

COPAS_{NEWS}

OCTOBRE 2011 | N° 03

BULLETIN D'INFORMATION DE LA FÉDÉRATION DES
ORGANISMES PRESTATAIRES D'AIDES ET DE SOINS



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:
Michel Simonis, Dr Carine Federspiel, Pierrette Biver, Romain Mauer, Alain Dichter, Christian Erang, Christophe Lesuisse.

Coordination éditoriale:

Aline Mahout

Coordination administrative:

Stéphanie Heintz

Clôture de rédaction: 14 octobre 2011

© 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: 670 exemplaires

SOMMAIRE

EDITORIAL par Evandro Cimetta 03

- La réorganisation de la COPAS: depuis à peine six mois ou depuis déjà six mois

AIDES ET SOINS 04

- Quelle place réserver à la prise en charge de personnes en psychiatrie extrahospitalière?

QUALITE 05

- Entre maintien de prestations de haute qualité et choix politiques en matière de finances publiques

FINANCE 06

- Etude KTR: Après trois ans, une nouvelle étape du projet

JURIDIQUE 07

- Über die gesetzliche Verantwortung in Sachen Medikation

MEMBRE 09

- La Fondation Stëftung Hëllef Doheem

ACTUALITES 10

- Changements à la Caisse Nationale de Santé (CNS)
- 12^{ème} congrès de l'E.D.E. du 29.09 au 01.10.2011 à Prague

COPAS INDOOR 11

- D'une COPASNews à l'autre, la COPAS change deux fois de nom!
- Petits clins d'œil



Evandro Cimetta

La réorganisation de la COPAS: depuis à peine six mois ou depuis déjà six mois

Monsieur Michel Simonis, Président de la COPAS, informait dans l'éditorial de la précédente édition de la COPASNews de la réforme des statuts de la COPAS. Aujourd'hui, six mois plus tard, il est possible de dresser un premier bilan de cette réforme.

Effectivement, la réforme des statuts de la COPAS a emporté une réorganisation totale de la manière dont sont appréhendés les sujets qui sont traités par la COPAS. Les sujets, qui avant la réforme statutaire étaient entièrement traités via le Conseil d'administration de la COPAS, sont maintenant principalement traités dans les différents départements sectoriels. Ceux-ci, au nombre de cinq, se sont tous déjà réunis, et pour la plupart d'entre eux, ils se sont déjà réunis plusieurs fois depuis leur création. A cet égard, il faut faire le constat que les membres de la COPAS ont un besoin accru de participer aux réflexions et discussions qui concernent «leurs départements». Ce constat s'impose, sinon comment expliquer le nombre très faible des absents aux différentes réunions. Nous ne pouvons que nous en réjouir. A ce constat *quantitatif*, il faut ajouter le constat *qualitatif*. En effet, la qualité des discussions dans les départements est très élevée. Ceci se manifeste aussi bien via les sujets traités dans les départements, que via la manière dont ils sont traités.

Ces constats prouvent donc le besoin qu'ont les membres de la COPAS de disposer d'un lieu où ils peuvent ensemble participer et contribuer au développement des secteurs qui les concernent. De leur point de vue, on peut sans hésiter penser: «*La réorganisation de la COPAS depuis à peine six mois*».

Cette réorganisation emporte cependant aussi un besoin en ressources humaines supplémentaires. L'assemblée générale des membres de la COPAS, qui a procédé aux modifications statutaires et donc à la réorganisation du mode de fonctionnement de la COPAS, ne s'y est pas trompée. En mettant à disposition les moyens financiers nécessaires, elle a en effet autorisé l'élargissement du cadre du personnel pour permettre à la COPAS – cette fois-ci du point de vue de ses ressources – de répondre aux besoins de ses membres. Suite à cette décision, la procédure de recrutement a été lancée et est toujours en cours à l'heure actuelle. Aux dépens des salariés déjà en place, il faut faire le constat que le recrutement de nouveau personnel nécessite toujours un certain temps, voire un temps certain. En attendant, l'équipe salariée en place fait de son mieux pour satisfaire au nouveau mode de fonctionnement. De leur point de vue, on peut probablement penser: «*La réorganisation de la COPAS depuis déjà six mois*».

Evandro Cimetta
Coordinateur général

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

AIDES ET SOINS

Quelle place réserver à la prise en charge de personnes en psychiatrie extrahospitalière?

Suite à la réorganisation de la COPAS décidée lors de l'assemblée générale extraordinaire du 10 mai 2011, le département sectoriel «Structures pour personnes en psychiatrie extrahospitalière» a été constitué.

Il faut signaler qu'auparavant les différentes institutions de la psychiatrie extrahospitalière étaient déjà membres à la COPAS via le regroupement de l'entente des gestionnaires des structures de la psychiatrie extrahospitalière (EGSP). Il a d'ailleurs été retenu que le regroupement EGSP resterait membre honoraire étant donné qu'historiquement il faisait partie des membres fondateurs de la COPAS.

Le département des structures pour personnes en psychiatrie extrahospitalière (SPP) regroupe actuellement les membres de l'Association d'aide par le Travail thérapeutique pour Personnes psychotiques (ATP asbl), le Cercle d'Entraide et de Réadaptation pour Malades Mentaux (CERMM asbl), l'établissement public Centre Hospitalier Neuropsychiatrique (CHNP), Liewen Dobaussen asbl, la Ligue Luxembourgeoise d'Hygiène Mentale asbl, Mathëllef asbl ainsi que le Réseau psy – Psychesch Hëllef Dobaussen.

Le grand changement suite au regroupement en département sectoriel consiste dans le fait que désormais les institutions sont membres à titre individuel. Ceci a pour conséquence que les membres individuels qui auparavant étaient plutôt fondus dans la masse se trouvent ainsi responsabilisés et directement impliqués dans les réflexions stratégiques et les prises de décisions concernant leur département.

S'il est vrai qu'auparavant les moyens de la COPAS ne permettaient pas un réel accompagnement de la psychiatrie extrahospitalière, la COPAS a reconnu toute l'importance du secteur de la psychiatrie extrahospitalière, qui prendra d'ailleurs, selon toute vraisemblance, de l'ampleur dans les années à venir.

Ainsi la COPAS entend apporter son expertise et s'associer au secteur de la psychiatrie extrahospitalière pour promouvoir l'image véhiculée ainsi que pour contribuer dans la mesure du possible à une meilleure visibilité du secteur de la psychiatrie extrahospitalière, et ce à tous les niveaux.

En réunion du département, les axes prioritaires et les actions futures à mener et démarches à suivre dans le cadre de l'évolution de certains dossiers et problématiques spécifiques sont fixés. Ainsi sont analysés les besoins spécifiques sous tous les angles ainsi que les thématiques cruciales pour l'évolution du secteur. Le but est d'évoluer vers un département créatif et proactif qui tout en essayant de devancer les tendances, pourra par ailleurs par son action, assurer des prises en charge de qualité.

Une conséquence de la constitution en département est de conférer une visibilité au secteur. A terme, cette dynamique est censée engendrer des répercussions positives pour le secteur entier. Elle aura de surcroît un effet positif auprès de l'opinion publique.

Compte tenu de la proportion avérée des troubles mentaux présents au niveau de la population générale et sachant que selon l'OMS le risque de souffrir de problèmes psychiatriques est en hausse, il est crucial de mener un débat de fond de santé publique

sur la prise en charge de cette partie de la population. Par ailleurs, le secteur de la psychiatrie extrahospitalière revêt une importance particulière vu que la psychiatrie hospitalière intra-muros diminue au profit d'autres types de structures.

Il est notamment à noter que chaque 10 octobre est célébrée la Journée mondiale de la santé mentale qui a pour but de sensibiliser l'opinion publique aux problèmes de santé mentale.

Quel regard et quelle importance sont aujourd'hui accordés à la prise en charge de personnes nécessitant un suivi psychiatrique voire de santé mentale? Quelles appréhensions et idées toutes faites sont véhiculées à leur égard?

Différentes questions auxquelles il conviendrait de répondre en veillant à respecter les droits des personnes atteintes de troubles mentaux qui trop souvent stigmatisées ou discriminées, ont du mal à s'insérer et à revenir dans une vie normale.

D'autre part, et en admettant qu'une personne sur quatre est à un moment ou un autre de sa vie affecté par des troubles mentaux ou neurologiques, il faut être conscient qu'il s'agit d'un domaine qui devrait être de prédilection en matière de santé publique.

Ainsi, la place que l'on réserve à la prise en charge de personnes présentant des troubles mentaux et nécessitant un suivi psychiatrique extrahospitalier est cruciale afin d'éviter que, faute de pouvoir bénéficier en temps opportun d'une prise en charge et éventuellement d'un logement avec suivi, une crise aiguë ne vienne mettre en péril la resocialisation et ne risque ainsi d'engendrer à nouveau le cercle vicieux de la maladie.

La psychiatrie extrahospitalière est financée par la collectivité qui a tout à gagner à ce que les personnes nécessitant un suivi psychiatrique soient prises en charge de façon optimale, en leur assurant une resocialisation et en évitant par ricochet les ré-hospitalisations par manque de prise en charges en temps voulu. Il ne fait aucun doute que des coûts supplémentaires pourraient ainsi être évités à la collectivité si une prise en charge adaptée et même préventive à certains niveaux pouvait être garantie.

Claudine Koster



Entre maintien de prestations de haute qualité et choix politiques en matière de finances publiques

Améliorer continuellement les fonctionnements et les prestations offertes à nos usagers, tout en garantissant un fort niveau de professionnalisme qui ne générerait cependant pas une explosion des coûts pour la société, constitue en soi le premier défi de nos prestataires.

Nous savons par ailleurs que l'allongement de l'espérance de vie en Europe - et davantage encore le vieillissement pathologique - coûtera cher à nos sociétés et que les politiques en faveur des personnes en situation de handicap leur reconnaissant de nombreux droits devront encore être appliquées concrètement en y injectant les moyens (signature par le Luxembourg de la convention de l'ONU sur le respect des droits des personnes handicapées).

Parallèlement, on ne peut cependant pas ignorer les problèmes actuels qui se posent aux pays européens en termes de finances publiques et les risques de politiques de rigueur que cela implique, y compris et peut-être surtout pour notre secteur.

En effet, en 2009, une année après la crise économique et financière, un rapport de la commission européenne sur le vieillissement en Europe admettait déjà qu'il serait difficile de régler les problèmes de vieillissement en période de récession mais que diverses solutions telles que le renforcement de l'efficacité des dépenses sociales, l'accroissement de la productivité, le relèvement du taux d'emploi et la réduction des déficits budgétaires, devraient permettre la mise en place de politiques nécessaires à l'absorption de ces dépenses pour les cinquante années critiques à venir (réforme des retraites, soutien à la dépendance, prévention, etc.).

En 2010, l'assurance dépendance luxembourgeoise connaissait son premier déficit avec son corollaire de négociations biaisées pour cause «d'enveloppes restreintes» sur fond de crise économique. La réforme des retraites, elle, devrait être engagée prochainement et les réflexions relatives à la réforme de l'assurance dépendance sont en cours pour une refonte prochaine.

L'Allemagne, après la mise en place de l'assurance dépendance en 1995, a réformée son assurance dépendance en 2008 et envisageait déjà, en 2011, soit trois ans après, un système de financement complémentaire par capitalisation.

En France, une réforme des retraites rigoureuse a été mise en place en 2011 mais la réforme tant attendue par les acteurs du secteur pour garantir une aide réelle aux personnes dépendantes et aux familles a été retoquée aux calendes post élection présidentielle.

Aujourd'hui, en septembre 2011, une nouvelle forte récession de l'économie mondiale et européenne semble se dessiner parce que les déficits budgétaires étatiques ne se sont finalement pas résorbés mais au contraire accrus.

Qu'en sera-t-il des réformes à venir qui concernent les «vieux» et dépendants d'aujourd'hui mais aussi de demain au Grand-Duché de Luxembourg?

Comment sera réformée l'assurance dépendance luxembourgeoise? Les prestataires et leurs usagers devront-ils s'attendre à voir sacrifier certains types de prestations actuellement opposables à l'assurance dépendance?

Un débat de fond reposant sur des constats et des études démographiques et financières pourra-t-il avoir lieu pour que le soutien aux problématiques de la dépendance ne soit pas bradé mais au contraire maintenu et réadapté aux besoins nouveaux?

Une réelle politique interministérielle coordonnée pour les personnes âgées et les personnes handicapées pourra-t-elle voir le jour?

Des contributions sociales complémentaires seront-elles demandées aux contribuables passibles de l'impôt sur le revenu des personnes physiques, sur les revenus du patrimoine et revenus nets résultants de pension ou de rentes?

Les bénéficiaires de l'assurance dépendance seront-ils mis eux-mêmes à contribution par divers mécanismes de tiers payants?

Il s'agit là d'autant de questions que se posent les prestataires d'aides et de soins qui sont en premier lieu concernés par l'accompagnement de ces publics et par des impacts sur leur fonctionnement en cas de rigueur budgétaire.

Revenons tout de même sur le formidable essor que notre secteur a connu ces douze dernières années grâce à la mise en place de l'Assurance dépendance et aux efforts du Ministère de la Famille pour répondre justement aux besoins grandissants de ces populations.

Car en effet, en plus de dix ans, les prestataires d'aides et de soins ont répondu aux besoins d'accroissement de structures d'hébergements et de services; aux contraintes liées à une forte professionnalisation; aux réglementations et au champ d'application des nomenclatures de prestations et ce dans l'objectif d'améliorer continuellement l'accompagnement des publics âgés, handicapés et dépendants.

Au fil des ans cependant, et alors que la machine était encore en pleine croissance, une certaine méfiance à l'égard des prestataires d'aides et de soins semble être apparue de même qu'un désengagement de la Sécurité Sociale avec l'interruption de l'accroissement de la participation de l'Etat au financement de l'assurance dépendance (budget bloqué à 140 millions d'Euros depuis 2006).

Sur cette même période cependant, les usagers dépendants continuaient d'augmenter à hauteur de 4 % en moyenne par an, le coût mensuel moyen par bénéficiaire de l'assurance dépendance croissait de près de 14 % en 5 ans (2005-2009) et la contribution dépendance des contribuables passait de 1 à 1,4 %.

Tout dernièrement, les prestataires d'aides et de soins se sont réjouis d'apprendre, lors d'une conférence de presse tenue par Monsieur le Ministre des Finances, Luc Frieden, sur le budget de l'Etat 2012, qu'une augmentation du budget de l'Etat de 35 à 40 % serait prévue pour soutenir l'assurance dépendance; cette augmentation venant en partie répondre aux craintes et aux interrogations à court terme.

Dans ce nouveau contexte, la COPAS souhaite vivement que de manière constructive, les prestataires d'aides et de soins et les instances publiques puissent travailler conjointement pour redéfinir les contours d'une politique coordonnée à l'égard des personnes âgées et en situation de handicap avec comme points d'orgues:

- un meilleur accompagnement des personnes âgées présentant des troubles démentiels (dont la pathologie est responsable de plus de 50 % de la dépendance) et de leurs familles qui se retrouvent bien souvent démunies face à ces nouveaux comportements,

- un renforcement des pratiques professionnelles de bientraitance avec une offre de formations continues toujours plus adaptées sur le territoire,
- un développement des pratiques d'inclusion sociale et de respect des droits pour les personnes en situation de handicap,
- la promotion de pratiques permettant une meilleure information au grand public sur le secteur et aux usagers des différentes structures et services,
- la poursuite d'un processus de clarification et de transparence des coûts du secteur à l'égard des financeurs,
- mais en contrepartie d'une simplification de la charge administrative qui pèse aujourd'hui sur nos prestataires d'aides et de

soins au détriment parfois d'une amélioration continue des prestations et de l'accompagnement.

A notre sens, tous ces efforts ne pourront être portés que par la définition d'une action réellement concertée et d'une politique interministérielle à l'égard des usagers âgés, handicapés et dépendants et par un engagement continu de l'État tant auprès des personnes en situation de handicap qu'auprès des personnes âgées de plus de 65 ans qui représentent 14 % de la population dont 10,5 % âgés de 85 ans et plus.

Aline Mahout

FINANCE

Etude KTR: Après trois ans, une nouvelle étape du projet

Voilà trois ans déjà qu'une étude dans le secteur du soin stationnaire au Luxembourg a été lancée à l'initiative conjointe du Ministère de la Sécurité Sociale et du Ministère de la Famille et de l'Intégration. Cette étude baptisée „*Einheitliche betriebswirtschaftliche Abbildung der Leistungen in stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen*“ se fixait alors l'objectif de clarifier au moyen d'une comptabilité analytique commune à l'ensemble du secteur, d'une part la prise en charge des différentes tâches domestiques voire la question d'un supposé double financement et d'autre part, d'assurer une transparence accrue concernant le mode de financement et les coûts des services apportés en établissements d'aides et de soins à séjour continu (ESC).

Ainsi, le projet confié à une société de conseil externe débuta par une «phase pilote» impliquant initialement 9 établissements du secteur. Dès le terme de celle-ci, la COPAS n'a eu de cesse de réitérer à de nombreuses reprises dans le cadre du comité de pilotage ainsi que des différents groupes de travail de fortes réserves quant aux postulats méthodologiques de départ retenus par l'étude et ce, jusqu'à la clôture de sa phase conceptuelle intervenue au courant de l'été 2011, celle-ci marquant également la fin de la mission de la société de consulting à laquelle avait été confié le développement théorique de la «KTR» (*Kostenträgerrechnung*).

Sans entrer dans des considérations d'ordre trop technique risquant d'entraver la compréhension du lecteur des aboutissements de l'étude jusqu'à ce jour, il paraît néanmoins pertinent de revenir de manière succincte sur les principaux griefs d'ordre conceptuels exposés par la COPAS tout au long des travaux des différentes instances dudit projet.

Premièrement, la KTR se base sur le principe d'une mise en relation directe entre des catégories de prestations et des sources de financement (assurance dépendance, assurance maladie, produits des personnes privées etc.). Cette mise en confrontation directe de ces deux paramètres laisse supposer que l'ensemble des prestations d'une catégorie (p.ex. «soins de base») et donc des coûts qui lui sont rattachés sont pris en charge par le financeur qui lui est affecté par la méthodologie KTR. En d'autres termes, concernant les actes de l'assurance dépendance par exemple, l'ensemble des actes prestés aux pensionnaires est considéré comme étant facturé à l'assurance dépendance, ceci ne correspondant ni aux réalités du terrain ni à l'état législatif.

En effet, l'état de dépendance des usagers en grand âge s'aggravant dans la très grande majorité des cas de manière graduelle, les services appelés à leur être apportés dépassent bien souvent le volume défini par le simple plan de prise en charge, celui-ci n'étant adapté que de manière périodique lorsque cet excédent en soins

devient d'une importance telle que la nécessité de son adaptation s'impose, et qu'une demande en ce sens est effectuée. Ainsi, nous constatons que l'ensemble de ces prestations engendrant par nature des coûts sont effectuées sans que celles-ci relèvent du financement de l'assurance dépendance.

De plus, les catégories de prestations telles que définies au sein de la KTR ne coïncident pas avec le spectre de prestations prises en charge par les organismes payeurs respectifs. Ainsi, bon nombre de prestations ont été définies comme partie intégrante des actes de soins sans que celles-ci relèvent au jour d'aujourd'hui du relevé-type et soient par conséquent opposables à l'assurance dépendance en quelque manière que ce soit (citons parmi celles-ci par exemple les passages de jour/nuit, les appels de l'aide soignante, les discussions avec l'habitant et les anamnèses, le nettoyage des instruments médicaux, etc.). Ceci est également le cas pour les actes infirmiers dont bon nombre ne figurent pas dans la nomenclature et ne peuvent donc pas être facturés à l'assurance maladie. Ceci est par exemple le cas pour la gestion, la préparation et la distribution des médicaments ou encore le contrôle des signes vitaux. Nous constatons donc pour toutes ces raisons qu'un rapprochement entre des actes et leur source de financement supposée s'avère conceptuellement faux, une mise à jour de possibles doubles financements irréalisables.

Comme nous le rappelions par avant, la question des tâches domestiques constituait la genèse du lancement de cette étude. Or, nous constatons que les clés prévues pour la répartition de celles-ci au sein de la KTR mènent également à d'importantes réserves méthodologiques. En effet, l'étude distingue clairement les tâches directes - directement affectables à un type d'utilisateur (dépendant de l'assurance dépendance ou non) - des tâches indirectes dont l'affectation univoque s'avère impossible par nature (préparation et distribution des repas et boissons, rassembler et nettoyer la vaisselle, etc.). Ainsi, la méthodologie KTR prévoit de se baser sur les répartitions constatées entre types d'utilisateurs pour les tâches domestiques directes pour procéder à une extrapolation sur les tâches domestiques indirectes, dont le volume en temps presté est pourtant plus élevé à hauteur de plus de 70 %. Ainsi, s'il apparaîtrait méthodologiquement recevable de se baser sur la réalité d'une majorité d'un type d'acte pour l'extrapoler à un volume d'actes résiduels, le contraire s'avère être très problématique, notamment concernant une catégorie de prestations constituant un aspect aussi déterminant de l'étude.

En outre, il convient également au sens de la COPAS de se poser la question de la pertinence du mode retenu pour recenser l'ensemble des activités prestées. En effet, la granularité des temps choisie pour le recensement s'avère plus que détaillée puisque ce dernier est à effectuer pour chaque acte à la minute près à fréquence de trois fois deux jours, méthode dont il convient d'analyser en quelle mesure elle



s'avère nécessaire dans le but de retranscrire au plus près les réalités en établissements à l'échelle d'une année. Pour atteindre cet objectif, il est vrai qu'un rallongement des jours de recensement ne saurait être dans l'intérêt des gestionnaires, pas plus qu'un recensement exhaustif à l'année ne semble réaliste. Dès lors qu'il semble acquis qu'une représentation exacte de l'activité en établissement est irréalisable, la question reste ouverte en quelle mesure un recensement effectué sur un échantillon représentatif du personnel pendant une période donnée n'aurait pu répondre de manière satisfaisante à l'objectif de fournir une représentation fidèle des activités prestées tout en permettant des économies de ressources humaines et financières.

Nous le voyons, les exemples précités constituant la base théorique sur laquelle repose l'ensemble de la systématique KTR, la COPAS ne peut que répéter que ces options méthodologiques laissent planer de réelles réserves sur les résultats en découlant et ne permettent pas en l'état de remplir les objectifs initialement énoncés. Malheureusement, ces objections exprimées tout au long du projet de la part de la COPAS n'ont pu trouver un écho favorable, les commanditaires faisant valoir que «les bases méthodologiques de l'étude n'étaient pas sujet à discussion».

Ainsi, les choix opérés tout au long de l'étude n'auront permis de dégager à ce jour malheureusement aucuns nouveaux enseignements viables. Faisant référence à l'objectif de transparence initialement poursuivi, il apparaît notamment dommage que l'étude telle qu'elle a été menée ne permette pas l'émergence d'indications nouvelles pouvant concourir à des choix politiques éclairés de la part des acteurs du secteur. Ainsi, et à titre purement illustratif, il aurait paru intéressant de permettre l'amorce d'une réflexion concernant les frais d'investissements immobiliers à réaliser par les gestionnaires. Dans un même ordre d'idée, l'étude ne permet également aucune

analyse approfondie concernant les dépenses administratives (exemple de l'overhead).

Malgré cela, le projet se trouve être dans une étape charnière de son déroulement, passant du stade d'étude conceptuelle à son implémentation pratique, ceci passant notamment par la mise en place des outils informatiques permettant de générer les comptabilités analytiques conformément à la méthode retenue. En ce sens, la fin du suivi de l'étude par la société de consultance ne constitue en aucune manière la fin du projet, raison pour laquelle il paraît essentiel au sens de la COPAS d'instaurer au plus vite des plateformes de discussion permettant de poursuivre le dialogue entre toutes les parties prenantes impliquées. Celles-ci permettraient notamment de définir des positions communes relatives aux recensements effectués en établissement et dont il a été constaté que les gestionnaires concernés sont les seuls propriétaires.

En guise de conclusion, nous pouvons retenir que la phase théorique de l'étude KTR étant arrivée à son terme, celle-ci aura laissé apparaître de nombreuses divergences d'approches conceptuelles et méthodologiques entre les différentes instances impliquées. Néanmoins, la COPAS est plus que jamais convaincue de l'importance de la poursuite du dialogue et continuera à s'impliquer activement dans les discussions, restant soucieuse comme par le passé d'une démarche transparente et de la recherche de solutions pragmatiques et dans l'intérêt de tous. En ce sens, il est également à espérer que les différentes questions soulevées ainsi que les difficultés rencontrées dans le cadre de l'étude depuis 2008 puissent permettre des enseignements bénéfiques pouvant être mis à profit dans le cadre de projets analogues s'annonçant d'ores et déjà dans d'autres secteurs, hospitaliers notamment.

Sylvain Bousser

JURIDIQUE



vs.



Über die gesetzliche Verantwortung in Sachen Medikation.

Im Alter ist der Erhalt einer gewissen Lebensqualität oft an die Einnahme einer Vielzahl von Medikamenten gebunden. Diese Medikation benötigt wiederum eine Vielfalt von Beteiligten die von der Verschreibung über die Dosierung bis hin zur Einnahme den Kranken, Alten oder Pflegebedürftigen bei der Verwaltung dieser Arznei behilflich, sprich unerlässlich sind.

Die Verschreibung eines Medikaments erfolgt somit durch den Arzt der hierfür vom Gesetz her allein zuständig ist, da es sich um ein medizinisches Verfahren handelt (acte médical). Die Zubereitung und die Ausgabe unterliegen dem Apotheker und schlussendlich die Verabreichung den Kranken-, Alten- oder sonstigen Pflegern.

Das Allgemeinrecht sieht vor, dass jeder für seine Handlung verantwortlich ist und für eventuelle Schäden, die er Dritten zufügt, aufkommen muss.

So auch in der Medikation. Begeht der Arzt bei der Verschreibung des Medikaments einen Fehler (falsches Medikament, falsche Dosierung...) welcher dem Patient einen Schaden zufügt muss er für diesen Schaden aufkommen. Wenn der Apotheker sich in der Zubereitung des Medikaments irt ist er hierfür haftbar.

Das gleiche Prinzip gilt am Ende der Kette wo oft ein Pfleger die *Verwaltung* der Medikamente übernimmt welche sich wiederum in mehrere Handlungen unterteilt:

- sie beginnt mit der Zubereitung der Medikamente für deren Verabreichung (1)
- sie umfasst dann eine Aufklärungspflicht insofern der Empfänger über sein Medikament informiert werden will (2)
- es folgt die Verabreichung begleitet von einer Überprüfung ob das Medikament tatsächlich durch den Empfänger *genommen* wurde; in diesem Zusammenhang stellt sich die Frage was tun, wenn eine Person sich weigert sein Medikament einzunehmen? (3)
- zusätzliche Probleme können entstehen, wenn Pfleger verschiedene Medikamente von verschiedenen sogenannten zuständigen Personen, seien diese der behandelnde Arzt, Familienangehörige, Arbeitskollegen..., zur Verabreichung an eine Person übergeben bekommen, ohne dass diese jedoch darüber Bescheid wissen, was der Pfleger seinerseits auch nicht weiß, ob diese Medikamente mit anderen schon zu nehmenden Medikamenten verträglich sind. (4)

(1) Die Zubereitung eines Medikaments durch den Pfleger.

Diese Zubereitung ist nicht mit der des Apothekers zu verwechseln. Die Zubereitung des Apothekers besteht darin die gute Dosierung bei der Mischung von bestimmten Produkten gemäss den Anweisungen des Arztes zu erreichen. Diese Handlung ist allein dem Apotheker vorenthalten.

Die Zubereitung des Pflegers beschränkt sich auf die Handlung vor der Einnahme wie das Sortieren der richtigen Anzahl von Pillen, das Füllen der Spritze oder das Anlegen einer Infusion. Begeht der Pfleger hier einen Fehler welcher dem Patienten einen Schaden zufügt, ist er hierfür verantwortlich.

Falls sich jedoch bei einem zugefügten Schaden herausstellt, dass der Fehler bei der Verschreibung oder der Dosierung in der Apotheke gemacht wurde, sind der Arzt oder Apotheker haftbar. Die Rechtsprechung sieht hier jedoch vor, dass der Pfleger ausnahmsweise mitverantwortlich gemacht werden kann falls dieser, in Anbetracht seiner Qualifikation, einen vom Arzt oder Apotheker begangenen **groben Fehler** hätte bemerken müssen und somit in der Lage gewesen wäre, den Schaden zu vermeiden.

(2) Über die Aufklärungspflicht.

Da die Verschreibung und Zubereitung der Pharmazeutika Arzt und Apotheker zustehen, obliegt ihnen an erster Stelle diese Aufklärungspflicht. Kranken- oder Altenpfleger sollten sich somit enthalten, Informationen an den Patienten zu *erfinden* oder zu *erahnen* sondern sich vielmehr selbst bei Arzt oder Apotheker über eventuelle Auswirkungen des zu verabreichenden Medikaments erkundigen um diese dann an den Betroffenen weiterzuleiten.

Der Pfleger ist somit verantwortlich für jede improvisierte falsche Information, welche für den Empfänger negative Folgen haben würde.

(3) Verabreichung und Überprüfung durch den Pfleger.

Diese Handlung besteht darin, eine Person ein Medikament einnehmen zu lassen.

Die in diesem Bereich häufige Rechtsprechung deutet darauf hin, dass wohl hier die meisten Fehler begangen werden. Verwechslungen in der Anzahl der Pillen, Verletzungen bei schlecht gesetzten oder nicht sterilen Nadeln und Spritzen, Verwechslung der Patienten bei der Verabreichung in Mehrbettzimmern...führen regelmäßig zu gravierenden Körperverletzungen bis hin zum Tod. Bei schwierigen Patienten die, sei es weil sie Angst haben oder wegen ihres jungen oder fortgeschrittenen Alters sich zu wehren versuchen und so die sichere Verabreichung behindern, verlangt die Rechtsprechung vom Pfleger, dass er sich Hilfe holt vielmehr als dem Empfänger diese Handlung unter Verletzungsgefahr aufzudrängen.

Zu einer gewissenhaften Verabreichung gehört laut Rechtsprechung eine Überwachung der Einnahme durch den Pfleger. Sie erfolgt sowohl bei als auch nach der Einnahme. Bei der Einnahme soll so verhindert werden, dass der Empfänger *schummelt* und das Medikament letztendlich doch nicht einnimmt. Nach der Einnahme soll die Überwachung dem Pfleger ermöglichen, bei eventuellen Vorfällen oder Reaktionen auf das Medikament rasch einzugreifen.

Weiterhin ist der Pfleger haftbar für das Material, welches er bei der Verabreichung benützt. Die Spritze muss perfekt steril und das Medikament nicht abgelaufen sein. Fahrlässigkeiten unterliegen hier der Haftung des Pflegers beziehungsweise dessen Arbeitgebers (siehe in fine).

Was nun, wenn der Empfänger die Einnahme verweigert? Kann ihm diese aufgezwungen werden?

Rechtlich gesehen ist dieses Verhalten einer Verweigerung der Pflege gleichgestellt. Die Pflegeverweigerung eines Patienten ist derzeit international von der Rechtsprechung anerkannt. Diese Rechtsprechung findet ihren Ursprung in Prozessen, die Zeugen

Jehovas anlässlich aufgezwungener Bluttransfusionen veranlasst hatten und Recht bekamen. Voraussetzung für den Arzt oder das Pflegepersonal dieser Verweigerung statt zu geben ist jedoch, dass diese dem richtigen Willen des Betroffenen entspricht. Verfügt diese Person, aus Alters- oder Krankheitsgründen, nicht mehr über ihren „klaren Willen“, kann sich das behandelnde Personal über diese Verweigerung hinwegsetzen. Die Rechtsgrundlage hierfür ist, dass bei mangelndem klarem Verstand angenommen wird, dass sich der Betroffene über die Tragweite seiner Verweigerung nicht bewusst sein kann. Die Beweislast über den Mangel dieses klaren Willens im Moment der Verweigerung des Empfängers liegt im Falle einer Klage beim Pflegepersonal.

(4) Die Polymedikationsfalle.

Die Situation ist folgende: ein Pflegebedürftiger bekommt anlässlich seiner Kranken- oder Altenpflege ein oder mehrere Medikamente verabreicht, die ihm vom behandelnden Arzt verschrieben wurden. Ein Familienmitglied des Pflegebedürftigen oder ein Arbeitskollege des Pflegers, welcher sich um den Patienten bekümmert, bittet diesen, dem Patienten doch bitte ein zusätzliches Medikament aus diesen oder jenen Gründen jeden Morgen und jeden Abend zu verabreichen.

Der Pfleger wäre hier gut beraten, dieser Gefälligkeit nicht blindlings Folge zu leisten da hier gleich mehrere rechtliche unterschwellige Zeitbomben zu zünden drohen.

Es sei zum ersten daran erinnert, dass die Pfleger im Gesundheitswesen verpflichtet sind, sich strengstens an die gesetzlichen Bestimmungen zu halten, welche ihre Kompetenzen und Zuständigkeiten genauestens definieren. Wenn auch das Verabreichen von Medikamenten in dessen Zuständigkeitsbereich hineinfällt, so müssen diese Medikamente jedoch vorerst durch einen Arzt verschrieben worden sein. Der Arzt ist vom Gesetz her allein zuständig um dies zu tun da es sich hier um ein medizinisches Verfahren (*acte médical*) handelt welches ausschließlich in seinen Kompetenzbereich fällt. Demzufolge, wenn der Pfleger auf guten Glauben hin und ohne eine vom Arzt vorliegende Verschreibung ein Medikament, welches ihm ein Dritter vorlegt, verabreicht, droht dieser sich der illegalen Ausübung der Medizin strafrechtlich schuldig zu machen. Bedarf die Medikation keiner ärztlichen Verschreibung besteht dieses Risiko nicht.

Verschreibt ein Arzt einem Patienten ein Medikament tut er dies unter Berücksichtigung dessen eventueller Allergien und/oder Unverträglichkeiten die er genauestens kennt. Erhält nun der Pfleger ein Medikament von irgendeinem Dritten kann er nicht wissen, inwiefern dieser Dritte auf eigene Initiative handelt, im Unwissen über jegliche Allergien oder Unverträglichkeiten des Patienten, oder nach Beratung eines Arztes. Sagt dieser Dritte er würde auf Verschreibung eines Arztes dieses Medikament bringen sollte der Pfleger dennoch vorsichtig sein und nachfragen, ob es sich hier um den üblich behandelnden Arzt des Patienten handelt oder um einen Arzt, der den Patienten und dessen Vergangenheit sowie die Medikamente, die er schon verabreicht bekommt, vielleicht nicht so gut kennt. Unterlässt der Pfleger diese Nachfragen riskiert er im Falle eines Schadens durch seine Fahrlässigkeit zur Verantwortung gezogen zu werden.

Die Ausrede, das Medikament wäre ihm doch durch jemand anders zwecks Weiterverabreichung übergeben worden wird der Richter dem Pfleger wohl kaum für gut halten. Die Pfleger sollten sich sehr wohl bewußt sein, daß ihr Stand nicht der eines einfachen Handlangers der Ärzte, Apotheker oder sonstiger Dritter ist sondern der einer qualifizierten Profession mit einem gesetzlich festgelegten Zuständigkeitsbereich sowie der daran hängenden Verantwortungen. Aufmerksamkeit und Initiative erwarten sich sowohl die Pflegebedürftigen als auch die Richter vielmehr als gefügiges Kopfnicken.



Sollte dem Pfleger nun trotz aller Vorsichtsmaßnahmen dennoch ein Fehler unterlaufen, welcher dem Patienten einen Schaden zufügt, muss er zivilrechtlich das Opfer für diesen Schaden entschädigen. Dies fällt jedoch meistens auf den Arbeitgeber des Pflegers zu, welcher laut den Bestimmungen des Code Civil sowie des Code du Travail die Verantwortung für sein Unternehmen und die Schäden, die seine Angestellten verursachen, trägt. Nur im Falle eines schwerwiegenden Fehlers hat der Arbeitgeber die Möglichkeit, Rekurs gegen seinen Angestellten zu nehmen und die Rückerstattung des von ihm ausgeglichenen Schadens zu beantragen.

Strafrechtlich gesehen bleibt der Pfleger jedoch allein dem Gesetz gegenüber verantwortlich, da diese Art von Verantwortung nicht vom Arbeitgeber übernommen wird. Hier droht dem Pfleger eine Strafanzeige wegen willentlicher oder unwillentlicher Körperverletzung, Vergiftung oder fahrlässiger Tötung, da die Folgen einer falschen

Verabreichung eines Medikaments meistens einen körperlichen Schaden mit sich bringen.

In der Praxis haben die Pfleger hier in Luxemburg jedoch derzeit keinen Grund zur Sorge. Die Rechtsprechung der letzten hundert Jahre hier zu Lande berichtet kaum über Streiffälle, bei denen die Verantwortung der Pfleger in Sachen Verabreichung von Medikamenten in Frage gestellt wurde. Dennoch sollte man diesen Zustand nicht überbewerten. Anlässlich einer Konferenz über dieses Thema, an welcher der Unterzeichner vortrug, berichtete die Direktorin eines Krankenhauses aus Lyon, daß die offizielle Zahl der Todesfälle in Frankreich durch falsche Medikation bei 80.000 liegen würde. Die Dunkelzahl, die der Realität wohl näher käme, schätze man auf das Doppelte.

Pierrot Schiltz
Rechtsanwalt in der Kanzlei Penning-Schiltz-Wurth

MEMBRE



1 + 1 = 3! Le travail en équipe se confirme très fructueux

Les aspects pratiques d'une approche holistique dans le domaine des aides et soins

La fondation *Stëftung Hëllef Doheem*, réseau d'aide et de soins de taille et acteur omniprésent au Luxembourg, attache une importance particulière à une collaboration exemplaire avec tous les acteurs qui sont impliqués comme prestataires de services envers les personnes nécessitant des aides et/ou des soins, qu'il s'agisse des collaborateurs de la Fondation, des acteurs externes ou bien du client lui-même.

Désireuse d'offrir une gamme de services de qualité, qui couvre tous les besoins au quotidien d'une personne dépendante (service 360°), la Fondation s'est dotée, au fil des années, d'un éventail de compétences lui permettant de servir les besoins actuels de ses clients, d'anticiper leurs besoins futurs, d'identifier les ressources nécessaires à la satisfaction de ces besoins et de planifier & coordonner les ressources de manière efficiente et efficace. Pour la mise en pratique des dites ressources, la Fondation fait valoir l'interdisciplinarité de ses propres équipes de professionnels et développe continuellement ses partenariats au sein du secteur de la santé et autres.

Ainsi, la Fondation compte parmi ses quelque 1'700 salariés une large panoplie de spécialisations comme par exemple en pédiatrie ou en soins palliatifs; des infirmiers psychiatriques, psychologues, neuropsychologues, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, psychomotriciens, diététiciens ou des assistants sociaux. Tandis que la majorité de ces spécialistes sont à disposition des clients de la Fondation via son service national «activités spécialisées», d'autres partent en mission depuis leur centre d'aide et de soins comme par exemple les infirmiers experts en plaies et cicatrisation.

Les spécialisations mentionnées ci-dessus mis à part, il va de soi que tous les soignants doivent maîtriser les soins de base (soins corporels). Alors que les services spécialisés ont un caractère plus sporadique et limité dans le temps, les soins corporels sont prestés quotidiennement et prennent, de ce fait, une position privilégiée dans les relations soignant-soigné. Désireux de maintenir respectivement de rétablir l'autonomie et la normalité du client, il nous importe que

nos soignants interviennent de manière consultative, motivante et aidante envers le client. Il s'agit de déterminer ce que le client sait encore faire lui-même (laisser faire), si le client nécessite de la motivation ou guidance (faire faire), ce que le client sait encore faire avec assistance (faire avec) ou ce qui doit être fait à sa place (faire pour). Dans cet ordre d'idées, des objectifs de soins sont fixés ensemble avec le client; en outre un vif échange d'informations entre les soignants des équipes inter- et pluridisciplinaires est assuré.

Ainsi, la Fondation offre des services qui vont loin au-delà d'un service de base afin de répondre à tous les besoins quotidiens de sa clientèle dépendante. Les collaborateurs travaillent en parfaite symbiose avec le client et son entourage et collaborent de façon exemplaire avec tous les autres prestataires pour offrir des services de qualité au client.

Le service national «Activités de Proximité» de la Fondation a comme vocation d'offrir du soutien dans l'entretien du domicile, préparer les repas, effectuer le repassage, faire la lessive, faire les courses ou effectuer des démarches administratives. En coopération avec des prestataires externes, le service peut faire laver les vêtements (avec un service d'enlèvement du linge à domicile). Moyennant une aide à la mobilité, la participation à des manifestations culturelles ou bien la prise du déjeuner dans une sélection de restaurants et en compagnie d'autres clients, devient de nouveau possible. Ce même service sait également proposer la mise à disposition de gardes de nuit.

Le service national «Secher Doheem» est né d'un besoin de sécurité des personnes vivant seules à la maison et offre à la base le télé-alarme, un service qui met à disposition de ses utilisateurs des émetteurs, p.ex. sous forme de collier ou de bracelet, transmettant une



alarme au central téléphonique du Secher Doheem en cas de détresse (p.ex. chute, malaise etc.). Grâce à une couverture géographique nationale de centres d'aide et de soins et fort d'un dense réseau de collaborations avec les autres acteurs du domaine de la santé, le personnel du Secher Doheem saura répondre efficacement à un appel à l'aide et, le cas échéant, pourra rapidement déléguer sur place les secours appropriés en fonction de la situation respective.

Désireux d'adapter continuellement sa gamme de services aux besoins des clients, Secher Doheem dispose aujourd'hui d'un éventail très complet en matière de l'assistance à l'autonomie à domicile (*ambient assisted living*) et entend s'investir prochainement dans la télémedecine, en étroite collaboration avec les médecins traitants des clients concernés.

En matière de coopération avec les médecins traitants et les hôpitaux, la fondation a signé des conventions de collaboration avec tous les hôpitaux. En cas de transferts de clients du domicile vers un établissement ou vice-versa, les infirmières de liaison de la Fondation, présentes dans les hôpitaux, constituent un pilier indispensable dans le contexte de la continuité des soins et des thérapies.

La Fondation attache aussi une grande importance à l'implication de l'entourage du client dans tout ce qui a trait à la planification et à l'exécution des prestations. Les aidants informels, qui font partie de cet entourage, bénéficient d'un encadrement privilégié du fait que la Fondation les considère comme des partenaires capitaux car fortement impliqués dans le quotidien des clients et avec qui il y a lieu de travailler intensément main dans la main. Du fait de leur importance pour le client et pour la Fondation les aidants informels sont diligemment soutenus par la Fondation qui notamment leur offre gratuitement des formations sur des pathologies rencontrées fréquemment, sur le bien-être physique (manutention, alimentation saine etc.) ou sur



le bien-être psycho-social (gestion de stress, troubles de sommeil, deuil etc.). En plus, la Fondation leur dédicace un journal et organise des groupes de rencontres qui permettent aux aidants informels de s'échanger sur des problématiques spécifiques avec des pairs.

Sachant qu'une vie normale à domicile ne peut être garantie que moyennant un travail en synergie de et avec tous les acteurs, la Fondation s'investit constamment pour élargir ses horizons et pour conclure de nouveaux accords de collaboration.

Considérant les collaborations fructueuses des dernières années, il faut nécessairement réfuter l'équation arithmétique $1 + 1 = 2$, et conclure sans hésitation que la somme du travail des prestataires individuels est plus grande que leur résultat arithmétique dès qu'une collaboration exemplaire est mise en place, donc $1 + 1 = 3!$

ACTUALITE

Changements à la Caisse Nationale de Santé (CNS)

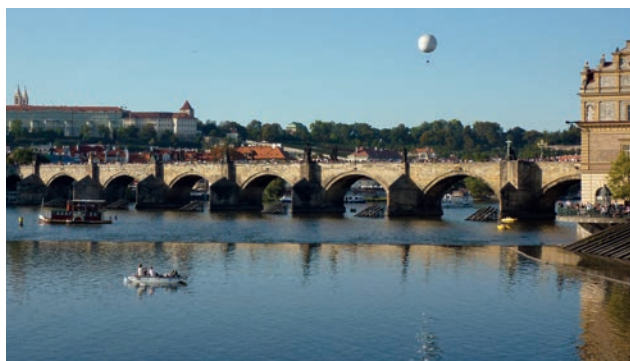
Dans un communiqué de presse du Ministère de la Santé et de la Caisse nationale de santé du 21 septembre 2011, l'annonce officielle du départ de Monsieur Jean-Marie Feider, qui a fait valoir ses droits à la retraite à partir du 1^{er} octobre 2011, a été faite. Il a été vivement remercié pour ses loyaux services prestés durant sa carrière, marquée surtout par l'institution de l'Union des Caisses de maladie à la suite de la loi réforme de 1992, la création de l'assurance dépendance en 1999 et finalement la fusion des caisses de maladie avec la fondation de la

Caisse nationale de santé en 2009, et dont il était devenu le premier Président. Monsieur Paul Schmit lui succède à compter de cette date.

A cette occasion, la COPAS a souhaité transmettre un courrier de chaleureux remerciements à Monsieur Jean-Marie Feider, ancien Président de la CNS, avec lequel elle a travaillé de façon régulière et constructive ces dernières années. D'autre part, un courrier de félicitation a également été adressé à Monsieur Paul Schmit, bien connu de notre secteur, pour sa nomination à la Présidence de la CNS.

12^{ème} congrès de l'E.D.E. du 29.09 au 01.10.2011 à Prague

Du 29 septembre au 1^{er} octobre 2011 s'est tenu à Prague le 12^{ème} congrès de l'E.D.E. (association européenne des directeurs des struc-



tures d'accueil et de services aux personnes âgées). A cette occasion, de nombreux exposés et workshops ont été initiés autour du thème central des grands tabous persistant dans le secteur de l'accompagnement des personnes âgées. Un sujet permettant de couvrir un large éventail des grandes questions qui s'imposeront au secteur dans les années à venir. Ainsi ont été proposés des exposés multidisciplinaires touchant au même titre la vie des usagers (la sexualité, la violence en établissements etc.), les conditions de travail du personnel ou encore la question du financement du secteur. L'occasion pour les membres de la délégation luxembourgeoise d'échanger sur tous ces thèmes avec leurs homologues provenant de 17 pays européens. La COPAS était également représentée à cette conférence en la personne de M. Sylvain Bousser. Un grand merci à M. Jean Bohler, directeur de l'Hospice Civil de la Ville de Remich (Jousefshaus) pour son précieux appui concernant l'organisation de la période de séminaire.

Stéphanie Heintz, Sylvain Bousser



COPAS INDOOR

D'une COPASNews à l'autre, la COPAS change deux fois de nom!

Dans le numéro de Juin 2011, nous vous annoncions que suite à une réorganisation et à des modifications engendrées par celle-ci en terme statutaires et structurels, la COPAS devenait une fédération. La dénomination devenait donc COPAS (anciennement Confédération des Organismes Prestataires d'Aides et de Soins).

Lors du dépôt au Registre de Commerce et des Sociétés Luxembourg (RCSL) des documents issus des assemblées générales ordinaire et extraordinaire de respectivement mars et mai de cette année (comptes, administrateurs, statuts, etc.), le RCSL a refusé le dépôt de la modification de la dénomination de la Confédération des organismes prestataires d'aides et soins – en abrégé COPAS - en COPAS. En effet, selon le RCSL, la dénomination COPAS ne pouvait être acceptée étant donnée l'immatriculation d'une société avec la dénomination COPAS S.à.r.l.

Le fait que la COPAS incluait dans sa dénomination le terme «COPAS» en abrégé (avant même que la COPAS S.à.r.l. n'ait été créé et immatriculé) est inopérant selon eux.

Une nouvelle dénomination a donc été proposée au Conseil d'administration: Fédération COPAS (en abrégé COPAS). Lors de sa réunion du 30 septembre 2011, le Conseil a décidé d'accepter cette proposition, sous réserve de validation par une prochaine Assemblée générale.

Cette Assemblée générale «extraordinaire» est prévue pour le 25 novembre 2011.

Petits clins d'œil

Par le biais de leurs ateliers protégés, certains membres de la COPAS offrent divers services.

L'APEMH, par exemple, offre entre autre un service traiteur (pains surprise, petits pains...), une Unité de Formation et d'Education

Permanente (UFEP) qui répond à une lacune dans les dispositifs de formation continue, en proposant une offre annuelle de stages de formation aux professionnels intervenant dans le secteur du handicap en particulier et dans le secteur social et d'aides et de soins en général. Elle gère également un Centre de Propédeutique Professionnelle (C.P.P.) qui s'adresse à des personnes en situation de handicap présentant des difficultés d'apprentissage variées à l'issue de leur scolarité obligatoire (plus de précisions via www.apemh.lu)

Nous pouvons également parler de la société coopérative Ateliers Kräizbieg, gérée par la Fondation. La société coopérative a développé de nombreux services et propose actuellement aux travailleurs handicapés des secteurs d'activités variées, regroupés en quatre départements:

- L'ADMINISTRATION CENTRALE / COMPTABILITE qui assure les travaux administratifs et comptables;
- Le département MULTIPRINT regroupant l'imprimerie, la sérigraphie et la création multimédia;
- Le département ARTISANAL / CREATIF regroupant le jardinage, la poterie, la création artisanale et la finition-vente des produits dans notre magasin d'Bréck;
- Le département PRESTATION DE SERVICES assurant la prestation de services aux entreprises et la sous-traitance d'activités (emballage, conditionnement, ...). (Source: www.kraizbieg.lu)

Le Tricentenaire asbl a créé la société coopérative Coop300, qui «a pour but de fournir un travail adapté à des travailleurs handicapés. Elle comprend un atelier de fabrication artisanale de chocolat, ChoclaTRI ainsi qu'un atelier d'impression digitale et de finition, TRIprint». La Coop300 est hébergée dans le Centre Jean Heinisch. Ce dernier comprend également un Centre de Formation ainsi qu'un Service d'Activités de Jour. (Source: www.tricentenaire.lu)

Dans une prochaine édition, nous reviendrons sur d'autres membres de la COPAS.

Stéphanie Heintz

Adresse postale: COPAS asbl
4 rue Jos Felten
L-1508 Howald

Adresse électronique: copas@copas.lu

Adresse Internet: www.copas.lu

Téléphone: 46 08 08 500

Télécopie: 46 08 08 530



A ce jour, la COPAS compte 46 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.