



# COPASNEWS

OCTOBRE 2014 N° 3



# SOMMAIRE

## ÉDITO

par Marc Fischbach

03

## AIDE ET SOINS

04

- Experte oder Allrounder?
- Buchbesprechung

## QUALITÉ

08

De quelle qualité parlons-nous ?

## FINANCES

10

« Maîtrise globale de l'évolution des dépenses  
et maîtrise globale des prestations »

## MEMBRE

14

ATP a.s.b.l. fête ses 25 ans

## TRIBUNE LIBRE

17

par René Pizzaferri,  
Président de la *Patiente Verriedung*

## ACTUALITÉS

18

## COPASINDOOR

19

## COPASDOSSIER

Comment réformer l'assurance dépendance ?

Des articles peuvent être envoyés à la COPAS (monique.putz@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.

© 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.

Clôture de rédaction : 26 septembre 2014

Tirage : 800 exemplaires

Comité de relecture :

Marc Fischbach, Dr Carine Federspiel, Pierrette Biver,  
Christophe Lesuisse, Michel Simonis, Nathalie Wagner,  
Evandro Cimetta.

Coordination éditoriale : Monique Putz

Coordination administrative : Stéphanie Heintz

Layout et impression : TRIprint (Ateliers du Tricentenaire)

Photos : Luc Deflorenne ©



Chères lectrices, chers lecteurs,

Si au Grand-Duché nul ne met plus en question les principes fondamentaux de l'assurance dépendance, le débat face à la réforme de ce cinquième pilier de la Sécurité sociale est bel et bien lancé.

En premier lieu, je tiens à souligner que la COPAS, en tant qu'acteur responsable se félicite des réponses favorables à sa proposition d'entrevues avec les différents groupes et sensibilités politiques représentés au parlement. Ainsi, la COPAS a pu rencontrer au préalable du Débat de consultation, qui a eu lieu le 8 juillet 2014 à la Chambre des Députés, les représentants du DP, du LSAP, du CSV, et de Déi Lénk.

Un débat important - faut-il encore le souligner - qui ne doit pas être réduit au seul objectif de la réduction des coûts.

La COPAS, consciente des enjeux économiques et financiers, souhaite que la prise en charge humaine et adaptée aux réels besoins des personnes dépendantes soit dûment prise en compte dans le débat.

L'assurance dépendance : c'est aussi un choix de société !

Quelle prise en charge voulons-nous garantir aux citoyens dépendants âgés et aux personnes en situation de handicap ? Qu'entendons-nous par accompagnement de haute qualité ? Quelle place laissons-nous au facteur « humain » et au facteur « temps » (souvent mis en avant d'ailleurs lors du débat de consultation par les orateurs des différents groupes et sensibilités politiques) ? Finalement, quel prix sommes-nous prêts à payer pour une prise en charge globale, équitable

et adaptée aux besoins des personnes vulnérables ? Autant de questions sociétales qui se posent et qui demandent des réponses politiques courageuses.

Pour la COPAS, la qualité des prestations ne peut être sacrifiée sur l'autel de leur « pseudo »-efficacité.

Cependant, aspirer à une prise en charge à la fois digne, humaine et professionnelle, qui nécessite donc du temps et des compétences – donc une prise en charge de qualité – tout en revendiquant parallèlement un maximum d'efficacité dans cette même prise en charge, n'est-ce pas chercher à résoudre la quadrature du cercle ?

La COPAS se félicite de l'engagement pris par le ministre de la Sécurité sociale, Romain Schneider, de consulter tous les acteurs concernés, dont la COPAS, lors d'une « Journée de réflexion assurance dépendance » annoncée pour l'automne.

Espérons que le gouvernement poursuive non seulement sa démarche de consultation - plutôt inhabituelle et tout à fait honorable – mais qu'au-delà, les suggestions, réflexions et propositions des différents acteurs trouvent également leurs retombées dans l'élaboration du projet de loi.

*Marc Fischbach*  
*Président*

## Experte oder Allrounder?

### Pro und contra einer generalistischen Ausbildung von Pflegefachkräften

Die aktuellen Diskussionen und Überlegungen zur Reform der Pflegeversicherung und insbesondere die Sorge, dass das System nachhaltig finanzierbar bleibt, blenden bis jetzt eine Frage komplett aus: die der gewünschten Qualifikation der Pflegefachkräfte. Spricht man über Qualität in der Pflege, spricht man über Zeiträume für nicht pflegerische, also die sogenannte psycho-soziale Betreuung in der Pflege, kommt man an dem Thema „Human-kapital“ nicht vorbei. Die Diskussionen über Qualifikation und Qualifizierung von Pflegekräften wird zurzeit aber nur aus zwei Optiken beleuchtet: die des Arbeitsmarktes und die der Ausbildungswege. Aber auch hier wird erst einmal sehr kontrovers diskutiert.

#### 1 x 1 der Streitansätze

Generalist? Generalist mit Steckenpferd? Spezialist mit Tellerrand? Oder Spezialist mit abgegrenztem Fachgebiet? Diese grundlegenden Fragen stellen sich heute mehr denn je bei der Orientierung und Ausbildung, aber auch bei der Rekrutierung von Pflegekräften.

Befürworter der generalistischen Grundausbildung führen als erstes die Mobilität innerhalb der Gesundheitsberufe im Allgemeinen und der Pflegeberufe im Besonderen an. Aber auch die grenzüberschreitende Mobilität, und die dazu gehörende Anerkennung der Diplome, zum Beispiel innerhalb der Europäischen Union, spielt bei dieser Argumentation keine unwesentliche Rolle.

Kritiker dagegen befürchten einen Verlust der Pflegefachlichkeit, insbesondere in den Ländern wo getrennte Lehrgänge für Kinderkrankenpflege oder Altenpflege existieren. Es werde „zu viel vermischt oder zu oberflächlich behandelt oder sich konzeptuell zu sehr auf die Krankenhauspflege (akut und somatisch) ausgerichtet“. Kritiker befürworten dann noch eher einen integrativen Ansatz als einen generalistischen.

Beide Parteien, Befürworter und Kritiker, sind sich jedoch darüber hinaus einig, dass weder der Experte noch der Allrounder vom lebenslangen Lernen verschont bleiben wird.

Schauen wir uns einmal an, was das konkret bedeutet:

Der Generalist braucht eine intensivere Einarbeitung, sowohl in Ersteinstellung als auch bei einem Wechsel. Die volkswirtschaftlichen Kosten dieser „Spezialisierung“ im Arbeitsalltag sind schwer einzuschätzen. Auch bleibt unvorhersehbar ob es

dadurch zu einer eher funktionsbezogenen Entlohnung, und vielleicht auch zu einer Anpassung der Probezeiten kommen wird. In einigen Berufsfeldern bleibt die zusätzliche „schulische“ Spezialisierung dennoch nicht aus (sei es Steckenpferd oder nicht). Beispiele wären: Intensivpflege, Neonatologie, Psychiatrie oder Palliativpflege, um nur einige zu nennen. In der Debatte der Zusatzqualifizierungen oder „Spezialisierungen“ wird dann auch oft von „Professionalisierung“ die Rede sein (Beispiel Geriatrie und Gerontologie). Hier tut sich das erste Dilemma auf und zwar:

einerseits Fragmentierung der Pflege durch Spezialisierung (hier steht *Spezialisierung* für *Professionalität*) und

andererseits Professionalität durch ein breites Kompetenzspektrum und eine gemeinsame Sprache (hier steht *ganzheitlich* und *interdisziplinär* für *Professionalität*).

Böse Zungen behaupten, dass Generalisten von Mehr immer Weniger wissen und dass Experten eine Zersplitterung der Teams induzieren, mit einer Tendenz sich generalistische Fort- und Weiterbildungen „sparen“ zu können. In diesem Fall würde sich auch das Phänomen des „*hidden curriculum*“ von dem unter dieser Rubrik schon einmal die Rede war, verstärkt bemerkbar machen. Damit gemeint sind berufsdeontologisch geprägte Konzepte, Menschenbilder und subjektive Theorien über Gesundheit und Krankheit und natürlich von *care*, die sich im Alltag – teils unreflektiert – als unnötige Meinungsverschiedenheiten offenbaren.

„Integrative Sichtweisen und interdisziplinäre Diskurse setzen aber einen gemeinsamen Wissenskanon voraus“, so der Deutsche Berufsverbands für Pflegeberufe e.V in einem im Februar 2014 veröffentlichten Reader *Pro Generalistik*.



Und Kritiker würden dann gegenargumentieren, dass „Einführende Module in Spezialisierungen“ nicht mehr abdeckbar sind ohne die Grundausbildung unrealistisch zu überfrachten, zu verlängern oder das Volumen an Theorie auf Kosten der Praxisausbildung auszudehnen.

Gibt es einen pädagogischen Ansatz, einen bildungspolitischen Ausweg aus dieser Zwickmühle?

Vielleicht hilft uns das Konzept des „problemlösungsorientierten Lernens“.

Es gibt erste Hinweise darauf, was Pflegekräfte auf jeden Fall lernen müssten, egal ob Allrounder oder Experte. Drei Parteien sind dabei gefordert: die Lehrenden, die eine Theorie-Praxis Reflexion in der eigenen Ausbildung kultivieren lernen sollten; die Tutoren innerhalb der Arbeitgeberstrukturen welche Kompetenzen in der Lernprozesssteuerung erwerben, und die Auszubildenden die lernen, wissenschaftliches Wissen und Alltagswissen zu vernetzen, zu integrieren und handlungs- und problemlösungsorientiert zu nutzen.

Ziel wäre es, dass „*neues Wissen nicht wie gewohnt an der Pflegepraxis abprallt*“ (siehe Universität Bielefeld – Wissenstransfer in der Pflege – Doris Schaeffer (Hg.) 2006).

## Geplante Reformen in Europa

Im „*plan pour les métiers de l'autonomie*“ der französischen Regierung<sup>1</sup> (2014) werden all diese Fragen aufgeworfen, auch im Zusammenhang mit dem akuten Pflegekräftemangel, dem „*glissement des tâches*“ im Pflegealltag und der Jugendarbeitslosigkeit. In der 12te Massnahme heißt es: « ... *ainsi, au lieu d'avoir des diplômes étanches par domaine d'intervention, il s'agirait d'aller vers un diplôme plus transversal, avec un tronc commun consacré à l'accompagnement des personnes* » und weiter, und das scheint unausweichlich, « *définir au niveau national les orientations en matière de formation continue* ». Für die Grundausbildung in Frankreich hieße das, eine Annäherung der Ausbildungen „*aide-soignant*“ „*auxiliaire de vie sociale*“ und „*aide médico psychologique*“. Diese weit ausgedehnte Angleichung der Berufsorientierung (Pflege, Erziehung und Begleitung) wirft zwei Fragen auf: geht es tatsächlich um eine Erweiterung des Kompetenzspektrums der Auszubildenden oder geht es um eine möglichst einfach zu organisierende Ausbildung von einer großen Masse an vielfältig einsetzbaren Pflegekräften?

In Deutschland tendiert das „Pro Generalistik“ eher zu einer „Akademisierung“ der Ausbildung. Also eine generalistische Schulbildung mit Abschluss auf der Sekundarstufe und die weiterführende Berufsbildung entweder auf der Fachschule

<sup>1</sup> <http://travail-emploi.gouv.fr/actualitepresse,42/communiqués,2138/lancement-du-plan-pour-les-métiers,17649.html>

<sup>2</sup> [http://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/9/7/0/CH2081/CMS1356078635988/empfehlungen\\_der\\_reformarbeitsgruppe\\_pflege.pdf](http://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/9/7/0/CH2081/CMS1356078635988/empfehlungen_der_reformarbeitsgruppe_pflege.pdf)

oder auf der Hochschule, wobei letzteres Pflegewissenschaften und Pflegemanagement als Beispiele der Expertise meint.

Demnach könnte eine generalistische Grundausbildung die den Pflegeberufen inhärenten gemeinsamen Zielen durchaus gerecht werden. Damit sind gemeint: „Erhaltung, Erlangung und Wiedererlangung von Fähigkeiten zur Realisierung und Gestaltung von Unabhängigkeit, Wohlbefinden und Lebensqualität unter Beachtung individueller und sozialer Ressourcen, und dies egal ob man sich für die Kinder- Kranken- oder Altenpflege entscheidet“. (Open Space ; Wannseeschule e.V.; Berlin).

In Österreich hat eine vom Sozialministerium beauftragte „Reformarbeitsgruppe Pflege“ den Schwerpunkt auf modular organisierte und Befugnis-erweiternde Spezialisierungen gelegt und die vom Arbeitsmarktservice und von sogenannten „Implacementstiftungen“ organisierten Ausbildungen von Arbeitslosen einerseits und Höherqualifizierungen von bereits Beschäftigten andererseits als die Ausbildungsoffensive qualifiziert. „Ein Großteil der Interessierten kann sich eine berufliche Auszeit auf Grund des damit verbundenen Einkommensverlustes nicht leisten“, heißt demnach das Plädoyer für berufs begleitende Bildungsabschlüsse<sup>2</sup>.

## Aus der Sicht des Arbeitgebers

Je grösser die Struktur und je differenzierter das Angebot des Trägers, je wahrscheinlicher der Bedarf an Spezialisten. Dabei ist es unerheblich, ob es sich dabei um klassische Arbeitsverträge handelt oder um eine Auslagerung an Freiberufler.

Je kleiner die Struktur und je spezialisierter ihr Angebot, je wahrscheinlicher auch hier der Bedarf an Spezialisten.

Je dringender die Ausweitung der Serviceangebote, je offensichtlicher der Zuwachs an Klienten, je wahrscheinlicher der Bedarf an Generalisten mit und ohne Steckenpferd.

Oder was glauben Sie? Ressourcen Management ist immer Teil des Business plans. Oder doch eine Frage der Qualität?

## Fazit für den Arbeitsmarkt

Als Fazit bleibt wohl:

- die Bereitschaft des Einzelnen zu lebenslangem Lernen,
- Flexibilität und Neugierde als Zukunftskapital,

- eine profunde Grundausbildung als breites Fundament in einer sich kontinuierlich wandelnden Pflegelandschaft,

sowie eine gesunde Selbsteinschätzung, ob man sich eher berufliche Nischen erobern, sich 2-3 Standbeine zulegen, oder sich durch Berufserfahrung mehrere Kompetenzfelder aneignen will.

Schwierig in der Vermittlung und Orientierung Jugendlicher bleibt aber der Irrgarten, teils neu gestalteter Ausbildungswege. Die Irrwege lauern in Bezug auf: Berufsperspektiven, Karriereperspektiven, Lohngestaltung, Anerkennung der Prüfungsleistung betreffend den Zugang zum Beruf – *homologation*, Anerkennung zum Zugang beruflicher Fort- und Weiterbildung, Anerkennung zum Zugang beruflicher Zusatzqualifizierungen oder gar zum Studium, die Gleichwertigkeit der Bildungsstufe – *équivalence* und die dazu gehörigen rechtliche Kriterien der Entscheidungskompetenz, der Aufgabenzuteilung und der Handlungsverantwortung – *attributions*.

Die Herausforderung an den Arbeitgeber bleibt bei dieser disparaten Belegschaft (Skill-Mix und Grade-Mix) Analyse und Reflexionskompetenz zu organisieren, damit Qualität und Wissenstransfer, aber auch Kommunikation und Organisation in und von Pflege steuerbar bleibt.

## Fazit für Politik und Gesellschaft

Gleich der medizinischen Versorgung möchten wir als moderne Gesellschaft nicht auf evidenzbasierte krankengpfelegerische Maßnahmen verzichten. Genau hier, und nur hier, darf und kann eine Forderung nach *Effektivität* und *Effizienz* berechtigt formuliert werden; dass also pflegerische Interventionen und Maßnahmen begründet werden (können). Wenn es uns ernst gemeint ist mit Prävention vor Pflege, Rehabilitation vor Pflege, oder um „Soutien individuel / en groupe“, und „Conseil“ und um psychosoziale Betreuung als präventive, rehabilitierende und aktivierende Maßnahmen bei Menschen mit Behinderung und krankheitsrespektive altersbedingten Einschränkungen, braucht es eine breitere Diskussion über Pflegefachkräfte. Der Fortschritt der Versorgung steht und fällt mit der Qualität spezialisierter pflegerischer Leistungen.

Martine Regenwetter

# Buchbesprechung

## Das Methusalem-Komplott



Frank Schirrmacher

Heyne Verlag 2005

224 Seiten / Taschenbuch / Deutsch

ISBN: 978-3453600096 / unverbindliche Preisangabe: 9,- €

Autor: Frank Schirrmacher war Journalist, Buchautor und Mitherausgeber der FAZ

(gest. am 12. Juni 2014 im Alter von 55 Jahren).

*„Mit dem Tod Frank Schirrmachers hat die Welt ein geniales Kind und einen wunderbaren Anarchisten verloren. Er bestimmte die intellektuelle Agenda der Berliner Republik“.*

*Iris Radisch; Zeit online 12.06.2014*

Das Buch wurde 2005 geschrieben. Heute, knapp 10 Jahre später, gehören einige von uns zu jenen, die als Leser aufgerufen werden „Abwehrstrategien gegen den Altersrassismus“ zu entwickeln; gegen die „allgegenwärtige Gehirnwäsche“. Für Schirrmacher sind „falsche Vorstellungen über Alter genauso mörderisch wie andere Rassismen“, wobei die schleichendste davon diejenige darstellt, dass ein Mensch mit 60, 65, 70 oder 75 nicht mehr in der Lage sein soll, intellektuelle oder körperliche Leistungen im Berufsalltag zu erbringen. Mit starken Worten erklärt er dem Leser, dass die Verleumdung des Alters eine besondere Form des Selbsthasse hervorruft, dass die soziale und intellektuelle Diffamierung medizinisch, also quasi-naturwissenschaftlich begründet wird. Allen wissenschaftlichen Erkenntnissen zum Trotz (hohe Plastizität des Gehirns auch im Alter) verhärtet sich das Vorurteil, dass ältere Menschen nicht mehr (um)(dazu) lernen könnten. „Ein Verstoß gegen die Menschenwürde“, so der Autor. Mit vielen konkreten Beispielen zeigt er wie die psychologische Kriegsführung vonstattengeht (Abwesenheit alter Menschen in Film, Fernsehen und Werbung uvm.); wie



aus Alter Schwäche wird, und aus Schwäche Unzurechnungsfähigkeit. Interessant sind auch seine Hypothesen über eine sich anbahnende neue Ära von Hightech – Kriminellen, bedingt durch soziale Ausgrenzung.

Ein Buch für alle Baby Boomer (Jahrgang 1955-1965); die Übergangsgeneration, die eine militante Revolution des eigenen Altersbildes führen sollte im Hinblick auf eine nie dagewesene Lebenserwartung (100 Jahre) und Alterspyramide (50% der Bevölkerung > 50). „Ein Komplott gegen den biologischen und sozialen Terror der Altersangst“. Wir werden uns mit den Themen Aufklärung, Prävention, funktioneller Rehabilitation, therapeutischer Unterstützung, Gerontologie und öffentlicher Gesundheitsfürsorge auseinander setzen **müssen**.

*Martine Regenwetter*



## De quelle qualité parlons-nous ?

Lors du débat de consultation sur la réforme de l'assurance dépendance à la Chambre des Députés du 8 juillet dernier, il régnait un large consensus à la tribune de la plénière sur l'importance de la qualité des soins apportés aux bénéficiaires ; ainsi, on pouvait entendre : « *Il est hors de question de discuter de la qualité des prestations. La qualité n'est pas négociable !* » ; « *Il ne faut pas réduire la qualité des prestations.* » ; « *La qualité des prestations doit rester garantie !* » ...

Néanmoins, certains changements s'imposeraient. Ainsi, il faudrait mettre en place des « *standards de qualité et de contrôle* », tel encore l'écho général des honorables élus. En même temps il est regretté que pour l'instant, ni la commission de qualité des prestations, ni la commission des normes ne fonctionneraient de manière optimale, alors qu'elles auraient un « *rôle important à jouer* ».

Il est vrai que dans les discussions actuelles sur la réforme de l'assurance dépendance, la qualité est à nouveau mise sur le devant de la scène. Ainsi, le gouvernement, de son côté, propose « *une réforme dont un objectif prioritaire doit être de freiner l'augmentation des coûts des prestations, tout en maintenant la qualité des soins* »<sup>3</sup>.

Mais en fait, de quelle qualité des soins s'agit-il ?

Qu'entendons-nous par « *qualité des soins* » ? Comment, tant que faire se peut, la mesurer ? Quel coût sommes-nous prêts à payer pour des prestations de qualité ? Comment ne pas la sacrifier au nom de l'efficacité du système ?

À défaut de pouvoir répondre à toutes ces questions dans cet article, celui-ci se limite à l'essai de définir l'idée de la qualité des soins.

La qualité est un terme de plus en plus utilisé dans les entreprises, les institutions, la politique et par le grand public, mais il reste encore trop souvent un concept abstrait.

Des définitions de la qualité il y en a toute une panoplie. Le terme vient du latin *qualitas* qui signifie « *manière d'être plus ou moins caractéristique* ». En philosophie, il est relatif à l'être, son attribut, etc. Dans les sciences humaines, le qualitatif s'oppose au quantitatif. Souvent on parle de la qua-

lité d'une chose (de l'eau, du vin,...), d'une caractéristique (blancheur, beauté,...), d'un mérite (qualités naturelles, il a de grandes qualités,...), d'un titre (en sa qualité de médecin,...) etc. Dans le contexte du management le terme qualité est introduit dans la gestion de l'entreprise. Il s'agit de fournir un produit ou un service conforme aux attentes des clients afin de les fidéliser et ainsi améliorer sa part de marché.

Les attentes par rapport à la qualité peuvent également diverger selon qu'elles proviennent des bénéficiaires, des institutions ou des autorités publiques.

Pour le bénéficiaire, la qualité des soins pourrait correspondre à une aide personnalisée adaptée à ses besoins et au maintien de son bien-être. Ce type d'attentes serait prédominé par toute une panoplie d'éléments tangibles, mais également subjectifs.

Notons dans ce contexte que, d'après les dernières enquêtes de satisfaction réalisées auprès des bénéficiaires, le taux de satisfaction est très élevé (95%)<sup>4</sup>; seul point négatif relevé de manière récurrente : le manque de temps qu'aurait le personnel soignant par rapport aux bénéficiaires.

Le ministre de la Sécurité sociale dit, dans ce contexte, qu'il faudra procéder à un changement de paradigme et prendre en compte plus encore le « *facteur humain et social* » dans la prise en charge d'une personne dépendante, ergo, mettre plus de temps à la disposition du personnel soignant. Dans ce sens, la COPAS ne peut que s'en réjouir.

Pour l'institution agissant dans le secteur de service d'aides et de soins, la qualité des soins correspondrait à la satisfaction des exigences légales, des bénéficiaires et des instances officielles, mais aussi des salariés, tout en respectant un équilibre budgétaire. Ceci suppose de la part des institutions la mise en place d'un système de management de la qualité, à l'instar de certaines entreprises commerciales.

La définition à la qualité de soins pour certains, est à mettre en lien avec la définition de l'OMS – cependant plus appropriée à l'activité médicale et qui n'englobe pas explicitement l'activité générée dans le domaine de l'assurance dépendance. Cette activité est divisée en elle-même par

trois branches : celle des soins, et plus précisément ce que les pays anglo-saxons appellent le « care » ; celle de la prévention, de l'éducation et de l'assistance, voire le soutien et le conseil ; et troisièmement, celle des aides dans les tâches domestiques.

Les autorités publiques quant à elles, auraient des exigences concernant le respect réglementaire et des visées de satisfaction des besoins de la population concernée, dans un cadre budgétaire défini. La qualité de soins correspondrait à ce que les prestataires de soins réalisent auprès du bénéficiaire des actes compris de la décision établie par la Cellule d'évaluation et d'orientation tout en respectant les exigences du relevé-type, c'est-à-dire la durée et la fréquence des actes, les qualifications minimales des professionnels, selon des normes définies<sup>5</sup>.

Quelles normes ? – basées sur une augmentation de la qualité, du temps consacré à l'utilisateur et d'efficacité au travail ou plutôt influencées par les moyens financiers mis à disposition du secteur long séjour ? Ce n'est pas parce qu'un système de management de la qualité est mis en place et est performant, que les prestations sont de bonne qualité. Elles ne peuvent pas être meilleures que le système l'exige. Si les exigences sont du type « low cost<sup>6</sup> » ou « fast food », le service qui s'en suit serait plutôt de bas niveau. Si par contre, les critères de qualité des prestations sont renforcés par plus de temps à accorder au bénéficiaire tout en incluant les paramètres métiers dans les définitions des actes et des normes de soins, la qualité des soins au lit de l'utilisateur aura une autre apparence. En d'autres mots, il ne faudrait pas faire l'amalgame entre la gestion de la qualité (procédurale) et la qualité intrinsèque des prestations. Il faut se rappeler que les services sont réalisés en grande partie directement sur la personne humaine et sont difficilement assujettis à des rabais.

Il convient de souligner que soigner représente une complexité de processus entremêlés les uns dans les autres – ceci lié aux différentes personnalités des personnes soignées et soignantes. Aussi complexe, la systématisation de la présentation clinique des usagers amènerait une fragilité dans la continuité des résultats des actes de soins. Par contre, la systématisation des processus de prise en charge pourrait permettre d'obtenir une certaine stabilisation des résultats.

Il s'agit donc de ne pas prioriser une perspective par rapport à une autre dans la définition de la qualité, mais de trouver un juste équilibre. Ainsi, il serait utile que toutes les parties prenantes se mettent ensemble et œuvrent en commun dans la définition de la qualité des soins.

*Carlos Lopes*

<sup>3</sup> Note introductive en vue du débat de consultation sur la réforme de l'assurance dépendance à la Chambre des Députés, page 2

<sup>4</sup> Enquête de Satisfaction des Résidents en Institutions bénéficiant de l'Assurance Dépendance, CRP-Santé, juillet 2011

<sup>5</sup> À l'heure actuelle, ces normes restent à définir par la Commission de la qualité des prestations.

<sup>6</sup> Le low cost est un concept économique et marketing basé sur la pratique de prix plus bas que la moyenne du marché. Le concept du "low cost" est surtout utilisé dans le domaine des services (hôtellerie, transport aérien, location de voiture), il s'agit un peu du hard discount des services. Le prix bas est généralement obtenu par la compression des coûts. Cette réduction des coûts vient généralement d'une suppression des services annexes considérés comme non indispensables et par une gestion rigoureuse et parfois décriée des coûts salariaux.  
Source : <http://www.definitions-marketing.com/Definition-Low-cost>



## « Maîtrise globale de l'évolution des dépenses et maîtrise globale des prestations »

### Vue sur les effets de levier d'une réforme structurelle de l'assurance dépendance



Sur base de la note introductive du ministre de la Sécurité sociale<sup>7</sup> servant de préparation au débat de consultation à la Chambre de Députés en matière de réforme de l'assurance dépendance, le gouvernement a présenté sa démarche politique sous forme de questions stratégiques qui méritent un regard critique quant aux enjeux notamment financiers – qualité des soins sous-jacents.

Pour le gouvernement le constat est sans appel : à politique inchangée, l'équilibre budgétaire entre d'un côté les dépenses accentuées par une croissance démographique et le vieillissement global de la population, et de l'autre côté les recettes courantes complétées par des ponctions dans les provisions, ne pourra être assuré que jusqu'en 2016.

Les objectifs ambitieux et le succès de l'assurance dépendance ne sont pas remis en cause, tout comme l'implication de l'État dans le système de santé publique. Par contre, pour

assurer la viabilité de l'assurance dépendance à long terme, le gouvernement propose « une réforme dont un objectif prioritaire doit être de freiner l'augmentation des coûts des prestations, tout en maintenant la qualité des soins ».<sup>8</sup>

Cette double mission à caractère économique et de santé publique, clairement énoncée, laisse sous-entendre un dilemme conceptuel dévoilé au fil de cet article.

Alors que plusieurs pistes s'offrent au législateur, à savoir : agir sur les recettes, agir sur les dépenses ou les deux conjointement, le choix politique semble porté dans une première phase sur la maîtrise de l'évolution des dépenses.

Afin de cadrer ce débat, il paraît nécessaire de regarder en détail les éléments constitutifs des recettes et des dépenses de l'assurance dépendance.

## Le budget de recettes de l'assurance dépendance

Dans le récent rapport annuel de la CNS<sup>9</sup> les recettes de l'assurance dépendance sont chiffrées à 597,7 millions d'euros pour l'exercice 2013. À titre d'indication, les recettes de l'assurance maladie-maternité s'élèvent à 2.442,8 millions d'euros pour la même année.

Pour l'assurance dépendance les recettes provenant des cotisations des assurés avec 59,2% (327.1 millions d'euros) se placent en première position. La contribution de l'État avec 40,1% (221,7 millions d'euros) en deuxième.

Comme les débats le laissent entendre, ni une augmentation du taux de cotisation (actuellement 1,4% sur les salaires et les revenus du patrimoine), ni une augmentation de la participation de l'Etat, ni une cotisation des employeurs sur la masse salariale encore moins une participation personnelle aux prestations par le bénéficiaire, ne seraient envisagées, voire envisageables.

Le comité de prévision parle d'une hausse annuelle des dépenses en matière d'assurance dépendance de 8,2%<sup>10</sup>. À modalités de cotisations inchangées, à participation étatique constante, sans cotisations des employeurs, et sans participation personnelle du bénéficiaire, il paraît fort peu probable de pouvoir absorber une telle progression des dépenses.

## Le budget de dépenses de l'assurance dépendance

Tirés du même rapport de la CNS<sup>11</sup>, quelques chiffres aident à définir le contexte :

756.185 assurés sont affiliés en 2013 à l'assurance maladie-maternité, donc par assimilation à l'assurance dépendance. Le nombre d'assurés cotisant moyen est estimé à 404.500 pour 2013.

Quelques chiffres clés concernant les bénéficiaires pour 2013 :

Tout confondu, le Luxembourg compte 13.160 bénéficiaires de prestations en **nature** dont 8.732 à domicile et 4.428 en milieu stationnaire (les chiffres concernant le domicile englobent les prestations fournies par les réseaux, les centres semi-stationnaires et les établissements à séjour

intermittent, ainsi que les dépenses pour appareils, adaptations logements).

Les ratios suivants peuvent être calculés :

- 1 bénéficiaire pour 19 personnes actives (population active : 250.648 en 06/2013<sup>12</sup>)
- 1 bénéficiaire pour 30 assurés cotisant (sur salaires, sur pensions, sur revenu du patrimoine)
- 1 bénéficiaire pour 57 assurés (y compris donc co-assurés comme par exemple les enfants)

Ces chiffres sont susceptibles de varier dans un contexte de changement démographique concernant l'emploi féminin. Alors que les générations représentant actuellement la majorité des bénéficiaires des prestations incluent les conjoint(e)s *co-assuré(e)s, non-cotisants*, les générations à venir vont évoluer vers plus d'assurés cotisants par rapport aux bénéficiaires.

Miser sur une réforme axée sur la maîtrise globale de l'évolution des dépenses et la maîtrise globale des prestations, limite les leviers pour équilibrer le budget. Sur les options multiples d'une réforme stratégique, cinq leviers du côté des dépenses de prestations ont fait l'objet du débat à la Chambre.

### Premier levier : agir sur le volume des prestations

De façon très schématique et simplifiée on peut dire ceci :

Actuellement l'évaluation de la dépendance par la *Cellule d'évaluation et d'orientation* se fait selon les besoins de la personne bénéficiaire en fonction de ses déficits en termes d'actes essentiels de la vie. Pour cela on se base sur un catalogue de prestations couvertes par l'assurance dépendance. Les prestations accordées se résument dans un nombre défini d'actes liés à un facteur temps. Un acte a une durée moyenne et il est couplé à une qualification professionnelle minimale.

Il existe en outre un seuil d'entrée, c'est-à-dire un minimum de prestations requises (3,5 heures/semaine) pour bénéficier des prestations de l'assurance dépendance.

Ainsi, on peut déjà détecter certains leviers susceptibles d'influencer les dépenses, notamment le temps moyen de

l'acte, la fréquence des actes, la liste des actes au catalogue, le niveau de qualification minimale requis pour la réalisation de l'acte et le seuil d'entrée dans l'assurance dépendance.

Dans une telle démarche, le risque d'influencer négativement sur le niveau de la qualité est inéluctable.

#### Second levier : agir sur l'approche conceptuelle de l'assurance dépendance et de ce fait sur la méthodologie d'évaluation de la dépendance

L'approche conceptuelle actuelle de l'assurance dépendance est basée sur la détermination des déficits fonctionnels et autres en termes d'actes essentiels de la vie. En envisageant une approche préventive basée sur la méthodologie d'évaluation des ressources (physiques et psychiques) du bénéficiaire (programme gouvernemental), reviendrait à ralentir la perte d'autonomie. Un des moyens de l'assurance dépendance d'agir dans une philosophie de renforcement de l'approche préventive sont notamment les actes de soutien et de conseil.

Les effets de cette politique de prévention et de ralentissement de la perte d'autonomie ne se chiffrent pas encore en termes de diminution du volume d'actes essentiels de la vie, faute de recul temporel et ne touchant pas forcément les mêmes bénéficiaires. Il s'agit ici d'une approche dont les effets se mesureront à long terme.

#### Troisième levier : accorder un forfait en remplacement d'un plan de prise en charge précis par la CEO

Accorder un forfait permettrait une plus grande flexibilité dans la prise en charge au quotidien avec une amélioration qualitative des plans de prise en charge modulable selon les besoins du bénéficiaire.

Forfaitiser par souci de simplification, et donc d'économicité, pourrait cependant impacter involontairement sur le volume, le temps et la qualification, ce qui aurait une incidence certaine sur la qualité des prestations.

#### Quatrième levier : révision des AEV – actes essentiels de la vie

Dans la note introductive<sup>13</sup> on trouve la question suivante :

« Est-ce qu'il ne faudrait pas procéder à une révision de la définition et du contenu des actes essentiels de la vie ainsi que des durées et intensités y attribuées ? »

Dans une telle révision il s'agit d'analyser le bienfondé des définitions, de la qualification du soignant autorisé à poser cet acte, mais aussi du seuil d'entrée (dans le cas d'une diminution de la durée moyenne des actes). On revient à la question de la définition du degré de dépendance ouvrant des droits et au niveau de la qualité des soins.

#### Cinquième levier : robotique dans les soins

Moderniser, informatiser, robotiser les soins et la prise en charge psycho-sociale en remplaçant les aides techniques par un robot et laissant aux soignants le rôle de combler les objectifs humanistes et sociaux, est-ce vraiment un moyen de maîtriser les dépenses ? À l'image du Japon, organiser des gardes par un robot programmé avec un vocabulaire de 5.000 mots pour assurer du *small talk*, ce n'est pas encore dans les us et coutumes de la société luxembourgeoise. Quel sera le prix d'une telle technologie produite en série et quelles seraient les modalités de prise en charge financière en termes d'aides techniques ? Et finalement, quel questionnement éthique se profile à l'horizon d'une telle évolution ?

#### Quels sont les leviers du côté des recettes ?

Afin d'être complet dans le raisonnement il est intéressant de passer en revue les leviers du côté des recettes. Comme il a été précisé dans l'introduction, les recettes proviennent essentiellement des cotisations et de la participation de l'État.

#### Levier : jouer sur les cotisations

Dans cette hypothèse le levier peut se poser au niveau du taux, au niveau de l'assiette ou les deux conjointement. Mathématiquement parlant, l'actuelle aversion instinctive d'une telle mesure semble être disproportionnée par rapport à l'impact chiffré d'une adaptation du taux de cotisation (1,73% vers 2030 selon IGSS). A titre d'exemple : assiette cotisable de 3.000€ - abattement 480,26€ x 1,73% = 43,59€ contre 35,28€ actuellement). Et pour le salaire minimum non qualifié cela se chiffre à 24,93€ contre 20,17€). Cette tendance empêche, voire exclut, surtout une analyse et un débat objectif du levier en question.

Une piste supplémentaire et intéressante pourrait être celle d'augmenter davantage le taux de cotisation, tout en augmentant parallèlement l'abattement.

#### Levier : les cotisants

Une analyse chiffrée de l'effet *emploi féminin – augmentation des assurés cotisants* (en lien avec l'évolution de la période de la dépendance moyenne : 18,2 mois en 2010) sur le ratio *assuré – cotisant / bénéficiaire* est nécessaire pour les extrapolations futures.

#### Levier : la participation de l'État

La participation de l'État représente 40% des recettes 2013 (loi du 16 décembre 2011 art.38) contre 35% en 2012. Le taux retenu est un choix politique en lien avec le budget des finances et la responsabilité étatique dans la santé publique.

#### Levier : la cotisation des employeurs

C'est une source de recettes dans d'autres domaines de la sécurité sociale. Le choix était de ne pas y recourir pour alimenter les recettes de l'assurance dépendance.

#### Levier : contribution du bénéficiaire

Ce levier agit de façon indirecte sur les recettes, dans une logique de « franchise à charge du bénéficiaire de prestations » et ne joue qu'en cas de dépenses effectives.

Par ailleurs, agir uniquement du côté des dépenses implique forcément une participation de l'assuré - bien qu'indirecte. Car la réduction des dépenses se ferait soit par une subtile augmentation du seuil d'entrée en quelque sorte à *sa charge*, soit par une réduction des requis, donc une réduction des prestations couvertes par l'assurance dans le chef du bénéficiaire nécessiteux. Pour l'assuré, l'enjeu serait dès lors : pour la même contribution il bénéficierait de moins de services, ou bien pour plus de contribution, des mêmes services ou encore les deux, à savoir pour plus de contribution moins de services dans l'objectif de garantir la pérennité du système.

À l'heure actuelle personne ne sait encore réellement évaluer les effets de tous ces leviers en option. Le gouvernement allemand par exemple a opté à la fois pour une

augmentation des cotisations et la création d'un fond de réserve en anticipant le fameux effet « papy-boom ». Il a également opté pour une réforme de la définition de la dépendance et une réforme de l'évaluation de la dépendance surtout en ce qui concerne le requis pour des personnes souffrant, d'une maladie démentielle. Mais pour ce faire, il s'est doté d'une période de test afin d'évaluer les nouvelles mesures sur un échantillon de 2.000 personnes jusqu'en 2017.

L'assurance dépendance est un succès. Il revient aujourd'hui aux responsables politiques de bien mesurer les conséquences d'une réforme. Opérer du côté des dépenses aura inévitablement un impact défavorable sur la qualité. Pour les prestataires d'aides et de soins, la qualité n'est cependant pas à négocier.

David Bellion

Martine Regenwetter

<sup>7</sup> Ministère de la Sécurité sociale ; Note introductive en vue du débat de consultation sur la réforme de l'assurance dépendance à la Chambre des Députés ; 2 juillet 2014

<sup>8</sup> Programme national de réforme et programme de stabilité et de croissance couvrant la période 2014-2018 ; Europaforum Luxembourg ; Economie, finances et monnaie

<sup>9</sup> Rapport Annuel 2013 ; CNS – Gezondheidskeess

<sup>10</sup> Comité de prévision ; organe mis en place en 2012 par les ministres des finances et de l'économie et du commerce extérieur : Projections macroéconomiques et prévision des finances publiques 2014-2018 avril 2014

<sup>11</sup> Rapport Annuel 2013 ; CNS - Gezondheidskeess

<sup>12</sup> Bulletin luxembourgeois de l'emploi ; données mensuelles du monde du travail ; n°06 – juin 2014 ; ADEM

<sup>13</sup> Voir note en bas de page n°1



## ATP asbl fête ses 25 ans



### Colloque ATP asbl – Santé mentale et rétablissement – sous le haut patronage de SAR la Grande-Duchesse.

L'ATP asbl organise dans le cadre de son anniversaire, le deuxième colloque international autour du sujet de la santé mentale. Ayant comme objet principal la réhabilitation et l'insertion professionnelle des personnes souffrant de maladies psychiques, l'ATP asbl a gagné dans ce domaine une grande expérience en gérant quatre ateliers thérapeutiques et protégés ainsi qu'un service de Job Coaching.

L'importance du travail comme activité sensée, structurée et rémunérée dans le cadre du rétablissement d'une maladie psychique n'est plus à démontrer. Il est d'autant plus regrettable que l'accès au marché du travail ordinaire reste l'exception rare pour les personnes concernées. L'atelier thérapeutique ou protégé, bien que pour bon nombre de personnes soit le seul endroit où elles peuvent évoluer selon leurs besoins spécifiques, ne devrait pas rester l'unique alternative à moyen et à long terme pour les salariés rétablis. Les listes d'attentes de plus en plus longues pour intégrer nos ateliers en témoignent le contraire.

La réforme de la psychiatrie au Luxembourg, entraînant une multiplication et une amélioration des services de la psychiatrie sociale et une meilleure mise en réseau des prestataires, a certainement joué un rôle primordial dans l'amélioration

du processus de rétablissement mental. Cependant, beaucoup de moyens n'ont jusqu'à présent pas été épuisés pour contrecarrer les problèmes prévalants.

La prévention et le diagnostic précoce font partie des pistes. Le renforcement des services de prospection, d'accompagnement et de suivi pour les employés et les employeurs sur le premier marché du travail en est une autre. Il faut revendiquer que les employeurs, y compris les services et administrations publiques, prennent leur responsabilité sociale par rapport aux employés les plus fragilisés.

J'espère que ce colloque nous permettra de dévoiler des stratégies pour mieux se lancer sur ces pistes respectivement de trouver des solutions alternatives en faveur d'un meilleur rétablissement des personnes souffrant d'affections psychiques. La qualité des intervenants internationaux et nationaux ne me laissent pas douter de cet objectif ambitieux. Je vous souhaite un échange fructueux et des résultats prometteurs.

Un grand merci à tous ceux et toutes celles qui vont contribuer au bon déroulement de ce colloque.

*Jean-Paul REUTER  
Président de l'ATP asbl*

### Témoignage d'un usager de l'ATP à Kehlen

« Suite à la maladie psychique, j'ai dû faire pendant 2 ans une thérapie pour apprendre à connaître ma maladie.

En 2003, j'ai découvert l'ATP asbl. Il faut dire que j'y ai été très bien accueillie par mes collègues de travail et mon chef d'équipe. „Voilà, j'ai trouvé ma place“

En 2008, l'ATP asbl m'a engagée en Contrat à Durée Indéterminée avec un contrat en atelier protégé car j'ai le statut de salarié handicapé. **J'en suis très fière.**

Ici, je me sens bien. L'ATP asbl est comme ma 2<sup>ème</sup> famille, je me sens comme une personne normale même si je dois prendre les médicaments à vie.

Grâce au travail que j'aime et la place que j'occupe dans cet atelier, j'ai maintenant de la valeur et je suis fière. »

*A.M.  
Membre du personnel du Kiehlener Atelier.  
Kehlen, 18 juin 2014*

## De 1989 à aujourd'hui

Depuis 1989, l'ATP asbl s'engage pour l'insertion socio-professionnelle de personnes vivant avec une maladie psychiatrique.

L'ATP asbl propose un soutien et un accompagnement professionnel aux personnes fragilisées par un problème de santé mentale et aide ainsi ces personnes à retrouver un travail ou un emploi, vecteurs d'épanouissement.

Les ateliers de l'ATP asbl ce sont 18 ateliers qui se répartissent sur 4 sites au Luxembourg : Ehlang-sur-Mess (Eilenger KonschtWierk), Schieren (Schierener Atelier), Kehlen (Kielener Atelier) et Ettelbruck (Haff Ditgesbaach).

Ces activités sont complétées par un service de Job Coaching situé à Luxembourg ville (projet FSE depuis 2009) dont la mission est d'accompagner vers l'emploi en milieu de travail ordinaire et en emploi les personnes vivant avec un problème de santé mentale.

L'ATP propose différentes activités-services qui se positionnent à différents niveaux sur le marché :

L'atelier tapisserie-cannage au Schierener Atelier offre une activité traditionnelle de confection d'assises-chaises et fauteuils, et de rénovation de pièces anciennes.

L'ATP asbl propose aussi le seul atelier de reproduction manuelle de sérigraphie d'art au Luxembourg, à Ehlang-sur-Mess. Les œuvres d'art d'artistes renommés sont reproduites à la perfection. Une compétence qui se décline sur étoffe et sur différents types de supports.

L'atelier de couture crée, confectionne, retouche des vêtements et produit de multiples pièces sur mesure pour de nombreux clients.

Les ateliers artisanaux traditionnels, comme l'atelier bougies et la vannerie à Ettelbruck au Haff Ditgesbaach, où sont produits des objets pour la « Buttek » de l'ATP répondent aux commandes de personnes privées pour des événements exceptionnels, comme des mariages, baptêmes, etc.

L'ATP asbl complète ces activités traditionnelles par d'autres, plus courantes :

Les quatre sites sont équipés de cuisines modernes organisées afin de répondre au mieux aux normes sanitaires et aux demandes des consommateurs :

- restauration pendant le temps de midi
- catering
- livraison de repas
- production pour la vente directe- saumon fumé, cuisses de canard confites, sauces tomates, confitures.

Les ateliers de travail du bois et du métal répondent à quasi toutes les demandes de ses clients :

- création et conception de meubles sur mesure
- création d'objets en bois ou en métal
- restauration
- réparation

La complémentarité des activités de l'ATP asbl permet de réaliser un maximum en interne.

Par exemple, l'atelier menuiserie restaure les carcasses de fauteuils qui seront habillés par la tapisserie.

Une œuvre réalisée par l'atelier sérigraphie est encadrée par l'équipe de la menuiserie.

L'atelier sous-traitance de l'ATP asbl a aussi une bonne renommée auprès de ses clients parce qu'il réagit de manière efficace aux demandes d'entreprises pour leurs mailings, emballages et divers conditionnements.

Pour finir, la ferme biologique Haff Ditgesbaach, avec ses 18 hectares de terrain dispose :

- de vergers
- d'écuries et des prés pour les chevaux
- d'un poulailler
- d'un jardin et de serres
- mais aussi une boutique, le « Buttek vum Haff », où sont proposés des produits du jardin sous leurs formes, mais

aussi des différents ateliers de l'ATP asbl et du réseau « Sozial Affair ».

Le Haff Ditgesbaach accueille des chevaux de propriétaires en pension.

Des enfants peuvent aussi y profiter de thérapies assistées par le cheval.

Les ateliers de l'ATP sont dirigés par des professionnels, qui utilisent leur know-how pour former et encadrer leurs équipes. (Artisans mais aussi psychologues et assistants sociaux).

Les services et produits de qualité de l'asbl permettent aujourd'hui à l'ATP asbl de répondre à un vaste panel de demandes de clients, que ce soit des personnes privées ou des entreprises.

**Mais l'ATP asbl est surtout un lieu où les personnes qui y travaillent peuvent s'exprimer, un lieu où se créent des relations sociales, qui permet de structurer la journée, de donner du sens – souvent perdu après de longues hospitalisations.**

**L'ATP asbl veut être un vecteur de bien-être, un guide vers le rétablissement. Pour certains, c'est une étape, pour d'autres un endroit qui garantit la stabilité nécessaire pour aller mieux.**

L'association bénéficie d'un agrément du Ministère de la Santé pour ses ateliers thérapeutiques, du Ministère du travail pour ses ateliers protégés et est conventionnée avec le Ministère de la Santé et du Travail. Co-financement du Fonds Social Européen pour son service de Job Coaching.

Plus d'information sur [www.atp.lu](http://www.atp.lu)



## 25 ans déjà ! Bravo et merci.

Lorsque l'ATP fût créée en 1989 et le premier atelier thérapeutique pour personnes psychotiques ouvert à Walferdange en 1990, personne n'imaginait que 25 ans plus tard, cette association serait sollicitée plus que jamais et regrouperait un réseau de 18 ateliers de travail thérapeutique et protégé, répartis sur quatre sites différents.

J'imagine que le chemin parcouru en 25 ans n'a pas toujours été facile et ne l'est pas non plus aujourd'hui dans un contexte économique moins évident. Je tiens à féliciter toute l'équipe de l'ATP et à vous remercier tous de votre

engagement. Sortir les personnes souffrant de troubles psychiques d'une éventuelle isolation, leur donner la possibilité d'effectuer un travail utile et les responsabiliser, font partie des étapes à franchir afin que les concernés (re)trouvent leur place dans la société. Cette société se doit d'être ouverte et tolérante. Car tout le monde y a sa place! Finalement, n'oublions pas que chacun peut un jour avoir besoin de solidarité, parce que les problèmes de santé mentale n'arrivent pas qu'aux autres.

*Mars Di Bartolomeo*

*Président de la Chambre des Députés*





## Vom Patienten zum Pflegefall

In einem 416 Seiten umfassenden Bericht hat die Inspektion der Sozialen Sicherheit eine Bilanz über die Funktionsweise der Pflegeversicherung und deren finanziellen Absicherung gezogen. Nach 15 Jahren war es effektiv wichtig die Pflegeversicherung so wie sie sich entwickelt hat und wie sie sich an die heutigen Herausforderungen angepasst hat, zu überprüfen.

Positiv anzumerken ist, dass die Wartezeit bei einer Antragstellung heute unter 5 Monaten liegt. Positiv aus dem Grund, da gegenüber der Anfangszeit der Pflegeversicherung, die Bearbeitungsdauer mehr als ein Jahr nach sich zog. Dennoch ist die *Patiente Verriedung* der Auffassung, dass diese Dauer noch verkürzt werden kann.

Die Anzahl der Pflegebedürftigen hat sich in den Jahren mehr als verdoppelt. Dies stellt natürlich größere Probleme der Organisation dar. Die Zahl der in diesem Bereich aktiv Beschäftigten ist explodiert (7.373 Personen im Jahr 2010), Phänomen welches natürlich eine Herausforderung in Bezug auf die adäquate Ausbildung darstellt.

Doch auch die Privat-Personen, die einen Pflegebedürftigen zu Hause betreuen sind gefordert.

Eine grundsätzliche Frage für die *Patiente Verriedung* ist die der Qualität der vollbrachten Leistungen. Qualität sowohl in den Pflegehäusern wie auch in den Privathaushalten.

Wer jedoch Qualität verlangt, braucht Kontrolle. Hier glauben wir, dass noch viel geleistet werden und diese Kontrolle unabhängig arbeiten muss.

Ein anderes Problem, mit dem wir uns des Öfteren konfrontiert sehen ist die Relation des pflegenden Personals mit der zu pflegenden Person. Hier wird immer wieder darauf hingewiesen, dass aus Zeitmangel und wegen Personalmangel im direkten Pflegebereich, ein intensiverer Kontakt nicht zustande kommen kann.

2005 wurde eine Qualitätskommission eingesetzt um ein Qualitätskonzept auszuarbeiten. Wo ist dieses Konzept und wie wird es heute umgesetzt und wie wird die Umsetzung kontrolliert?

Ein weiteres Problem der Familien der Betroffenen sind die hohen Aufenthaltskosten, sowie die Zuschläge für sogenannte Extraleistungen die in den verschiedenen Häusern verlangt werden. Die Pflegeversicherung kostete laut IGSS (Inspection Générale de la Sécurité Sociale) im Jahr 2010 pro Person rund € 36.000.-, Betrag welcher heute noch höher ist. Zusätzlich

hierzu kommen dann noch die Kosten für den Aufenthalt, welche durchschnittlich etwa € 24.000.- betragen. Wenn dann gleichzeitig gemeldet wird, dass Gewinne in diesem Sektor gemacht werden, stellen sich für uns einige Fragen, dies umso mehr da ja über den FNS (Fonds National de Solidarité), ein Teil dieser Kosten übernommen wird, da die Rente oft nicht ausreicht.

Die aktuelle Reform im Bereich der Medikamente (Generika) und die der Rückerstattung der Kosten wird gerade im Pflegebereich Probleme aufwerfen. Wer entscheidet über die Wahl, Original oder Ersatzmedikament? Der Pflegepatient muss bezahlen. In diesem Zusammenhang muss man auch den Umstand, dass in den meisten Pflegeheimen keine freie Arztwahl besteht, hervorheben. Dies wurde kürzlich um so deutlicher, durch u.a. die sehr große Anzahl von Patienten, welche alle den selben Arzt als Referenzarzt „ausgesucht“ haben, dokumentiert.

Nach 15 Jahren muss man heute den gesamten Leistungskatalog gezielt kritisch analysieren und sich fragen welche Leistungen eventuell nicht das erwartete Ergebnis brachten und welche Leistungen fehlen. Man muss sich auch auf Basis der bis heute praktizierten Methode der Erfassung der Pflegebedürftigen fragen, ob nicht verschiedene Gebrechen ungenügend beachtet wurden, wie z. Bsp. im Bereich der Psychogerontologie (Demenz...). Man muss die Kategorien der Pflegebedürftigkeit neu definieren und die Anspruchsgrenzen überdenken.

Bei Anträgen zur Anpassung der Wohnung an die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen dauert die Prozedur relativ lange, dies umso mehr wenn man weiß, dass solche Anträge fast immer dringlich sind um das Verweilen der betroffenen Person im Haushalt zu ermöglichen.

Ein besonderes Anliegen der *Patiente Verriedung* ist die Prävention. Hier sind die Leistungserbringer im Gesundheitswesen gefordert. Immer wieder erfahren wir, dass durch mangelnde Koordinierung oder durch fehlende Behandlungssysteme (filières de soins) Patienten zu Pflegebedürftigen werden, die vermieden hätten werden können. Die *Patiente Verriedung* fordert deshalb nicht nur einen Dialog über die Pflegeversicherung sondern auch eine Diskussion über die Ursachen die zur Pflegebedürftigkeit führen und wie man dies verhindern kann.

René Pizzaferrì  
Präsident der *Patiente Verriedung*

---

**19 au 22 octobre 2014 – Théâtre national de Luxembourg & ARCA Bertrange**

**4<sup>ième</sup> Symposium International sur l'Art et la Psychiatrie Luxembourg**

Organisé par le Centre Kompass (Ligue Luxembourgeoise d'Hygiène Mentale). Avec la participation de conférenciers internationaux de très haut niveau, notamment la participation exceptionnelle de l'acteur allemand Christian Berkel.

---

**23 & 24 octobre 2014 – Chambre de Commerce**  
**2<sup>ème</sup> Colloque International de Santé Mentale au Luxembourg**

Dans le cadre de son 25<sup>ième</sup> Anniversaire l'ATP asbl organise son deuxième colloque international autour du sujet de la santé mentale et du rétablissement. Ayant comme objet principal la réhabilitation et l'insertion professionnelle des personnes souffrant de maladies psychiques, l'ATP a gagné dans ce domaine une grande expérience en gérant quatre ateliers thérapeutiques et protégés ainsi qu'un service de Job Coaching.



---

**29 octobre 2014 – Ciné Utopia**

**World Hospice Day 2014**

**KINOMEGA**

Cette année sera montré le film français « C'est la vie » (2001) de Jean-Pierre Améris avec Jacques Dutronc et Sandrine Bonnaire, film ayant reçu différents prix, avec une interprétation excellente et touchante d'une histoire de fin de vie qui se passe dans un hospice du sud de la France. Réservation des places : tél 29 77 89-1 ou [info@omega90.lu](mailto:info@omega90.lu).

---

**13 au 14 novembre 2014 – Luxexpo Kirchberg**  
**Foire de l'étudiant**

De 9h00 – 18h00

La 28<sup>ième</sup> édition de la Foire se déroulera sous le thème des métiers de la santé : médical et paramédical.

*Monique Putz*

---

À ce jour, la COPAS compte près de 50 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'aide 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 11.000 salariés.

## Bienvenue sur notre nouveau site Internet!



Le site Internet de la COPAS a fait peau neuve. Sous un look rajeuni et modernisé, l'objectif premier du nouveau site reste celui d'aiguiller les internautes aussi précisément et rapidement que possible vers les informations qu'ils recherchent.

Prenez un peu de temps pour mieux connaître notre site web et communiquez-nous vos commentaires et suggestions.

[www.copas.lu](http://www.copas.lu)

## L'enquête annuelle « Qualifications, Recrutements et Formations » de la COPAS interpelle le ministre du Travail, de l'Emploi et de l'Économie sociale et solidaire.

Le ministre du Travail, de l'Emploi et de l'Économie sociale et solidaire, Monsieur Nicolas Schmit, a montré un vif intérêt pour les résultats de l'enquête annuelle de la COPAS, sur base desquels il a dès lors proposé une entrevue avec les représentants de la COPAS, qui a eu lieu le 15 septembre 2014.

Au centre des discussions ont été notamment les estimations chiffrées des futurs recrutements, ainsi que les implications quant aux orientations et qualifications les plus recherchées par le secteur des aides et soins.

## La COPAS rencontre la ministre de la Santé

Le 12 septembre 2014, les représentants de la COPAS ont rencontré la ministre de la Santé, Madame Lydia Mutsch, en vue d'un échange sur différents sujets concernant le secteur des aides et soins.



À cette occasion, le président de la COPAS, Monsieur Marc Fischbach, a exposé les réflexions de la COPAS dans le cadre de la réforme de l'assurance dépendance, avec un accent particulier porté sur la prévention. Pour la ministre de la Santé, la prévention reste toujours le mot d'ordre dans le domaine de la santé publique : « *Ce que nous investissons dans la prévention, nous le gagnerons par après !* », ainsi Lydia Mutsch.

## La COPAS invitée au « Séminaire sur l'assurance dépendance » du LCGB-Retraité

Le sujet central du séminaire annuel du LCGB-Retraité, qui s'est tenu le 4 septembre 2014, était l'assurance dépendance luxembourgeoise.

Parmi les orateurs, le coordinateur général de la COPAS, Evandro CIMETTA, a exposé le cadre légal de l'assurance dépendance, les causes de la dépendance ainsi que l'organisation et le fonctionnement de l'assurance dépendance (prestataires, prestations, bénéficiaires, etc.).



## Le Premier ministre honore de sa présence les artistes de COPAS@Art

Franc succès pour l'exposition « **KUNST KENNT KEINE GRENZEN** », organisée par la COPAS, en collaboration avec les artistes de la Fondation Kräizbiere, dont le vernissage a eu lieu le

1<sup>er</sup> juillet 2014, en présence du Premier ministre, Monsieur Xavier Bettel, amateur d'art passionné.

## Changement au sein de l'équipe de la COPAS

La COPAS tient à remercier Sylvain Bousser pour son travail au sein de l'équipe et pour son engagement durant les cinq dernières années. Sylvain part vers de nouveaux horizons où nous lui souhaitons tous la réussite qu'il mérite.

Stéphanie Heintz  
Monique Putz



**COPAS**  
rue de Turi L-3378 Livange

www.copas.lu  
T : 27 17 22 – F : 27 17 22-20

## Venez découvrir nos produits artisanaux



**Mobiliers de jardin en bois massif, objets en bois, plantes saisonnières, coupes...**  
**Tous nos produits sont fabriqués par des personnes en situation de handicap intellectuel.**

L'équipe de Hosingen vous propose aussi :

- des services d'entretien pour vos espaces verts
- des services de buanderie
- des services de restauration
- des services de nettoyage
- des services de mailing et de sous-traitance...

**« ADVENTSFEST » le 28.11.2014,  
à partir de 14 heures**



### Ateliers du Parc Hosingen

Parc Hosingen | 10, am Parc | L-9836 Hosingen | Tél. : 26 90 40-1  
[www.apemh.lu](http://www.apemh.lu)

