



COPAS_{NEWS}

JANVIER 2012 | N° 01

BULLETIN D'INFORMATION DE LA FÉDÉRATION COPAS



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: 16 janvier 2012

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

Tirage: 750 exemplaires

SOMMAIRE

EDITORIAL par Evandro Cimetta 03

- L'année 2012 est proclamée «Année européenne du vieillissement actif et de la solidarité intergénérationnelle»

AIDES ET SOINS 04

- L'importance de la pratique fondée sur les preuves: défi pour le secteur et conséquences d'action

QUALITE 05

- Les comités de résidents et des familles

FINANCE 06

- Les valeurs monétaires 2012
- Un niveau de qualification du personnel élevé au service de la qualité des prestations sanctionné par le mode de financement du secteur des aides et des soins

JURIDIQUE 08

- La loi modifiée du 8 septembre 1998 réglant les relations entre l'Etat et les organismes œuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique – Mode d'emploi juridique

MEMBRE 09

- Autisme asbl

ACTUALITES 10

- Mouvement Luxembourgeois de la Qualité et récompenses 2011

COPAS INDOOR 11

- La COPAS recrute
- Accueil d'un stagiaire
- Mot du stagiaire



Evandro Cimetta

L'année 2012 est proclamée «Année européenne du vieillissement actif et de la solidarité intergénérationnelle»

Conformément à une décision¹ du Parlement européen et du Conseil, l'année 2012 a été proclamée «Année européenne du vieillissement actif et de la solidarité intergénérationnelle». L'année 2012 s'inscrit donc dans la continuité des années précédentes qui ont été celles de l'Année européenne de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale en 2010 et de l'Année européenne des activités de volontariat pour la promotion de la citoyenneté active en 2011.

Ces initiatives au niveau européen sont louables, d'autant plus que l'Europe ne donne pas toujours une image d'elle reflétant les soucis des citoyens se dessinant à des horizons plus ou moins rapprochés. Dans le cas présent, elle semble cependant prendre la mesure de ces défis. On peut en effet lire ceci notamment dans le 8^e considérant de la décision précitée: ... *L'une des clés pour faire face à cette évolution rapide de la pyramide des âges consiste à promouvoir la création d'une culture du vieillissement actif en tant que processus tout au long de la vie et, dès lors, à faire en sorte que les personnes, de plus en plus nombreuses, qui approchent actuellement de la soixantaine ou l'ont dépassée et qui, dans l'ensemble, jouissent d'une santé et d'un niveau d'éducation inégalés par rapport aux générations précédentes se voient offrir des possibilités convenables d'emploi et de participation active à la vie sociale et familiale, notamment dans le cadre du bénévolat, de la formation tout au long de la vie, de l'expression culturelle et des activités sportives.*

Il n'en reste pas moins que la décision du Parlement européen et du Conseil proclamant l'année 2012 «Année européenne du vieillissement actif et de la solidarité intergénérationnelle» n'est finalement qu'une invitation à destination de ses Etats membres sans aucune force contraignante, sans aucune «obligation de résultat». La promotion du vieillissement actif et la promotion de la solidarité intergénérationnelle relève in fine des Etats membres et en conséquence du Grand-Duché de Luxembourg.

En ce début d'année, où les vœux sont d'usage, il est permis de souhaiter que cette année européenne ne sera pas seulement un gadget marketing, mais qu'elle soit effectivement mise à profit pour prendre des décisions à portée durable, un peu comme cela c'était passé (il est vrai dans un autre registre) pour l'année culturelle 1995 qui dans une certaine mesure a été révolutionnaire pour le monde de l'art et de la culture au Grand-Duché de Luxembourg.

Evandro Cimetta
Coordinateur général

Toute l'équipe de la COPAS vous souhaite ses meilleurs vœux pour l'année 2012, ainsi qu'une agréable lecture de la présente édition de la COPASNews.

¹ Décision N°940/2011/UE du Parlement européen et du Conseil du 14 septembre 2011 relative à l'Année européenne du vieillissement actif et de la solidarité intergénérationnelle (2012) [JO L 246/5]

AIDES ET SOINS

L'importance de la pratique fondée sur les preuves: défi pour le secteur et conséquences d'action

Compte tenu du climat d'austérité et du contexte économique difficile, les défis qui se posent en termes d'actions à mener dans le secteur de la santé ne sont pas anodins. En effet, les prestataires de soins seront dorénavant encore davantage confrontés à utiliser les moyens alloués en matière de dépenses de santé de façon efficiente; ceci tout en assurant une prise en charge de qualité afin d'assurer la pérennisation du système de santé. Une argumentation judicieuse des actions et interventions menées semble par ailleurs indispensable.

En effet, il est à noter que l'avancement de certains dossiers en cours depuis longue date revêt une importance majeure pour tout le secteur. A citer par exemple la demande en révision de la nomenclature des actes infirmiers. Il ne fait aucun doute qu'en termes de prestations de soins et en termes de risques de dépenses, il est important de revoir et d'adapter périodiquement le contenu ainsi que les libellés de la nomenclature actuellement en vigueur. Cette adaptation permet dès lors d'être en accord avec l'évolution des soins et les dernières données de la science dans le domaine et finalement de tenir compte de la réalité du terrain. La pratique des soins, qui est en évolution permanente, entraîne des changements de prise en charge notamment au vu de l'évolution des populations prises en charge ainsi que de l'évolution des techniques de soins et de la médecine.

D'où se pose la question de la pertinence de définir de nouveaux actes et de reconsidérer des actes existants. Dans tous les dossiers relevant de la santé publique et où un lien direct pourrait exister en termes d'impact sur la santé des personnes prises en charge, il s'agit de pouvoir réfléchir à long terme. Il faut essayer tout d'abord d'avoir une vision d'ensemble des besoins ainsi que des frais potentiels que des prises en charge pourraient engendrer. Ensuite, il y a lieu de garder à l'esprit qu'en assurant des prises en charge de bonne qualité et une prévention de certaines complications des frais pourraient être évités.

Au vu du changement des populations prises en charge ainsi que de l'évolution de leurs besoins ciblés: personnes fragilisées de plus en plus âgées voire polymorbides, personnes en fin de vie et autres, les besoins en formations continues voire en spécialisations accrues sont une réalité du terrain qu'il ne faut pas perdre de vue.

Actuellement en santé publique et dans le domaine de la médecine tout comme dans les soins infirmiers, la pratique fondée sur les preuves probantes (PFP) - evidence based practice (EBP) - également connue sous les termes de evidence based care, evidence based nursing (EB-N) et autres, devraient être poussée davantage.

A la base le paradigme de la evidence based medicine est né en 1980 et est devenu par après une méthodologie pour les praticiens. Sackett la décrit dans l'article du BMJ de 1996 comme:

«La médecine fondée sur les preuves consiste à utiliser de manière rigoureuse, explicite et judicieuse les preuves actuelles les plus pertinentes lors de la prise de décisions concernant les soins à prodiguer à chaque patient. Sa pratique implique que l'on conjugue l'expertise clinique individuelle avec les meilleures preuves cliniques externes obtenues actuellement par la recherche systématique. Par expertise clinique individuelle on entend la capacité et le jugement que chaque clinicien acquiert par son expérience et sa pratique clinique.»¹

Cette méthodologie a d'ailleurs été adoptée par le Cochrane Collaboration.

En effet, l'objectif recherché par cette démarche est d'aider les professionnels de la santé à asseoir leur pratique de soins sur les meilleures données de la littérature scientifique. En effet l'evidence based nursing (EBN) peut être défini comme *«l'utilisation consciente, explicite et judicieuse des meilleures données actuelles de la recherche clinique dans la prise en charge personnalisée de chaque patient.»²*

Pour la démarche de la pratique fondée sur les preuves (PFP) ou evidence based practice (EBP), il s'agit d'une démarche ou méthodologie en quatre respectivement cinq étapes:

- Formuler une question claire et précise
- Chercher dans la littérature l'information pertinente la meilleure
- Procéder à une lecture critique de l'information recueillie: évaluation de la validité, de la fiabilité et de l'applicabilité
- Concrétiser la preuve dans la pratique clinique, intégrer et appliquer
- Evaluer

Ainsi le but recherché par l'outil de l'EBP est l'amélioration de la pratique professionnelle en favorisant la prise de décision. Cette démarche demande, en vue de sa propagation, d'être portée par une formation ainsi qu'une information. Par ailleurs, l'implémentation de la pratique fondée sur les preuves et donc l'utilisation de résultats probants demande des recherches scientifiques voire l'élaboration de recommandations de bonnes pratiques. Cet exercice demande donc forcément une implication en temps et en ressources humaines afin de rester à la pointe de l'évolution des soins et de procéder à la revue systématisée de la littérature scientifique.

Les recommandations de bonnes pratiques issues de la evidence based practice devraient avoir un impact sur la qualité des soins pour autant que les professionnels de soins en soient informés et intègrent ces connaissances dans leur pratique. Néanmoins il faut être conscient qu'en aucun cas, les «preuves» ne peuvent remplacer le jugement clinique et l'expérience de l'infirmier. Il s'agit d'un outil d'aide pour améliorer la prise en charge des patients.

Ainsi le travail de la commission nationale qualité se doit d'être poursuivi afin d'aider les professionnels du terrain dans la revue systématisée et l'inventaire des recommandations existantes par le biais de la revue de la littérature scientifique et professionnelle (Cochrane, Medline et autres) afin d'analyser ces résultats de recherche et d'élaborer les contenus de recommandations de bonnes pratiques.

Par ailleurs, il est indispensable d'intégrer les acteurs du terrain dans ces démarches afin de connaître les besoins et attentes des professionnels du terrain.

Une remise en question permanente des systèmes en vigueur en serait la conséquence. Or ceci demanderait une certaine flexibilité des systèmes en vigueur permettant des adaptations et modernisations qui ne devraient pas être subordonnés à des systèmes rigides et impliqueraient le renouvellement rapide permettant l'innovation pour rester à la pointe de l'avancement des connaissances et ainsi de pouvoir faire avancer les soins.

Le domaine de la santé est par définition toujours en pleine mouvance et nécessite à ce titre des adaptations permanentes. Afin de



permettre de continuer d'assurer une dynamique, il faut continuer à se donner les moyens d'évoluer et se prévaloir d'une certaine liberté d'action afin de permettre des prises en charge à la pointe de l'évolution.

Claudine Koster

QUALITE

Les comités de résidents et des familles

Pour faire écho à certaines conclusions de l'étude réalisée en 2011 par le CRP Santé et la Cellule d'Évaluation et d'Orientation auprès des bénéficiaires de l'assurance dépendance en Centre intégrés pour personnes âgées et Maisons de soins, nous nous attarderons tout particulièrement pour cette édition sur les objectifs poursuivis par l'instauration de comités de résidents et des familles dans les structures d'hébergement accueillant des personnes âgées ou en situation de handicap.

Si certains pays voisins ont voulu rendre ces instances obligatoires via diverses législations relatives au secteur des aides et soins et de l'accompagnement des personnes âgées et en situation de handicap, certaines voix s'élèvent aujourd'hui pour dénoncer la création obligatoire de ce type de comités, qui pour cause d'application mécanique et formelle et par manque de substances et de temps, sont restés vides de sens ou ont tourné uniquement autour de l'éternel débat sur les repas et la qualité de la nourriture.

Certains penseront cependant que seule la contrainte réglementaire permet d'assurer aux usagers et aux familles un lieu, une place, où les droits fondamentaux que sont le droit à l'information et à l'expression seraient garantis. Le principe de la coquille, même vide, étant déjà acquis...

Pourtant, force est de constater que ces instances ne fonctionnent pas ou ne remplissent par le rôle pour lequel elles ont été imaginées par la seule contrainte réglementaire; si l'initiative ne fait pas partie intégrante du projet de l'établissement, si elle n'est pas intégrée, portée et investie par la direction d'une structure et par des résidents et familles actives.

Ainsi, il me semble qu'il conviendrait plutôt que les initiatives soient laissées libres à ceux qui souhaitent s'en emparer et que l'effort devrait plutôt porter sur l'aide apportée aux structures pour consolider, améliorer ou formaliser la mise en place de ce type d'instances.

Pour accompagner la mise en place de ces instances, voici quelques questions qu'il conviendrait de se poser: à quoi peut ou doit servir un comité des résidents et des familles? Comment peut-il idéalement fonctionner? De quels sujets doit-il, peut-il s'emparer? Quels sont les travers dans lesquels il ne faut pas tomber?

Tout d'abord le comité des résidents et des familles devrait être, partout où une initiative sera prise, identifié et vécu comme un lieu d'échanges, d'informations, d'expression et de partage.

Il devrait avoir un rôle consultatif sur les questions intéressant le fonctionnement et la vie sociale d'un établissement ou d'un service.

Il devrait avoir un rôle informatif auprès des représentants d'usagers et des familles sur les modes de fonctionnement de la structure tant dans ses aspects soins, prise en charge, vie quotidienne que dans ses aspects gestion des ressources humaines et financières.

1. Sackett D.L.; Rosenberg W.M.; Gray J.A; Haynes R.B.; Richardson W.S. *Evidence based medicine: what it is and what it isn't*. *British Medical Journal*, 1996, 312 (7023), 71-2.
2. G. Ingersoll, (2000). *Evidence-base based nursing: What it is and what it isn't*. *Nursing Outlook*, 48(4), 151-152.

Il ne devrait pas être un lieu d'expression des mécontentements personnels ou de règlements de conflits interpersonnels.

Il devrait être composé de résidents et de familles, de personnel de l'établissement et de membres de la direction dans une logique non pas d'opposition mais de collaboration pour un projet commun: des résidents souhaitant participer et s'exprimer en tant que représentant des usagers; des familles volontaires et souhaitant s'engager dans la vie de la structure; une direction engagée (gageure de la réussite du comité) et un personnel impliqué.

A l'instar d'expériences déjà menées par d'autres mais n'ayant pas eu de résultats significatifs, il ne devrait pas être composé de personnes représentantes des usagers ne disposant pas de toutes leurs capacités cognitives, au risque de les mettre en situation d'échecs sous couvert d'une représentativité pleine et entière. Il devrait par contre être composé de familles portant la parole de leurs parents atteints de troubles démentiels ou cognitifs ou de leurs proches en situation de handicap et ne pouvant s'exprimer.

Il ne devrait pas être composé d'un nombre de personnes stricte mais être à géométrie variable selon les bonnes volontés souhaitant s'exprimer.

Il devrait se réunir deux à trois fois par an après une préparation appropriée de l'ordre du jour par la direction et un représentant des usagers et des familles qui collaboreraient, se consulteraient, s'interpelleraient. Il devrait ensuite faire l'objet de comptes-rendus et, le cas échéant, de propositions ou plans d'actions qui seraient diffusés à l'ensemble des usagers, de leurs familles et au personnel.

Il ne devrait pas être saisi pour des questions ne relevant pas de ses missions ou relevant par exemple d'un système de gestion des plaintes individuelles ou d'un conseil d'administration.

Il devrait être un lieu permettant que soit formulé des avis, des conseils, des propositions de nouveaux fonctionnements et d'actions améliorant la qualité du service, du bien-être et du confort des usagers mais aussi pourquoi pas du personnel.

Il ne devrait pas être un lieu où l'utilisateur ou les familles ne sont placés que dans un rôle consommateur générant d'inévitables récriminations à l'égard de la direction ou du personnel.

Il devrait être animé de façon dynamique et collégiale par la direction et un représentant des usagers et permettre à une génération ou à des groupes de personnes qui n'ont pas l'expérience de la prise de parole de pouvoir malgré tout se faire entendre.

Il devrait permettre aux nouveaux usagers et aux familles de dédramatiser l'entrée en institution et de participer à la mise en œuvre des accompagnements et des prises en charge.

Il devrait générer des dynamiques autour de l'organisation du quotidien au sein de la structure telles que par exemple: l'installation d'une seconde barre d'appui dans l'ascenseur, le lavage plus

fréquent des doubles-rideaux, l'installation d'un tapis antidérapant à l'entrée de telle ou telle pièce, la création d'une commission des menus, l'achat de nouveaux jeux de société ou l'accès à internet, le déplacement par les soignants des personnes en fauteuil roulant, les voyages et sorties avec assistance, etc.

Il devrait permettre l'évocation de la parole commune sur des sujets plus éthiques tels que: l'ennui, le regard des autres, la solitude, la peur de se dégrader et de mourir, la gestion des problématiques d'incontinence (protections urinaires ou non), les «toilettes debout», la sexualité mais aussi le rôle social des personnes très âgées et handicapées dans la société, les politiques sanitaires et sociales du vieillissement et du handicap, la bientraitance, etc.

Dans tous les cas, il devrait permettre de rechercher un dialogue constructif entre les différents participants en identifiant les éven-

tuels dysfonctionnements, en y apportant des solutions parfois simples et en suscitant une meilleure compréhension des besoins et souhaits des usagers d'une part et des modes de fonctionnement et contraintes d'autre part.

Si un tel sujet devait être retenu dans les futurs axes de travail qui seront développés au sein de la nouvelle commission thématique qualité de la COPAS, le déploiement d'outils ou fiches d'action pouvant faciliter le fonctionnement de telles instances seront favorisés.

Aline Mahout

Sources:

Gérontologie et Société _ FNG _ 2003/3:
«Des conseils d'établissements aux conseils de la vie sociale» C.M.
www.agevillage.com: Rencontre sur les Conseils de la Vie Sociale

FINANCE

Les valeurs monétaires 2012

Une nouvelle année a débuté, c'est là l'occasion d'étudier sous quels auspices budgétaires s'annoncent les douze prochains mois pour les prestataires d'aides et de soins, ceux-ci ayant un impact majeur sur le niveau de qualité des services susceptibles d'être prestés à leurs usagers. De ce fait, un résumé des valeurs monétaires adoptées pour l'année en cours et des revendications s'avère primordial.

Aucune modification importante dans la méthodologie de calcul n'est à soulever. Concernant, l'ensemble des revendications émises par les deux parties négociantes (la COPAS et la CNS), seules certaines ont vu leur intégration dans la détermination finale des valeurs monétaires. De plus, une distinction est à faire entre les revendications communes à tous les secteurs et celles spécifiques à une valeur monétaire donnée.

Dans d'un premier temps, il convient de mentionner les adaptations découlant des accords signés touchant à la convention collective de travail SAS. Ainsi, la prime mensuelle de 1,5% pour l'année 2012 a été prise en compte dans la détermination de l'ensemble des valeurs monétaires tout comme celle s'étant appliquée rétroactivement pour l'année 2011. Valant également pour tous les secteurs, la CNS a fait valoir une réduction des frais indirects à considérer dans le calcul des valeurs monétaires justifiant cette dernière par les économies d'échelle constatées. En effet, la CNS soutient que l'évolution des frais indirects ne va pas de pair avec celle de l'activité globale, le bien-fondé de cet état de fait restant à démontrer sur base de données chiffrées. Cependant, il a été donné suite à la requête de la CNS. La COPAS a demandé une prise en charge sinon entière du moins partielle des pertes de productivité engendrées par le personnel interne reclassé et l'emploi de travailleurs en situation de handicap. Cependant, cette revendication n'a pas été retenue, la CNS arguant de la non-prise en compte de cette réalité dans d'autres branches, dont le secteur hospitalier notamment.

A la suite des discussions des éléments décrits ci-dessus qui concernent tous les secteurs, la valeur monétaire pour les établissements intermittents s'établit cette année à 6,99052 EUR/h à l'indice 100, soit 51,58 EUR/h à l'indice 737,83 (+ 0,79%), celle des établissements à séjour continu à 6,23816 EUR/h à l'indice 100, soit 46,03 EUR à l'indice 737,83 (+ 0,80%).

Pour les deux autres secteurs, les négociations ont été menées sur des réflexions supplémentaires. Ainsi, et afin que la structure du

personnel puisse répondre à l'évolution estimée des prestations prévues pour 2012, un ajustement de la valeur monétaire des centres semi-stationnaires s'avérerait indispensable pour tenir compte de ces réalités. De ce fait, la revalorisation opérée permet aux structures de jour d'adapter le niveau de personnel qualifié permettant de réaliser les prestations à réaliser en 2012.

De plus, au vu des discussions actuellement en cours concernant les déficits structurels occasionnés par l'application de coefficients d'intensité pour les prestations de soutien (voir les éditions précédentes), la CNS a consenti à intégrer partiellement les revendications de la COPAS pour compenser cet état de fait. Au final, la valeur monétaire 2012 pour les structures de jour a été arrêtée à 7,34664 EUR/h à l'indice 100 soit 54,21 EUR/h à l'indice 737,83 (+2,57%).

Dans le cadre des négociations concernant les réseaux d'aides et de soins, il a été donné suite à la revendication de la COPAS demandant la valorisation d'un taux d'infirmiers entre 16% et 17% dans le personnel global intervenant auprès de la personne dépendante. Par ailleurs, au vu de l'augmentation constatée des prestations à la charge de l'assurance maladie, la CNS a formulé la demande de procéder à une adaptation des ETP des kinésithérapeutes. En outre, comme les années précédentes, la CNS a revendiqué le plafonnement des frais de publicité. De plus, la CNS a fait la différence entre la capacité de travail déterminée de manière théorique et la capacité de travail réelle. Au sens de la COPAS, il aurait apparu justifié de valoriser plus fortement le temps de documentation et de déplacement pour les professions de l'ergothérapeute, du psychomotricien et du psychologue, ces professionnels ayant à réaliser une documentation plus spécifique. Cependant, celle-ci n'a pas fait l'objet d'un consensus dans le cadre des négociations de cette année. Il en résulte qu'une valeur monétaire des réseaux pour l'année 2012 a été fixée à 8,57035 EUR/h à l'indice 100, soit 63,23 EUR/h à l'indice 737,83 (+0,80%).

Donc, en résumé, les valeurs monétaires pour 2012 sont fixées comme suit:

- ESI: 6,99052 EUR/h à l'indice 100, soit 51,58 EUR/h à l'indice 737,83
- ESC: 6,23816 EUR/h à l'indice 100, soit 46,03 EUR à l'indice 737,83
- CSS: 7,34664 EUR/h à l'indice 100, soit 54,21 EUR/h à l'indice 737,83
- RAS: 8,57035 EUR/h à l'indice 100, soit 63,23 EUR/h à l'indice 737,83

Carla Jorge

Un niveau de qualification du personnel élevé au service de la qualité des prestations sanctionné par le mode de financement du secteur des aides et des soins

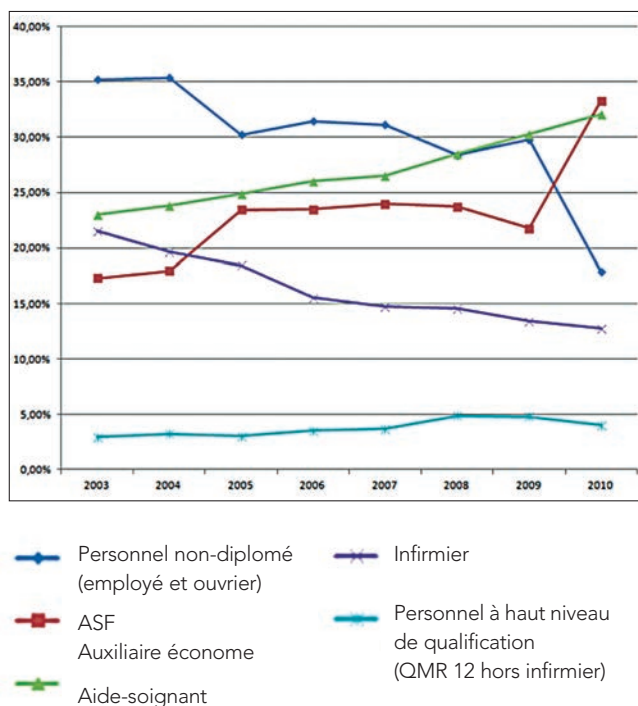
Une nouvelle année s'amorce, celle-ci voyant l'entrée en vigueur de nouvelles valeurs monétaires (VM) fixées au terme du cycle de négociation annuel pour les quatre types d'activités concernées (Réseaux d'aides et de soins, Centres semi-stationnaires, Etablissements d'aides et de soins à séjour continu, Etablissements à séjour intermittent). Cette période de l'année étant traditionnellement propice à la formulation de bonnes résolutions devant nous pousser à faire preuve d'audace et sans cesse améliorer l'existant, osons émettre le vœu que la méthode de détermination de la valeur monétaire ne sera pas exclue de ce précepte. En effet, il est à espérer que cette dernière puisse voir l'émergence d'évolutions méthodologiques s'inscrivant bien sûr dans le cadre législatif en place et garantissant bien entendu un usage raisonné des fonds publics mais permettant également une rémunération plus juste des prestataires du secteur. En cela, la COPAS tient à rappeler tout particulièrement que le mode de détermination de la VM tel qu'il est appliqué actuellement renferme en son sein des faiblesses méthodologiques mettant à terme en péril la diversité des concepts de soins pouvant être offerts par les prestataires, la méthode en vigueur impliquant de fait une homogénéisation forcée des méthodes organisationnelles mises en place pour pouvoir répondre aux besoins pourtant différenciés des personnes en situation de dépendance.

Avant d'illustrer notre propos plus en détail, rappelons que le mode de détermination actuel des valeurs monétaires repose en grande partie sur la détermination d'un coût moyen pour une heure de soins calculé sur base des frais constatés à l'échelle de l'ensemble des institutions du pays. Ces coûts recensés pour établir une valeur moyenne nationale intègrent à des degrés divers les frais généraux (administration, bâtiments, transport etc.) considérés comme «opposables à l'assurance dépendance» mais également et surtout l'ensemble des frais du personnel susceptible de réaliser des actes d'aides et de soins ainsi que partiellement ceux du personnel

de direction/coordination, administratif et logistique. L'ensemble des frais de personnel susmentionnés représentent l'écrasante majorité des montants considérés pour la fixation du coût horaire moyen national, leur poids s'élevant à plus de treize fois celui des frais généraux. Or, l'expérience démontre que le mode de détermination du coût d'une heure de soins sur base de valeurs annuelles moyennes n'entraîne pas pour conséquence un rapprochement progressif vers le coût moyen national, les frais constatés continuant à présenter de fortes disparités selon les institutions. Cet état de fait s'explique par des raisons tant historiques (différentes «philosophies d'entreprise» selon les prestataires) que conceptuelles, les institutions adoptant des approches différenciées dans les démarches qualités appliquées sur le terrain (Question de la «Strukturqualität», définie non seulement par les infrastructures mais également les modes d'organisation et le «mix du personnel» retenus). Or, il va de soi que la qualification du personnel retenu se trouve avoir un impact direct sur la masse salariale de l'établissement concerné, celle-ci étant également directement influencée par les dispositions des conventions collectives du secteur. La valorisation d'une heure de soins prestée s'effectuant néanmoins sur base de son coût global moyen, il en résulte que les institutions affichant un coût supérieur à ce dernier – en raison d'une structure du personnel à plus forte qualification notamment – ne voient pas leurs dépenses entièrement rémunérées par le biais de la valeur monétaire et se voient obligées de recourir à un personnel de moins en moins qualifié pour combler le manque à gagner occasionné. A contrario, les prestataires faisant appel à du personnel globalement moins qualifié voient eux leurs coûts «surpayés». De ces deux états de fait résulte tout naturellement une diminution progressive des coûts moyens constatés, contraignant une nouvelle fois les structures au «mix du personnel» le plus qualifié d'ajuster celui-ci vers le bas pour se plier aux obligations financières s'imposant à elles. Ainsi, nous constatons bien que la méthode de financement du secteur des aides et des soins consiste en fait en un cercle vicieux ininterrompu entraînant un nivellement continu vers le bas du niveau de qualification du personnel prestant comme l'illustre à titre d'exemple les graphiques ci-dessous portant sur le secteur des réseaux d'aides et de soins.

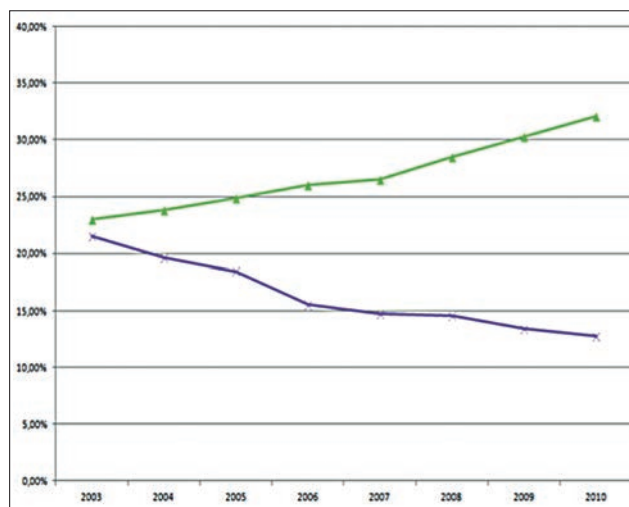
Graphique 1:

Evolution chronologique du mix de personnel ALP assurance dépendance pour les réseaux d'aides et de soins (personnes âgées); 2003-2010



Graphique 2:

Mise en exergue de l'évolution opposée des carrières «aide-soignant» et «infirmier» dans le mix de personnel global des réseaux d'aides et de soins (personnes âgées); 2003-2010



Pour pallier cette situation, la COPAS revendique depuis de nombreuses années la fixation de normes concernant la mixité du personnel dans l'objectif de permettre une adaptation de la valeur monétaire pouvant tenir compte des différentes mixités de personnel admises et constatées sur le terrain.

En effet pour l'heure, le relevé-type des actes de l'assurance dépendance, représentant une annexe d'un règlement d'exécution de l'assurance concernée, se contente de prescrire des qualifications minimales requises (QMR) pour la réalisation des différents actes pris en charge. Dans la mesure où la seule fixation de normes à minima entraîne les conséquences évoquées ci-dessus, il conviendrait au sens de la COPAS de se pencher sur la définition de «qualifications maximales admises» (QMA), constituant par la même une marge à l'intérieur de laquelle la possibilité serait donnée aux prestataires d'exercer librement la liberté théorique qui leur est actuellement donnée dans le choix du mix du personnel à appliquer dans leurs établissements. Ainsi, si la QMR correspondrait à un gage minimum de qualité des prestations exigées au niveau national par le législa-

teur, la QMA fixerait dans quelles limites les prestations apportées par un personnel d'une qualification donnée serait à considérer comme relevant de la solidarité nationale - et à ce titre financé par l'assurance dépendance - ou au contraire à considérer comme dépassant ce cadre et relevant de la prise en charge individuelle.

La COPAS a par le passé soulevé à maintes reprises cette problématique dans le cadre des commissions compétentes et a d'ores et déjà eu l'occasion de présenter des premières pistes de travail dans le but d'amorcer une réflexion commune quant aux changements méthodologiques à adopter pour y remédier. Dans ce sens, la COPAS ne peut que réitérer sa demande à ce que l'importance de ces questions soit clairement identifiée par l'ensemble des instances concernées, sans quoi la résultante à terme ne pourra être qu'un nivellement continu vers le bas de la qualité des prestations pouvant être prestées aux personnes en situation de dépendance au grand-duché.

Sylvain Bousser

JURIDIQUE

La loi modifiée du 8 septembre 1998 réglant les relations entre l'Etat et les organismes œuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique – Mode d'emploi juridique

La loi modifiée du 8 septembre 1998 réglant les relations entre l'Etat et les organismes œuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique (loi dite loi ASFT) fixe principalement deux objets, entièrement distincts (et en principe indépendants) l'un de l'autre.

Le premier objet de la loi ASFT délimite le droit d'exercice (à l'instar de la législation des classes moyennes pour le commerce, de la législation bancaire pour les banques, etc.). Ce premier objet répond donc aux besoins d'une loi de police. Les conditions pour le droit d'exercer une des activités visées par la loi ASFT sont par ailleurs précisées et détaillées dans toute une série de règlements grand-ducaux (en fonction des différents types d'activité).

Ce premier objet de la loi ASFT vise donc exclusivement les prestataires de services.

Le deuxième objet de la loi ASFT influence, via des moyens financiers, la politique dans les domaines social, familial et thérapeutique. Ce deuxième objet répond donc principalement aux besoins de la mise en œuvre de la politique gouvernementale. Les moyens financiers en question peuvent répondre à un besoin de financement en investissement et/ou à un besoin de financement de fonctionnement. La mise à disposition de moyens financiers se fait via des conventions à signer individuellement entre les différents ministères concernés et chaque prestataire de services sollicitant une aide financière. La relation est purement conventionnelle.

Ce deuxième objet de la loi vise également exclusivement les prestataires de services.

Les deux démarches semblent donc en apparence identiques. Dans les deux cas de figure, le ministre en charge est amené à prendre une décision vis-à-vis d'une demande qui lui a été soumise par le prestataire de services. Pourtant, ces deux démarches se distinguent de façon fondamentale l'une de l'autre.

Dans le premier cas de figure, la décision à prendre par le ministre relève de la catégorie des décisions administratives. Dans le

deuxième cas, la décision relève essentiellement de la catégorie des décisions politiques. Concrètement, dans le deuxième cas de figure, en observant l'égalité de traitement entre les demandes, le ministre peut, sans aucune motivation, faire droit ou refuser de faire droit à la demande qui lui est soumise. Par contre, dans le premier cas de figure, le ministre est en situation de compétence liée. Dans la mesure où toutes les conditions pour l'obtention d'une décision positive sont réunies, le ministre doit faire droit à la demande.

De cette première distinction en découle une deuxième. La décision politique ne peut en principe pas faire l'objet d'un recours devant une quelconque juridiction. La décision administrative, quant à elle, est susceptible d'être attaquée en justice. Les juridictions administratives, comprenant le tribunal administratif en première instance et la cour administrative en deuxième, sont compétentes pour ce type de saisine.

Il va de soi qu'il ne s'agit pas de saisir «à tort et à travers» les juridictions à chaque fois que l'on n'est pas convaincu de la décision prise à son encontre par le ministre concerné. Toutefois, recourir à cette voie, donc à la voie de la saisine de la juridiction administrative pour essayer d'obtenir une décision favorable, ne relève nullement d'une attitude condamnable et à éviter. Il ne s'agit pas de «faire le procès» à un ministre, voire à ses fonctionnaires. Il s'agit simplement de faire usage des procédures mises en place dans un Etat de droit permettant de faire trancher par une personne neutre – le juge – la question pour laquelle les deux parties – le ministère et le prestataire/demandeur – avancent des solutions et réponses divergentes.

Evandro Cimetta





Autisme Luxembourg a.s.b.l.

Autisme Luxembourg asbl: 30 années au service des personnes atteintes de troubles du spectre autistique

Autisme Luxembourg asbl gère neuf services répartis sur trois sites: Luxembourg, Esch/Alzette et Beckerich. L'association propose aux personnes souffrant de troubles envahissants du développement des services adaptés, dans les différents domaines de la vie: hébergement, accueil de jour, loisirs, santé, formation professionnelle, travail, accompagnement en milieu ouvert.

Qu'est-ce que l'Autisme?

Les troubles du spectre autistique (TSA) sont des troubles envahissants du développement caractérisés par une interaction sociale et une communication anormales, avec des comportements restreints et répétitifs.

Il n'y a pas de traitement curatif à proprement parler. Un accompagnement individualisé, précoce et adapté, à la fois sur les plans éducatif, comportemental, et psychologique augmente significativement les compétences relationnelles et les capacités d'interaction sociale, l'autonomie, les possibilités d'acquisition du langage et de moyens de communication non verbale.

Les services d'Autisme Luxembourg asbl

Les services sont financés par le biais de différentes conventions signées avec le Ministère de la Famille et de l'Intégration et le Ministère du Travail et de l'Emploi. Autisme Luxembourg asbl est également signataire de trois contrats d'aides et de soins dans le cadre de l'assurance dépendance: CSS (semi-stationnaire), ESI (séjour intermittent) et RAS (réseau d'aides et soins).

Le CIRPA à Hollerich

Le C.I.R.P.A. est le Centre d'intégration et de récréation pour personnes atteintes d'autisme. Il offre différents services: un foyer (8 places), un centre de loisirs, un service d'aide à domicile.

Le Foyer

Le Foyer est installé dans une grande maison unifamiliale. Chaque résident y dispose d'une chambre individuelle ou tout au moins d'un espace intime qui lui est réservé. Pour préserver l'atmosphère familiale, le nombre de résidents est réduit.

Compte tenu de la demande, Autisme Luxembourg asbl recherche la possibilité d'élargir son offre d'hébergement et d'ouvrir un second foyer. L'ambition est de créer deux groupes de vie et d'aménager une solution de dépannage pour les familles. La situation et les besoins spécifiques des seniors atteints d'autisme devront également être pris en compte.

Le Centre de Loisirs

Le Centre de loisirs (CDL) propose un programme de loisirs adapté aux adolescents et adultes vivant dans leur famille ou en autonomie. L'objectif est la participation à la vie sociale, le bien-être et l'épanouissement personnel. Les usagers du centre de loisirs participent activement à l'élaboration du programme. Les activités ont lieu les mardis, jeudis et samedis après-midi.

L'équipe pédagogique a développé, pour les adolescents, un projet visant à améliorer les compétences sociales des participants. Une fois mis en place, ce projet, dénommé «SoKo» (Gruppenangebote zur Förderung SOzialer KOMpetenzen bei Menschen mit Autismus), permettra aux usagers, à côté des activités récréatives, de développer leurs compétences sociales et relationnelles. La place manque malheureusement pour lancer ce projet.

Autisme Luxembourg asbl recherche actuellement un local adapté, à Luxembourg-Ville ou en périphérie, pour développer ses activités.

Le Service «Assistance à domicile»

Le service propose aux personnes vivant en milieu ouvert un accompagnement adapté à leurs compétences, besoins et attentes. L'objectif est le maintien et l'amélioration de l'autonomie et des compétences sociales (gestion du budget, démarches administratives, tâches ménagères, courses et commissions, accompagnement à des visites médicales, etc.). Le service veille également à tisser autour de la personne accompagnée un réseau de solidarité (famille, voisinage, collègues de travail...) et à l'inciter à recourir à l'offre culturelle et associative dans son environnement.

En raison de la demande croissante, l'offre de service doit être élargie, notamment en créant des communautés de vie encadrées.

Le Centre Roger Thelen (CRT) à Beckerich

Le service de consultation

Le service de consultation est constitué d'une équipe multidisciplinaire, composée de deux psychologues, d'un pédagogue diplômé, d'une ergothérapeute, d'une orthophoniste, et d'une sophrologue. Les membres de cette équipe ont une fonction de personnes «ressources» pour le personnel. Ils agissent aussi comme consultants et intervenants spécialisés auprès des usagers encadrés dans les différents services et auprès de leur entourage familial. Ils participent activement à l'élaboration et la mise en place des projets d'accompagnement socio-pédagogique. Le service est également ouvert au public.

Depuis 2010, des groupes de paroles pour les membres de famille de personnes présentant des troubles envahissants du développement ont été mis en place.

Le service des soins de santé

Le service se compose de deux infirmières diplômées qui assurent les soins de santé ainsi que des prestations au sens de l'assurance dépendance et l'éducation à la santé et gèrent, avec la collaboration d'un médecin généraliste, les dossiers médicaux des personnes encadrées. Une collaboration étroite est mise en place avec le corps médical et les établissements hospitaliers.

Un médecin généraliste, un kinésithérapeute, un ostéopathe, un psychiatre, ou encore un médecin dentiste et une pédicure interviennent régulièrement au Centre Roger Thelen.

Une convention de collaboration privilégiée avec la Clinique Saint Louis à Ettelbruck a été mise en place afin d'assurer un accueil adapté lors d'une hospitalisation ou d'une consultation et de mieux coordonner les examens médicaux nécessaires, notamment en les regroupant lors d'une seule visite.

Les ateliers protégés

Autisme Luxembourg asbl gère deux ateliers protégés: la «Keramikfabrik» à Esch-sur-Alzette et le département «Atelier protégé» du «Centre Roger Thelen» à Beckerich. Il s'agit de proposer des emplois adaptés à des personnes atteintes d'autisme qui ne sont pas - ou pas encore - en mesure d'intégrer le marché normal du travail.

Le CRT héberge les ateliers suivants:

- Atelier de jardinage,
- Atelier de fabrication de confiture,
- Atelier de graphisme, d'impression digitale et de façonnage,
- Atelier de papier recyclé,
- Atelier de cuisine,
- Atelier de buanderie - entretien.

La «Keramikfabrik» à Esch-sur-Alzette est un atelier réalisant des objets artisanaux en céramique au moyen de différentes techniques de production: techniques du moulage, technique du libre montage, réalisation d'articles «sur mesure».

Les ateliers sont conçus pour offrir 40 places de travail à des personnes atteintes d'autisme. Le chantier de l'extension des ateliers, dont la capacité d'accueil sera quasiment doublée, débute actuellement.

La «Keramikfabrik» est quant à elle conçue pour offrir 6 à 7 places de travail à des personnes atteintes d'autisme.

Le service de «Jobcoaching»

Le «Service d'insertion et de maintien au marché du travail pour des personnes atteintes de troubles envahissants du développement» a été mis en place en 2010. Il assure l'accompagnement d'utilisateurs

en formation et de travailleurs handicapés des ateliers, lors de la recherche d'un stage en entreprises ou d'un emploi sur le marché du travail ainsi que l'accompagnement de personnes atteintes d'autisme salariées d'une entreprise externe ou d'une administration.

Le service de formation professionnelle

Le Service de Formation Professionnelle (SFP) accueille les jeunes à partir de 16 ans (à l'issue de l'obligation scolaire) et leur propose une formation professionnelle orientée vers un de nos ateliers ou vers le marché normal du travail.

Le SFP peut accueillir jusqu'à 20 étudiants. La durée de cette formation professionnelle s'étend sur 2 à 3 années.

La formation se compose d'une partie théorique et d'une partie pratique. La partie pratique est réalisée dans les ateliers protégés du CRT et de la «Keramikfabrik». Les cours théoriques portent sur les compétences scolaires classiques et des compétences globales (l'hygiène, la nutrition, la mobilité, la conscience générale de son corps, orientation temporelle et spatiale). L'accent est mis sur les matières spécifiques en rapport avec l'autisme comme la communication et les interactions sociales, auxquelles nous portons une attention toute particulière.

Le Centre de Jour

Le Centre de jour spécialisé est un service d'activités de jour pour personnes qui ne sont pas en mesure d'exercer une activité professionnelle. Il propose différentes activités occupationnelles (jeux, puzzle,...) socio-pédagogiques et thérapeutiques (relaxation, airtramp,...) adaptées aux compétences, aux attentes et aux besoins de chaque usager considéré individuellement. Le groupe du CDJ fait régulièrement des sorties avec les usagers.



ACTUALITE

Mouvement Luxembourgeois de la Qualité et récompenses 2011

Cette année, plusieurs institutions ou services travaillant dans le secteur des aides et soins ou de l'accompagnement de divers publics ont reçu une récompense du Mouvement Luxembourgeois de la Qualité:

- le CIPA «Résidence Dickkopf» de la commune de Sanem qui a pour sa part reçu un prix spécial du jury «Reconnaissance d'encouragement»
- dans la catégorie petit organisme d'utilité publique, le SPAD - Soins Psychiatriques à Domicile (Service du Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique) qui a reçu la mention «sur la voie de l'excellence»,

Notons également que la Cellule d'Evaluation et d'Orientation a reçu une mention «sur la voie de l'Excellence» dans la catégorie grand organisme d'utilité publique.

Un grand BRAVO à tous!!!

Et en espérant que cela en incite d'autres à concourir l'année prochaine!



Aline Mahout

La COPAS s'agrandit!

Suite à la réorganisation au courant de l'année 2011 et au vu des défis du secteur des aides et des soins, la COPAS a engagé Monique Putz pour son département «communication» en renforcement de l'équipe déjà en place et afin d'être à même de faire face à de nouvelles missions.

Présentation de Monique PUTZ

C'est avec grand plaisir que j'entame ma nouvelle fonction en tant que chargée de missions communication au sein de l'équipe de la COPAS. Après un parcours dans le journalisme audiovisuel, je franchis dès à présent le pas vers le domaine de la communication, qui m'a toujours particulièrement intéressé.

La communication, c'est surtout être à l'écoute des autres. Mais bien plus encore : se faire connaître, améliorer son image auprès du public, informer la population sur des problèmes sociaux, véhiculer des idées, partager des connaissances, renforcer la cohésion au sein d'un groupe, sont autant d'objectifs propres à la communication sociale. Une entreprise cherche à vendre ses produits ou ses services, une association ou fédération à se faire connaître des usagers ou à faire respecter les droits et obligations de chacun. L'association est une organisation qui répond à des besoins totalement différents, loin des impératifs commerciaux; il ne s'agit pas uniquement d'informer, mais d'argumenter, d'expliquer, de partager, de susciter le consensus, de remanier, d'adapter... Dans ce sens, je suis prête à relever ce défi.

Monique Putz

Ainsi, l'équipe de la COPAS est la suivante:

- Evandro Cimetta – Coordinateur général
- Stéphanie Heintz – Secrétaire assistante
- Claudine Koster – Chargée de missions, domaine aides et soins
- Aline Mahout – Chargée de missions, domaine qualité et recherche et développement
- Carla Jorge Matias – Assistante chargée de missions, domaine financier
- Sylvain Bousser – Chargé de missions, domaine financier
- Monique Putz – Chargée de missions principale, domaine communication

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

Accueil d'un stagiaire

Dans le cadre de sa participation à la formation professionnelle, la COPAS a accueilli, au sein de son équipe – et pour la deuxième fois dans la même année – un élève pour effectuer un stage de quelques jours.

Mot du stagiaire

Je m'appelle Nicolas Lim, j'ai 15 ans et pour l'instant je fais mes études au Lycée Ermesinde (avant nommé Neie Lycée).

Ce lycée est un lycée à plein temps et son but est de bien préparer les élèves à la vie professionnelle et de découvrir où sont ses intérêts et quels sont ses talents.

Les élèves sont priés de participer activement aux cours et de savoir aussi travailler de manière autonome.

On apprend beaucoup aux élèves les responsabilités qu'on doit avoir pour entrer dans le monde professionnel.

Le lycée se distingue des autres, car comme je l'ai dit, il est à plein temps parce qu'il n'y a pas que les cours dans la journée.

Les journées sont formées de 3 cours de 90 minutes par jour. On a le premier cours de 90 minutes, après celui-ci, il y a une pause pour tout le monde de 30 minutes; ensuite vient le deuxième cours de 90 minutes suivi de 4 plages de 45 minutes.

Après ces 4 plages de pause vient le troisième cours de 90 minutes. Tout ceci dure de 8h10 à 16h20 mais le lycée ouvre déjà ses portes le matin à 7h20 pour que les élèves arrivent tranquillement ou puissent encore faire une étude le matin et ferme ses portes à 19h00 ce qui permet aux élèves de faire également des études ou activités après les cours.

Moi je suis en 5^{ème} technique et cette année on nous impose de faire trois stages d'observation, les deux premiers de 8 jours et le dernier de 4 jours, cela nous permet de voir comment se passe la vie professionnelle et si le domaine dans lequel on fait les stages nous plaît.

Mon premier stage je l'ai effectué mi-novembre pendant 8 jours à la COPAS, car je suis très intéressé par le domaine de commerce et gestion, car j'aimerais essayer d'entrer l'année prochaine à l'ECG (Ecole de Commerce et de Gestion).

Ce stage s'est très bien passé car j'ai été très bien accueilli et j'ai appris beaucoup de choses dans ce domaine qui m'aideront certainement pour l'avenir. Pendant ce stage j'ai pu observer et également faire des choses comme apprendre à rédiger un rapport après une réunion ou faire des mises à jour des dossiers ou trier et organiser certaines choses, comme les factures.

J'ai également beaucoup travaillé avec le programme EXCEL pour calculer des choses et établir des listes. On m'a également expliqué les différents métiers et les différents thèmes qui sont traités à la COPAS. Durant ce stage j'ai vraiment beaucoup appris et je remarque que c'est vraiment le secteur/domaine qui m'intéresse. Je suis vraiment content d'avoir effectué ce stage ici et j'espère que les prochains seront aussi intéressants et que j'apprendrai également beaucoup.

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