapports seront illustrés :

- Comment les troubles psychiques se développent-ils ? Particularités chez les personnes avec une déficience intellectuelle.

- Comment diagnostiquer des troubles psychiques quand ils viennent se greffer sur une déficience intellectuelle ? Illustration par l'exemple de la dépression : symptômes (classiques et atypiques), pronostics.

- Les différents traitements : que pouvons-nous attendre de ces traitements ?

Intervenante :

Dr.Med. Svetlana Panfilova, médecin psychiatre : Expériences en tant que soignante dans le domaine du logement et en tant que médecin dans le domaine de la psychiatrie ambulatoire pour personnes en situation de handicap intellectuel (Allemagne).

Si vous êtes intéressés à participer à cette conférence, veuillez confirmer votre présence par

Fax : (+352) 37 16 96 - E-mail : secretariat@apemh.lu

Par courrier : avant le 05.11.2012

► 10 novembre 2012 : « Salon National pour Professionnels de Santé »

Lieu : Forum Geesseknäppchen, bd, Pierre Dupong /Luxembourg

Heure : de 8.30 à 16.00 heures

Les fiches d'inscription ainsi que le programme détaillé sont disponibles sur le site www.anil.lu.

► 30 novembre 2012 : Assemblée générale extraordinaire COPAS et inauguration officielle des nouveaux locaux

Lieu : COPAS – rue de Turi L-3378 Livange (7e étage)

LA COPAS A DÉMÉNAGÉ !

Un pas supplémentaire a été franchi vers l'accomplissement des tâches que la COPAS s'était imposées lors du changement de ses statuts.

Rappelons que la réorganisation de la COPAS lors de l'Assemblée générale extraordinaire du 10 mai 2011 a abouti à la création de départements sectoriels regroupant directement l'ensemble des organismes gestionnaires concernés, sans pour autant renoncer à une collaboration étroite entre les différents départements.

UNE NOUVELLE STRUCTURE À LA QUÊTE DE NOUVELLES INFRASTRUCTURES

Dans un souci de continuité, tout en tenant compte des restructurations internes, voire face à ces multiples défis, des locaux plus spacieux et mieux adaptés devenaient indispensables, permettant d'accueillir également de nouveaux collaborateurs. Ainsi, un service « communication » a été créé et le service « finances » a pu être renforcé.

Après le passage de deux ans à Howald, l'équipe de la COPAS, aujourd'hui donc au nombre de 8, est installée depuis le 1er août 2012 au 6e et 7e étage rue de Turi à Livange, une équipe engagée, prête à élever le débat sans pour autant négliger les sujets plus techniques.

Dans un environnement économique, démographique et sociétal en bouleversement, la COPAS poursuit son évolution permanente tout en veillant à l'unicité et à la cohésion de cette fédération multisectorielle.



ACCUEIL STAGIAIRE

La COPAS, pour laquelle est ancré dans sa philosophie le soutien de toute démarche ayant trait à l'apprentissage et à la formation, a eu le plaisir d'accueillir le jeune Mickaël Meireles do Paco, 15 ans, pour un stage de 2 semaines. Mickaël s'intéresse beaucoup aux tâches administratives, et aussi plus particulièrement aux maths.

À côté d'une introduction au travail de secrétariat, Mickaël a pu également profiter de l'encadrement au sein du service « Finances ». Il est actuellement en classe de 5e professionnelle au Lycée Ermesinde à Mersch. Mickaël est à présent le 4e stagiaire qui puisse mettre un brin d'expérience cueilli au sein de la fédération dans son bagage étudiant.

UNE NOUVELLE COMMISSION THÉMATIQUE EST CRÉÉE : LA CT « ÉTHIQUE »

C'est à la suite de la proposition de son président, Monsieur Marc Fischbach, qu'a été créée au sein de la COPAS une nouvelle commission thématique. Celle-ci a pour mission principale l'élaboration d'une charte éthique afin de doter le secteur des aides et soins d'un cadre cohérent, voire au-delà, de permettre un regard objectif sur les activités du secteur, ainsi que de procurer ses propres règles et normes à ce dernier.

L'objectif fixé sera réalisé en mettant en place des règles et conditions minimales relatives au traitement des bénéficiaires. Seront visés tous les types de prestataires représentés dans la COPAS et ceci tant de la perspective des usagers « pris en charge » (personnes âgées, personnes en situation de handicap, personnes présentant une pathologie psychiatrique), que de la perspective du lieu de la « prise en charge » (stationnaire, semi-stationnaire, ambulante).

Aux yeux de Marc Fischbach (nommé coordinateur de la commission thématique), la première mission de la commission sera de faire l'état des lieux de l'existant – relevé des différents codes de déontologie, relevé des différentes chartes élaborées et appliquées par les membres de la COPAS, etc. – pour ensuite distiller les questions à traiter plus précisément.

De gauche à droite :
Stéphanie Heintz,
Monique Putz,
David Bellion,
Claudine Koster,
Sylvain Bousser,
Carla Jorge,
Evandro Cimetta,
Aline Mahout

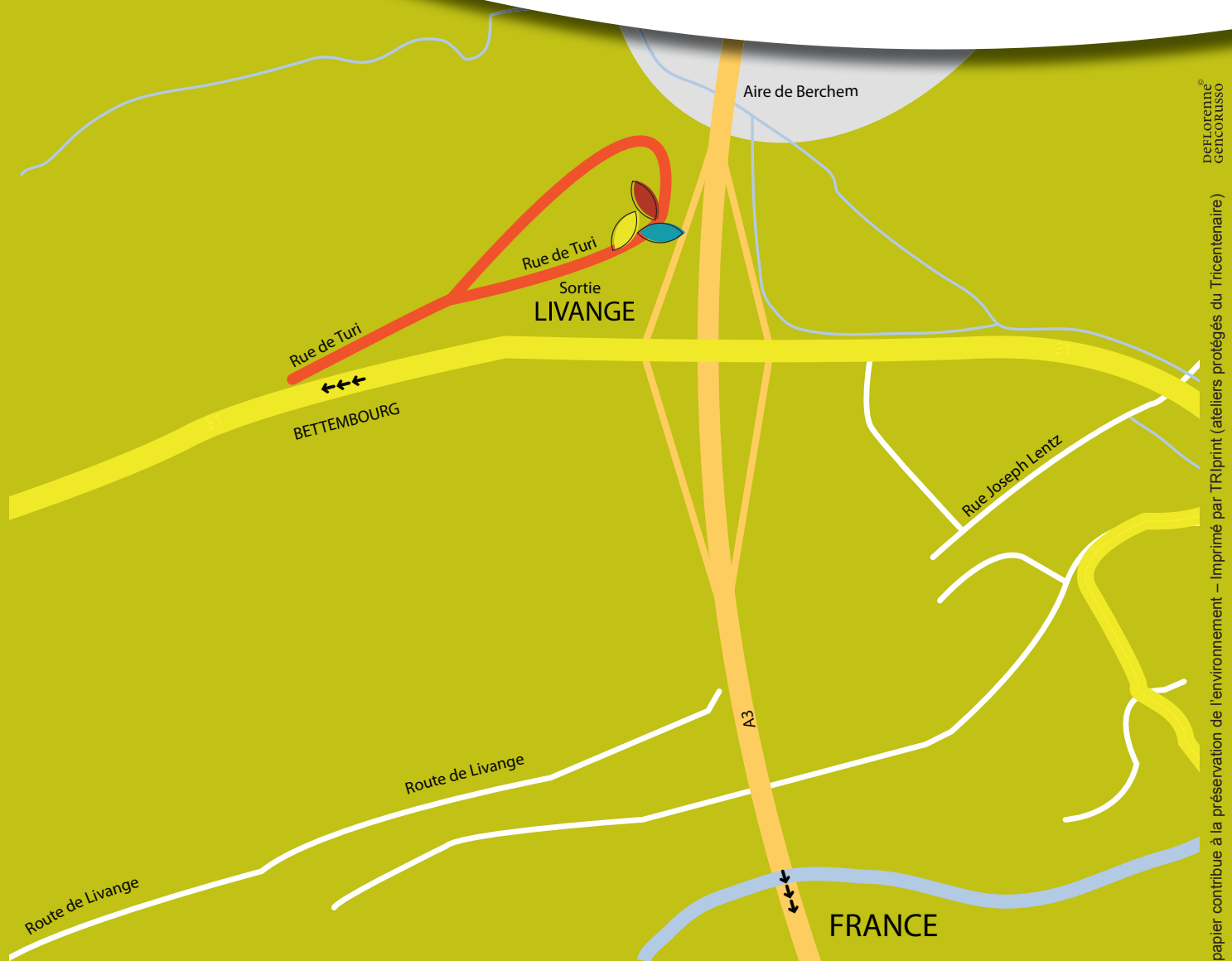


COPAS asbl

rue de Turi L-3378 Livange

copas@copas.lu - www.copas.lu

T : 27 17 22 - F : 27 17 22 -20



DeFlorenne®
GENCORUSSO

Ce papier contribue à la préservation de l'environnement – Imprimé par TRiPrint (ateliers protégés du Tricentenaire)

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.