



Rapport d'activité 2016



Fédération COPAS – association sans but lucratif

Siège social : Rue de Turi, L-3378 Livange

Numéro registre de commerce et des sociétés du Grand-Duché de Luxembourg : F1437

Date d'édition : avril 2017

Le mot du président

L'année 2016 s'est présentée dans un climat de forte préoccupation par des sujets s'articulant autour :

- ✓ de la fixation des valeurs monétaires par voie budgétaire ;
- ✓ des modalités liées au fond de compensation ;
- ✓ des répercussions cumulées de la mesure 257 du *Zukunftspak* ;
- ✓ du projet de loi 7014 ayant pour objet la réforme de l'assurance dépendance ;
- ✓ des avis à donner par la commission consultative sur le contenu des règlements grand-ducaux liés au précité projet de loi ;
- ✓ de la réforme et de l'accord salarial dans la fonction publique et de l'impact d'une éventuelle transposition dans le secteur CCT – SAS.

Le rythme des réunions de consultation, de concertation et de négociation a connu une rapide accélération. Les plateformes multiples de dialogue dans lesquelles la COPAS s'est investie nous ont permis de contribuer à une meilleure compréhension de notre vision sur:

- ✓ la qualité des soins ;
- ✓ le droit individuel aux prestations d'aides et de soins ;
- ✓ la nécessité d'investir dans la prévention;
- ✓ la nécessité d'un cadre normatif en matière de multidisciplinarité.

Pour la COPAS, le dialogue et l'approche conceptuelle voire normative sont indispensables pour répondre aux besoins du secteur et aux multiples défis de notre pays. Rassembler les autorités concernées dans le but d'améliorer la compréhension de l'enjeu complexe afin d'éviter des pièges ultérieurs constitue la ligne de visée de la COPAS.

À défaut des règlements grand-ducaux, à défaut des amendements nécessaires au texte proposé pour prévenir toute détérioration de la qualité, la mise en vigueur du projet de loi 7014 a dû être reportée au-delà du 1^{er} janvier 2017.



Bien que ces dossiers représentent les priorités de notre action, la COPAS a continué à s'investir dans de multiples domaines touchant les diverses activités de ses membres.

Le rapport annuel rend compte des missions et actions de la COPAS tout au long de l'année 2016.

Il apparaît, plus que jamais, que la COPAS constitue un partenaire incontournable aussi bien pour le gouvernement que pour les ministères et administrations. Car il s'agit pour la COPAS de construire les bases réglementaires favorables à une prise en charge de qualité des personnes âgées, en situation de handicap ou touchées par une maladie chronique et/ou invalidante ; de participer à la conception de la formation initiale et continue des soignants ; de proposer des modalités de financement pour toutes les activités d'aides et de soins à la personne dépendante ou vulnérable.

La COPAS souhaite que les concertations se poursuivent en 2017, que les discussions se déroulent de façon proactive, qu'il s'agisse de défis structurels ou conceptuels. Les jalons devront être posés afin de garantir aux prestataires œuvrant dans le domaine d'aides et de soins une sécurité de planification et de budget à long terme. Le secteur a besoin de stabilité pérenne afin qu'il puisse continuer à remplir son mandat social de façon motivée et responsable.

Marc Fischbach

Sommaire

Le mot du président

Qui sommes-nous ?	3
1. Historique	3
2. Membres	4
3. Mission	6
4. Organisation	6
- Le Président	6
- Le Conseil d'administration	6
- Le Bureau exécutif	7
- Les départements sectoriels et les commissions thématiques	8
- La cellule administrative	9
5. Représentant(s) COPAS au sein d'organes externes	10
Nouvelle législation de l'assurance dépendance	12
1. Historique	12
2. Avis de la COPAS: synthèse	12
3. La Commission consultative	13
4. Le GT aides techniques	15
L'année 2016 en un clin d'oeil	16
Articles d'actualité	18
1. Les stratégies de coopération dans la prise en charge sanitaire transfrontalière	18
2. Revues spécialisées 2016: une rétrospective	24
Principales activités de la COPAS en 2016	30
1. Aides et soins	30
2. Finances	33
3. Personnel du secteur	36
4. Marché du travail et formation	38
5. Communication	42
6. Autres activités	44

Qui sommes-nous ?

1. Historique

En 1996, dans le cadre des discussions relatives à l'introduction d'une assurance dépendance au Grand-Duché de Luxembourg, différents prestataires ont soulevé l'opportunité de créer une association ou un groupement professionnel des prestataires chargé de négocier avec le futur organisme gestionnaire de l'assurance dépendance.

Le 6 juin 1997, lors de son assemblée constituante, la COPAS a vu le jour sous la forme d'une confédération admettant des ententes et des membres individuels à titre de membre; sa dénomination était alors «Confédération luxembourgeoise des prestataires et ententes dans les domaines de la prévention, d'aide et de soins aux personnes dépendantes». Un conseil d'administration a été mis en place et un premier président élu.

En 1998, les premières négociations avec l'Inspection Générale de la Sécurité Sociale (IGSS) ont été engagées sous la conduite de trois personnes détachées des membres fondateurs en vue de la détermination des tarifs de l'assurance dépendance applicables au 1^{er} janvier 1999 (la loi n'étant pas encore en vigueur, la CNS n'avait pas encore l'attribution nécessaire pour ces négociations). Jusque-là, la COPAS ne disposait pas de personnel.

En décembre 1998, puis janvier 1999, une secrétaire-comptable fut embauchée de même que le premier coordinateur de la COPAS. Les premières missions de la COPAS ont principalement permis l'accompagnement et l'implémentation sur le terrain des nouvelles modalités relatives à l'introduction d'un droit à l'assurance dépendance.

Cependant, dès sa création, les missions de la COPAS ont été plus larges avec notamment son action et sa représentativité pour le domaine des actes infirmiers en partenariat avec l'ANIL.

En 2005, les statuts de la COPAS ont été modifiés pour élargir son objet statutaire et le rendre plus concordant avec les diverses missions qu'elle s'est appropriées au-delà du champ de l'assurance dépendance.

À cette occasion, la COPAS est devenue la «Confédération des Organismes Prestataires d'Aides et de Soins».

En 2007, soit 10 ans après sa constitution, la COPAS a procédé à une réflexion de fond la conduisant à réaffirmer son caractère de groupement représentatif et à consolider ses actions en faveur de ses membres.

Dès 2009, de nouvelles discussions ont été engagées par les membres du conseil d'administration pour définir des modalités plus efficaces dans l'appui et le soutien à ses membres, et ce, pour l'ensemble des champs et domaines de compétences du secteur.

Lors de nombreuses réunions menées sur plus d'un an, les adhérents et plus particulièrement les administrateurs de la COPAS, se sont penchés sur une réforme de taille touchant notamment le fonctionnement interne. L'enjeu fondamental était de préserver un contact étroit entre les adhérents et la COPAS dont l'activité s'est élargie et approfondie, tout en garantissant la prise en compte des intérêts individuels et sectoriels.

Lors de l'assemblée générale extraordinaire du 10 mai 2011, cette démarche a abouti à une réorganisation de la COPAS, devenue statutairement une fédération, avec l'adhésion directe de membres individuels et prenant la dénomination de «Fédération COPAS». L'assemblée générale a créé des départements. La nouvelle structure est dirigée par un président neutre qui n'est pas un délégué d'un membre.

Le choix s'est porté sur Marc Fischbach, qui fut nommé nouveau président de la COPAS lors de l'assemblée générale ordinaire du 28 mars 2012, succédant à Michel Simonis, qui assurait cette fonction depuis le 18 novembre 2005.

Publications statutaires

Les membres fondateurs de la COPAS furent les suivants :

- Fondation A.P.E.M.H.
- Association des aveugles a.s.b.l.
- Association Luxembourg Alzheimer a.s.b.l.
- Association des prestataires d'inspiration chrétienne actifs dans le domaine des aides et des soins a.s.b.l.
- Croix-Rouge Luxembourgeoise

- Ententes des gestionnaires d'institutions pour personnes âgées a.s.b.l.
- Fondation Stëftung Mathëllef
- Entente des hôpitaux luxembourgeois a.s.b.l.
- Fédération luxembourgeoise des services techniques pour le handicap a.s.b.l.
- Fondation Ligue HMC
- Fondation Kraizbiërg
- Fondation J.-P. Pescatore
- Entente des gestionnaires des structures complémentaires et extrahospitalières en psychiatrie a.s.b.l.

Les statuts arrêtés lors de l'assemblée constituante furent déposés au Registre de commerce et des sociétés de Luxembourg le 27 août 1997 et publiés au Mémorial C – N°647, page 31012 du 20 novembre 1997.

Par la suite, les statuts ont été modifiés à plusieurs reprises :

- assemblée générale du 7 mai 1998, dépôt au RCSL le 17 août 1998, publication au Mémorial C – N°771, page 36999 du 23 octobre 1998 ;
- assemblée générale du 18 novembre 2005, dépôt au RCSL le 9 mars 2006, publication au Mémorial C – N°1024, page 49108 du 26 mai 2006, version coordonnée des statuts déposée au RCSL le 1^{er} septembre 2006 ;
- assemblée générale du 29 avril 2010, dépôt au RCSL le 24 juin 2010, publication au Mémorial C – N°1635, page 78437 du 12 août 2010 ;
- assemblée générale du 10 mai 2011, dépôt au RCSL le 29 novembre 2011, publication au Mémorial C – N°4, page 191 du 2 janvier 2012 ; rectification de la publication publiée au Mémorial C – N°526, page 25223 du 29 février 2012 ;
- assemblée générale du 25 novembre 2011, dépôt au RCSL le 29 novembre 2011, publication au Mémorial C – N°2,

page 89 du 2 janvier 2012, version coordonnée des statuts déposée au RCSL le 29 novembre 2011.

- assemblée générale du 30 novembre 2012, dépôt au RCSL le 3 décembre 2012, publication au Mémorial C – N°3077, page 147655 du 21 décembre 2012.

Le premier règlement d'ordre interne de la COPAS fut approuvé lors de l'assemblée générale du 31 mars 1999.

Par la suite, le règlement d'ordre interne a également été modifié à plusieurs reprises :

- assemblée générale du 20 mars 2003 ;
- assemblée générale du 18 novembre 2005 ;
- assemblée générale du 10 mai 2011 ;
- assemblée générale du 29 avril 2015.

2. Membres

La COPAS représente au total cinquante-deux membres, la quasi-totalité des prestataires qui offrent au Grand-Duché de Luxembourg des aides et soins à des personnes âgées, en situation de handicap ou suivies en psychiatrie extrahospitalière, que ce soit en résidence, à domicile ou en centre de jour. Ces prestataires emploient plus de 11.000 salariés.

Au 31 décembre 2016, la COPAS compte les membres suivants :

- Alysea Luxembourg Les Soins S.A.
- Association des Parents d'Enfants Mentalement Handicapés (A.P.E.M.H.) Hébergement et Services, association sans but lucratif
- Association Luxembourg Alzheimer a.s.b.l.
- Association pour la création de foyers de jeunes a.s.b.l.
- ATP a.s.b.l.
- Autisme Luxembourg a.s.b.l.
- Claire a.s.b.l.
- Commune de Sanem CIPA, résidence Op der Waassertrap

- Croix-Rouge Luxembourgeoise
- Doheem versuergt a.s.b.l.
- Elysis a.s.b.l.
- Etablissement public «Centre hospitalier neuropsychiatrique»
- Fondation Autisme Luxembourg
- Fondation J.-P. Pescatore
- Fondation Kräizbiereg
- Fondation Les Parcs du Troisième Âge
- Fondation Lëtzebuerger Blannevereenegung
- Foyer «Eisleker Heem» Lullange a.s.b.l.
- Help a.s.b.l.
- Homes pour personnes âgées de la congrégation des franciscaines de la miséricorde
- Home-service association sans but lucratif ; Réseau Spécialisé Handicap ; Service d'Aides et de Soins à domicile de l'A.P.E.M.H. - Association des Parents d'Enfants Mentalement Handicapés, Association sans but lucratif
- Hospice civil de la commune de Bertrange
- Hospice civil de la Ville de Remich
- Hospice civil Echternach
- Les Hospices civils de la Ville de Luxembourg
- Liewen dobaussen a.s.b.l.
- Ligue HMC a.s.b.l.
- Ligue luxembourgeoise d'hygiène mentale a.s.b.l.
- Maredoc a.s.b.l.
- Mathëllef a.s.b.l.
- Monplaisir assistance & soins S.à r.l.
- Muselheem a.s.b.l.
- Novelia senior services S.A.
- Omega 90 a.s.b.l.
- OPIS Aides & Soins, S.à r.l.
- Päiperléck S.à r.l., Groupe Hein Soparfi
- Réseau Psy - Psychesch Hëllef Dobaussen a.s.b.l.
- Résidence Belle Vallée - Roer Katz a.s.b.l.
- SenConcept S.à r.l., Groupe Hein Soparfi
- Servior - Etablissement public «Centres, Foyers et Services pour personnes âgées»
- Sodexo Luxembourg S.A. (pour son Logement encadré Riedgen et Club Senior Strassen)
- Sodexo Résidences Services a.s.b.l.
- Sodexo Senior Service S.A.
- Solucare S.A.
- Stëftung Hëllef Doheem
- Syndicat de l'Hôpital Intercommunal de Steinfort
- Syndicat intercommunal ayant pour objet la construction, l'entretien et l'exploitation d'une maison de retraite régionale
- Syrdall Heem a.s.b.l.
- Tricentenaire, Association sans but lucratif, reconnue d'utilité publique, services pour personnes handicapées
- Verbandskëscht S.à r.l.
- Yolande a.s.b.l.
- ZithaSenior S.A.

Par ailleurs, la COPAS compte les membres honoraires suivants :

- Asbl Seniors - secteur communal
- EGSP
- FHL (anciennement EHL)
- PASC

3. Mission

La COPAS représente les prestataires qui offrent des services aux personnes âgées, malades ou en situation de handicap, que ce soit à domicile ou en institution, ceci dans le but d'améliorer la qualité de leur vie quotidienne.

Elle supporte activement les intérêts collectifs et individuels de ses membres envers les instances publiques, les syndicats, le monde politique, le grand public et la presse. Elle offre à ses membres une plate-forme d'échange et de collaboration qui leur permet de progresser au niveau de leurs prestations et de la gestion responsable de leurs ressources. Elle mène ses démarches de façon constructive, transparente et objective.

Elle est indépendante de tout courant politique, syndical et religieux. Son action s'inspire des valeurs de la justice sociale, de la solidarité, des droits de l'homme, ainsi que des principes régissant le service public.

4. Organisation

Le Président

La réorganisation de la COPAS, opérée en mai 2011, a introduit une nouvelle modalité au regard de la présidence de la COPAS. Ainsi, les statuts réformés permettent que la COPAS ait un président neutre, c'est-à-dire une personne qui n'est pas un délégué d'un membre au sein duquel il assume des responsabilités particulières. Une des missions qui lui incombe est celle de veiller à maintenir l'union de la fédération et de savoir cerner le dénominateur commun entre les membres, ceci dans une démarche cohérente.

Depuis sa nomination lors de l'assemblée générale du 28 mars 2012, Marc Fischbach préside la COPAS.

Le Conseil d'administration

Conformément à l'article 21 de ses statuts, *la fédération est administrée par un conseil d'administration composé d'au moins 9 administrateurs et au maximum de 25 administrateurs à nommer par l'assemblée générale en fonction des candidatures présentées par les listes ad hoc bloquées (...).*

Un administrateur, revêtant d'office la fonction

de président du conseil d'administration de la fédération, peut être nommé en surnombre. Sa nomination est prononcée par l'assemblée générale statuant à la majorité qualifiée des deux tiers des voix présentes ou représentées. L'article 22 des statuts précise que ne peuvent être nommées administrateur que des personnes physiques.

À l'assemblée générale 2015 - tenue le 29 avril 2015 - le conseil d'administration a été renouvelé. Ainsi, à partir de cette date, et en considération de la nomination de Marc Fischbach à la présidence de la COPAS, le conseil d'administration est composé des administrateurs suivants:

Normi BARNIG	Patricia HELBACH
Nico BEMTGEN	Benoît HOLZEM
Pierrette BIVER	Christophe LESUISSE
Bernard BRAUN	Anne MAAS
Edmée CATHREIN	Lydie PENEZ
Alain DICHTER	Evelyne SCHMITTER
Lydie DIEDERICH *	Michel SIMONIS
Christian ERANG	Fabienne STEFFEN
Jeannot EWALD	Corinne THEIS
Carine FEDERSPIEL	Patrick VANDENBOSCH
Jean FEITH	Paul WAGENER*
Marc FISCHBACH	Nathalie WAGNER
Catherine GAPENNE	Robert WILDANGER

*Lydie Diederich et Paul Wagener ont été cooptés lors de l'Assemblée Générale du 21 juin 2016 en remplacement de Jean-Marie Desbordes respectivement Catherine Mannard.

En 2016, le conseil d'administration s'est réuni à 11 reprises et en moyenne 24 administrateurs étaient présents ou représentés. À chaque réunion, le quorum était atteint et le conseil d'administration a donc pu délibérer valablement.



Photo: Luc Deflorenne

Le Conseil d'administration 2016

(Ne figurent pas sur la photo: Normi Barnig, Nico Bemtgen, Bernard Braun, Lydie Diederich, Jean Feith, Catherine Mannard, Corinne Theis, Paul Wagener)

Le Bureau exécutif

Selon l'article 26 des statuts, la gestion courante de la fédération peut être assurée par un bureau exécutif auquel le conseil d'administration délègue les pouvoirs nécessaires fixés par le règlement d'ordre interne. Le bureau exécutif comprend au moins le président, le secrétaire et le trésorier.

Le bureau exécutif se compose des administrateurs suivants :

Président : Marc FISCHBACH

Vice-présidente : Carine FEDERSPIEL

Secrétaire : Pierrette BIVER

Trésorier : Michel SIMONIS

Edmée CATHREIN

Alain DICHTER

Christian ERANG

Jean FEITH

Christophe LESUISSE

Evelyne SCHMITTER

Au cours de l'année 2016, le bureau exécutif s'est réuni à 11 reprises et en moyenne 8 administrateurs étaient présents.

Les missions principales du bureau exécutif sont les suivantes :

- travail conceptuel
- mise en place de commissions thématiques ponctuelles chargées de la préparation d'avis
- préparation des dossiers/sujets pour le conseil d'administration
- élaboration d'une ou de plusieurs propositions de décisions par question/sujet pour le conseil d'administration
- communication interne via
 - rapports écrits des réunions du bureau exécutif au conseil d'administration permettant d'assurer une bonne information du conseil des sujets et thèmes traités par la COPAS
 - rapports des travaux des départements et des commissions thématiques à l'adresse du conseil d'administration
 - information aux membres des prises de position du conseil d'administration.



Photos: Luc Deflorenne

Edmée Cathrein

Pierrette Biver

Marc Fischbach

Carine Federspiel

Michel Simonis

Par ailleurs, le bureau exécutif

- fait le suivi du travail de la cellule administrative
- exécute les procédures d'engagement du personnel approuvées par le conseil d'administration : description de tâche, publication d'annonce, entretiens de sélection, tests, préparation et signature de contrats
- exécute le budget ordinaire et extraordinaire
- mène les concertations au nom de la COPAS avec des organismes tiers
- est tenu de faire rapport au niveau du conseil d'administration de toutes concertations auxquelles il a participé au nom de la COPAS.

Les départements sectoriels et les commissions thématiques

Selon les statuts arrêtés lors de son assemblée générale du 10 mai 2011, la COPAS est dotée de départements sectoriels correspondants à chaque secteur représenté au sein de la COPAS et de plusieurs commissions thématiques transversales.

Les départements sectoriels

Chaque membre de la COPAS est d'office membre du(des) département(s) en charge du(des) secteur(s) qui le concerne(nt). Le conseil d'administration constate les membres des différents départements sectoriels et désigne leur coordinateur.

Depuis 2015, les départements sont des plateformes d'échange et de discussion pour les membres de la COPAS sans pouvoir décisionnel. Les départements sectoriels sont les suivants : domicile y compris CSS ou CPG, long séjour, handicap et psychiatrie extrahospitalière.



Photos: Luc Deflorenne

Alain Dichter

Christian Erang

Jean Feith

Christophe Lesuisse

Evelyne Schmitter

Les commissions thématiques

Les commissions thématiques ont pour mission de préparer des avis pour le bureau exécutif.

Elles sont créées et abrogées en fonction des sujets à traiter par le conseil d'administration sur proposition du bureau exécutif. La composition des commissions thématiques est représentative du secteur concerné pour tout sujet sectoriel, sinon de l'ensemble des membres de la COPAS pour tout sujet transversal.

La cellule administrative

Le personnel de la COPAS au 31 décembre 2016 a été le suivant :

Stéphanie HEINTZ, secrétaire de direction, engagée depuis le 2 mai 2001, à durée indéterminée et à temps partiel (32 heures par semaine).

Martine REGENWETTER, pédagogue social, chargée de missions au service « Prestations », engagée depuis le 1er octobre 2013, à durée indéterminée et à temps plein.

Netty KLEIN, Secrétaire générale, engagée le 24 août 2015, à durée indéterminée et à temps plein.

Martine EWERARD, assistante d'hygiène sociale – sociologue, chargée de missions au service « Prestations », engagée le 15 novembre 2015, à durée indéterminée et à temps partiel (32 heures par semaine).

Olivier WOLF, chargé de missions « Finances », engagé le 15 février 2016, à durée indéterminée et à temps plein.

Alexa LEPAGE, chargée de communication, engagée le 1er juin 2016, à durée indéterminée et à temps partiel (32 heures par semaine).

Le personnel permanent participe aux réunions du Bureau exécutif et du Conseil d'administration de la COPAS.

Les bureaux

Les bureaux de la COPAS se trouvent aux 6^e et 7^e étages d'un bâtiment administratif à Livange, rue de Turi.

Les frais de fonctionnement

Les frais de fonctionnement de la COPAS sont assurés par un budget arrêté par l'assemblée générale, qui est pris en charge par les membres dans la même proportion que chaque membre détient de voix à l'assemblée générale amenée à l'approuver.

Pour 2016, le budget arrêté par l'assemblée générale du 21 juin 2016 s'élevait à EUR 987.520.- pour couvrir les frais de fonctionnement de la COPAS.



Stéphanie Heintz, Alexa Lepage, Netty Klein, Martine Regenwetter, Martine Ewerard, Olivier Wolf

5. Représentant(s) COPAS au sein d'organes externes

Situation au 31 décembre 2016

Organes	Représentant-e-s COPAS
Commission consultative de l'assurance dépendance (article 387 du CAS)	Carine Federspiel et Christophe Lesuisse (membres effectifs) Michel Simonis et Christian Erang (membres suppléants)
Commission qualité des prestations de l'assurance dépendance (article 387bis du CAS)	Carine Federspiel et Netty Klein (membres effectifs) Christophe Lesuisse et Paul Wagener (membres suppléants)
Commission de nomenclature (soins et actes infirmiers)	Pour la COPAS : Pierrette Biver (membre effectif) et Robert Wildanger (membre suppléant) Pour L'ANIL : Danielle Meyer (membre effectif) et Elisabete Nobrega (membre suppléant)
Commission de nomenclature (soins palliatifs)	Pierrette Biver et Carine Federspiel (membres effectifs) Martine Ewerard et Nadine Medinger (membres suppléants)
Commission des normes (article 9bis convention-cadre CNS/COPAS)	Experts représentant des institutions en fonction des thèmes abordés
eSanté - Conseil de gérance	Netty Klein
eSanté - Commission consultative des aspects éthiques et déontologiques	Martine Regenwetter
Commission de surveillance (article 72 du CAS)	Pierrette Biver, Carine Federspiel, Catherine Gapenne, Christophe Lesuisse, Martine Ewerard
Conseil arbitral des assurances sociales (pour les litiges visés aux articles 72bis et 73 du CAS)	Michel Simonis, Carine Federspiel, Netty Klein
Délégation de négociation pour la détermination des valeurs monétaires 2016	Alain Dichter, Christian Erang, Patrick Moebius, Fabienne Steffen, Anouck Van der Zande, Nathalie Wagner, Netty Klein, Olivier Wolf

Représentant(s) COPAS au sein d'organes externes

Commission paritaire ASFT (article 12 de la loi dite ASFT)	Marc Fischbach (membre effectif) Christian Erang (membre suppléant) Mandats de l'EGSP : Michel Simonis (membre effectif) Netty Klein (membre suppléant)
Comité de concertation – personnes âgées (article 16 de la loi dite ASFT)	Carine Federspiel (membre effectif)
Conseil supérieur des personnes âgées	Netty Klein
Plate-forme handicap de l'EGCA	Martine Regenwetter, Netty Klein
Commission paritaire CCT SAS (article 4 de la CCT SAS)	Netty Klein
Comité de pilotage CCT SAS	Michel Simonis, Alain Dichter, Christian Erang, Christophe Lesuisse, Netty Klein
Délégation de négociation CCT SAS	Michel Simonis, Netty Klein
Commission UFOCOR	Martine Regenwetter
Commission nationale pour les programmes de l'enseignement secondaire technique, section professions de santé	Martine Regenwetter (délégué effectif) Netty Klein (délégué suppléant)
Commission de la formation aux fonctions d'ASF	Martine Regenwetter, Netty Klein
Comité à la formation professionnelle	Martine Regenwetter
Experts pour l'équipe curriculaire DAP aide-soi- gnant	Martine Regenwetter
Plan gouvernemental « Maladies démentielles» - Comité de pilotage	Carine Federspiel
Plan national Alcool	Martine Regenwetter (membre effectif) Netty Klein (membre suppléant)
Plan national de prévention de suicide	Martine Regenwetter
Plateforme luxembourgeoise de soins palliatifs	Pierrette Biver, Carine Federspiel

Nouvelle législation de l'assurance dépendance

1. Historique

- 🚩 Octobre 2012: la COPAS présente son bilan de l'assurance dépendance
- 🚩 23 mai 2013 : publication par le Ministère de la Sécurité Sociale, IGSS-CEO (Cellule d'évaluation et d'orientation) du bilan sur le fonctionnement et la viabilité financière de l'assurance dépendance
- 🚩 8 juillet 2013 : débat de consultation à la Chambre des Députés
- 🚩 10 novembre 2014 : premier comité de coordination. Le Ministre réunit entre autres l'IGSS, la CEO, la CNS et des représentants de la COPAS pour leur présenter un certain nombre de pistes concernant la réforme de l'assurance dépendance et afin de recueillir les sujets qui préoccupent les différents acteurs.
- 🚩 3 principes ont été retenus : forfaitisation des actes, flexibilisation des plans de prise en charge, simplification des procédures administratives
- 🚩 10 juillet 2015 : initialement prévue le 19 janvier 2015, lors de cette deuxième réunion, le comité de coordination s'est vu présenter les réflexions par rapport à la prise en charge des aides et soins requis en dehors des actes essentiels de la vie dans les domaines des tâches domestiques, du soutien et du conseil ainsi qu'un modèle de détermination de la prestation en espèces dans le cadre d'une approche forfaitaire
- 🚩 1^{er} octobre 2015 : la COPAS présente son avis détaillé qu'elle a élaboré à la suite des consultations au Ministre
- 🚩 Avril 2016: le Ministère de la Sécurité Sociale fait parvenir un avant-projet de loi aux partenaires sociaux
- 🚩 8 juillet 2016 : dépôt du projet de loi 7014 portant réforme de l'assurance dépendance
- 🚩 13 octobre 2016 : la COPAS présente son avis à la presse et le fait parvenir aux différents acteurs concernés
- 🚩 27 octobre 2016: l'avis de la COPAS est publié,

ensemble avec l'avis de la Chambre des Fonctionnaires et Employés publics et celui de la Chambre de Commerce, sur le site internet de la Chambre des Députés

- 🚩 Octobre 2016: la Commission consultative commence ses travaux et présente à ses membres les premiers avant-projets de règlements grand-ducaux pour avis
- 🚩 Novembre et décembre 2016: la COPAS présente son avis aux fractions parlementaires. Ces dernières sont unanimes sur un point: elles attendent l'avis du Conseil d'Etat avant de commencer leurs travaux. Or faute de règlements grand-ducaux, celui-ci se fait attendre. Une mise en vigueur au 1^{er} janvier 2017 devient de plus en plus improbable, nouvelle qui sera confirmée au cours du mois de novembre
- 🚩 23 janvier 2017: le Conseil d'Etat va finalement publier son avis. Il ne contient pas moins de 6 oppositions formelles et pointe du doigt l'absence de règlements grand-ducaux.

2. Avis de la Copas: synthèse

D'une manière générale, la COPAS ne voit pas dans quelle mesure le projet de loi 7014 portant réforme de l'assurance dépendance peut atteindre son objectif de garantir la viabilité financière de l'assurance dépendance. La plupart des mesures d'économie ayant déjà été réalisées à travers le « Budget Nouvelle Génération » (BNG) dans les 3 dernières années, ce projet de loi n'apportera au niveau financier pas de plus-value par rapport à la situation de fait si ce n'est au détriment de la qualité de la prise en charge.

Les différents facteurs d'ajustement proposés par la réforme permettent tout au plus de faire à l'avenir des économies en adaptant la prise en charge des besoins de la population aux moyens financiers disponibles. Ces dispositions ne sont pas à l'avantage des bénéficiaires et ne procurent aucune sécurité budgétaire aux prestataires d'aides et de soins.

La COPAS déplore que la loi n'accorde qu'une moindre importance à la prévention pourtant primordiale dans la qualité de la prise en charge,

et ce par la réduction massive du soutien spécialisé, prestations préventives par excellence. Par conséquent, la population cible risque de devenir plus rapidement plus dépendante, ce qui entraînera un coût plus important à long terme. En plus, le déclin des prestations de soutien spécialisé est contraire à la volonté politique de la priorité au maintien à domicile. Cette mesure entraîne la perte de personnel qualifié et donc une perte en qualité. Pour la COPAS, cette qualité n'est pas à disposition.

C'est dans ce sens que la COPAS s'oppose à toute réduction de prestations de soutien spécialisé tout en réitérant sa revendication d'inclure les besoins en activités d'appui à l'indépendance dans la détermination du seuil d'entrée pour pouvoir bénéficier des prestations de l'assurance dépendance et, le cas échéant, d'accorder un appui à l'indépendance à l'assuré qui n'a pas nécessairement atteint ledit seuil d'entrée.

La COPAS se félicite de l'introduction de contrôles qualité au niveau des procédures et sur le terrain dans le respect de la législation sur la protection des données. Il faudra cependant éviter d'obliger les prestataires à mettre en place un dispositif de documentation unique entraînant un investissement en temps et en outils informatiques supplémentaires et entravant l'autonomie conceptuelle de la prise en charge.

La COPAS ne voit pas dans quelle mesure cette loi entrainerait une simplification administrative pour les prestataires. En effet, celle-ci se concrétise seulement au niveau de l'Etat. Les prestataires ne constatent pas de procédures simplifiées les concernant.

La COPAS approuve la flexibilité introduite au niveau des forfaits AEV (actes essentiels de la vie) et AA (activités d'accompagnement). Elle estime cependant que la même flexibilité devrait être appliquée tant au regard des AAI (activités d'appui à l'indépendance) qu'au regard de l'interchangeabilité des gardes individuelles et en groupe.

D'une manière générale, la COPAS déplore qu'aucun règlement grand-ducal n'ait été déposé avec le projet de loi et regrette que les questions en relation avec la transition entre le système actuel et le système réformé ne soient pas abordées dans toute leur envergure.

En conclusion, la COPAS s'interroge sur la visée de cette loi qui n'apporte aucune plus-value par rapport au dispositif actuel, bon nombre de dispositions ayant des conséquences négatives sur la qualité de la prise en charge.

3. La Commission consultative

Le projet de loi fait reprendre à la commission consultative les missions des actuelles commission de qualité et commission des normes.

Elle est appelée à rendre un avis sur les avant-projets de règlements grand-ducaux relatifs à la loi sur l'assurance dépendance.

La commission s'est réunie une première fois en octobre 2016 pour établir le calendrier des réunions et le planning des règlements à aviser.

Le premier document à être présenté était l'avant-projet de règlement grand-ducal fixant les modalités de la détermination de la dépendance, dont les éléments sont le nouvel outil d'évaluation de la future Autorité d'évaluation et de contrôle, le nouveau relevé-type, le référentiel des aides et soins de l'assurance dépendance et la synthèse de prise en charge.

La COPAS a demandé une réunion supplémentaire afin de faire une analyse de quelques cas-type sur base des tables de conversion établies dans le contexte des travaux préparatoires à la réforme. Le but de la réunion était de voir comment sont transposés les AEV des plans de prise en charge actuels en synthèses futures.

Dans son avis sur ce règlement, la COPAS a fait une série de constats dont les plus importants sont les suivants :

Outil d'évaluation

- Dans un souci de transparence envers les prestataires et en vue d'une meilleure communication avec les bénéficiaires, la COPAS demande de recevoir le questionnaire utilisé pour déterminer la dépendance. Elle demande que seulement des tests scientifiquement validés soient utilisés par l'autorité et qu'ils soient repris dans un listing.
- Elle demande d'être informée au cas où l'outil d'évaluation ou le listing des tests et échelles sont adaptés de la part de l'autorité.

Référentiel

- La COPAS se pose la question de la transposition des AEV de l'ancien guide des prestations dans le nouveau référentiel et des nouvelles modalités de détermination de la dépendance. Plusieurs facteurs risquent d'entraîner une réduction du temps attribué.
- Le maintien du statu quo du temps actuel dépend en général de l'attribution d'un complé-

ment qui est pourtant lié à des critères d'attribution et n'est pas forcément dû.

- Les compléments requis en raison d'une pathologie neuropsychiatrique, d'un handicap mental avec troubles du comportement grave ou d'une pathologie neurologique avec spasticité et syndrome algique ne sont attribués que si un traitement médicamenteux s'avère insuffisant voire inefficace. Pour la COPAS, ceci est inacceptable d'un point de vue éthique. Le libre choix thérapeutique de la personne doit être respecté et ne peut conduire à l'exclusion du droit à un acte de soins.

- La COPAS se demande quelle est la base scientifique pour limiter les AAI à 5h/semaine (TRS) pour le bénéficiaire alors que jusqu'à présent, il pouvait disposer de 16h en groupe (TRS) après BNG et 28 avant BNG. Vu l'impact négatif en termes de sécurité et de qualité des soins du bénéficiaire, la COPAS s'oppose strictement à cette réduction. Le volume en soutien spécialisé doit être maintenu à son niveau actuel.

- La COPAS demande de supprimer le critère d'attribution « capacité de participer activement aux activités » faute de définition objective de ce critère.

- L'augmentation des tâches domestiques de 30 minutes ne suffit pas à compenser la perte en temps de l'acte « courses/démarches administratives » et aura comme conséquence une diminution de personnel de 120 ETP ALP (personnel temps plein au lit du patient), le personnel sans qualification ne pouvant être affecté aux autres activités, ni aux AEV.

- La question se pose si l'approvisionnement de base du bénéficiaire peut être réalisé en 30 minutes/semaine.

- Les critères d'attribution de l'acte « garde individuelle » sont devenus plus restrictifs, ce qui réduit la probabilité de son attribution.

- Le critère d'exclusion « troubles du comportement », très fréquent dans le secteur handicap doit être supprimé.

- Le suivi d'une formation de l'aidant, en absence d'une formation de base existante, doit être une condition pour pouvoir bénéficier des prestations en espèces.

Synthèse de prise en charge

- Au vu du détail de la synthèse qui définit la composition des prestations, donc le contenu et la fréquence de tous les actes du référentiel, la COPAS se pose la question de sa flexibilité dans

la prise en charge en général et dans l'adaptation du plan de partage à durée déterminée. Elle ne retrouve pas la logique forfaitaire et ne voit pas de plus-value par rapport au plan de prise en charge actuel.

La commission a ensuite avisé l'avant-projet de règlement grand-ducal déterminant les normes de qualité concernant la dotation et la qualification du personnel, les coefficients d'encadrement de groupe, le contenu de la documentation de la prise en charge et les indicateurs de qualité de la prise en charge.

La COPAS a formulé les réflexions principales suivantes :

Les normes concernant la qualification du personnel

- Etant donné que le RGD ne fait pas de différence entre les aides socio-familiales et les aides-soignantes, la dotation respective doit être fixée dans la norme sur le mix du personnel.

- Certaines qualifications sont à ajouter à celles qui sont énumérées.

- La COPAS conteste tous les coefficients de qualification fixés par le RGD. Ils font l'objet d'une négociation entre la CNS et la COPAS qui est encore en cours.

Les normes de dotation du personnel

- La COPAS conteste les coefficients d'encadrement de 0,25 et de 0,125.

- Les normes de dotation du personnel font l'objet d'une négociation entre la CNS et la COPAS qui est encore en cours.

La documentation de la prise en charge

- Dans le secteur du domicile, le prestataire ne peut être au courant des thérapies médicamenteuses que s'il est responsable de la préparation et de l'administration des médicaments. Souvent le bénéficiaire lui-même ou son entourage assurent la gestion des médicaments.

- Le prestataire ne peut fournir les informations sur les paramètres vitaux que si leur prise est indiquée par rapport à une pathologie et son traitement.

- Les résultats d'examen et d'analyses se trouvent dans le DSP et ne sont pas fournis aux prestataires. Ceci relève du dossier médical et non de la documentation des soins.

- Fournir un résumé des hospitalisations des 2

dernières années est irréaliste. Les prestataires ne reçoivent pas les rapports d'hospitalisation.

- Selon la compréhension de la COPAS, la semaine type est une partie du plan de soins. Il faut éviter une double documentation étant donné que pour la facturation, l'ancienne « semaine zéro » n'est plus à fournir.

- La logique forfaitaire donne au prestataire la liberté d'adapter continuellement sa prise en charge aux besoins du bénéficiaire. Ceci est documenté et actualisé dans le plan de soins. Il n'y a donc pas besoin de mettre en place un outil supplémentaire.

Les indicateurs de la qualité de la prise en charge

- La COPAS apprécie la volonté de formaliser le contrôle qualité à condition que l'investissement en temps et en personnel qualifié nécessaire soit financé.

- Ceci est un élément des négociations entre la COPAS et la CNS sur les normes, qui sont encore en cours. La norme arrêtée devra notamment prévoir le financement d'un gestionnaire qualité.

- La COPAS s'investit dans le développement de la qualité et souhaite être impliquée dans la définition des critères qualité à mettre en œuvre.

- La documentation y relative doit permettre l'utilisation d'une terminologie comparable ou d'un langage commun.

4. Le GT aides techniques

Sur invitation de la CEO, un groupe d'experts a été constitué en vue de répondre à une liste de questions concernant « l'exhaustivité de la liste ISO 9000 des aides – techniques » ; « la collaboration avec le SMA » ; « la procédure en matière d'adaptation de logement ». Le RGD a été modifié en 2006 (réduction de la liste afin d'éviter des doublons avec la prise en charge via l'assurance maladie) et en 2010 (modalités et limites de prise en charge).

La visée de la présente réforme du règlement grand-ducal concerne :

- l'exclusion de la prise en charge des objets d'usage courant tel que la boîte automatique des voitures ; la brosse à dents électrique ; les PC ;

- la priorité absolue en matière de prise en charge par l'assurance maladie avant l'assurance dépendance ;

- la transparence de l'octroi – critères d'exclusion ;

- la généralisation des frais de transport ;

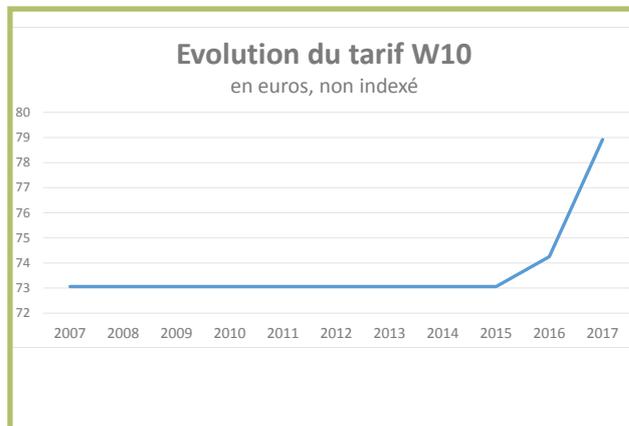
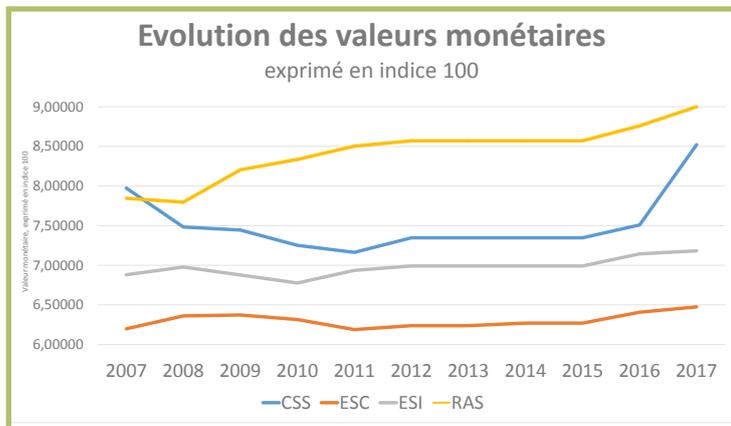
- l'amélioration de la disponibilité des services SMA.

Le projet amendé va être soumis pour avis à la commission consultative début 2017.



Photo: iStock

L'année 2016 en un clin d'oeil



Newsletter mensuelle

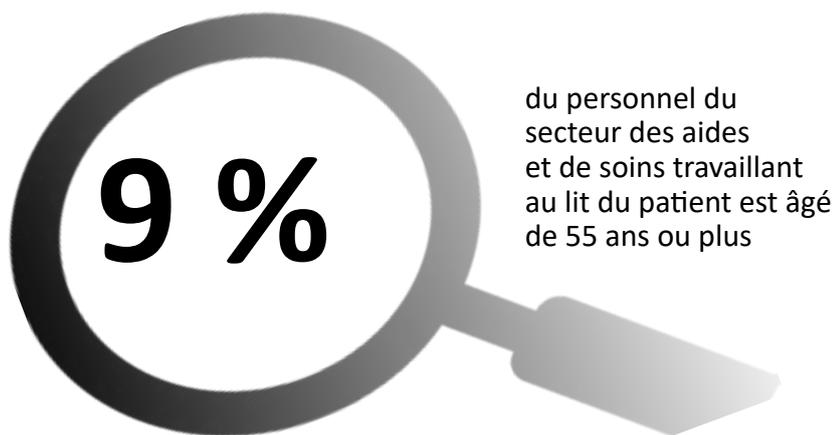
Novembre 1^{er} COPAS Juillet 2016

Qualité
Elaboration de normes

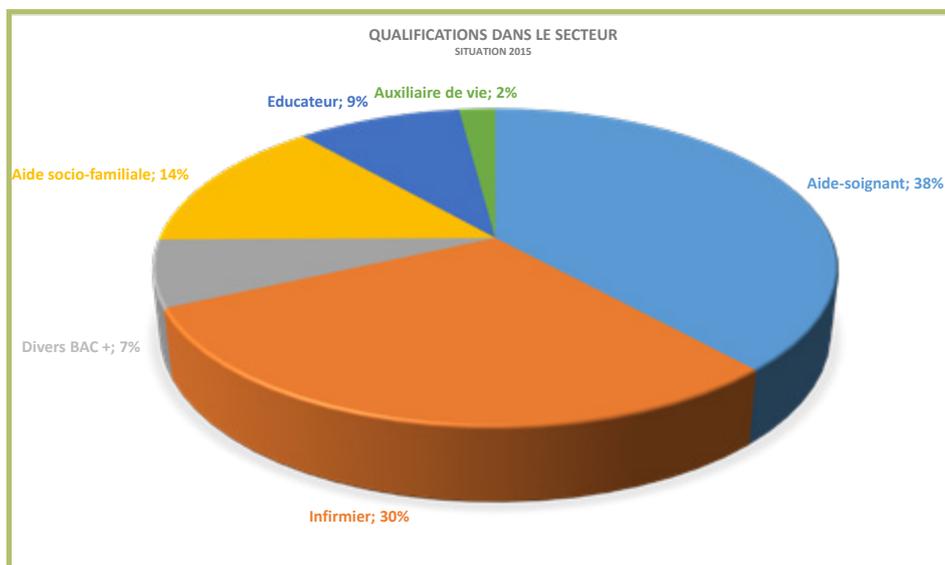
La COPAS travaille, ensemble avec le CNS, sur l'élaboration de normes de qualité pour les actes et soins dans le cadre de la commission des normes. La COPAS est confiante que ces standards seront intégrés dans les règlements grand-durieux afférents au projet de loi portant réforme de l'assurance dépendance.

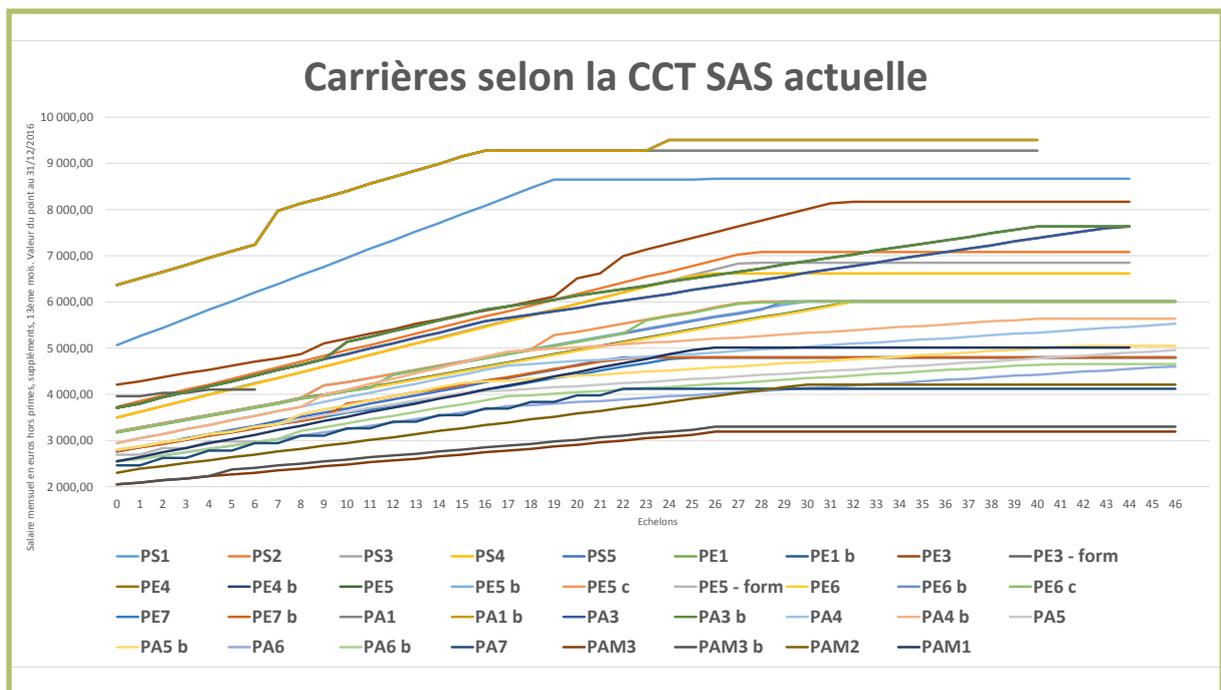
Chiffre du mois
120

personnes ont participé à la conférence conjointe de la COPAS et de l'EUGA le 13 juillet sur le vieillissement intergénérationnel.



Revue de presse hebdomadaire





Articles d'actualité

1. Les stratégies de coopération dans la prise en charge sanitaire transfrontalière

“ L'idée européenne gagne en réalité. Jamais la chance de réaliser une union de plus en plus étroite entre les peuples européens n'a été aussi présente. Dans le cadre de ce processus d'intégration, les territoires le long des frontières internes jouent un rôle particulier : c'est surtout ici que l'Europe se construit.”

Extrait de la première Déclaration Commune du Sommet ; Mondorf-les-Bains, 1995



À la naissance de l'idée d'une coopération économique et sociale dans la Grande Région, les défis n'étaient probablement pas aussi palpables qu'aujourd'hui. En effet, c'est l'Union Européenne en miniature : 5 grandes régions de 4 pays différents qui visent des synergies et un échange de données.

Avec l'émergence de la région française « Grand Est » aux frontières belge, luxembourgeoise et allemande, regroupant dorénavant l'Alsace, la Champagne-Ardenne et la Lorraine (ancienne collectivité territoriale faisant déjà partie de la Grande Région), la question se pose s'il est pertinent de rajouter le département « Ardenne » dans la liste des partenaires à la coopération de la Grande Région.

L'ex-région Lorraine s'étendant jusque dans les Vosges et vers Verdun, la population autour de Charleville-Mézières et Sedan (Ardenne) se trouve à équidistance de Luxembourg-ville et de Nancy, mais se tourne plutôt vers la Belgique (Dinant, Libramont) que vers la France (Reims) pour les soins de santé. Cet article s'intéresse plus particulièrement à la coopération sanitaire transfrontalière inter-régionale dans la Grande Région. Il est par ailleurs intéressant de regarder de plus près les différents projets pilotes réalisés dans d'autres bassins de soins transfrontaliers CH/D, CH/F (Alsace) et notamment B/F (Ardenne) pour mesurer à sa juste valeur le potentiel d'une telle coopération.

Les groupes de travail « Grande Région »

La Grande Région s'est dotée de 15 groupes de travail (GT) dont 5 touchent directement le secteur des aides et de soins: Education et formation; Etudes supérieures et recherches; Marché du travail; Santé et questions sociales et Questions économiques.

Dans le GT « **marché du travail** », un groupe d'experts a été constitué dès 2013 et forme le sous-groupe « marché du travail dans le secteur des soins ». La COPAS fait partie de ce groupe d'experts et a participé à toutes les réunions en vue de préparer des recommandations pour le sommet de la 15^e présidence qui s'est tenu en décembre 2016 à Arlon.

La coopération transfrontalière dans le domaine de la formation initiale et continue est un des champs d'action qui ont été retenus. Il s'agit par exemple :

- des doubles diplômes transfrontaliers ;
- des échanges de stages pratiques ;
- de la préservation de la main d'œuvre qualifiée ;
- des analyses de « skill mix » (composition hétérogène du personnel dans les établissements sanitaires et de soins de part et d'autre des frontières) y compris des attributions ;
- la reconnaissance des diplômes.¹

Le GT « **questions économiques** » pilote les groupes de projets « Silver economy » ayant comme objectif de favoriser le maintien à domicile en Grande Région. Dans ce cadre, le groupe de travail a pour mission de contribuer à l'identification et à la réunion des acteurs du monde économique, social et académique autour de trois thématiques clés :

- l'adaptabilité des lieux de vie ;
- les équipements médicaux (« *medical devices* ») ;
- les parcours des acteurs de la filière (formation initiale et continue, emploi).

La COPAS a le statut d'invité permanent et a participé à une réunion en 2016.

¹ L'Observatoire Interrégional du marché de l'Emploi (OIE) et l'IWAK ont présenté un rapport final en janvier 2015 sur le marché du travail des soins dans la Grande Région – Professions, mobilité et besoin de main d'œuvre qualifiée. 135 pages version française et allemande.



Si la coopération transfrontalière est le moteur de l'intégration européenne, alors la Grande Région en est le laboratoire."

www.granderegion.net

Les projets ZOAST

Les ZOAST (Zone Organisée d'Accès aux Soins Transfrontaliers) sont des accords transfrontaliers de coopération sanitaire. Sont visées avant tout les simplifications administratives et financières en matière de soins de santé pour les assurés résidant dans un cordon transfrontalier défini. L'idée est d'aller plus loin et de réussir une coordination de la prise en charge par les différents acteurs de part et d'autre de la frontière.

Dans ce laboratoire qu'est la Grande Région, et même au-delà, quelques expérimentations ont d'ores et déjà été très bien documentées :

Le ZOAST Basel/Lörrach est en phase 3 de son projet pilote « GRÜZ » (2015-2018) qui vise une « santé sans frontières » pour les habitants des deux côtés de la frontière. Il s'agit d'une région marquée par une haute circulation de la main-d'œuvre. Bien qu'il s'agisse d'un projet pilote entre un Etat-membre et la Suisse, les expériences et conclusions sont très intéressantes en vue d'autres projets.²

En 2008, la région « Ardenne » française a signé une convention ZOAST avec le Centre Hospitalier de Dinant (Belgique) instaurant la libre circulation des patients, une continuité des soins et une simplification administrative et financière et créant ainsi une des six zones des territoires de santé transfrontaliers franco-belge.^{3 4} Il faut d'ailleurs noter que ces conventions ont été ratifiées par la CNS pour les assurés sociaux luxembourgeois résidant dans les espaces frontaliers définis.

Par ailleurs, le projet INTERREG « EIFEL » est une coopération dans le domaine hospitalier entre St. Vith (Belgique) et Prüm (Allemagne).

² http://www.interreg-fwvl.eu/sites/default/files/documents/flash7_novembre_2015.pdf

³ http://interreg5.interreg-fwvl.eu/sites/default/files/documents/flash_sante_transfrontaliere_aout_2015.pdf

⁴ <http://www.fhf.fr/Europe-International/Europe-la-cooperation-transfrontaliere/COPETRANSAN-PROJET-INTERREG-V>

Le projet COSANTÉ, quant à lui, vise une coopération au niveau des soins de santé et de la prévention. Le projet touche la population du Grand-Duché de Luxembourg, de l'axe Liège – Bastogne – Arlon – Virton sur le versant belge et de l'axe Verdun – Metz – Nancy sur le versant français. (voir Le GEIE LUXLORSAN p. 21)

D'après le site internet de l'Eurodistrict SaarMoselle, un autre ZOAST serait en voie de développement :

« La création d'une telle zone pourrait s'appuyer sur plusieurs autres coopérations mises en place ces dernières années dans le domaine sanitaire. En 2008 a ainsi été conclue une convention d'aide médicale transfrontalière permettant aux services de secours de traverser la frontière et d'intervenir sur le territoire frontalier voisin en cas d'urgences médicales et ce afin de réduire le temps d'intervention jusqu'à la prise en charge des malades ou blessés. Depuis 2013, les patients français souffrant d'un infarctus et relevant de la zone d'intervention du SMUR de Forbach peuvent être soignés au HerzZentrum Saar de l'hôpital SHG-Kliniken Völklingen. On peut aussi signaler des accords de coopération entre les centres de formations aux soins infirmiers dont celui signé entre l'IFSI de Sarreguemines et le SHG de Völklingen ».⁵

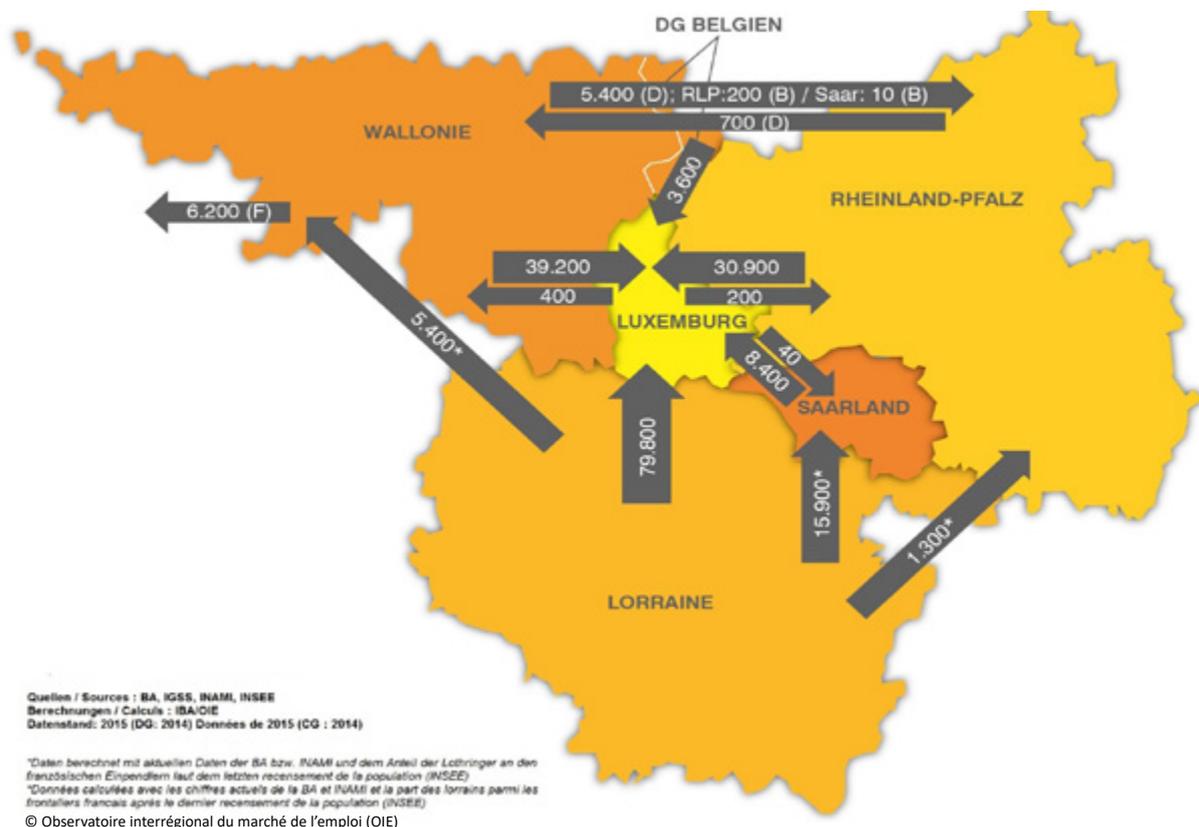
⁵ Lire aussi sous www.interreg-fwvl.eu/sites/default/files/documents/flash7_novembre_2015.pdf

Le projet au niveau de la formation de personnel qualifié en Sarre se situe dans le même ordre d'idée. L'Académie professionnelle de santé de la Sarre à Sarrebruck (Allemagne), l'Université des Sciences appliquées de Sarrebruck et l'Institut de Formation en Soins Infirmiers – IFSI (France) ont lancé un projet de formation initiale bilingue en soins infirmiers.

Les objectifs du projet sont :

- faire bénéficier les étudiants d'un diplôme commun reconnu en France et en Allemagne, d'un apprentissage culturel très riche et leur permettre d'acquérir de solides connaissances dans la langue du pays voisin.
- renforcer l'attrait pour le bilinguisme, ainsi que l'attractivité des établissements proposant ce cursus.
- faciliter l'accès au marché de l'emploi pour les jeunes diplômés.

Au départ, tous ces projets permettent de collecter des informations et données sur les systèmes de soins de santé, d'aide et de soins et leur application et transposition en matière de droits et obligations du patient transfrontalier, la formation et la qualification du personnel de soins et une meilleure compréhension des



difficultés à surmonter afin de trouver des accords de coopération tout en respectant l'organisation sanitaire territoriale. Tous ces projets contribuent également à mieux identifier les indicateurs permettant une comparabilité régionale et de lancer des projets de coopération sur base des conclusions ainsi synthétisées. Le site internet de la conférence franco-germano-suisse du Rhin supérieur met de telles informations et expériences à disposition du grand public.⁶

Dans cet ordre d'idées, on pourrait imaginer d'aller plus loin en faisant une analyse conjointe avec des projets d'autres GT. Ainsi, on pourrait obtenir des connaissances plus systémiques et contribuer à écarter des préjugés. À titre d'exemple, le projet Elec'tra visant la mobilité électrique des habitants de la Grande Région dans les corridors SaarLorLux (Saarbrücken – Metz – Trêves – Luxembourg) permettrait de mieux analyser le comportement « usagers soins de santé » dans cette zone à dense circulation de main-d'œuvre.

On pourrait dès lors faire l'analyse complémentaire suivante: sur quel territoire sont achetés les produits pharmaceutiques (lieu de travail, lieu de transit, lieu de séjour), où est choisi le médecin de famille, vers quels centres hospitaliers s'orientent les travailleurs frontaliers respectivement les membres de leurs familles ? À l'image du projet Bâle/Lörrach, on peut s'attendre à des réalités divergentes selon le bassin de soins analysé.

Ces projets incluent d'ailleurs des contrôles des établissements d'accueil, la communication de données personnelles, l'échange d'informations administratives et autres (voir par exemple l'accord cadre F/B - Wallonie devenu impératif par rapport à l'accueil de plus de 8000 français en situation de handicap en centre d'accueil en Belgique).⁷

Il semblerait que les projets incluant des prestataires de soins de santé hospitaliers (stationnaires ou ambulatoires), de longs séjours (maisons de soins pour personnes âgées, institutions pour personnes en situation de handicap) ou de services d'urgence soient plus facilement réalisables.⁸ Il y a en effet moins de barrières à

⁶ <http://www.conference-rhin-sup.org/fr/sante/telechargements.html>

⁷ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000028714092>

⁸ Le but de la directive sur l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers est de mettre en place un cadre communautaire spécifique visant à faciliter l'accès à des «soins de santé

surmonter en misant sur la libre circulation des travailleurs et la liberté de traitement à l'étranger pour implémenter des projets que de miser sur la libre circulation des services comme ce serait le cas dans le domaine des aides et de soins à domicile.

Dans tous les cas, il faudra trouver un moyen de répertorier tous ces projets et leurs évaluations pour ne pas se perdre dans cette pépinière.

Le GEIE LUXLORSAN

Afin de développer l'esprit d'entreprise au sein du marché unique, l'Union européenne (UE) a mis en place ce Groupement européen d'intérêt économique (GEIE) dont le statut, créé en 1989, favorise la coopération transfrontalière. Son but est de faciliter ou de développer l'activité économique de ses membres et d'améliorer ou d'accroître les résultats de cette activité.

En ce qui concerne les soins de santé et le domaine sanitaire au sens large, le GEIE LUXLORSAN a été créé à Arlon le 18 juillet 2002. Un des projets de cet observatoire transfrontalier de la santé Wallonie - Lorraine - Luxembourg s'appelle COSANTÉ.⁹ Il se décline en onze actions:

Développer un observatoire transfrontalier de la santé et de l'accès aux soins

Doter la coopération sanitaire dans la zone définie des instruments structurels nécessaires à son développement

Gestion et accompagnement de projets transfrontaliers

Plate-forme juridique

Structurer des bassins de soins transfrontaliers

Élargir la coopération en matière d'aide médicale urgente transfrontalière

Outils d'information sur les structures de prise en charge des personnes âgées

Outils d'information sur les structures de prise en charge des personnes handicapées

Améliorer l'accès transfrontalier aux médicaments

Acteurs de la santé: Réseaux et formation

Communication

transfrontaliers sûrs, efficaces et d'excellente qualité et à garantir la mobilité des patients».

⁹ <http://www.luxlorsan.eu/interreg-iv-2-2.html>

Le projet COSANTÉ a plusieurs objectifs: la proximité des services, les synergies, l'échange de bonnes pratiques, le respect des systèmes de remboursement et la réalisation d'économies d'échelle.

16^e Présidence de la Grande Région

Le Luxembourg assure la présidence du prochain sommet de la Grande Région. La déclaration commune du 15^e sommet et les mandats donnés aux différents GT pour la période 2017-2018 s'inscrivent dans la continuité.

En ce qui concerne le secteur d'aides et de soins, les recommandations suivantes intéressent plus particulièrement la COPAS :

Le groupe d'experts « Marché du travail dans le secteur des soins » (COPAS représentée) se voit confirmer ses quatre champs d'actions : formation, préservation de main d'œuvre qualifiée, emploi et reconnaissance de diplômes.

Le groupe de travail « Santé et questions sociales » (COPAS représentée) va élaborer « un guide comparatif sur le surendettement à destination de l'ensemble des acteurs du secteur et participe à un échange de bonnes pratiques et de connaissances concernant les services de santé respectifs. Ses travaux se concentrent sur les enjeux d'accessibilité aux soins, de coopération sanitaire, du maintien à domicile et des services à la personne. »

Le sommet donne en plus mandat de poursuivre le développement des ZOAST.

Enfin, mandat est donné d'offrir son expertise à l'ensemble des projets dédiés à la « silver economy » autour de l'objectif du maintien à domicile des personnes (COPAS invitée permanente).

Aventures ou changement de paradigmes?

Toutes ces réflexions ne vont certainement pas, à long terme, se limiter à la Grande Région. Des ZOAST vont devoir se créer à l'image du projet IZOM (belgo-germano-néerlandais) ou de l'Hôpital de Cerdagne (Groupement Européen de Coopération Territoriale franco-espagnol)¹⁰ à travers toute l'Europe. Cette offre sera nécessaire dans d'autres bassins de soins tel que le long des frontières allemandes et autrichiennes avec la Pologne et les pays de l'Est. Dans ce cas, la question devient éthique.

¹⁰ <http://www.hcerdanya.eu/>

“ *Le renversement de perspective territoriale avec l'émergence d'une échelle communautaire met encore une fois les espaces frontaliers en première ligne. Plus qu'ailleurs, il signifie un renversement dans les fonctions et la définition de ces espaces. L'espace frontalier orienté à 180° devient un territoire transfrontalier orienté à 360°. La frontière cesse d'être strictement une ligne pour devenir un espace transitoire d'amplitude variable entre deux ordres nationaux.*”

De l'espace frontalier au territoire transfrontalier; Olivier Denert et Harold Hurel; 2000/n°6; Labyrinthe atelier interdisciplinaire; <https://labyrinthe.revues.org/429> #tocto

La migration des professionnels de santé de l'Est vers l'Ouest conduit à une désertification médicale et des services de santé et de soins dans ces pays où l'écart socioéconomique est encore manifeste même si les élargissements ont eu lieu en 2004, 2007 respectivement 2013.

Certains changements de politiques nationales de formation initiale aux professions d'aide et de soins (par exemple fin du cursus des « *Altenpfleger* » en Allemagne) ont des effets de boule de neige dans la Grande Région. Les discussions philosophiques péremptoires privilégiant soit une formation généraliste soit des formations spécialisées ne vont pas aider à résoudre les problèmes de chômage dans une région et de pénurie dans une autre.

Il faudra également mener une réflexion sur le bilinguisme voire le multilinguisme dans les soins de santé, afin que la libre circulation de la main d'œuvre dans les ZOAST ne se résume pas à un conte de fées. Sachant que moins de 5% des Européens changent de pays de résidence, les ZOAST vont se développer grâce à des habitants de part et d'autre des frontières. Pour une prise en charge de qualité avec un partage des données de soins et en vue de la continuité des soins transfrontalière, la question des langues ne pourra pas être ignorée.

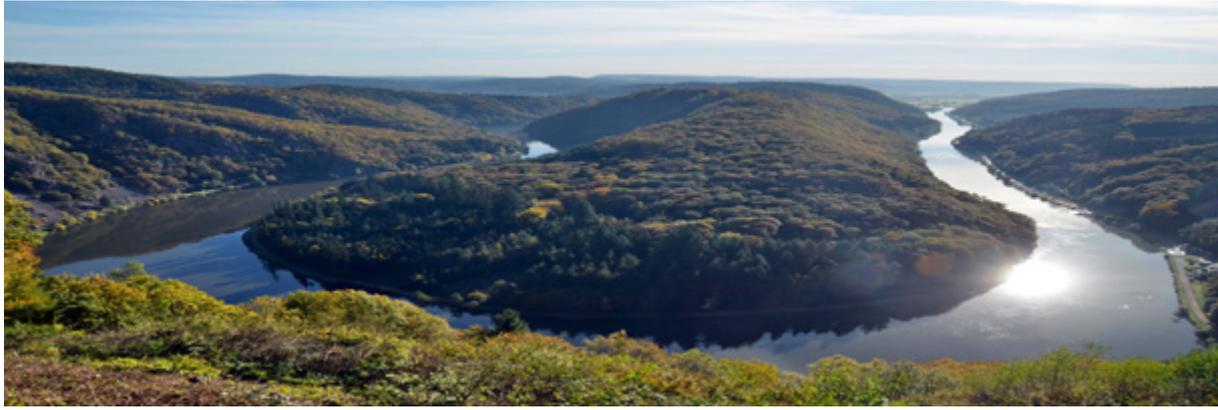


Photo: Henk Monster

Dans le même ordre d'idées, l'implémentation de dossiers de soins électroniques partagés va gagner en importance.

Parallèlement, la question politique et déontologique de la gestion et de la diffusion de données socio-sanitaires transfrontalières demande une analyse et un accord sur les besoins et les objectifs précis. Le projet INTERREG GeDiDoT – BeVeGG prévoit « de tester la mise en commun des données socio-sanitaires de France et de Wallonie par l'élaboration d'une base de données commune. Les aspects juridiques, administratifs et techniques de cette base commune seront étudiés et des conventions seront passées entre les opérateurs. Sur un plan épidémiologique, un travail de sélection choisira les indicateurs comparables en transfrontalier sur base de l'expérience acquise lors des précédents INTERREG. Sur le plan informatique, une procédure d'échange de données sera élaborée. Cette expérience servira de base à une étude de faisabilité de la mise en place d'un « infocentre » transfrontalier de santé publique qui pourrait assurer de manière pérenne la mise à disposition de données socio-sanitaires transfrontalières ».¹¹

Par ailleurs, une discussion sur la pertinence d'une harmonisation des attributions devra être menée. Le manque de médecins traitants dans certaines régions désertifiées demande déjà des solutions régionales innovantes qui changent la hiérarchie des compétences des intervenants de santé (Bachelor « *Arztassistent* » ; *Medizinischer Dokumentationsassistent – Physician Assistant* et assistant en information et documentation médicale ; pour prévenir les pénuries de médecins traitants et de soignants en Allemagne).

¹¹ http://www.interreg-fwvl.eu/sites/default/files/gedi-dot_-_bevegg_fr.pdf

Last but not least, il est opportun de lancer dès maintenant un débat et d'échanger des bonnes pratiques en matière de robotique dans les soins. Ce partage d'expertise, qui est sous-entendu dans le domaine des prothèses intelligentes, doit le devenir pour les « *medical devices* », pour les robots assistants (introduit par exemple en rééducation gériatrique) et les robots domestiques à l'usage des personnes âgées à domicile.

Pratiques collaboratives transfrontalières

À l'image du projet « stratégie et plan d'action mondiaux sur le vieillissement et la santé » de l'ONU, osons dès maintenant des visions et testons-les dans des laboratoires afin d'avoir des modèles-types pragmatiques pour faire face à la fois aux défis et aux opportunités que les changements démographiques vont entraîner.

La nécessité d'offres diversifiées et innovantes sera non seulement un challenge mais aussi une source de satisfaction. Si les projets se réalisent à la fois dans le respect des particularités multiculturelles et socio-économiques, une certaine compétitivité créative va pouvoir s'installer.

Comparée à d'autres grands bassins de soins tel que la Chine, la Russie ou les Etats-Unis, l'Europe représente finalement une communauté de destin comparable. Le modèle social européen (Bismarckien, Beveridgien ou hybride) représente, nonobstant ses spécificités culturelles et infrastructurelles, un droit fondamental en matière de soins de santé et services sanitaires.

La vocation universelle des services d'aides et de soins ou sanitaires en général est une valeur éthique. Essayons d'en faire une valeur européenne.

Martine Regenwetter
pédagogue social

2. Fachzeitschriften 2016 : ein Rückblick

2. Revues spécialisées 2016: une rétrospective

Die Auswahl der Fachorgane, Magazine und Zeitschriften hat keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Die Übersicht der Themen, Aktionen, Forschungen und sozialpolitischen Fragestellungen spiegelt dennoch die aktuellen Brennpunkte in der Pflege wider.

Die Auszüge in Schrägschrift stammen aus den jeweiligen Artikeln.

Le choix des périodiques est sans prétention à l'exhaustivité de l'actualité. L'aperçu des sujets, actions, recherches et questions socio-politiques reflète cependant les préoccupations du secteur des aides et soins.

Les énoncés en italiques sont tirés des articles.

SOINS

Revue de référence infirmière Elsevier Masson

Le virage ambulatoire engendre des discussions et réflexions détaillées sur l'évolution des compétences de l'infirmière à domicile. On parle dès lors d'*infirmière de famille* et de nouvelles opportunités sont discutées par rapport aux *maisons de santé infirmiers*, de la *Télé-médecine et des soins de proximité*, de la *coordination des intervenants* et de la *coordination de parcours*, fonctions qui passent du médecin de référence/de famille au personnel infirmier. Dans le même ordre d'idées, un débat autour des attributions est relancé. Citons par exemple le *droit de prescription des infirmières* et le *renforcement de l'éducation – thérapeutique – du patient* dans un souci d'éducation à la santé en termes de prévention primaire voire secondaire. Dans un contexte de « maintien à domicile », les thèmes autour des aidants familiaux/informels restent d'actualité.

Enfin, le périodique se consacre aussi à la réflexion éthique qui s'est décliné en 2016 autour de la *bientraitance*, de la *culture de l'erreur* (niveau philosophique), du *risk management* (gestion de la qualité) et s'est concrétisé dans la *charte de responsabilité pour la déclaration des erreurs*.

SOINS GÉRONTOLOGIE

La revue de tous les acteurs du soin à la personne âgée. EM Consulte

À l'instar de la Green Economie, la *Silver Economy* n'est pas seulement une filière à visée

commerciale à la mode (dont la promotion est certes parfois jonchée de clichés, de préjugés et de stéréotypes faciles) mais aussi la volonté de déterminer de façon structurée les besoins de consommation spécifiques des personnes âgées. Ainsi, le *promouvoir du bienvieillir*, les *technologies de l'information et la robotique* et le *domicile connecté* sont bel et bien des marchés potentiels du futur.

On parle ainsi d'une *innovation disruptive* dans le secteur des services à la personne.

“ *L'innovation disruptive est une innovation de rupture, par opposition à l'innovation incrémentale, qui se contente d'optimiser l'existant.*”

Jean-Marie Dru dans un article de la journaliste Dominique Nora ; OBS ; 24 janvier 2016.

La rédaction du magazine rompt le silence et propose un dossier succinct sur la thématique du *suicide au grand âge*, problème de santé publique et tabou social majeur.

Les *projets personnalisés de la personne âgée*, une démarche de prise en charge pluridisciplinaire bien au-delà des aides et soins de base, comportant la notion d'inclusion, de prévention, de soutien et d'éducation à la santé, visent un changement de paradigme. L'idée est de développer des nouveaux savoir-faire et savoir-être professionnels, de cultiver une attitude qui remplace le maternalisme, le

paternalisme et la sollicitude par l'empowerment et ce dans le colloque singulier soignant-soigné d'où le terme *personnalisé* et non *individualisé*.

L'information du patient reste un sujet d'actualité en lien avec les notions de consentement, d'autonomie intellectuelle et du désir de préserver la volonté voire de déterminer la volonté présumée.

Enfin, la formation professionnelle continue des soignants est thématisée et une analyse est faite sur la pertinence et le degré de transfert *théorie-pratique* des *Serious Games*.¹

SANTÉE CONJUGÉE – la revue de la Fédération des maisons médicales francophones belges

La réflexion thématique choisie est avant tout éthique. Il s'agit de l'inquiétude que le principe de *la couverture universelle des soins de santé* (caractéristique du modèle Beveridgien) ne disparaisse. Avec la désertification régionale, souvent le fruit d'une politique dictée par l'efficacité, la rentabilisation et le rendement ou encore d'un rassemblement de compétences, l'acquis social en rupture demande l'élaboration de nouveaux concepts locaux.

Mis à part les arguments touchant le financement, la prise en charge par l'organisme assureur et le droit aux prestations (assistance ou assurance), il s'agit surtout d'une question d'accès (régions à faible densité de la population et proximité des aides et soins). Il faudra veiller à maintenir la composante sociale dans ce débat économique afin d'éviter des situations de marginalisations régionales avec comme conséquence une détérioration fonctionnelle rapide et une perte d'autonomie des personnes âgées confinées à leur domicile. Retour au travail social communautaire et/ou d'intérêt collectif?

Un projet qui se décline dans ce sens est réalisé par la Caritas Luxembourg : la « *résidence multigénérationnelle – Doheem mateneen* » ; une cohabitation avec une entraide – service à la personne contre réduction de loyer – entre seniors et étudiants universitaires multinationaux.

ETHICA CLINICA – revue francophone d'éthique des soins de santé – F.I.H. asbl

Chaque thème est développé exhaustivement en rassemblant des articles rédigés par des professionnels de soins dans un débat

controverse. En 2016, le choix s'est porté sur le dilemme *la loi ou le bon sens éthique : quand il faut choisir et la Médiation en question* en lien avec les droits et obligations des patients. Aussi, sont thématisées dans une approche éclectique, les relations avec les aidants informels sous le postulat : *quand l'entourage du patient fait problème*.

En effet, quand il s'agit de négocier *le prendre soin*, le juste, le bien, le bon, l'utile et le nécessaire ... sont tributaires des motifs, des mobiles, des sentiments et des convictions de tous les acteurs impliqués mais aussi du contexte juridico-politique, socio-culturel voire religieux et socio-économique. Les rapports de force entre éthique, déontologie et loi représentent la pierre d'achoppement dans toute recherche de décision concernant les intentions et les abstentions.

Il y va non seulement de la volonté du bénéficiaire d'aides et de soins, mais également de la médiation intergénérationnelle intrafamiliale d'un côté et multigénérationnelle inter-professionnelle de l'autre. Il y va finalement de la relation de confiance soignants-soignés.

EUROPEAN JOURNAL OF PALLIATIVE CARE Official journal of the EACP

Two topics may be of direct and practical relevance. The first is concerning the question *why do elder people get less palliative care than younger people?* Although overall efforts have been made to continuously broaden the horizon and improve the qualification of all the actors in care, the thoughtless combination *palliative care and cancer*, which is even more imminent in the complex clinical decision of *diagnosing dying*, seems to still lead to overlook elderly people and patients with multimorbidity.

“ We must help people to stay out of hospital at the end of life.”

Andrew Grey, Senior Policy and Public Affairs Officer, The National Council for Palliative Care, London, UK ; EUROPEAN JOURNAL OF PALLIATIVE CARE, 2016; 23(1) 5

A reinforcement of expertise is needed, like a comprehensive geriatric assessment including both cure and care. The shift between single disease based models to one based on cure and care, must go on.

Geriatrics palliative care will be a topic to keep research focused on, especially as the

¹ Voir par exemple audace-numeriknowledge.fr et santé-training.com ; formations santé en ligne elearning & serious games

trajectory of chronic illness always involves medical and ethical expertise. Research programs will help harnessing the passion for this medical speciality and finally will help facing the future challenges of geriatric health care.

The second topic refers to formal and informal education programs. The research-based analysis tries to evaluate the feedback effect in day to day practice of digital learning : “online learning in palliative care : does it improve practice?”

Considering the recent progress in digital technologies in learning and more precisely digital simulation as a complementary experience in the education process, the question is relevant. Learning by oneself online (with an end of chapter lessons learned) might be more efficient than reading expert literature. Simulation healthcare education however allows peer group discussions, special case discussion as well as learning by discovery and situational learning. Lifelong training and continuously learning ask for an increasing availability and access of education programs. The evaluation of the quality of such a multiplicity of didactics and methodologies as well as the assessment of the degree of transfer of learning results to the job environment, are the challenges of the future. Furthermore ethical perspectives using simulation in pedagogy of health education become already part of the debate.²

BEREAVEMENT CARE JOURNAL International journal by Routledge and Cruse Bereavement Care

Grief and loss have long been considered as a matter of personal management of distress and recovery. But research has examined involved dimensions of resiliency and, based on the personal strengths identified, theories and methods of support services have been and are still developed.

The journal covers overall subjects as well as subjects in view of sharing best practice in care: *bereavement in the workplace ; creative art as a support intervention ; approach and guidance for persons with autism or bereavement in the elderly.*

It might be interesting to complete this overview with examples out of the series in death, dying and bereavement by Robert A. Neimeyer: “*The crafting of grief, social justice in loss and grief or when professionals weep*”.

² Pédagogie des soins par les techniques de simulation ; Journées itinérantes francophones d'éthique des soins de santé GEFERS ; 11 et 12 mai 2017

“ ...findings suggest that resilient individuals possess a capacity for a more complex affective experience and that this capacity serves a salutary function in the aftermath of aversive life events.”

Affect dynamics, bereavement and resilience to loss ; Journal of Happiness Studies ; Karin G. Coifman , George A. Bonanno, Eskhol Rafaeli ; September 2007, Volume 8, Issue 3, pp 371–392

PFLEGEWISSENSCHAFT

Wissenschaftliche Fachzeitschrift für PflegePädagogik, PflegeManagement, PflegelInformatik und PflegeForschung – hpsmedia

Integrationsprobleme und -barrieren im migrierter Pflegekräfte sind beim Fachkräftemangel und im Hinblick auf eine kultursensible Pflege ein sehr aktuelles Thema in Deutschland. Es geht nicht nur um *Anpassungsqualifizierung* oder Sprache. Die *berufsbegleitende Akademisierung* als Motivationsfaktor wird immer wieder thematisiert, zumal zunehmend komplexer werdende Aufgabenfelder mit maßgeschneiderten Pflegestudiengängen vermutlich bessere Aufstiegschancen und Karriereperspektiven versprechen. Ferner wird ein erhöhter *Bedarf an Fortbildung in Pflegeinformatik* thematisiert.

Im Rahmen des Digitalisierungsprozesses (IT-Pflegedokumentation ; eHealth) wird die *inter-professionelle Zusammenarbeit Pfleger und ÄrztInnen* angesprochen, welche auf jeden Fall im Sinne von *collaborative practice scales* auf Qualität, Gültigkeit und Verlässlichkeit der Daten eruiert werden sollte. Analysiert werden aber auch *Auswirkungen IT-gestützter Dokumentation auf Pflegedokumentationshandlungen*. Der Effekt *IT-Pflegedokumentation als Technische Instanz* thematisiert die Strategien Pfleger im Alltag (zum Beispiel: pflegen oder dokumentieren?).

Die so genannte Sinnerfüllung der Schreibarbeit (was, wie ausführlich und wann dokumentiert werden soll/muss) spielt eine wesentliche Rolle bei der Über- oder Unterdokumentation. Mitarbeiter mit eingeschränkter Schreibkompetenz sind einer Blöße ausgesetzt, die mit mangelndem Fachwissen erst einmal nichts zu tun hat. Durch vorgegebene Mussfelder werden Forderungen an die Pflegenden erhöht – durch mehr Transparenz aber auch durch eine veränderte Kommunikation (ständiges Abwägen von

nützlich, notwendig, unerlässlich) und das, in einer mehr oder weniger gepflegten professionellen Expertensprache.

In einem weiteren Beitrag wird der umfassende Ansatz des *advance care planning* als „vorausschauende Betreuungsplanung“ beleuchtet.

Hervorheben kann man auch den fachlichen, meines Erachtens auch ethischen, Aufsatz zum Thema : *Auswirkungen regelmäßiger physischer Aktivität auf die Kognition von älteren Menschen mit leichter kognitiver Störung*. Solch eine fachliche Diskussion zur selektiven und indizierten Prävention in der Altenpflege ist längst überfällig.

PFLEGE prisma

Das Magazin Pflege-Selbsthilfeverband e.V.

Ein ethisch hochbrisantes Thema ist die *Zulassung fremdnütziger (respektive gruppennütziger) Forschung mit nicht einwilligungsfähigen Erwachsenen*. Forschen für Menschen braucht Neugier und Vorwissen. Experimentelle Laborforschung wünscht sich dennoch immer, dass Erkenntnisse auf natürliche Umwelten übertragen werden können (from bench to bedside). Aus einem Modell gewonnene Erkenntnisse in die Praxis zu übertragen, ist nicht einfach. Da sind die ethischen Bedenken, aber auch die Theorie-Praxis-Kluft (das Experiment wurde stark vereinfacht und muss an die spezifischen, oft komplexeren Bedingungen angepasst werden) oder die gegenseitige Vermittlung von Fachinformationen in der Kommunikationskaskade Forscher – Pfleger – Patient.

Provokation oder Fakt? Der Titel *Nachtdienst oder Notdienst* lässt aufhorchen! Die Forderung nach einem *Mindeststandard im Personalschlüssel* für die Nachtschicht ist bestimmt kein Luxus im Kontext von Sicherheitsanforderungen und Qualitätsansprüchen, die ja nicht nach der Abendschicht außer Kraft gesetzt werden. Dazu kommt ein Teufelskreis steigender Ausfallzeiten wegen genereller Überlastung und Überforderung der Mitarbeiter bei chronischer Unterbesetzung respektive nicht ausreichender Qualifizierung (Skill- und Grade-Mix der Pfleger). Es stehen also zur Debatte: Auswirkung auf die Pflege, auf die Bewohner, auf die Mitarbeiter, Bedarfsgerechtigkeit (Auslastung) und Wirtschaftlichkeit.

Die Pflegedokumentation wird bei **prisma** ebenfalls diskutiert und zwar im Hinblick auf den *Verzicht auf Dokumentation von ständig wiederkehrenden Abläufen in der Grundpflege*. Unter dem

Label der *Entbürokratisierung der Pflege* sollte die Debatte jedoch nicht zu kurz greifen. Richtig ist, dass Informationen am besten „strukturiert“ gesammelt werden und dabei der Verhältnismäßigkeit des bürokratischen Aufwandes Rechnung getragen werden sollte.

Allerdings muss die Pflegedokumentation dem Anspruch auf Professionalität weiterhin standhalten. Dazu zählen: praxistauglich, übersichtlich, fachlich und vollständig.

Demenz – das Magazin

Dialog von Menschen mit und ohne Demenz – Brinkmann Meyhöfer

Die Ausgabe mit dem Thema *Leben, wo ich hingehöre!* interessiert sich für den Begriff der Normalität im Zusammenhang mit der räumlichen Orientierung. Dazu gehören *alten-, demenz-, ja menschenfreundliche Wohnviertel*. Die Thematik der *Hausgemeinschaften, Nachbarschaftshilfe, Einkaufshilfe oder –dienste* zielt immer auch auf Integration, Inklusion und Teilhabe sowie menschliche Zuwendung. Aus *Fürsorgeräumen werden geteilte Räume des Miteinanders* denen ein *bürger- und sozialraumorientiertes Hilfesystem* zur Seite gestellt wird.

In diesem Zusammenhang werden Projekte alternativer Wohnformen wie zum Beispiel die in Frankreich seit Jahren etablierten *Gastfamilien für Senioren* vorgestellt. Hierzulande gibt es seit Kurzem eine Intergenerationen – Residenz „Doheem mateneen“ wo Senioren und Studenten zusammen leben und sich gegenseitig bereichern und unterstützen sollen.

Eine weitere Ausgabe ist der Kunst gewidmet. *Kunst (er)leben* erläutert, dass Künstler in der Betreuung mitarbeiten können, dass auch in der Demenz die *Kunst im Museum sinnlich erlebt* werden kann, und vor allem, dass Menschen mit einer Demenz selbst noch künstlerisch tätig werden können. Es geht um Teilhabe, um Ausdruck sowie um Toleranz und es geht zweifelsohne auch um Therapie (z.B. Art Therapie).

Die hospiz zeitschrift

Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V.

In der Ausgabe *Wissenschaft und Praxis* geht es unter anderem um das oftmals prekäre Verhältnis zwischen Wissenschaft und praktischer Hospizarbeit in Hinblick auf eine partnerschaftliche Forschung (im Sinne von from bench to bed and back to bench). Versorgungsforschung ist ein sehr breites Feld und nicht immer direkt praxisrelevant.

Eine weitere Ausgabe thematisiert Ethik und Haltung in der Hospizarbeit. *Sorge tragen für das Alter* bedeutet demnach die Bereitschaft zu einer *spirituellen Kultur* in Organisationen und dazu gehören ein Nebeneinander von Verantwortungsethik und Gesinnungsethik. Besonders in der Hospizarbeit ist eine Abwendung von der Außenwelt Teil der menschlichen Entwicklung, es geht vor allem um Akzeptanz und Achtsamkeit und das sowohl aus der Sicht der Pfleger wie der zu Pflegenden.

Des Weiteren wird die *Beziehungspflege* als Konzept in der Betreuung von Menschen mit schwerer Demenz diskutiert, wobei Beziehung und Körperkontakt zwei Parameter des Wohlbefindens sind, die sowohl in der Altenpflege als auch in der Hospizarbeit gleichermaßen als ethische Forderung artikuliert werden dürften.

GesundheitsWirtschaft Das Entscheidermagazin Bibliomed Medizinische VerlagsgmbH

Im Prozess des „shared decision making“ kommt es auf die Patienteninformation an. Die Autoren fragen: *Wieviel Evidenz verträgt der Patient?* Man könnte auch fragen, wieviel Evidenz versteht der Patient. Oder wieviel Evidenz ist ihm auch anderweitig zugänglich? Und wie gestaltet sich dann die therapeutische Allianz zwischen Patient und Arzt, zwischen Patient und Pflege? Welche Handlungsoptionen sind außerdem im Einklang mit den persönlichen Werten aller Parteien?

Im Zusammenhang mit *vertikalen oder horizontalen Trägerstrukturen* stellt sich auch vermehrt die Frage der Versorgung im ländlichen Raum. Der Sprung zur *Ferndiagnose und den verschreibungspflichtigen Arzneimitteln* sowie der *Zukunft mit medical APPs* ist nicht groß. Dies hat dann auch einen direkten Einfluss auf die Organisation der Pflege.

Hier zeigt sich ein Wandel in der Beziehungsgestaltung. Das Fachpersonal hat längst nicht mehr das Wissensmonopol: das Vertrauen in die Weisheit der Masse (Gesundheitsblogs, Portale die Big Data mit einbeziehen) ermöglicht den Erfahrungsaustausch und die Meinungsbildung außerhalb der Pflegebeziehung. Und ähnliches Care Sharing gibt es auch für das Fachpersonal und zwar zunehmend außerhalb des Teams.

Daraus entwickeln sich zusehends auch *Medizin- und Pflgetourismus*.

„Sharing economy“ im Gesundheitswesen genauso wie entstehende Plattformökonomien (zur Vermittlung von bezahlten Dienstleistungen)

gen) oder digitale Informationsplattformen wie Bewertungsportale im Hilfs- und Pflegesektor verändern personenbezogene Dienstleistungen (oft mit Schwerpunkt auf zwischenmenschliche Beziehungen) zu einer Form von Konsumgut. Das Vertrauen in solche Bewertungen kommt persönlichen Empfehlungen gleich. Im Bereich der individuellen Dienstleistung *Pflege und Betreuung* ist diese Entwicklung noch am Anfang und wirft nicht nur Fragen auf in Bezug auf die Qualität der Pflege sondern auch auf die Qualität der Arbeit – Expertise, Haftung, Organisation, Genehmigung, Finanzierung u.v.m.

Das Magazin beschäftigt sich des Weiteren mit dem Thema *Vom Flüchtling zum Pfleger*. Diskutiert wird der Fachkräftemangel und der Beitrag zur Integration von Flüchtlingen durch eine konkrete Berufsperspektive im Dienst der Gesellschaft. In einer Pflegelandschaft in der Kultursensibilität (Haltung) und kultursensible Pflege (Handlung) als Basiskompetenzen gefordert werden, werden neue Wege in der Ausbildung benötigt (siehe auch Sunrise-Modell von Madeleine Leininger oder das Transkulturelle Kompetenzprofil nach Ewald Kiel), und das nicht erst in der fachspezifischen Ausbildung respektive Umschulung. Toleranz, Akzeptanz und eine offene Neugierde am Anders-sein müssen schon vorher bestehen.

Ein kleiner Ausblick :

Der Altenpflege Kongress 2017, seit 10 Jahren eine Tradition, ist eine Initiative des Vincentz Network. Laut Vorprogramm werden dieses Jahr im Wesentlichen spezifisch deutsche Themen behandelt wie zum Beispiel :

- *Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff*
- *Reform der Pflegeversicherung*
- *Neues Begutachtungsverfahren*
- *Fachkräfte finden und Fachkräfte binden*
- *Integration von Flüchtlingen in der Altenpflege.*

Dennoch gibt es auch Themen, die in ganz Europa von Belang sind:

- *Interdisziplinarität – eine neue Herausforderung*
- *Kompetenzprofile in der Pflege*
- *Demenz WG – Patchwork-Großfamilie und Wohngemeinschaften für Senioren*
- *Expertenstandard im Bereich Mobilität und Palliative Care*
- *Selbstbestimmung beim Essen bei Menschen mit Demenz.*



Photo: Luc Deflorenne

Quintessenz

Die meisten dieser Themen tauchen seit Jahren immer wieder auf, sei es aus Perspektive der Träger, der Senioren, der Politik, der Kostenträger oder von Keynote-Speakern. Dennoch hat man nach diesem Rückblick das Gefühl, dass mittlerweile ganz konkret an Teillösungen gearbeitet wird, auch wenn diese nur ein abgegrenztes Spektrum von Problemen abdecken.

Anhand einer umgreifenden Projektmentalität wird sich an Veränderungsprozesse herangetastet, um innovative Ansätze in die Praxis, und vielleicht auch in die Routine, zu integrieren.

Die Herausforderung besteht darin, in dieser Projektflut informiert zu bleiben und diejenigen best practices auszumachen, die für die Verbesserung der eigenen Prozesse geeignet sind.

Ob diese differenzierte, lösungsorientierte Herangehensweise nur darin besteht vernachlässigte Nischen zu besetzen oder ein Gegenteil zur normierten Regelversorgung kennzeichnet, ist schwer zu sagen.

Quintessence

Il est vrai que la plupart de ces thèmes sont discutés régulièrement depuis des années, soit par les institutions, les seniors, les politiques, les financiers ou encore les conférenciers experts. Cependant, il apparaît après cette revue de presse que des solutions ponctuelles sont désormais mises en place, bien que celles-ci ne couvrent qu'un spectre délimité des problématiques.

Par le foisonnement de projets, des changements de processus sont abordés par tâtonnement pour ensuite intégrer des solutions innovatrices dans la pratique voire dans la routine.

Le grand défi sera de se tenir informé face à cette profusion de projets et de dénicher les bonnes pratiques qui sont le mieux adaptées à l'amélioration des propres processus.

Si cette approche axée sur la recherche différenciée de nouvelles pratiques sert à occuper des niches négligées ou s'il s'agit d'une contre-tendance par rapport aux structures ordinaires est difficile à déterminer.

Martine Regenwetter
pédagogue social

Principales activités de la COPAS en 2016

1. Aides et soins

Soins infirmiers

Après 10 années de négociation, la nouvelle nomenclature des actes et services des infirmiers a finalement été publiée et entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2017. Par la nouvelle répartition des coefficients, certains actes ont été revalorisés, d'autres ont été diminués mais dans l'ensemble, les changements de tarifs sont neutralisés par le mécanisme des vases communicants. De nouveaux actes, revendiqués par la COPAS, ont été ajoutés à la nomenclature. Malheureusement, tout le volet relatif aux médicaments a été rejeté par la commission.

L'introduction du forfait infirmier pour les personnes qui sont bénéficiaires de prestations en nature de l'assurance dépendance à domicile constitue un changement important pour ce secteur. Dorénavant, les réseaux ne factureront plus à l'acte pour la population visée mais toucheront un forfait journalier comme cela est déjà pratiqué depuis longtemps dans les établissements d'aides et de soins.

Ceci rend la gestion des ordonnances moins lourde car elles ne devront plus être transmises à la CNS. Des procédures pour les sous-traitances entre prestataires et avec les infirmiers libéraux restent à définir.

Soins palliatifs

La commission de nomenclature des soins palliatifs a également pu finaliser ses travaux de négociation en juillet et les forfaits journaliers de prise en charge de patients en soins palliatifs séjournant en établissement d'aides et de soins ou maintenus à domicile ont été fixés. Ils contiennent un quota de minutes pour les actes infirmiers et pour les actes de kinésithérapie et entreront en vigueur au 1^{er} janvier 2017.

Premier concours soins palliatifs

Depuis des années, les gestionnaires forment leur personnel de soins dans la prise en charge palliative. Grâce à ces formations, maintes bonnes pratiques s'installent dans le secteur. Conscient de cette richesse, le Ministère de la Famille, de l'Intégration et à la Grande Région a décidé de lancer le concours «Soins

palliatifs», avec le soutien de la COPAS, afin de valoriser les projets les plus novateurs. La COPAS était membre du jury et a participé à une matinée d'information concernant les droits du patient en fin de vie, qui a eu lieu le 2 décembre 2016 à Luxembourg, matinée lors de laquelle le Ministre de la Famille, de l'Intégration et à la Grande Région, Corinne Cahen, a remis les prix aux lauréats du premier concours «Soins palliatifs».

Le concours était réservé d'une part aux gestionnaires travaillant dans le long séjour et d'autre part aux gestionnaires travaillant dans le maintien à domicile. Il sera réitéré en 2017.

Les lauréats de ce premier concours «Soins palliatifs» sont :

- catégorie long séjour: Maison de soins Sacré-Cœur Diekirch – Claire asbl Elisabeth pour leur projet «les plaisirs culinaires en fin de vie»



Photo: Ministère de la Famille

Dominique Thiriet, Jean Hamen, Corinne Cahen

- catégorie maintien à domicile: le réseau d'aides et de soins Stëftung Hëllef Doheem pour leur projet «maladie de Parkinson chez la personne âgée en phase palliative - prise en charge interdisciplinaire au domicile».



Photo: Ministère de la Famille

Olivier Streiff, Nicole Weis, Corinne Cahen

Loi ASFT

Au vu de la réforme de l'assurance dépendance, le bureau exécutif de la COPAS (BEX) a jugé opportun de relancer la discussion sur un agrément unique pour les maisons de soins, CIPA et logements encadrés.

Un groupe de travail constitué en début d'année au sein du département long séjour a d'abord réanalysé les travaux déjà réalisés en 2014 et décidé d'orienter ses réflexions vers un agrément unique, attribué au prestataire pour l'ensemble des structures et activités qu'il gère, relevant du secteur stationnaire.

Après une publication dans la presse dans laquelle le Ministre de la Famille affirme travailler sur le dossier, la COPAS a demandé de participer aux travaux. Cette demande est cependant restée sans suite, le ministère prétendant être seulement à un stade de « brainstorming » en interne.

En juillet, le BEX a décidé de recomposer le GT de façon interdépartementale et en nombre restreint. Les participants se sont prononcés pour le maintien de l'objectif de disposer d'un agrément moins détaillé et donnant plus de flexibilité aux gestionnaires pour l'exploitation de leurs activités même dans plusieurs secteurs.

Une proposition d'un agrément unique a été présentée au Ministre de la Famille lors d'une entrevue accordée en décembre et lors de laquelle la COPAS a réitéré son souhait de partager son expérience et de faire entendre ses doléances.

Plate-forme handicap

Un membre de la Cellule administrative de la COPAS a participé aux réunions de la plate-forme handicap tout au long de l'année 2016. Certains groupes de travail thématiques de la plate-forme handicap complètent les réflexions sur les sujets d'actualité de la COPAS. La COPAS de son côté informe systématiquement les membres de la plate-forme sur les dossiers dont le contenu pragmatique touche plus particulièrement les acteurs du secteur en sus du flux d'information plus stratégique géré par les représentants au sein du conseil d'administration de la COPAS et de l'EGCA.

Commission des normes

En janvier 2016, la commission des normes a repris son travail après une interruption de plusieurs années. Le premier constat était que certaines normes de coordination/direc-

tion avaient déjà été définies pour les secteurs respectifs mais n'avaient pas forcément été inscrites dans la convention cadre. Les normes pour les fonctions de support et pour le mix des qualifications au lit du patient ont été discutées mais pas fixées.

L'objectif de la commission d'adopter une approche normative pour le financement des prestations a été confirmé au moment de la publication du projet de loi sur la réforme de l'assurance dépendance. Le but convenu entre la CNS et la COPAS était d'élaborer un cadre qui permettrait de maintenir en place les effectifs présents en 2014.

La COPAS a soumis une note méthodologique pour le mix du personnel dans les établissements à long séjour à la CNS qui, une fois adoptée, pourrait servir également pour les autres secteurs.

La marge d'interprétation du volume des prestations prévues dans le projet de loi et l'absence des règlements grand-ducaux a cependant entravé l'exercice de détermination des normes. Lorsqu'il s'est avéré que la mise en vigueur de la loi devait être reportée et que les valeurs monétaires étaient à renégocier après quatre ans de gel, la commission des normes a été suspendue, voire intégrée dans ces négociations.

En ligne avec le souhait de la commission consultative, la CNS et la COPAS vont cependant reprendre les discussions autour des normes début 2017 en vue de proposer leur intégration dans le règlement grand-ducal respectif.

Agence eSanté

La COPAS a été représentée par sa secrétaire générale aux réunions du conseil de gérance du GIE eSanté.

La COPAS est membre de la commission consultative « aspects éthiques et déontologiques » de l'Agence eSanté et a participé à deux réunions.

La protection et l'accessibilité des données, et plus particulièrement l'implémentation du dossier de soins partagé DSP des mineurs et majeurs incapables ont été à l'ordre du jour des deux réunions. Les discussions ont porté aussi bien sur les modalités proposées pour la phase pilote que pour le DSP généralisé.

À la suite de ces réunions, l'Agence eSanté a été d'accord pour réunir un groupe technique afin de rassembler les cas pratiques du terrain du secteur d'aides et de soins en vue de trouver des solutions techniques, éthiques et prag-

matiques en cas d'autorité parentale, tutelle et curatelle dans le chef d'une institution (asbl et fondation). La réunion est planifiée pour début 2017 ensemble avec des experts du terrain.

Plan canicule

La COPAS a rencontré les représentants du Ministère de la Santé en avril en vue de la signature de l'annexe à la convention canicule pour 2016. Lors de cette entrevue, elle a soulevé le fait que les réseaux d'aides et de soins étaient toujours disposés à collaborer dans ce contexte mais que les modalités du recensement des personnes à risque et du financement devaient être adaptées. Un courrier reprenant le détail des revendications a été envoyé. Les demandes n'ont que partiellement été considérées mais vu les délais rapprochés, la COPAS a quand-même adhéré à la convention 2016. Elle l'a cependant résiliée après l'été et elle a pu expliquer ses doléances à la Ministre de la Santé lors d'une entrevue en novembre.

Nomenclature et convention pour les actes de kinésithérapie

En août 2016, la COPAS a appris l'existence d'un projet visant à exclure les kinésithérapeutes salariés dans les établissements (ESC et ESI) et réseaux d'aides et de soins de la convention à conclure entre la CNS et l'ALK (Association Luxembourgeoise des Kinésithérapeutes). Il était évident qu'une telle décision aurait des conséquences néfastes pour les bénéficiaires et les prestataires d'aides et soins dans les institutions, les ateliers protégés et le domaine du domicile, où les kinésithérapeutes salariés font partie intégrante d'équipes multidisciplinaires.

Les kinésithérapeutes salariés disposent bien entendu de la même qualification professionnelle documentée par leur autorisation d'exercer que leurs collègues libéraux et maintiennent à niveau leurs compétences professionnelles via des formations continues financées par leur employeur qui met également à leur disposition des localités ainsi que l'équipement technique nécessaire à la bonne exécution de l'acte. La charge administrative relative à la gestion des ordonnances et à la facturation qui incombe aux prestataires est également la même que pour les indépendants.

Si la nouvelle disposition ne permettait plus la facturation des actes de kinésithérapie prestés par des salariés ou si elle prévoyait un tarif moins important que les tarifs actuellement en vigueur, les prestataires se verraient obligés

de réduire leur personnel dans ce domaine. Ce dernier étant rémunéré conformément à la Convention collective du secteur des aides et des soins, il s'agit à l'heure actuelle déjà d'une activité à perte pour les prestataires qui maintiennent ce service pour la qualité du soin et en vue de l'approche holistique. Par ailleurs, le lien de subordination garantit l'implication des salariés dans la démarche qualité du prestataire.

La COPAS a déploré la mise en question du statut des kinésithérapeutes salariés d'autant plus que dans les institutions qu'elle représente, ces prestations font l'objet d'un contrôle de la part de la CNS: autorisation de prise en charge des actes prescrits par le contrôle médical et déduction du nombre de kinésithérapeutes nécessaires à la prestation de ces actes CNS du personnel pris en charge par l'assurance dépendance.

La COPAS est intervenue auprès des instances en charge (ALK, CNS, Ministère de la Sécurité Sociale) et après maintes explications et discussions, une dérogation (sous certaines conditions) pour les kinésithérapeutes salariés du secteur des aides et soins a été intégrée dans la convention finale. La problématique des actes prestés dans les ateliers protégés et les Centre de propédeutique professionnelle (CPP) devra être résolue au courant de l'année 2017.

Etant donné que les membres de la COPAS sont directement concernés par la nomenclature des actes et services des masseurs kinésithérapeutes et masseurs ainsi que par les dispositions de la convention CNS-ALK et que celles-ci peuvent avoir des conséquences importantes pour ses membres, la COPAS revendique pour l'avenir une représentation dans la commission de nomenclature y afférente et veut devenir partenaire-signataire dans la négociation de la convention pour les actes et services en question.

2. Finances

L'année 2016 fut marquée par plusieurs faits qui ont influencé substantiellement la situation financière des prestataires :

- les valeurs monétaires de l'assurance dépendance, alors que figées les précédentes années, n'ont progressé que de 2,2% unilatéralement et restent un véritable souci de financement
- les mesures du Budget nouvelle génération (BNG) instaurant une application de nouveaux critères d'octroi plus restrictifs des prestations ont été pérennisées et la situation s'est aggravée
- le bridage de la lettre-clé infirmier qui ne reflète plus le véritable coût de la prise en charge
- la procédure de médiation pour la valeur 2016 du tarif W10.

Valeurs monétaires assurance dépendance

Après quatre années consécutives de dérogation au principe de négociation prévu par le Code de la Sécurité Sociale pour fixer les tarifs applicables en matière d'assurance dépendance, la COPAS a entamé les négociations pour les VM 2017 en automne.

En vue de la mise en vigueur de la réforme de l'assurance dépendance, la COPAS a plaidé pour l'application d'une approche normative dans le cadre de la fixation des valeurs monétaires. Les travaux y relatifs ont été commencés (voir Commission des normes, p.311), mais n'ont pas su aboutir pour une application dès 2017.

Sur demande de la CNS et à cause de contraintes de temps et de disponibilité, les négociations ne se sont pas basées exclusivement sur le recensement 2015, mais sur une combinaison d'éléments incluant notamment le recensement 2015, certains travaux normatifs et certaines données d'années précédentes réputées fiables/non-biaisées par des facteurs externes tels que les mesures BNG.

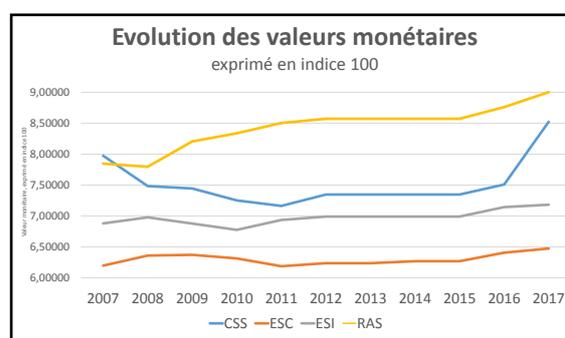
A l'issue des négociations, les valeurs monétaires (indice 100) suivantes ont été arrêtées :

- CSS: 8,52189 EUR
- ESC: 6,47500 EUR
- ESI: 7,18230 EUR
- RAS: 9,00000 EUR

Les principaux éléments ayant eu un impact sur les négociations ont été les suivants :

- Pour les 4 valeurs monétaires, la CNS a accordé une avance de 2,5% en relation avec les transpositions de l'accord salarial de la fonction publique sur la CCT-SAS. Il est donc conseillé aux prestataires de comptabiliser une provision pour hausses des salaires équivalente au minimum à 2,5% de la masse salariale, y compris charges patronales, à partir du 1er janvier 2017.
- La CNS a également fait valoir une réduction des frais indirects à considérer dans le calcul des valeurs monétaires justifiant cette dernière par les économies d'échelle constatées. La CNS considère acceptable une hausse de 65% des frais indirects par rapport à la hausse de l'activité.
- Par ailleurs, la CNS a accepté un taux de glissement des carrières de 3,56%.
- Pour le secteur des CSS, les négociations ont été menées sur le taux d'encadrement nécessaire du personnel ainsi que le taux d'occupation effectif des centres. Au vu des déficits structurels engendrés, la CNS a consenti à intégrer partiellement les causes créant ces déficits.
- Pour le secteur des RAS, il a été donné suite aux travaux initiaux de la commission des normes, à savoir la reconnaissance d'un besoin élevé en infirmières (15%). La CNS a également tenu compte de la hausse des coûts de loyer ainsi que de l'informatisation des structures et de la documentation des soins.

L'évolution des valeurs monétaires 2007 à 2017 se présente comme suit :



Fonds de compensation

Au courant de l'année 2016, il s'est avéré que les mesures BNG ont continué d'impacter sévèrement le secteur. Bien que des contre-mesures aient été mises en places, elles n'ont pas été suffisamment rapides pour compenser les effets. Conscient de cela, le Gouvernement a donc proposé des mesures de compensation en intégrant une disposition dans la loi budgétaire 2017 créant la base légale pour venir en aide aux prestataires qui ont souffert des évaluations plus restrictives depuis 2015 sans pouvoir réduire le personnel à la même échelle.

Un accord a été signé entre la COPAS et la CNS fixant les conditions d'attribution et la hauteur de la compensation financière selon la situation individuelle des prestataires quant aux plans de prise en charge. Cet accord prévoit la comparaison de l'année 2014, réputée non affectée par les mesures BNG, avec l'année close pour mesurer les minutes facturables perdues tout en tenant compte des variations du nombre de clients.

Fin 2016, les prestataires ont été contactés individuellement en vue d'un versement au titre de l'exercice 2015 avant la fin mars 2017. Le même exercice sera réalisé dès les recensements 2016 réceptionnés.

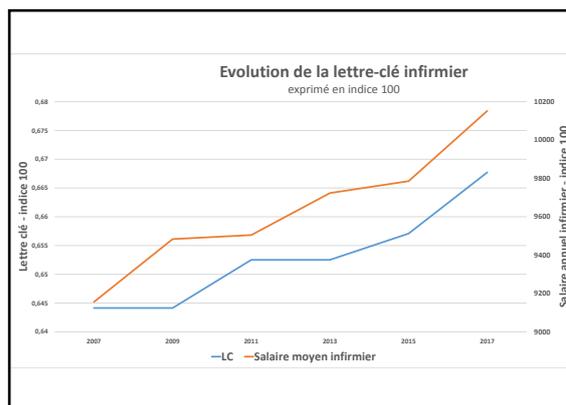
Lettre-clé infirmier

La lettre-clé infirmier est déterminée tous les 2 ans et représente le coût de 5 minutes de travail d'un infirmier pour des actes assurance maladie. La COPAS a entamé les négociations en automne 2016 au titre de la lettre-clé 2017. La détermination de la lettre-clé se base sur les coûts salariaux des infirmiers ayant presté des actes assurance maladie augmentés de la quote-part des frais indirects.

Toutefois, la hausse maximale acceptée prévue par la loi est bridée par l'évolution des salaires et revenus cotisables des assurés actifs et volontaires (article 67 CSS).

Ainsi, bien que les coûts salariaux ont augmenté de 3,75% par rapport à la lettre-clé 2015, seul 1,01% a pu être considéré. Etant donné l'application d'une nouvelle nomenclature, la CNS accepte une hausse complémentaire de 0,60% pour compenser les effets des vases communicants (article 62 CSS).

Aussi, la lettre-clé pour 2017 a été fixée à 0,66772EUR (indice 100).



Lettre-clé soins palliatifs

Suite à la négociation d'un forfait soins palliatifs à partir de l'exercice 2017, une lettre-clé spécifique a été introduite. La détermination de la lettre-clé se fait à partir du nombre moyen de minutes requises pour les traitements qui sont prestées par des infirmiers et kinésithérapeutes, ainsi que du nombre de journées potentielles de 2015. Basée sur leurs salaires moyens ainsi que les frais indirects y relatifs, la lettre-clé s'élève à 14,62 EUR (indice 100).

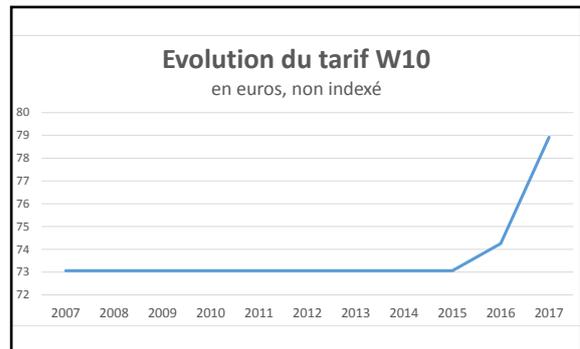
Tarification sociale

En décembre 2016, le Ministère de la Famille, de l'Intégration et à la Grande Région a constitué un groupe de réflexion en vue de réformer et d'adapter la tarification sociale aux modalités prévues par le projet de loi portant réforme de l'assurance dépendance. Les sujets discutés lors de ces entrevues sont les suivants : les suppléments à la demande du client; les critères d'exclusion de l'octroi; les gardes individuelles à domicile; les jours de prise en charge en Centre Psycho-Gériatrique; les limites de prise en charge des tâches domestiques à domicile; les modalités de prise en charge dans le cadre d'une maladie aigüe. La constitution d'un groupe technique est prévue début 2017 afin d'élaborer un vadémécum. Une clause qualité doit être intégrée dans la nouvelle convention afin d'aligner le financement aux normes de qualité définies dans le contexte du projet de loi 7014.

Tarif W10 de l'assurance maladie pour la psychiatrie extrahospitalière

La procédure de médiation étant entamée pour le tarif 2016, les parties se sont rencontrées à plusieurs reprises pour trouver un compromis à la hauteur de 74,25 EUR (ancien tarif 73,06 EUR) en juillet 2016, applicable rétroactivement depuis janvier 2016.

Le tarif journalier W10 étant non indexé et négociable annuellement, les négociations ont débuté en automne 2016 pour aboutir à un tarif de 78,92 EUR pour 2017 tout en insistant sur certaines réponses stratégiques concernant le secteur de la psychiatrie extrahospitalière. Grâce à une implication sans faille de la COPAS et des prestataires de la psychiatrie extrahospitalière, la CNS a donné son accord pour une augmentation du nombre maximal de sites à 240 pour l'année 2017. Contrairement aux VM assurance dépendance, ce tarif n'inclut pas d'avance pour une éventuelle modification de la CCT-SAS.



3. Personnel du secteur

Convention collective SAS

La Convention Collective de Travail du secteur a été négociée pour la première fois en 1998, soit la même année que l'assurance dépendance avec pour idée fondamentale de la faire évoluer parallèlement à la fonction publique tout en ayant une marge de manœuvre élargie par rapport à la transposition de l'enveloppe financière. Elle est déclarée d'obligation générale pour tout le secteur par règlement grand-ducal.

Le 28 novembre 2014, le gouvernement a conclu un accord unilatéral avec les représentants des organisations syndicales, concernant la transcription de l'adaptation des carrières de la fonction publique dans le secteur hospitalier et le secteur des aides et de soins.

Afin de faciliter cette transcription, les syndicats ont dénoncé la convention collective SAS, en vigueur depuis 2 ans, le 29 septembre 2015.

La détermination de l'impact financier de la transcription de la réforme des carrières de la fonction publique dans le secteur des aides et de soins constitue l'objectif de la commission paritaire. Elle est composée de représentants de l'Etat (Ministère de la Famille, de l'Intégration et à la Grande Région; Ministère de l'Education nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse; Ministère de l'Egalité des Chances; Ministère des Finances et Ministère de la Fonction Pu-

blique et de la Réforme administrative), des syndicats (CGFP, LCGB et OGBL) et des ententes patronales (COPAS, EFJ, EGCA, EGMIJ et EGSP). Au début de l'année 2016, le ministre de la Famille, de l'Intégration et à la Grande Région a invité le président de la COPAS à désigner les représentants et les suppléants à la commission paritaire suite à l'amendement du règlement grand-ducal du 10 décembre 1998 portant organisation et fonctionnement de cette commission le 27 novembre 2015.

Elle s'est réunie à plusieurs reprises au cours de l'année et les ententes patronales ont montré une réelle force de proposition : l'Etat étant incapable de déterminer l'impact, le patronat a réalisé les calculs y afférent. La méthodologie et le résultat ont été acceptés par la commission paritaire et l'impact financier sur 5 ans a été arrêté par le Gouvernement en date du 30 novembre 2016.

Les ententes patronales et les syndicats se sont rencontrés en dehors du cadre de la commission paritaire pour entamer les négociations portant sur la définition de nouvelles carrières, la révision des avantages acquis et la discussion sur des avantages futurs. Au 31 décembre 2016, les négociations sont en cours. Les employeurs sont ouverts à la discussion mais très attachés au respect de l'enveloppe budgétaire arrêtée par le Gouvernement, garante d'une gestion saine et pérenne de l'activité.

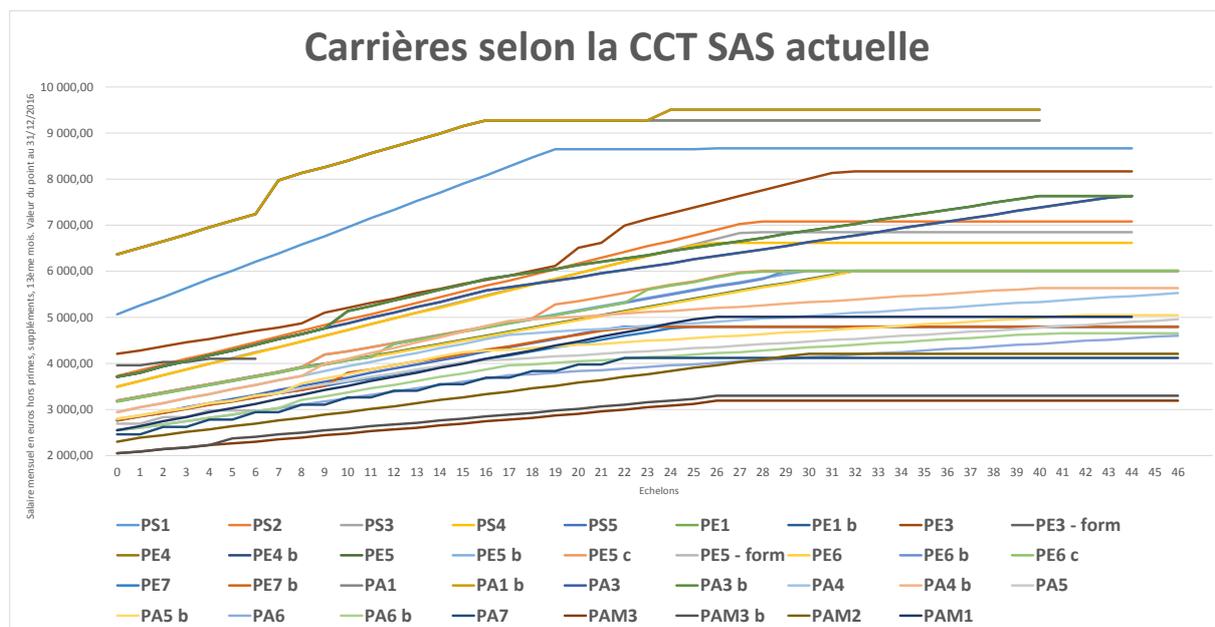




Photo: AdobeStock

Il est rappelé que le paiement mensuel d'une prime unique de 1,5% reste d'actualité jusqu'à la signature d'une nouvelle convention collective ou, à défaut, jusqu'au début d'une procédure de conciliation. Il est également à noter qu'une éventuelle rétroactivité mettra le secteur devant de nouveaux défis, en particulier sa gestion de trésorerie à court et moyen terme.

Commission UFOCOR

L'article 30 « Formation continue » de la CCT SAS règle les modalités en relation avec les avancements conditionnés de certaines carrières. Dans toutes les carrières ayant comporté un examen de promotion ou un examen de carrière jusqu'au 1 janvier 1999, ces examens sont remplacés par des « unités de formation continue (UFOCOR) ».

La COPAS siège au sein de la commission UFOCOR qui a pour objet de délibérer sur l'octroi de certificats UFOCOR et sur les accords de principe pour certaines formations continues présentées par les organismes de formation. Lors de ces séances, les délibérations ont porté sur des cas individuels particuliers.

4. Marché du travail et formation

Enquête annuelle «Qualifications, recrutements et formations»

Pour la cinquième fois, la COPAS a réalisé une enquête auprès de ses membres relative aux qualifications les plus représentées dans le secteur des aides et soins et ce pour l'exercice 2015. Cette enquête a comme objectifs de suivre l'évolution des qualifications au sein du secteur et ce par département, d'identifier les formations en cours et la demande de qualification et de formation. La prudence des prestataires en matière de prévision budgétaire a été confirmée – attitude managériale compréhensible dans un contexte marqué par les impacts réaffirmés des mesures dites BNG, de la négociation en matière de convention collective et des changements de paradigme envisagés par le projet de réforme de l'assurance dépendance.

L'enquête 2015 a réitéré le recensement de l'engagement RSE des membres de la COPAS en vue de déterminer le volume de personnes en service sous forme de stages professionnels ou d'une mesure – en faveur de jeunes ou de demandeurs d'emploi ; des mesures liées à la formation et à l'orientation, visant la réinsertion professionnelle et le travail d'intérêt général. Sur 7.500 personnes physiques recensées (+/- 95% des ETP ALP) s'ajoutent 4.229 personnes qui ont ainsi bénéficié d'un accompagnement au sein des structures du secteur en 2015.

Un résumé des résultats de l'enquête ayant porté sur l'année 2015 a été communiqué aux Ministres du Travail; de l'Education Nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse; de la Famille, de l'Intégration et à la Grande Région; de la Santé et au Ministre de la Sécurité sociale.

Pour l'exercice 2016, l'enquête sera renouvelée dans le même esprit et selon la même méthodologie que les années précédentes, afin de constituer une base de données utiles aux réflexions de la COPAS.

Campagne d'information et de sensibilisation aux différentes professions du secteur social, d'aides et de soins – année scolaire 2015/2016

Dans le but de présenter et de valoriser les différentes professions, la COPAS a initié une « campagne d'information et de sensibilisation

aux différentes professions du secteur social, d'aides et de soins » en 2013. L'accent est mis sur une représentation réaliste et correcte des professions afin de contrecarrer nombre de préjugés. Lors de ces actions « grand public », l'accent a aussi été mis sur le fait que les membres de la COPAS recrutent dans d'autres domaines que le soin.

Au cours de la campagne 2015/2016, les conceptions didactiques proposées par les organisateurs ont été analysées. Cette démarche qualitative a abouti dans une deuxième évaluation circonstanciée de la campagne en termes de volume et d'objectifs atteints. Un nouveau concept pour la campagne 2016/2017 a été élaboré, proposé et approuvé par le BEX, concept, qui en substance, va être plus ciblé.

La campagne reste un moyen très pertinent pour mesurer la tendance du moment en matière de :

- connaissance de notre secteur parmi la population en général (discussions avec parents et autres employeurs) et les professionnels hors secteur (préjugés positifs et négatifs) ;

- prise de contacts et échanges avec les « orienteurs » (ADEM, Maison de l'orientation, professeurs, services pour jeunes, coach indépendants spécialisés, ...) dans un cadre informel souvent plus communicatif que lors de réunions officielles.

Par le biais d'une présence bien mesurée et des interventions ciblées, la COPAS peut faire connaître sa position par rapport :

- à la pluridisciplinarité des équipes soignantes ;

- aux compétences requises pour le métier ;

- aux perspectives réalistes/irréalistes en termes de marché du travail potentiel ;

- à la qualité des aides et soins préconisée par la COPAS.

Plus particulièrement, les interventions auprès des classes terminales aides-soignants et infirmiers du LTPS permettent :

- de soigner dans un contexte plus « informel » les bonnes relations avec le LTPS – discussions et échanges (ajustements) par rapport aux besoins du terrain – collecte d'informations, terrains de stages ;

- la sensibilisation des élèves en terminale pour le secteur non-hospitalier.

Les objectifs de la campagne 2016/2017 sont:

- donner une image fidèle du marché de travail des aides et soins, qui connaît de grands changements depuis début 2015 (aussi bien par rapport à des préjugés positifs que négatifs);
- informer encore davantage les orienteurs au lieu de guider uniquement les élèves et les parents ;
- convenir d'un concept pédagogique avant d'intervenir dans les lycées ;
- réduire le volume des délégations venant de nos membres.

À la suite de cette refonte, à titre d'exemple, une action concrète porte sur la planification d'une rencontre terrain - étudiants en BTS - infirmiers psychiatriques. Un premier débriefing a eu lieu en présence de la COPAS, de la coordinatrice BTS infirmier psychiatrique au LTPS et d'une collaboratrice de l'action bientraitance.lu, en vue de planifier un workshop autour du sujet « self défense dans la bientraitance ». L'intervention est prévue à la rentrée 2017-2018.

La brochure COPAS reprenant sur des plaquettes les métiers et les membres du secteur a été distribuée à grande échelle, sachant que la pérennité des informations n'est pas garantie. 30 colis à destination des Offices sociaux et 10 colis pour l'ADEM (+/- 950 exemplaires) ont été préparés et distribués par une stagiaire.

Après les envois à l'ADEM respectivement aux services sociaux en avril, 50 exemplaires sont mis à disposition du RBS et 1 exemplaire a été envoyé aux secrétaires communaux (105 exemplaires en tout). Une vingtaine de pochettes, reprenant uniquement les fiches membres, sont mises à disposition du nouveau Info-Zenter Demenz. Le restant des brochures sera utilisé lors des campagnes de sensibilisation.

Rencontre COPAS/LTPS

Entretenir des contacts réguliers avec le monde de l'éducation et de la formation initiale afin d'optimiser la collaboration entre les différents acteurs reste une préoccupation de la COPAS. Dans ce sens, la COPAS s'est réunie pour la 3^e année consécutive avec la Direction du LTPS dans sa nouvelle composition (deux nouveaux sous-directeurs).

En 2015, le CA de la COPAS avait approuvé l'idée d'un débat sur l'organisation d'une formation de tuteur en entreprise, spécifique au secteur des aides et des soins. Depuis 2016, la LSC en

collaboration avec le LTPS (contenu et formateurs) propose une formation pour tuteurs en entreprise réservée aux tuteurs des aides-soignants et certifiée « tuteur professionnel spécialisé « Professions de l'aide-soignant ». Les tuteurs ayant fait cette formation d'une durée totale de 18 heures vont recevoir un certificat attestant cette spécialisation du secteur d'aides et de soins. Les tuteurs sont dès lors autorisés à accompagner l'apprentissage des auxiliaires de vie et des aides-soignants en apprentissage pour adultes.

La COPAS continue son engagement pour le maintien de la 3^e voie de qualification en vue du diplôme d'une des professions de santé au Luxembourg – la formation d'aide-soignant en cours d'emploi. Cette offre de qualification professionnelle diplômante doit rester acquise car elle répond à un réel besoin dans le secteur des aides et soins au Luxembourg. Un tel cursus fait partie du principe du « life long learning » qui ne doit pas se limiter à la formation continue, mais qui doit également promouvoir par une offre concrète l'accès à une qualification reconnue accessible aux salariés en situation d'emploi. Lors d'une visite du Ministre Claude Meisch au LTPS en mars 2016, à laquelle la COPAS et la FHL ont été invitées, le Ministre a exprimé sa volonté de trouver une base légale afin de poursuivre la formation aide-soignant en cours d'emploi.

Équipe curriculaire aide-soignant

La COPAS a participé en tant que membre de l'équipe curriculaire à toutes les réunions de travail concernant l'instauration de la formation «aide-soignant – apprentissage pour adultes». Ce cycle de formation mène au DAP aide-soignant par un enseignement concomitant, en 10^e avec 2 jours de cours, en 11^e et 12^e avec 1 jour de cours par semaine.

Ont été élaborés : le contenu des « jours de théorie » en début de cycle ; des unités de rattrapage ; la grille horaire de l'enseignement général, optionnel et professionnel ; la définition des objectifs intermédiaires à atteindre dans l'apprentissage pratique (contenu et forme du carnet d'apprentissage), la validation des acquis et autres. Sachant qu'il s'agit d'une profession réglementée avec des attributions et donc d'une première en matière d'apprentissage pour adultes, tous ces travaux curriculaires évoluent au fur et à mesure que la première promotion progresse.

Les travaux concernant l'adaptation du pro-

gramme théorique sont terminés et un avant-projet de règlement grand-ducal a été soumis au conseil de gouvernement. Les contenus pratiques à inclure dans le carnet de stage sont finalisés pour les deux premières années de formation, la rédaction (bilingue) mise au point et les fiches d'évaluation des compétences établies.

La grille horaire est disponible sur le site internet du LTPS.

Les travaux de l'équipe curriculaire se poursuivront en 2017.

La formation ASF – certificat aux fonctions d'aide socio-familiale

La commission nationale, dont la COPAS est membre, a finalisé l'avis concernant l'adaptation du RGD actuellement en vigueur. Les changements vont faire l'objet d'une demande par voie d'amendement et touchent la répartition du nombre d'heures entre le tronc commun et la spécialisation ; la composition des jurys d'examen ; les modalités d'accès et la suppression du stage rémunéré. Etant donné que les discussions en vue de modifier le cursus de l'ASF vers un CCP sont toujours en cours et que des questions de forme et de fond (Affaire Ries et contenu d'un RGD) risquent de retarder le dossier, la commission a proposé de ne pas lancer un débat pour la rédaction d'un nouveau RGD, mais de se limiter à des adaptations.

Les travaux de réflexion réalisés en 2015 et 2016 ont donc abouti dans un avant-projet d'amendement du règlement grand-ducal du 21 mai 1999 (republié en octobre 1999). La procédure administrative interministérielle est toujours en cours (Ministère de la Famille et de l'Intégration et à la Grande Région et Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse).

La formation aux fonctions de chef d'équipe, de chef d'unité, de chef de groupe et coordinateur du secteur des prestataires d'aides et de soins et du secteur enfance et jeunesse

Afin de répondre à un besoin de formation aux fonctions de chef d'équipe, de chef d'unité, de chef de groupe et de coordinateur du secteur des prestataires d'aides et de soins et du secteur enfance et jeunesse, la COPAS et l'UFEP ont élaboré un cycle de formation qui a débuté en janvier 2014 pour une durée de 18 jours et une durée effective en présentiel de 145,5 heures sur un an et demi. Ainsi, pour la

première fois, la COPAS, ensemble avec un partenaire très expérimenté en la matière, s'est constituée promoteur d'une formation continue.

Des adaptations ont été opérées par rapport aux différents retours aussi bien des formateurs que des participants. Une deuxième promotion a été organisée en 2016.

La formation, intitulée « Formation aux fonctions de chefs d'équipe, chefs d'unité, chefs de groupe et coordinateurs du secteur des prestataires d'aides et de soins et du secteur enfance et jeunesse », s'adresse aux personnes en charge ou aspirant aux fonctions visées. Elle entend participer à l'amélioration des pratiques et compétences des salariés et leur offrir un bagage utile pour assurer pleinement les fonctions en question.

Commission nationale des programmes des professions de santé

En tant que membre de la commission, la COPAS a été informée que le Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse a manifesté son intérêt pour une formation post-Bac des études d'infirmier. Cependant, la préférence est donnée au diplôme de niveau Bachelor par opposition au diplôme de niveau BTS.

Il est par ailleurs envisagé de proposer un BTS de spécialisation en cours d'emploi pour le diplôme de l'infirmier psychiatrique.

Comité à la formation professionnelle

La COPAS était présente en tant qu'observatrice à la réunion du Comité à la formation professionnelle ayant à l'ordre du jour les adaptations en avant-réforme à apporter à la formation professionnelle. Les adaptations toucheraient plus particulièrement l'augmentation du DAP de 3 à 4 ans, la 4e année passée entièrement chez le patron (p.ex. auxiliaire de vie), l'allègement du CCP de 3 à 2 ans (aide ménage) avec la possibilité d'introduire une alternative au certificat aux fonctions d'aide-socio familiale.

Formation psycho-gériatrique

Le Ministère de la Famille, de l'Intégration et à la Grande Région désire instaurer une formation continue en psycho-gériatrie en collaboration avec le RBS- Center fir Altersfroen à l'instar de la formation en soins palliatifs en coopération avec Omega 90. La COPAS fait partie du groupe curriculaire. Dans une première phase, les

travaux ont porté sur la conceptualisation de matériel didactique à savoir la réalisation de vidéos illustrant des situations d'interaction dans la relation d'aide pour lesquelles les soignants nécessitent une plateforme de réflexion et de guidance. La présentation des films est prévue pour début 2017. Des formations « train the trainer » seront organisées pour expliquer l'usage didactique de ce support visuel à partir de l'année 2017.

Formation de sensibilisation éthique en soins palliatifs

La COPAS a participé à la conceptualisation d'un module complémentaire de la formation en soins palliatifs chez Omega 90 qui a pour objet de sensibiliser les soignants à la réflexion éthique dans l'équipe pluridisciplinaire. Les formations vont commencer en 2017.

Entrevue avec le Ministre du Travail

Suite à une intervention écrite de la part de la COPAS, le Ministre du Travail a souhaité rencontrer une délégation COPAS afin de discuter en détail deux aspects du projet de loi n°7016 concernant l'organisation du temps de travail et portant modification du Code de travail. Un des sujets concerne les modifications en matière de Plan d'Organisation du travail (POT) et plus particulièrement de la période de référence. Un autre aspect discuté avec le Ministre concerne la place des contrats à temps partiel pour lesquels le projet de loi ne donne pas de réponses satisfaisantes pour le secteur des aides et de soins.

Le Job coaching en milieu ordinaire

Un avant-projet de règlement instaurant un service conventionné de « job coaching » a incité la COPAS et les membres du département psychiatrie extrahospitalière à organiser une rencontre avec les auteurs du projet en question (MTEESS, MISA et MiFa).

Face à une inquiétude d'exclusion de la population cible des prestataires de l'EGSP par cette nouvelle mesure, la COPAS et ses membres précités ont plaidé pour l'élargissement du projet à leur secteur qui peut apporter une expérience dans le domaine sur base d'un projet FSE, MISA et MTEESS et qui, faute de moyens financiers, n'a pas pu être reconduit au-delà du 31 décembre 2015.

La réinsertion professionnelle des personnes souffrant d'un trouble psychique doit rester un objectif au même titre que celui stipulé dans le

plan d'action de mise en œuvre de la Convention relative aux droits des personnes handicapées. À la suite de cette entrevue, l'EGPS et la COPAS ont écrit un avis et une prise de position, courrier qui ont été adressés aux Ministères de la Santé ; du Travail, de l'Emploi et de l'Economie sociale et solidaire ainsi qu'au Ministère de la Famille, de l'Intégration et à la Grande Région.

Le marché de travail transfrontalier des professionnels d'aides, de soins et de santé de la Grande Région

La COPAS a été invitée à un colloque « Pflege an der Grenze » (soins transfrontaliers) organisé par l'Université de Trèves. La Fondation de Luxembourg a accordé un subside de lancement pour un projet de recherche « soins transfrontaliers ». Les partenaires sont entre autres le STATEC, l'Université de Trèves et de la Thuringe et l'office statistique de Bad Ems en Rhénanie-Palatinat. Un des orateurs a essayé de comparer deux bassins de soins transfrontaliers à savoir Lörrach/Bâle et Trèves/Luxembourg.

Dans le cadre des stratégies de coopération dans la prise en charge sanitaire transfrontalière dans la Grande Région, la COPAS est membre du groupe experts « marché du travail dans le secteur des soins » et a en tant que tel participé à trois réunions en 2016 en vue de déterminer les recommandations pour le 15e sommet fin 2016 à Arlon.

La COPAS est aussi invitée permanente dans le sous-groupe « silver economy » et a participé à deux manifestations ainsi qu'une rencontre avec « LuxInnovation GIE » dans le cadre du programme Active and Assisted Living.

LIRE EGALEMENT ARTICLE PAGE 18

LEILU – Learning to be in the new environment

multi-LEARN Institute for Interaction and Development in Diversity asbl

L'œuvre Nationale de Secours Grand-Duchesse Charlotte finance le projet LEILU qui vise le développement socio-culturel des jeunes (entre 15 et 30 ans), de préférence des demandeurs d'asile et des bénéficiaires de protection internationale.

Le projet « LEILU - learning to be in the new environment » est géré par le multi-LEARN Institute qui fait entre autres de la recherche appliquée dans les domaines multilingue et multiculturel dans le contexte de l'éducation.

Les projets LEILU couvrent 6 domaines :

- la non-violence et le respect de l'égalité femme-homme,
- la tolérance religieuse,
- la maîtrise de soi,
- le travail en équipe et le respect mutuel,
- la découverte de ses propres talents et intérêts (talent building)
- la découverte visuelle du Luxembourg.

Suite à une réunion kick-off avec le Président de la COPAS en 2016 avec les responsables de multi-LEARN, des réunions de concertation ont eu lieu et des ateliers ont pu être identifiés auprès de 5 membres qui sont prêts à participer activement dans le domaine du « talent building » en 2017.



5. Communication

www.copas.lu

Le site internet de la COPAS a été légèrement restructuré en 2016 afin de le rendre plus lisible. Il a été visité plus de 21 000 fois. Avec plus de 11 000 sur un total de 63 000 pages vues, la convention collective du secteur des aides et des soins reste largement en tête des pages consultées, suivie par la page d'accueil. En moyenne, les internautes ont consulté 3 pages par visite et la durée moyenne de consultation s'est élevée à 2,06 minutes.

Depuis octobre 2016, le site internet dispose d'un volet extranet réservé aux membres. Désormais, les documents relatifs au bureau exécutif et au conseil d'administration sont mis à disposition par ce biais au lieu d'être envoyés par courrier électronique.

D'autres fichiers ont ponctuellement été mis en ligne et les membres de la COPAS informés par email. L'extranet comporte également une rubrique « Revue de presse » hebdomadaire contenant des articles pouvant intéresser le secteur. Tous les salariés des membres de la Copas peuvent demander un accès et un mot de passe pour cette rubrique – au 31 décembre 2016, deux personnes en avaient fait une demande.

COPASNEWS, Newsletter, Facebook

En 2016, la COPAS a publié deux éditions de la COPASNEWS.

Le groupe de travail « communication » s'est réuni afin d'analyser le contenu et le contenant de cette publication et il a conclu qu'une telle brochure en papier n'était plus dans l'air du temps. Il a été décidé de faire un sondage électronique auprès des destinataires de la COPASNEWS pour connaître leurs attentes. 70 des 274 destinataires ont répondu aux différentes questions. Une majorité des personnes a déclaré préférer une version électronique. Le bureau exécutif a par la suite décidé d'arrêter la publication de la COPASNEWS. Dorénavant, le rapport annuel contiendra des articles de fond sur des sujets d'actualité.

Afin de remplacer la COPASNEWS et de tenir informés ses membres en temps réel des évolutions sur le terrain, la COPAS a introduit une newsletter électronique mensuelle au mois de juillet. Le nombre d'abonnés est passé de 63 à 77 personnes entre juillet et décembre. Le taux d'ouverture s'élève en moyenne à 57,6 %, ce qui correspond à un taux élevé pour ce type de publication.

La COPAS a également lancé une nouvelle page Facebook « Fédération COPAS » qui compte quelque 80 « followers ». Malheureusement, l'ancienne page « COPAS » continue à exister parallèlement et ne peut être fermée suite à des complications techniques liées à Facebook. Il est prévu de la faire supprimer par Facebook dans un second temps.

Relations-presse

La COPAS est reconnue auprès de la presse comme porte-parole du secteur des aides et de soins et a été sollicitée à plusieurs reprises sur divers sujets. La presse a également donné suite aux invitations de la COPAS. Après avoir assisté à la présentation du projet de loi portant réforme à l'assurance dépendance par le Ministre de la Sécurité Sociale, Romain Schneider lors de l'Assemblée Générale de la COPAS, de nombreux journalistes ont répondu présent à la conférence de presse du mois d'octobre lors de laquelle la COPAS a présenté son avis sur le projet de loi en question. Suite à cette conférence de presse, le président Marc Fischbach a été un des invités de l'émission « Kloertext » sur RTL Télévision se consacrant au sujet.

L'espace COPAS@RT

La COPAS maintient son intérêt pour les créations artistiques réalisées dans les différents ateliers de ses membres.

Réunissant talent créatif et espace libre, l'espace « COPAS@RT » doit permettre une ouverture d'esprit et aller au-delà des considérations quotidiennes purement techniques. L'objectif étant de donner la « parole » à tour de rôle aux personnes prises en charge par les membres de la COPAS, personnes âgées, en situation de handicap ou confrontées aux difficultés de la maladie mentale, qui montrent un don certain pour l'art. Il s'agit également de soutenir ces personnes qui, par le biais de leurs

créations, peuvent entrer en contact avec le grand public et ainsi soutenir leur intégration sociale.

En 2016, les ateliers protégés de l'APEMH et la maison de soins Alyséa ont exposé dans les locaux de la COPAS.

Conférences

En 2016, la COPAS a organisé deux conférences conjointement avec l'EGCA. Elles ont porté toutes les deux sur des changements dans le droit du travail. La conférence « Dialogue social et reclassement » s'est déroulée le 13 juillet 2016 au Blannenheem à Rollingen. Cet événement a connu un tel succès qu'une deuxième conférence « Dialogue social » a été organisée le 15 novembre 2017 au CIPA Gréngewald.



Photo: Copas



6. Autres activités

La COPAS a participé tout au long de l'année 2016 à différentes réunions et a été membre de différents groupes de travail et organes :

- CSPA (Conseil supérieur des personnes âgées) - participation active au Groupe de travail « Assurance Dépendance » et à la rédaction de l'avis CSPA relatif au projet de loi 7014;
- ULESS (Union luxembourgeoise de l'économie sociale et solidaire) – membre du Conseil d'Administration ULESS ;
- MLQE (Mouvement luxembourgeois pour la Qualité et l'Excellence) – membre.
- Association pour le droit de mourir dans la dignité (Admd-l) - Jean-Jacques Schonckert, président, et Roland Kolber, membre, ont demandé une entrevue avec la COPAS afin de solliciter un partenariat en vue d'augmenter la visibilité de l'association et de lever le tabou qui règne autour de la loi sur l'euthanasie en vigueur depuis 2009. Ce partenariat pourrait se concrétiser dans l'invitation systématique de l'association lors de conférences liées à la fin de vie et à l'éthique, aux droits du patient ou dans le contexte des formations des soignants et autres.

