COPAS

RAPPORT D'ACTIVITÉ 2017

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 2018

Le mot du président

L'année 2017 a encore été une année chargée pour la COPAS. Elle fut dominée en grande partie par les changements à venir au niveau de l'assurance dépendance. Même si la « réforme » annoncée s'est transformée en simple « modification législative », le projet de loi 7014 a préoccupé et occupé la COPAS et ses membres tout au long de l'année.

La COPAS ne voit toujours pas de plus-value par rapport à l'ancien régime et craint des baisses de prestations et, par extension, de la qualité de prise en charge des bénéficiaires. La COPAS regrette fortement que des économies soient faites au détriment des personnes les plus vulnérables de notre société, à savoir les personnes dépendantes âgées et les personnes en situation de handicap.

La publication tardive des règlements grand-ducaux au mois de décembre et l'entrée en vigueur de la nouvelle loi au 1er janvier 2018 ont lourdement hypothéqué leur application sur le terrain. Ceci est d'autant plus regrettable que les changements législatifs n'étaient pas indispensables et auraient pu entrer en vigueur ultérieurement.

Après les années d'austérité suite aux mesures « budget nouvelle génération » et le gel des valeurs monétaires, l'absence d'une vision à long terme ainsi que d'une sécurité de planification n'ont guère contribué à créer un climat plus serein. La COPAS s'attend à ce que le Ministre de la Sécurité sociale prenne les mesures rectificatives nécessaires afin de remédier aux conséquences préjudiciables pour nombre de bénéficiaires de la nouvelle loi.

Cependant le champ d'action de la COPAS ne s'est pas limité à l'assurance dépendance. Au-delà d'un marathon de réunions précédant la nouvelle loi et la signature d'une nouvelle convention cadre avec la CNS, la COPAS a mené de longues et difficiles négociations avec les syndicats qui ont finalement abouti à la signature d'une nouvelle Convention collective du secteur d'aides et de soins (CCT SAS). La nouvelle CCT SAS est entrée en vigueur le 1er octobre 2017. Elle n'accorde pas seulement des hausses salariales significatives au personnel infirmier et éducatif, mais introduit également un nouveau système de carrières simplifié et cohérent. De plus, un protocole d'accord gratifiant le personnel resté dans les anciennes carrières a pu être signé au mois de décembre.

Dans le domaine de la psychiatrie extra-hospitalière, un grand pas a pu être franchi avec l'accord de la CNS de financer un qualiticien pour les membres bénéficiant du tarif W10. La qualité des aides et soins étant au cœur de ses préoccupations, la COPAS ne peut que se féliciter d'une telle évolution. La personne en charge de ce domaine rejoindra l'équipe de permanents de la COPAS.

Avec 3 nouveaux adhérents, la COPAS est passée en 2017 de 52 à 55 membres. Cette croissance prouve que la COPAS est un partenaire incontournable dans le secteur des aides et de soins et dispose ainsi d'une représentativité et d'une légitimité indispensable pour se faire entendre et écouter par les instances publiques.

Marc Fischbach

Sommaire

Le mot du président

Qui sommes-nous?

1. Historique 5
2. Membres 6
3. Mission 8
4. Organisation 8
5. Représentants COPAS au sein d'organes externes 12

L'année 2017 en un clin d'oeil 14

La nouvelle loi assurance dépendance 16

Die Geschichte der Pflege in Luxemburg 18

Principales activités de la COPAS en 2017 22

1. Aides et soins 22
2. Santé publique 24
3. Finances 29
4. Personnel du secteur 32
5. Marché du travail et formation 34
6. Juridique 40
7. Communication 41

20e anniversaire de la COPAS 42

L'espace Copas@rt en 2017 44

Revue de presse 2017 45

Annexe 46

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 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 1er janvier 1999. 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.

Dès sa création cependant, 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 futures et plus efficientes 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 les fonctionnements internes. 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 sectoriels. 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 lors de l'assemblée générale ordinaire du 28 mars 2012.

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.

PASC (Association des prestataires d'inspiration chrétienne actifs dans le domaine des aides et des soins a.s.b.l.)

Croix-Rouge luxembourgeoise

Entente des gestionnaires des institutions pour personnes âgées a.s.b.l.

Fondation Stëftung Mathëllef

EHL (Entente des hôpitaux luxembourgeois a.s.b.l.)

Fédération luxembourgeoise des services techniques pour le handicap a.s.b.l.

Fondation Ligue HMC

Fondation Kraïzbierg

Fondation J.P. Pescatore

EGSP - Entente des gestionnaires des structures complémentaires et extra-hospitalières 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, publication au Mémorial C – N°771, page 36999 du 23 octobre 1998 ;

Assemblée générale du 18 novembre 2005, publication au Mémorial C – N°1024, page 49108 du 26 mai 2006, version coordonnée des statuts déposée au RCSL le 1er septembre 2006 ;

Assemblée générale du 29 avril 2010, publication au Mémorial C – N°1635, page 78437 du 12 août 2010 ;

Assemblée générale du 10 mai 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, 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, 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 ;
Assemblée générale du 19 mai 2017.

2. Membres

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

Au 31 décembre 2017, la COPAS compte les membres suivants :

Alive S.A.

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» (CHNP)

Fondation Autisme Luxembourg a.s.b.l.

Fondation J.P. Pescatore

Fondation Kräizbierg

Fondation Les Parcs du Troisième Âge

Fondation Lëtzebuerger Blannevereenegung

Foyer «Eisleker Heem» Lullange a.s.b.l.

Gesondheets-Service Lëtzebuerg S.A. (gesond.lu)

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, a.s.b.l.

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.

Päiperleck S.à r.l., Groupe Hein Soparfi

Paramedicus S.A.

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 (Entente des gestionnaires des structures complémentaires et extra-hospitalières en psychiatrie a.s.b.l.)

FHL (anciennement EHL)

PASC (Association des prestataires d'inspiration chrétienne actifs dans le domaine des aides et des soins a.s.b.l.)

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 leur qualité de vie.

Elle soutient 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 plateforme 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

Les statuts permettent que la COPAS soit présidée par un président neutre, c'est-à-dire une personne qui ne soit pas un délégué d'un membre au sein duquel il assume des responsabilités particulières.

Une des missions qui incombe au président 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 du 19 mai 2017, le conseil d'administration a été renouvelé. Ainsi, depuis 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	Robby JHARI
Edmée CATHREIN	Christophe LESUISSE
Alain DICHTER	Romain MAUER
Lydie DIEDERICH	Evelyne SCHMITTER
Christian ERANG	Michel SIMONIS
Jeannot EWALD	Fabienne STEFFEN
Carine FEDERSPIEL	Corinne THEIS
Marc FISCHBACH	Patrick VANDENBOSCH
Frank GANSEN	Nathalie WAGNER
Catherine GAPENNE	Robert WILDANGER
Luc GINDT	Alain WILLET

Au cours de l'année 2017, le conseil d'administration s'est réuni à 9 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.

L'assemblée générale

L'assemblée générale ordinaire a eu lieu le 19 mai 2017. Elle était suivie d'une assemblée générale extraordinaire le 14 juillet qui a approuvé la signature de la nouvelle Convention collective pour le secteur des aides et de soins.

Photo: 101 studios

Le conseil d'administration 2017

(Ne figurent pas sur la photo: Nico Bemtgen, Pierrette Biver, Catherine Gapenne, Luc Gindt, Corinne Theis, Alain Willet)

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 à la gestion courante qui sont 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 :

Marc FISCHBACH, président

Carine FEDERSPIEL, vice-présidente

Pierrette BIVER, secrétaire

Michel SIMONIS, trésorier

Edmée CATHREIN

Alain DICHTER

Christian ERANG

Frank GANSEN

Christophe LESUISSE

Fabienne STEFFEN

Au cours de l'année 2017, le bureau exécutif s'est réuni à 12 reprises et en moyenne, 8 administrateurs étaient présents. Par ailleurs, une journée de réflexion a eu lieu le 25 septembre 2017.

Les missions principales du bureau exécutif sont les suivantes :

- travail conceptuel ;
- mise en place de commissions thématiques ponctuelles chargées par le bureau exécutif pour la préparation d'avis ;
- préparation des dossiers/sujets pour le conseil ;
- élaboration d'une ou de plusieurs propositions de décisions par question/sujet pour le conseil ;
- 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,
    - information aux membres des prises de position du CA.

Photo: 101 studios

Le bureau exécutif 2017
De gauche à droite: Edmée Cathrein, Fabienne Steffen, Christian Erang, Carine Federspiel, Marc Fischbach, Christophe Lesuisse, Frank Gansen, Michel Simonis, Alain Dichter
Ne figure pas sur la photo: Pierrette Biver

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 personnes ou 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, les commissions thématiques et les groupes de travail

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

Les départements sectoriels

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

Les départements sectoriels représentent des plateformes d'information, d'échange et de discussion pour les membres de la COPAS sans pouvoir décisionnel.

Les départements sectoriels de la COPAS sont les suivants: domicile, long séjour, handicap et psychiatrie extra-hospitalière.

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.

Les groupes de travail

Les groupes de travail sont mis en place sur proposition de la cellule administrative chaque fois que le besoin se présente. Le bureau exécutif valide la nomination des personnes mandatées à participer aux groupes de travail selon le sujet spécifique traité. Les réunions sont convoquées par le coordinateur qui est un membre de la cellule administrative. Il gère les dossiers et en assure le secrétariat.

La cellule administrative

Le personnel de la COPAS au 31 décembre 2017 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 partiel (36 heures par semaine).

Netty KLEIN, secrétaire générale, engagée depuis 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 depuis le 15 novembre 2015, à durée indéterminée et à temps partiel (32 heures par semaine).

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

Alexa LEPAGE, chargée de communication, engagée depuis 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 6e et 7e 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 2017, le budget arrêté par l'assemblée générale du 19 mai 2017 s'élevait à EUR 854.800,- pour couvrir les frais de fonctionnement de la COPAS.

Photo: Marion Dressard

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

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

Situation au 31 décembre 2017

Organes	Représentant-e-s COPAS
Commission consultative de l'assurance dépendance (article 387 du CAS)	Carine Federspiel, Christophe Lesuisse (membres effectifs) Michel Simonis, Christian Erang (membres suppléants) Pierrette Biver, Edmée Cathrein, Alain Dichter, Martine Ewerard, Netty Klein (experts)
Commission qualité des prestations de l'assurance dépendance (article 387bis du CAS)	Carine Federspiel, Netty Klein (membres effectifs) Christophe Lesuisse, Paul Wagener (membres suppléants)
Commission de nomenclature (soins et actes infirmiers)	Pour la COPAS: Pierrette Biver (membre effectif) Robert Wildanger (membre suppléant) Pour l'ANIL: Danielle Meyer (membre effectif) Elisabete Nobrega (membre suppléant)
Commission de nomenclature (soins palliatifs)	Pierrette Biver, Carine Federspiel (membres effectifs) Nadine Medinger, Martine Ewerard (membres suppléants)
Commission des normes (article 9bis convention-cadre CNS/COPAS)	Experts représentant des institutions en fonction des thèmes abordés
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)	Carine Federspiel, Michel Simonis, Netty Klein
Délégation de négociation pour la détermination des valeurs monétaires 2018	Fabienne Steffen (lead), Christian Erang, Robby Jhari, Patrick Moebius, Anouck Van der Zande, Nathalie Wagner, Martine Ewerard, Netty Klein, Olivier Wolf
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
Conseil supérieur des personnes âgées	Netty Klein

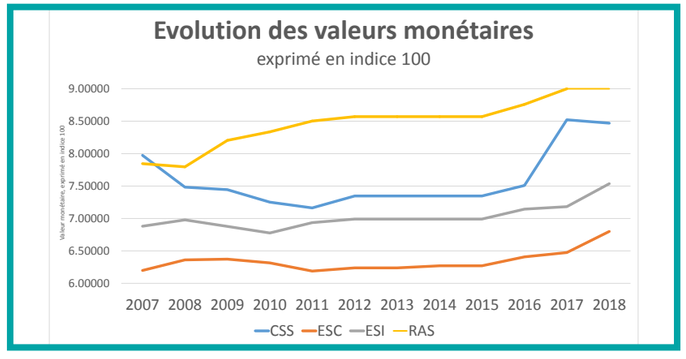
Représentant(s) COPAS au sein d'organes externes

Organes	Représentant-e-s COPAS
Plateforme handicap de la FEDAS (anc. 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 (abolie avec la nouvelle CCT SAS au 1er octobre 2017)	Martine Regenwetter
Commisssion nationale pour les programmes de l'enseignement secondaire technique, section professions de santé	Martine Regenwetter (délégué effectif) Netty Klein (délégué suppléant)
Commission de formation aux fonctions d'ASF	Martine Regenwetter, Netty Klein
Comité à la formation professionnelle	Martine Regenwetter
Experts pour l'équipe curriculaire DAP aide-soignant	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 des soins palliatifs/ fin de vie	Pierrette Biver, Carine Federspiel
Plateforme luxembourgeoise de psychiatrie	Martine Ewerard
Agence eSanté - conseil de gérance	Netty Klein
Agence eSanté - commission consultative des aspects éthiques et déontologiques	Martine Regenwetter
ULESS (Union luxembourgeoise de l'économie sociale et solidaire) - Conseil d'administration	Netty Klein

L'année 2017 en un clin d'oeil

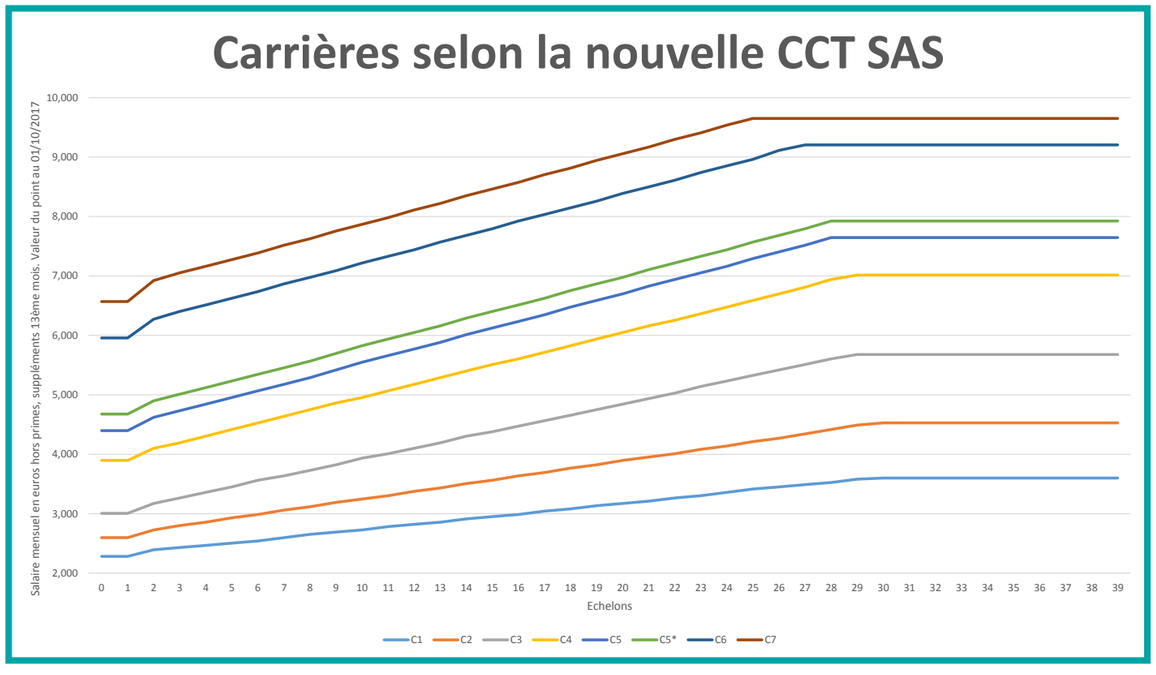
Photo: 101 studios

Photo: COPAS



7

membres de la COPAS se trouvent dans les premiers 35 employeurs du pays, selon le Statec



La nouvelle loi assurance dépendance

La nouvelle loi assurance dépendance est entrée en vigueur le 1er janvier 2018. Elle crée une administration de l'Etat, dénommée «Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance» (AECAD) qui est placée sous l'autorité du Ministre de la Sécurité sociale et qui remplace la Cellule d'évaluation et d'orientation (CEO).

L'AECAD évalue les besoins du demandeur et définit les prestations correspondantes qui sont reprises sur une « synthèse de prise en charge ». Ce document est annexé à la décision de la Caisse nationale de santé et transmis au bénéficiaire et au prestataire.

Si la définition de la dépendance est restée quasi identique tout comme le seuil d'entrée de 3,5 heures d'actes essentiels de la vie par semaine, les prestations changent et dépendent en partie du lieu de séjour du bénéficiaire. Celui-ci peut être le domicile, l'établissement à séjour continu (ESC), l'établissement à séjour intermittent (ESI) ou le centre de jour.

Les actes essentiels de la vie (AEV)

Les AEV sont répartis en 5 domaines: l'hygiène, l'élimination, la nutrition, l'habillement et la mobilité. Ils sont déterminés sur base du nouveau relevé type et leur durée est exprimée en minutes par semaine. En fonction de la somme des AEV ainsi relevés, le bénéficiaire se voit attribuer un des quinze niveaux de besoins hebdomadaires, par exemple, un niveau 6, allant de 911 à 1.050 minutes. Les différents AEV ne sont donc plus déterminés par jour. Si un acte est retenu, il donne droit à un quota de minutes sur 7 jours. Une aide complète hygiène correspond par exemple à 117,5 minutes par semaine. Ainsi les combinaisons d'actes, comme 2 aides complètes et 5 aides partielles appelées standards, n'existent plus.

En cas d'ouverture d'un droit aux soins palliatifs, la personne obtient d'office un forfait AEV de 780 minutes par semaine et peut bénéficier des autres prestations prévues dans le cadre de la loi assurance dépendance.

Les activités d'appui à l'indépendance (AAI)

Ces activités remplacent le soutien spécialisé individuel et en groupe. Elles ont comme objet l'apprentissage ou l'entretien des capacités motrices, cognitives ou psychiques requises en vue de réaliser les AEV ou de limiter l'aggravation de la dépendance pour ces mêmes actes. Cette prestation peut aussi bien être dispensée à domicile qu'en milieu stationnaire.

Si l'AECAD en détermine le besoin, le bénéficiaire se voit attribuer un forfait hebdomadaire de 5 heures en individuel qui peut être converti en 20 heures en groupe. Il est possible d'alterner la prise en charge individuelle et en groupe. La personne peut, par exemple, fréquenter un centre de jour ou une activité de groupe pendant 16 heures par semaine et bénéficier d'une heure d'AAI individuelle par l'ergothérapeute. Cette répartition se fait en fonction des objectifs définis dans le plan de soins et elle est convenue entre la personne dépendante et le prestataire.

Les activités de maintien à domicile (AMD)

Les prestations suivantes sont réservées aux bénéficiaires séjournant à domicile, à condition que le besoin soit constaté par l'AECAD.

Les gardes individuelles sont attribuées sous forme d'un forfait de 7 heures par semaine (AMD-GI) qui peut être porté à 14 heures en cas de gravité exceptionnelle. Les gardes en groupe à prester dans les centres semi-stationnaires s'élèvent à 40 heures par semaine (AMD-GG), dont les AAI prestées en groupe sont déduites.

Si le besoin d'une présence constante d'une tierce personne et d'une garde de jour est constaté, 10 gardes de nuit par an peuvent être attribuées au bénéficiaire.

Les tâches domestiques sont remplacées par les activités d'assistance à l'entretien du ménage à raison de 3 heures par semaine (AMD-M) tandis que les « courses-sorties » sont supprimées.

Les prestations en espèces

Les AEV et les AMD-M peuvent être prestés par un aidant à condition que celui-ci ait été évalué par l'AECAD et que celle-ci ait constaté ses capacités d'assurer les prestations et une disponibilité adéquate. Si tel est le cas, l'administration fait la répartition détaillée des actes entre le réseau et l'aidant et le bénéficiaire reçoit les prestations en espèces correspondantes. En cas de besoin constaté par l'AECAD, l'aidant peut bénéficier de 6 heures de formation par an, à prester par les réseaux ou les centres semi-stationnaires.

Photo: AdobeStock

La loi donne la possibilité de la prise en charge d'aides techniques (également dans les ESC/ESI), l'adaptation du logement et un forfait pour matériel d'incontinence.

Les activités d'accompagnement en institution

Tout bénéficiaire résidant dans un CIPA, une maison de soins ou un ESI, a droit à ces activités à raison de 4 heures par semaine. Elles remplacent le soutien non spécialisé, consistent en un encadrement durant la journée d'une personne ne pouvant rester seule de façon prolongée et ont comme objectif de garantir la sécurité de la personne dépendante et d'éviter un isolement social nuisible. Etant donné que, selon la loi, elles sont prestées en collectivité, il n'est pas clair si elles englobent les tâches domestiques ou non.

Tous les actes sont définis et détaillés dans le « Référentiel » qui remplace le « Guide des prestations ».

Les règlements grand-ducaux

La loi est assortie de plusieurs règlements grand-ducaux (RGD) dont les plus importants sont les suivants :

- RGD fixant les modalités de la dépendance avec les annexes « Relevé-type des aides et soins requis», « Référentiel des aides et soins de l'assurance dépendance » et « Formulaire type pour la synthèse de prise en charge » ;
- RGD déterminant le contenu de la documentation de la prise en charge et les indicateurs de qualité de la prise en charge ;
- RGD déterminant les normes concernant la dotation et la qualification du personnel ainsi que les coefficients d'encadrement du groupe ;
- RGD déterminant les modalités et limites de la prise en charge des aides techniques, des adaptations du logement et des produits nécessaires aux aides et soins ;
- RGD fixant les modalités spécifiques de la détermination de la dépendance chez l'enfant.

Le texte de loi ainsi que les règlements grand-ducaux peuvent être consultés sur le site internet de la COPAS.

Die Geschichte der Pflege in Luxemburg

von Norbert Franz

Vortrag anlässlich des 20-jährigen Bestehens der COPAS am 14. Juni 2017

Die Pflege in Luxemburg in Mittelalter und Früher Neuzeit

(…)

Weltliche und religiöse Akteure der Pflege

Die Bedeutung der Pflege für das zwischenmenschliche Zusammenleben können wir gar nicht überschätzen: Sie ist ein wesentliches Element menschlicher Existenz, des Zusammenhalts menschlicher Gemeinschaften überhaupt. Seit jeher und schon in vorgeschichtlicher Zeit kümmerten sich Menschen um schwache, kranke, verletzte und alte Mitglieder ihrer jeweiligen Gemeinschaften. Über die Jahrhunderte seit dem Mittelalter hinweg waren es vor allem weibliche Familienmitglieder, häufig die Schwiegertöchter, oder auch Nachbarinnen, die sich um Pflege- und Hilfsbedürftige kümmerten. (…)

So wurde auch in Luxemburg informell über viele Jahrhunderte Pflege geleistet. Wir verfügen zwar nur über vereinzelte Belege dafür, aber bei meinen Forschungen über kommunale Armen- und Gesundheitsfürsorge habe ich in den Akten der Gemeinden und der Wohltätigkeitsbüros immer wieder Hinweise darauf gefunden, dass Pflege für Alte, Kranke und Wöchnerinnen als Nachbarschaftshilfe nicht etwa die Ausnahme, sondern der Normalfall war. Wohlhabende Einwohner konnten sich die Anstellung von Hausbediensteten leisten, die sie auch bei Krankheit oder hohem Alter pflegten. (...)

Bereits im Mittelalter war Pflege bei Krankheit oder Alter aber auch ein wichtiges Tätigkeitsfeld religiöser Gemeinschaften. So hatte jedes Kloster einen eigenen Bereich, in dem die Nonnen oder Mönche ärztliche Hilfe und Pflege leisteten. Jedes Kloster hatte sein Gärtchen mit Heilkräutern und eine kleine Apotheke.

Hier in Luxemburg ist zunächst das Benediktinerkloster zu nennen, das im 11. Jahrhundert in unmittelbarer Nachbarschaft der Grafenburg auf dem Altmünsterplateau errichtet wurde. Später folgten viele weitere Ordensgemeinschaften, die in Luxemburg Klöster errichteten und zum Teil Hilfe für Kranke, Pflegebedürftige und Arme leisteten. Besonders bedeutsam wurden hier die Schwestern des Elisabethinen-Ordens. Dabei handelt es sich um eine Gemeinschaft in franziskanischer Tradition, die 1622 in Aachen gegründet wurde. Diese Frauen wirkten seit 1671 in Luxemburg. Damals brachte eine schier ununterbrochene Reihe von Kriegen ein heute unvorstellbares Elend über das damalige Herzogtum Luxemburg und die angrenzenden Regionen. Diese im wahrsten Sinne des Wortes hilfreichen Frauen wirkten auch in der ambulanten Pflege.

Hospitäler

Neben diesen frühen ambulanten Pflegediensten entwickelten sich auch frühe Einrichtungen stationärer Pflege. Die in Klöstern eingerichteten Bereiche für medizinische und pflegerische Hilfe heißen in den überlieferten Quellen „peregrinorum, pauperum ac aliorum transeuntium receptaculum“ – so auch der Titel von Michel Paulys großer Studie. Ein Hospital war zunächst also, frei übersetzt, ein Kämmerchen zur Aufnahme von Pilgern, Armen und anderen Durchreisenden.

Aus diesen Kämmerchen entwickelten sich bereits im Frühen Mittelalter Einrichtungen, die ausschließlich kurativen und palliativen Hilfen gewidmet waren, die so genannten Hospitäler. (…) Diese Hospitäler oder Hospize waren Orte der Gastfreundschaft für Fremde, sie waren Orte der Krankenpflege und der Hilfe für Gebärende, Wöchnerinnen und ihre Kinder. Und schließlich waren sie Orte für die allerschwächsten Mitglieder der menschlichen Gesellschaft: für die von ihren verzweifelten Müttern verlassenen Neugeborenen, die sogenannten „Findelkinder“.

Das bis zum Ende des «Ancien Régime» weitaus wichtigste Hospital in Stadt und Land Luxemburg, das Hospiz St. Johann im Stadtteil Grund, wurde im Jahre 1309 von Margaretha von Brabant gegründet. Sie war die Gemahlin des Grafen von Luxemburg, der damals als Kaiser Heinrich VII. an der Spitze des sogenannten „Heiligen Römischen Reiches“ stand.

Über weite Zeitspannen seiner Existenz im Mittelalter wirkte im Hospiz St. Johann eine Tendenz, die wir überall in Europa beobachten können: Ständige Bewohner mussten es sich leisten können, sich dort pflegen zu lassen. Immer wieder entwickelten sich Hospitäler zu Aufenthalten eben nicht der armen, sondern der wohlhabenden Menschen.

Um die Mitte des 16. Jahrhunderts gelangte das Hospital durch eine Schenkung Kaiser Karls V. an den

Foto: 101 studios

Prof. Dr. Norbert Franz arbeitet an den Universitäten Luxemburg und Trier

Luxemburger Benediktinerkonvent. Aber erst nach der privaten Stiftung der Stadtluxemburgerin Maria Zorn im Jahre 1672 wurde dieses inzwischen sehr heruntergekommene Hospital wieder funktionsfähig. Wirtschaftsführung und pflegerische Betreuung übernahmen nun die bereits erwähnten Schwestern des Ordens St. Elisabeth, die von Maria Zorn in die Stadt gerufen worden waren. Im Jahre 1730 wurden dort neunzehn Kranke und Pflegebedürftige versorgt. Siebzehn Ordensschwestern kümmerten sich um die Kranken innerhalb und außerhalb des Spitals. Im Hospital selbst arbeiteten neben den Schwestern ein Arzt, ein Wundarzt und verschiedenes Dienstpersonal.

Zum Vergleich: Die Stadt Luxemburg war damals eine für Mitteleuropa typische Stadt mittlerer Größe mit etwa sieben- bis neuntausend zivilen Einwohnern. Wir sehen, dass die öffentlichen Hilfen für Kranke und andere Pflegebedürftige in Luxemburg wie in anderen Städten Europas durch landesherrliche Stiftungen angestoßen, von wohltätigen privaten Stiftungen gestärkt und von Ordensschwestern geführt wurden. Vor allem aber ist völlig klar, dass sie nur einen winzigen Bruchteil des eigentlichen Bedarfs an Hilfe und Pflege decken konnten.

Die Anfänge der kommunal getragenen Pflege

Aus diesem Grunde wandte sich seit dem 17. Jahrhundert auch der Magistrat der Stadt Luxemburg der Organisation und Finanzierung der Pflege zu. Hauptursachen waren die fast ununterbrochenen Kriege zwischen den Habsburgern und Frankreich. 1684 wurde die Festung Luxemburg belagert und erobert, die Stadt weitgehend zerstört. Teil und Folge dieser Kriege waren Mord, Raub, Vergewaltigung, Hungersnöte und Seuchen. Die Bevölkerung litt unsäglich.

Die Anfänge kommunaler Armen- und Krankenpflege fallen in diese Katastrophenzeit. Zu den Sozialleistungen des Magistrats der Stadt Luxemburg gehörten gelegentliche Zahlungen an Ärzte und Apotheker, die ihre Dienste mittellosen Armen zukommen ließen, die regelmäßigen Vergütungen des Bettelvogts, der die Bettler beaufsichtigte, sowie der Stadthebammen und der Leitung des Waisenhauses. Hinzu kamen die Zuwendungen an die Hausarmen der Stadt und die Aufwendungen für Personen, die im Auftrag und auf Kosten des Magistrats versorgt, gepflegt und gegebenenfalls auch unterrichtet wurden.

In den Genuss der Hilfen der Stadtregierung kamen vor allem verlassene und verwaiste Kinder sowie hilflose alte Menschen. Diese Personen ließ der Stadtmagistrat zu Lasten der Stadtkasse von Privatpersonen betreuen. Derartige sogenannte „Pflegschaften“ sind erst seit den 1670er Jahren nachzuweisen, doch ist die Überlieferung gerade im 16. und 17. Jahrhundert sehr lückenhaft.

Die Fürsorge des Magistrats gegenüber seinen Pflegekindern folgte einer klaren Linie: Die Stadtoberen sorgten dafür, dass diese Kinder zumindest im Rahmen der kargen Verhältnisse, die damals für die Mehrzahl der Einwohner Luxemburgs üblich waren, ernährt, gekleidet, erzogen und ausgebildet wurden; daneben wurden sie medizinisch versorgt und im schlimmsten Fall kam der Magistrat für ein Begräbnis auf. (…)

In den Genuss der direkten kommunalen Armenfürsorge kamen also vor allem ausgesetzte und verlassene Kinder oder Waisenkinder. Hilfe und Pflege von Erwachsenen durch die Stadtgemeinde war dagegen eine seltene Ausnahme. Sie setzt auch sehr spät ein. Henri Kugener und ich konnten kommunale Erwachsenenpflege erstmals für 1780 nachweisen. So sorgte der Magistrat in diesem Jahr für eine geistig behinderte Frau, die völlig hilflos war.

In den Krisen kurz vor und während der Französischen Revolution vermehrten sich die Fälle, in denen Erwachsene direkte Hilfen der Stadtverwaltung erhielten. Immer mehr hilf- und mittellose Alte und andere Erwachsene wurden auf Kosten des Magistrats in Privathaushalten untergebracht. Die Erstattung der Vollversorgung im Rahmen dieser Hauspflegschaften entsprach einem niedrigen Tagelöhnereinkommen und gewährleistete ein nach den Maßstäben der Zeit leidlich menschenwürdiges Leben. Diese Form der kommunal finanzierten und von ausgewählten Privatpersonen getragenen Pflege blieb allerdings

die ganz große Ausnahme. Gleiches gilt für die Altenpflege im Hospital mit seiner nur sehr geringen Kapazität. Die ganz große Mehrheit der Pflegearbeit trugen Familien und Nachbarschaften. Und fast immer verrichteten Frauen diese Arbeit.

Die neuere Geschichte der Pflege

Die Weiterentwicklung der Pflege im langen 19. Jahrhundert

Die Folgen der Französischen Revolution bedeuteten hier einen gravierenden Einschnitt. Die meisten Orden, darunter auch die Elisabethinen, wurden aufgelöst, ihre Besitztümer wurden als so genannte Nationalgüter versteigert.

Die Luxemburger Elisabethinen arbeiteten nach der Auflösung ihres Ordens als so genannte „Mägde“ weiter. Auch nach seiner Wiederzulassung litt der Konvent unter dem Verbot, Novizinnen aufzunehmen, das erst 1830 aufgehoben wurde. Unter französischer Herrschaft bekam das Luxemburger Hospital St. Johann weitere Aufgaben: Unter der Aufsicht der Stadtverwaltung wurde es zur zentralen Einrichtung des Departements für die Versorgung von Findel- und Waisenkindern. Zugleich baute das Hospital seine Krankenpflege erheblich aus. Es war nun Waisenhaus, Altenheim und Krankenhaus zugleich, und diente in diesen Kriegszeiten immer wieder auch als Lazarett.

In dieser Zeit herrschte in ganz Mittel- und Westeuropa eine heute unvorstellbare Massenarmut. Daher stieg auch die Zahl der Pflegebedürftigen enorm. Da die Räumlichkeiten des Hospitals nicht mehr ausreichten, bezog es 1846 die Gebäude des früheren Klarissenklosters in Pfaffental.

1855 wurde in Ettelbrück ein weiteres Hospital eingerichtet, das Kranke, Findel- und Waisenkinder sowie psychisch Kranke aufnahm. Auch in diesem Hospital übernahmen Elisabethinen Pflege und wirtschaftliche Organisation. Seit dem Ende der 1860er Jahre entwickelte sich das Ettelbrücker Hospital zunehmend zur psychiatrischen Anstalt. Bis Ende der 1870er Jahre wurde das Hospital baulich erweitert. Es verfügte nun über 500 Betten. 1880 setzte ein Gesetz der Willkür bei der Behandlung der psychisch Kranken erstmals klare Grenzen.

Die Luxemburger Stadtverwaltung unterstützte ihr Hospital weiterhin aus ihrem Budget, insbesondere bei Erhaltung und Erweiterung der Bausubstanz. Gleichzeitig versorgte sie weiter Kinder, Arme und Kranke im Rahmen der traditionellen Hauspflegschaften. Zuständig für diese Leistungen war das «Bureau de Bienfaisance», eine eigenständige kommunale Behörde, die für die Armen- und Krankenpflege zuständig war. Finanziert wurde das Wohltätigkeitsbüro aus Mitteln der Gemeinde und durch Zuwendungen privater Stiftungen.

Doch auch ländliche Gemeinden übernahmen im Laufe des 19. Jahrhunderts zunehmend Verantwortung bei der Organisation des öffentlichen Gesundheitswesens und der Pflege. Sie holten die Entwicklung der Stadtgemeinde Luxemburg gleichsam zeitverzögert nach. Auch hier beginnt die öffentliche Pflege mit der Versorgung ausgesetzter Säuglinge. Sie setzt sich fort mit Geburtshilfe sowie Wöchnerinnen- und Säuglingspflege in armen Familien durch die Gemeindehebamme, die von den Kommunen bezahlt wurde.

Stadt- wie Landgemeinden halfen armen Einwohnern bei Seuchenzügen durch die Bezahlung von Ärzten und Medikamenten. Das gilt zum Beispiel für die mehrmals in Luxemburg grassierende Choleraepidemien. Und auch in Landgemeinden wurde die Versorgung armer Kranker und Pflegebedürftiger in Privathaushalten oder im Hospital von der Gemeindeverwaltung bezahlt. Doch insgesamt blieb die öffentlich finanzierte und organisierte Pflege eine Ausnahme für den Fall, dass private Mittel nicht ausreichten und informelle Hilfen durch Nachbarschaft und Familie nicht möglich war.

Anfänge und Ausbau des Sozialstaats

Zur Vorgeschichte des Sozialstaats gehören die Revolution von 1848/49 und der Kampf um mehr politische Partizipation der so genannten „breiten“ Bevölkerung. Auch in Luxemburg entwickelte sich, neben der liberalen Bewegung, eine starke demokratische, teilweise bereits frühsozialistische Strömung, die sich für die Interessen der breiten Bevölkerung und insbesondere der Arbeiter einsetzte.
Die Folge war die Gründung des ersten Arbeiterunterstützungsvereins des Landes im Juli 1849. Grundlage war das in Artikel 27 der Verfassung von 1848 gewährte Recht auf Vereins- und Koalitionsfreiheit. Auf dieser Grundlage entwickelten sich die ersten privaten Sicherungssysteme auch für den Fall der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit. Doch waren sie an die Erwerbstätigkeit gebunden.

Die Anfänge des Sozialstaats in Luxemburg können wir an der Einführung der Sozialversicherungen festmachen: Die gesetzliche Krankenkasse für Arbeiter wurde 1901 gegründet, ein Jahr später folgte die Unfallversicherung, 1911 die Alters- und Invalidenversicherung. Aber noch immer waren Versicherungsleistungen an abhängige Erwerbsarbeit gebunden. In der wirtschaftlichen Boomzeit der 1960er Jahre folg-

Foto: AdobeStock

ten daher zahlreiche Sozialgesetze, die nun auch für Nichterwerbstätige einen Rechtsanspruch auf Hilfs- und Pflegeleistungen begründeten. Diese partielle Entkoppelung von Erwerbsarbeit ist ein wesentliches Element der Sozialstaatlichkeit.

Kranken- und Altenpflege bis 1997

In diesem immer weiter entwickelten sozialstaatlichen Rahmen wird Kranken- und Altenpflege bis in unsere Gegenwart hinein geleistet. Angesichts der hier besonders schmerzlichen Forschungslücken verfolge ich die Entwicklungen des 20. Jahrhunderts vor allem entlang des Beispiels der Heil- und Pflegeanstalt Ettelbrück, das Jean-Marie Majerus gut erforscht hat. Diese Einrichtung entwickelte sich am Anfang des Jahrhunderts von einer reinen Verwahr- zu einer Heil- und Pflegeanstalt, litt aber, wie das ganze Land, erheblich unter den Folgen der deutschen Besetzung in den beiden Weltkriegen. Im Zweiten Weltkrieg wurde auch in Luxemburg die nationalsozialistisch geprägte deutsche Gesetzgebung eingeführt. Welche Folgen sie für die Ettelbrücker Patienten hatte, müssen künftige Forschungen zeigen. Schätzungen gehen davon aus, dass in den Gebieten, die die Deutsche Wehrmacht erobert hatte, ungefähr 200.000 psychisch kranke und behinderte Menschen ermordet wurden.

Die Behandlung und Pflege psychisch kranker Menschen erfuhr in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts einen grundlegenden Wandel. Das Rahmengesetz von 1974 stellte die Weichen für einen multidisziplinären Ansatz von Therapie und Pflege. Seit 1977 wurden auch in allgemeinen Kliniken psychiatrische Stationen eingerichtet. In den 1980er Jahren verbreiterten psycho-soziale Zentren die Behandlungsmöglichkeiten. Das psychiatrische Krankenhaus Ettelbrück ist heute eine moderne öffentlich-rechtliche Einrichtung mit mehreren Filialen in anderen Orten. Es beherbergt ein Altenheim, ein Therapiezentrum für Betagte, Altersschwache und an Senilität erkrankte Menschen sowie eine offene und eine geschlossene psychiatrische Abteilung.

Insgesamt erreichte die Zahl der Krankenhäuser in Luxemburg 1994 mit 34 Einrichtungen ihren Höhepunkt. Seither ist ihre Zahl rückläufig. In den verschiedenen Einrichtungen der Altenpflege wurden 2002 noch 4137 Personen versorgt und gepflegt, zehn Jahre später waren es bereits 5797 Menschen.

Viele Kranke und Alte werden von ambulanten Pflegediensten zu Hause gepflegt. Insgesamt hat sich der luxemburgische Medizin- und Pflegesektor in jüngerer Zeit enorm entwickelt. Waren dort vor 20 Jahren noch 5521 Fachkräfte beschäftigt, so waren es im letzten Jahr 26.426. Über die Hälfte von ihnen waren jeweils Pflegekräfte unterschiedlicher Fachrichtungen.

Gesetzliche Pflegeversicherung seit 1999

Am ersten Januar 1999 trat die gesetzliche Pflegeversicherung in Luxemburg in Kraft. Sie bildet den fünften Pfeiler der gesetzlichen Sozialversicherung und ist obligatorisch.

Mit der Gründung der COPAS im Jahre 1997 wurde nicht nur ein Zentralverband für Einrichtungen, die Pflegedienstleistungen erbringen, geschaffen, sondern auch ein Ansprechpartner für die Politik für diese im Zeichen starker Zuwanderung und des demographischen Wandels ganz zentrale gesamtgesellschaftliche Aufgabe. (…)

Medizinische Hilfen und Pflege sind in dem Ausmaß, in der Qualität und in der Breite, wie wir sie heute kennen, historisch einmalig. Der Gesundheits- und Pflegesektor ist von einer reinen Privatangelegenheit mit kirchlich- oder weltlich-öffentlichen Ausnahmen zu einer tragenden Säule der modernen Gesellschaft geworden, die durch staatliche Mittel und durch öffentliche wie private Versicherungen gehalten wird.

Welch enorme Errungenschaft dies ist, sollten wir uns gelegentlich vor Augen halten, wenn wir uns im Alltag mit aktuellen Problemlagen auseinandersetzen müssen. (...)

Principales activités de la COPAS en 2017

1. Aides et soins

Commission des normes

La commission des normes a repris les négociations des normes de dotation et de qualification du personnel pour les différents domaines d'activité prévus par l'assurance dépendance. En vue de la publication dans un règlement grand-ducal prévu par la nouvelle loi, le mix et la qualification du personnel ont finalement été fixés respectivement pour les actes essentiels de la vie, les activités d'appui à l'indépendance individuelles et en groupe, les gardes individuelles et en groupe, les activités de formation de l'aidant et les activités d'accompagnement dans les établissements.

Les facteurs de qualification ont également été fixés tout comme la norme de coordination pour les réseaux, les établissements à séjour continu et les établissements à séjour intermittent.

Malheureusement, la CNS n'était pas d'accord de retenir des normes pour des fonctions de support, comme un gestionnaire qualité ou des professionnels assurant des prestations autres que celles qui sont reprises sur le relevé-type de l'assurance dépendance, comme un diététicien.

Convention cadre

En vue du changement de la loi sur l'assurance dépendance, la convention cadre a dû être adaptée et les négociations ont été ouvertes par la CNS. A part certaines modifications du texte, la discussion a également porté sur des points plus fondamentaux comme la facturation de suppléments, le libre choix du médecin traitant et la commission des normes.

La CNS n'a pas voulu garder en place la commission des normes parce que, pour elle, celle-ci a été abolie par la loi. Les parties se sont finalement mises d'accord d'instituer une commission technique paritaire qui a comme objet d'analyser tous les éléments pouvant avoir un impact sur l'évolution des coûts imputables à la dispensation des aides et soins pris en charge par l'assurance dépendance.

Les principes de déclaration de l'activité et de facturation ont été adaptés aux nouvelles modalités prévues par la loi notamment en prévoyant un traitement électronique de toute la chaîne dont certains éléments ont encore été traités sur papier jusqu'à présent.

Le calendrier que la CNS avait présenté en septembre n'a pas été respecté, notamment concernant les tests à effectuer de part et d'autre, ce qui laissait déjà prévoir de sérieuses difficultés de la gestion informatique des données après l'entrée en vigueur de la loi.

En abordant le sujet d'un plan de communication entre la CNS, les prestataires et les bénéficiaires, il s'est avéré nécessaire d'organiser une réunion commune avec les représentants de l'IGSS et de la CEO.

Vu que de nombreuses questions techniques sont restées sans réponse à l'issue de cette réunion, la COPAS a encore rencontré à deux reprises les représentants de la CEO pour éclaircir les points en question et trouver des solutions praticables sur le terrain.

Lors d'une des dernières réunions, la CNS a finalement présenté la table de conversion des anciens plans de prise en charge en nouvelles synthèses. A ce moment, la COPAS a dû constater que le Ministre avait ordonné en dernière minute la conversion de l'acte «courses/ démarches administratives» en garde en groupe sans pour autant adapter le référentiel. Il était dès lors évident que ceci allait créer une grande confusion pour les bénéficiaires et les prestataires.

A l'issu de nombreuses réunions, une nouvelle convention cadre avec ses annexes a pu être publiée au mois de décembre.

Enfin, la COPAS a réussi à renégocier les modalités de calcul du fonds de compensation pour les années 2016-2018. *(voir page 30)*

Commission consultative

Les réunions de la commission consultative ont continué en 2017. Les règlements grand-ducaux sur les aides techniques et la détermination de la dépendance chez l'enfant ont été présentés et c ommentés. La mission de la commission était d'émettre des avis communs sur tous les règlements. Aucun de ces avis n'a été favorable et plusieurs points problématiques voire des erreurs matérielles ont été soulevés. Au mois de décembre, la COPAS a dû constater que les règlements ont été mis en vigueur dans leur forme initiale sans même tenir compte des erreurs matérielles connues et que le Ministre a donc ignoré le travail réalisé par la commission consultative.

Soins infirmiers

En février 2017, la COPAS a fait une saisine de la commission de nomenclature des actes et services des infirmiers en vue de modifier l'acte N 801 « Forfait journalier d'actes infirmiers prestés dans les maisons de soins » avec la motivation suivante :

- besoin d'un forfait unique pour tous les établissements à long séjour (ESC) ;
- remise en question de la base de calcul du forfait ;
- remise en question de la méthodologie adoptée en 1998.

La COPAS a proposé de réaliser une étude dans un échantillon représentatif de structures de type ESC et de fixer un coefficient unique pour les CIPA et maisons de soins sur base des résultats obtenus.

La CNS a fait une saisine en même temps et proposé d'introduire un nouvel acte 108 «Prélèvement de sang veineux pour analyse effectuée en dehors du domicile de la personne protégée».

Suite aux deux saisines, la commission s'est réunie en mars et a demandé l'avis de la Cellule d'expertise médicale. En date du 8 novembre, elle a décidé de ne pas procéder à un dédoublement d'actes en ce qui concerne la prise de sang mais de donner accès aux infirmiers à la nomenclature des actes et services des laboratoires pour des prélèvements effectués en dehors du domicile. En ce qui concerne le forfait journalier, la commission a décidé effectivement de faire une étude en 2018.

Soins palliatifs

Bien avant que le Luxembourg ne se soit doté d'une législation en matière de droit à une prise en charge palliative, les prestataires du domaine des aides et de soins avaient développé de tels concepts, et ce depuis les années 80. La volonté politique de suivre cette direction dans l'approche des soins était ensuite confirmée aussi bien par des actes législatifs que par une coordination nationale à l'initiative des prestataires. On peut citer par exemple «les soins palliatifs et l'exercice de la profession d'infirmier» en 1998, la création d'Omega90 (1990) et son statut de centre de formation agréé (1993) et finalement la loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement de fin de vie, et l'introduction d'une clause de formations obligatoires au niveau de la loi dite ASFT en 2009.

Cette exigence de spécialisation par le biais de la formation continue est d'ailleurs exemplaire dans le contexte international et montre que le secteur déploie énormément de moyens dans le développement de la qualité structurelle.

Afin d'encourager les prestataires dans la constance de leurs démarches et en vue de valoriser les bonnes pratiques émergentes de ces engagements, le Ministère de la Famille, de l'Intégration et à la Grande Région a décidé de lancer un concours « soins palliatifs » avec le soutien de la COPAS, afin d'honorer les projets novateurs du secteur des aides et de soins. En date du 27 septembre, la Ministre Corinne Cahen a félicité pour la deuxième année consécutive des lauréats pour leurs projets :

- catégorie long séjour : la maison de soins Elysis pour son projet « La musicothérapie en soins palliatifs : une voie de communication et d'apaisement »;
- catégorie maintien à domicile : le réseau d'aides et de soins Stëftung Hëllef Doheem pour son projet « vers un milieu de vie sans douleurs ».

La séance a été complétée par une conférence du Dr Raymond Gueibe - L'interrogation des paradigmes dans le « prendre soins » : une exigence éthique – et dans les soins palliatifs?

Photo: MFAMIGR

Stéphane Barranco (Elysis), Corinne Cahen, Olivier Streiff (SHD)

Actes et services de kinésithérapie

Une nouvelle convention ALK-CNS est entrée en vigueur le 1er janvier 2017. Malheureusement la problématique des actes prestés dans les ateliers protégés et les Centres de propédeutique professionnelle (CPP) n'avait pas pu être résolue à la date d'entrée en vigueur.

Dès le début de l'année, la COPAS a fait une proposition de texte élargissant l'application de la convention aux salariés du secteur sous condition que les prestations soient dispensées à une personne en situation de handicap en lien avec l'institution en question.

Finalement, en juin 2017, une version adaptée de la convention a été publiée sortant toute condition qui aurait pu limiter la prestation d'actes de kinésithérapie par des kinésithérapeutes salariés. Une circulaire CNS du 21 juillet a clarifié le fait que la condition de devoir disposer d'un « cabinet » n'est applicable ni aux réseaux, ni aux maisons d'aides et de soins.

Après une année de discussions et de débats, la COPAS a donc pu clôturer le dossier de façon satisfaisante.

Afin d'éviter ce genre de polémiques, la COPAS revendique pour l'avenir le statut de signataire dans la négociation de la convention pour les actes et services de kinésithérapie ainsi qu'une représentation dans la commission de nomenclature y afférente.

Photo: AdobeStock

Plateforme handicap

Un membre de la cellule administrative de la COPAS a participé aux réunions de la plateforme handicap tout au long de l'année 2017. L'échange d'informations sur les sujets transversaux se fait de façon systématique ; en cas de besoin, des groupes de travail thématiques sont instaurés. Cette façon d'interagir complète le flux d'informations plus stratégique géré au niveau des conseils d'administration de la COPAS et de la FEDAS (anciennement EGCA).

2. Santé publique

Agence eSanté

La COPAS a été représentée par sa secrétaire générale aux réunions du conseil de gérance du GIE eSanté créé en 2011. En 2017, le CG s'est réuni à 10 reprises. Pour plus d'informations sur l'activité de l'Agence eSanté, il est fait référence au rapport annuel de celle-ci, disponible sur le site internet *www.esante.lu.*

Ensemble avec l'Agence eSanté, la COPAS a organisé pour ses membres une conférence sur la messagerie sécurisée. *(voir page 41)*

La COPAS est membre de la commission consultative «aspects éthiques et déontologiques» de l'Agence eSanté et a participé à toutes les réunions au cours de l'année 2017.

Lors de la 19e réunion, les délais de conservation des données au sein du DSP (dossier de soins partagé) étaient à l'ordre du jour. À la base de la réflexion se situe l'art. 5 EU RGPD (règlement général sur la protections des données), « principes relatifs au traitement des données à caractère personnel ». Les réflexions ont porté principalement sur la nécessité de définir clairement l'objectif visé par le DSP (sa finalité) qui serait la coordination du parcours de soins et la continuité des soins en matière de validité et pertinence de la donnée disponible, sachant que le patient peut à tout moment masquer des informations. Il n'y a donc pas de garantie au niveau de l'exhaustivité des données partagées (est-ce que les éléments pertinents ont été introduits au dossier; est-ce que le patient a masqué des informations pertinentes).

Dans le contexte donné, il y a lieu de mener la discussion sur base de l'objectif « partage » et non pas de l'objectif « stockage ». Le DSP ne remplace pas et ne dédouble ni le dossier médical ni le dossier de soins au sein des institutions. Le stockage et l'archivage de ces derniers étant régis par d'autres lois (par exemple : droits et obligations des patients), le DSP ne devrait pas s'aligner d'office aux critères juridiques d'archivage y afférents.

La 20e réunion a été convoquée sur demande de plusieurs membres en vue de relancer le débat relatif aux délais de conservation des données au sein du DSP. En effet, le secrétariat de l'agence avait préparé un avis à soumettre au conseil de gérance alors que les membres de la commission n'avaient pas abouti dans leur réflexion lors de la séance précédente. La base de travail est peu fondée, car les expériences en phase pilote ne permettent pas de tirer des conclusions pragmatiques valides.

Aussi, se référer aux solutions d'ailleurs en Europe s'avère équivoque voire hasardeux, car les finalités des « DSP » mis en place dans d'autres pays ne sont pas nécessairement comparables.

Certains membres de la commission, dont la représentante de la COPAS, déplorent que des propositions pratiques (durées de conservation différentes selon la nature de l'information – données à vie comme le groupe sanguin ; données variables comme un bilan sanguin) avaient été écartées d'emblée avec l'argument que ces solutions ne soient pas conformes à l'architecture (informatique) initiale du DSP.

Sur demande de la COPAS, il a été acté dans le procès-verbal de la réunion, que l'informatique doit être au service de l'instrument de partage et non l'inverse. Il reste aussi à clarifier l'impact sur la responsabilité engagée par les prestataires qui alimentent le DSP en informations dites « pertinentes » (fiabilité dans le temps) pour une bonne coordination des soins.

Il s'agirait de déterminer des repères pour juger de la pérennité de la pertinence dans un contexte pénal sachant que le patient peut à tout moment masquer une donnée. Il faut éviter de confondre le partage professionnel de données pluridisciplinaires d'un côté et la justification d'un fichage en guise de gestion des risques, de contrôle de consultations redondantes et/ou de statistiques nationales/européennes de santé publique de l'autre côté. Un avis contradictoire a donc été soumis au Conseil de gérance.

L'essence même est de ne pas perdre de vue la finalité de l'instrument (trop d'information tue l'information), de ne pas en faire un deuxième dossier médical/dossier de soins, documentation interne qui reste de mise chez le prestataire et dont l'archivage est réglé par l'art. 15 de la loi relative aux droits et obligations du patient.

Finalement, le projet de règlement grand-ducal devant régler la mise en vigueur du DSP a été validé par le Conseil de gouvernement du 15 septembre sans discussion préalable au Conseil de gérance. Vu les réflexions de la COPAS au niveau de l'impact de la responsabilité incombant aux membres en vue de ce règlement, elle a co-signé avec l'AMMD et le syndicat des pharmaciens luxembourgeois un courrier au Président de la Commission Européenne demandant une prise de position quant à la conformité de ce règlement avec le RGPD. *(voir page 46)*

En début d'année 2017, sur initiative de la COPAS, un GT technique «autorité parentale, tutelle et curatelle» s'est réuni afin de discuter des modalités pratiques en matière d'accès et veille du DSP en présence d'une autorité parentale, tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice. Afin d'être proche des réalités du terrain, les deux Asbl spécialisées dans la gestion tutélaire, (la TACS Asbl et la SAT Asbl) ainsi que le médiateur santé ont été invités à participer au débat.

Les membres du GT ont identifié les différentes situations de mandat de la représentation légale (tant transférée à une personne physique qu'à une personne morale), les formes (durée déterminée, indéterminée, temporaire), l'exercice conjoint avec les proches en matière d'aides et de soins ou les modalités au jour le jour pour n'en citer que quelques-unes. La réflexion s'est dès lors portée sur le fonctionnement concret comme par exemple la matrice d'habilitation générale, des systèmes d'identification forte, des notifications de levée. La réunion a bien démontré la complexité du sujet, aussi bien du point de vue juridique qu'éthique, non seulement par rapport à la protection des données mais également en matière d'inclusion pour les patients en situation de handicap. La COPAS veillera à ce que cette problématique ne soit pas oubliée lors de la mise en opération du système.

LUX eHealth Evaluation

La COPAS, parmi d'autres acteurs du secteur des soins de santé, a été invitée par la CNS et le Ministère de la Santé, à un entretien qualitatif dans le cadre d'une évaluation externe de la politique e-santé du gouvernement luxembourgeois, évaluation qui était prévue par la loi du 17 décembre 2010 concernant la réforme du système de soins de santé.

Cette loi a entre autres modifié le code de la sécurité sociale en ajoutant l'article 60ter par lequel est introduit la mise en place de l'agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé, la réalisation d'un dossier de soins partagé (art. 60quater) et la volonté de confier la fonction de l'Agence à un GIE. L'étude a été confiée à la société empirica "Gesellschaft für Kommunikation- und Technologieforschung" de Bonn en Allemagne. Suite à ces séances d'entretiens semi-directifs avec différents acteurs du terrain, un workshop complémentaire sera organisé début 2018 pour clarifier les propos exposés.

Plan canicule

Lors des préparations pour l'élaboration d'une nouvelle convention canicule et d'un avenant, la COPAS a réitéré sa demande d'instaurer un forfait pour travaux de préparation même en l'absence de déclenchement d'une alerte ou pré-alerte.

Comme le Ministère n'a pas voulu accorder ce forfait avec l'argument qu'il n'a pas été demandé en bonne et due forme et que les délais n'ont pas été respectés, la COPAS a de nouveau résilié la convention après la période couverte par le plan canicule. En fin d'année, la Ministre a fait savoir que ledit forfait serait payé pour 2018.

HALT-3 – Healthcare associated infections in European long-term care

Le Luxembourg a participé à nouveau à l'enquête européenne en matière de prévalence des infections nosocomiales et des traitements anti-infectieux en établissement.

Au Grand-Duché, le contrat d'hospitalisation et de soins conclu entre un patient et un établissement de soins de santé prévoit depuis 2007 une obligation de sécurité et de résultat en matière d'infection nosocomiale dont le prestataire ne peut se libérer qu'en apportant la preuve d'une cause étrangère (Cass.,Civ. 1re, 27 mars 2007).

Une partie du projet HALT – à l'origine sous la tutelle du Ministère de la Santé – a été déléguée en 2017 au Ministère de la Famille, de l'Intégration et à la Grande Région (MIFA) ayant dans ses attributions la politique des personnes âgées. Ce dernier a invité un groupe d'experts (gestionnaires qualité, infirmiers hygiénistes, …) et la COPAS à une réunion de réflexion afin de présenter les modalités pratiques en vue de participer au projet européen HALT-3.

Avant de procéder au recensement des données HALT, la procédure prévoit le consentement écrit du patient/client en amont de la collecte avant de pouvoir les transmettre à l'ECDC (European Center for Disease prevention and Control). Etant donné qu'une grande majorité des clients se trouve dans une situation de protection juridique (curatelle et tutelle), cette obligation préalable posait un problème logistique, alors que le nombre de clients finalement éligibles est jugé être très limité. Les membres représentés à la réunion étaient néanmoins très intéressés par la démarche. Le Ministère a introduit une demande de dérogation auprès de la Commission nationale de la protection des données (CNPD).

Le 16 juin, un formateur de l'Institut scientifique de Santé Publique de Bruxelles (ISP) a expliqué les procédures de l'enquête « Healthcare associated infections in European long-term care » aux participants dans les locaux du RBS. Le MIFA a mis à disposition un courrier à adresser aux médecins généralistes agréés ainsi qu'une affiche d'information aux résidents. Les enquêtes de prévalence proprement dites ont eu lieu sur une période de 5 jours.

La CNPD et le CNER (Comité National d'Ethique de Recherche) ont accordé une dispense de l'accord préalable des représentants juridiques. Des procédures d'anonymisation et de destruction des listes de recensement ont été implémentées afin de garantir la protection des données sensibles.

En novembre, sur invitation du Ministère de la Famille, de l'Intégration et à la Grande Région, la COPAS et ses membres ont participé à une conférence sur les antibiotiques. Les thèmes évoqués couvraient aussi l'historique et les résultats luxembourgeois de l'étude HALT.

En guise de conclusion, il est retenu que la participation des institutions luxembourgeoises était exceptionnelle mais il en ressort également que le taux de prescription d'antibiotiques en milieu ambulatoire, donc extra-hospitalier, est un des plus élevés d'Europe.

Les infections associées aux soins sont majoritairement des infections urinaires, respiratoires ou des infections de la peau et beaucoup d'antibiotiques sont administrés de façon prophylactique, par prudence et en continu.

Campagne hygiène des mains

Dans le cadre de la journée mondiale de sensibilisation sur l'hygiène des mains, organisée le 5 mai par l'Organisation Mondiale de la Santé, les membres de la COPAS ont participé à une campagne dans le secteur du handicap et du long séjour. Cette campagne a lieu tous les deux ans.

Il s'agissait de la 4e édition pour le secteur « personnes âgées » et de la 3e édition pour le secteur «personnes en situation de handicap». Marc Fischbach et la Ministre de la Famille ont signé la charte en date du 29 mai à l'instar de la Ministre de la Santé qui a signé la charte avec des directeurs des établissements hospitaliers pour le secteur FHL.

Photo: AdobeStock

Ateliers visant l'amélioration des services d'urgences au sein des hôpitaux

La COPAS a été invitée, ensemble avec d'autres acteurs du terrain, à participer à deux workshops en vue de rassembler les témoignages et les recommandations du secteur visant à améliorer les flux dans les services d'urgences au Luxembourg.

Cette étude a été lancée à l'initiative du Ministère de la Sécurité sociale et du Ministère de la Santé et a finalement abouti à un recensement circonstancié de données autour de 7 domaines d'action. Elle propose 32 mesures et de nombreuses recommandations émanant du cercle des professionnels du terrain.

En présence de représentants des services d'urgences de tous les hôpitaux, de médecins, de médecins psychiatres et médecins gériatres, de la CNS, du MISA, …, des recommandations ont été élaborées pour améliorer le flux «in» et «out» des services d'urgences, aussi bien intra-hospitalier qu'extra-hospitalier (vers et venant du domicile, long séjour).

Pour les patients à symptômes « psychiatriques », les services d'urgences ont signalé un manque de connaissance du fonctionnement des services de la psychiatrie extra-hospitalière. Le manque de médecins psychiatres a été thématisé et certains services hospitaliers misent sur la future nomenclature pour les psychothérapeutes pour remédier à cette carence de prise en charge post-hospitalisation.

En ce qui concerne les urgences gériatriques, les propositions suivantes pourraient éviter de mobiliser le plateau technique des urgences pour un suivi éventuellement aigu en gériatrie :

- faire un avant-tri sur base d'une échelle ISAR dès l'arrivée aux urgences pour évaluer la fragilité et pouvoir orienter vers un service mono-organe ou un service de gériatrie intra-hospitalier (constat: nombre de lits largement insuffisant au Luxembourg) ;

- prévoir que les médecins spécialistes puissent se déplacer et proposer des consultations dans les structures long-séjour afin d'éviter le recours au service des urgences alors qu'il s'agit d'une « impasse aiguë» dans la prise en charge par le médecin référent/traitant ou de remplacement ;

- permettre aux infirmiers de faire des actes médico-délégués plus « techniques » dans les établissements long séjour voire à domicile sur base d'ordonnances venant d'un spécialiste (exemple donné : transfusion en cas d'anémie aiguë).

Enfin, il a été question de l'accessibilité des hôpitaux pour personnes à mobilité réduite surtout non-accompagnées (pente des plans inclinés non conforme, ouverture des portes non automatique, dimensions des WC visiteurs et autres).

Meopin – une plateforme santé

Lors d'une présentation à la COPAS, le gérant de la start-up a présenté l'outil qui se veut « l'équivalent de TripAdvisor » pour les fournisseurs de soins de santé du Grand-Duché.

Il a informé l'auditoire de la mise en ligne de la plateforme qui propose plusieurs fonctions : la recherche et l'évaluation des prestataires de services; la gestion de rendez-vous et une bibliothèque médicale. L'accès pour les patients est gratuit. Le directeur a expliqué qu'il va alimenter sa base de données avec des informations actuellement disponibles au grand public sur le web (Editus, les sites internet,..) et que ces données pourraient dès lors être complétées selon le souhait des fournisseurs contre paiement.

Photo: AdobeStock

Le groupe de travail « Santé et questions sociales de la Grande Région »

La COPAS est représentée dans ce groupe de travail depuis début 2017. Il travaille sur la collecte de données de santé, orientée vers des indicateurs, afin de présenter une analyse comparative des systèmes de santé dans la Grande Région.

Sur base d'une synthèse des résultats, il est envisagé de formuler des recommandations de bonnes pratiques politiques.

Les indicateurs recensés sont les suivants :

- les soins préventifs : dépistage des cancers du sein et du colon ; le taux de vaccination contre la grippe des 65+ ; les contacts réguliers avec un dentiste ; le tabagisme ; l'obésité ; les hospitalisations liées à l'alcool ;

- les soins curatifs : taux de prescription d'antibiotiques ; taux de césariennes ;

- la qualité des soins : taux de mortalité après AVC et IAM ; taux de poly-médication des 65+ en relation avec le taux national ;

- santé mentale : mortalité par suicide ; prise d'anti-dépresseurs ;

- soutenabilité : nombre de médecins en activité.

Les réunions ont porté sur l'analyse de résultats issus d'une compilation de métadonnées actuellement disponibles. Un sous-groupe technique a été créé afin de clarifier le format des données recensées en vue de les rendre comparables et afin de désengorger les réunions de questionnements méthodologiques de recensement.

D'autres projets portent sur l'élaboration d'une méthodologie de coopération interrégionale en matière d'assurance dépendance.

Le sous-groupe de travail « silver economy » dont la COPAS est invitée permanente ne s'est pas réuni en 2017.

3. Finances

L'année 2017 a été une année charnière pour la COPAS et ses membres :

- la loi du 29 août 2017 portant modification de l'assurance dépendance entre en vigueur le 1er janvier 2018 avec de nombreux changements notamment au niveau des normes à respecter dans le secteur mais également de nombreuses inconnues en terme de volume de facturation ;

- les mesures du budget dit de « nouvelle génération » (BNG) instaurant une application de critères d'octroi plus restrictifs des prestations ont été pérennisées et la situation continue à s'aggraver ;

- et surtout, la convention collective CCT-SAS a été renégociée et est applicable à compter du 1er octobre 2017.

La COPAS doit, plus que jamais, être attentive et proactive pour défendre au mieux les intérêts du secteur tant les implications de chacun des dossiers peuvent être diffuses. Véritable partenaire de négociation, la COPAS souligne le travail intègre effectué par toutes les parties prenantes aux négociations.

Valeurs monétaires assurance dépendance

En vue de la mise en vigueur de la loi au 1er janvier 2018, la COPAS a proposé une nouvelle méthodologie à la CNS pour la détermination des valeurs monétaires.

Basée sur les normes, elle vise à augmenter la sécurité de planification à travers une valeur monétaire plus stable et à simplifier la méthode de calcul tout en la rendant plus transparente. Elle se base sur le coût d'une heure AEV augmentée des frais de déplacement (pour les RAS), de coordination, d'overhead et de frais généraux, le tout basé sur les normes selon le RGD (ASF, ASF en formation, AIS, infirmiers et éducateurs pour les ESI).

Bien que la loi prévoie que les valeurs monétaires sont applicables pour 2 ans, la COPAS, face à de nombreuses incertitudes, a rappelé que la VM2018 n'est applicable que durant 1 année. La COPAS a également obtenu le financement d'une norme «Data protection officer», le financement des coûts informatiques engendrés par la loi et travaille en étroite collaboration avec la CNS pour la prise en compte encore plus précise de nombreuses revendications (telles que les apprentis, l'impact suppléments de nuit, …). Elle a également travaillé pour assurer la couverture des frais fixes des éventuelles fluctuations engendrées par la loi.

La CNS a tenu compte de l'impact réel de la CCT SAS, anticipant également une hausse générale de 1,5% des salaires liée au projet de loi 7182 non encore voté. Aussi, étant donné que la CCT SAS n'a pas eu d'effet rétroactif, la CNS a retranché l'avance de 2,2% versée au titre de la VM2016 dans la détermination de la VM2018.

Il est donc conseillé aux prestataires de reprendre la provision de 2,2% et de constater dès 2018 une provision pour hausse des salaires équivalente au minimum à 1,5% de la masse salariale, y compris charges patronales, à partir du 1er janvier 2018.

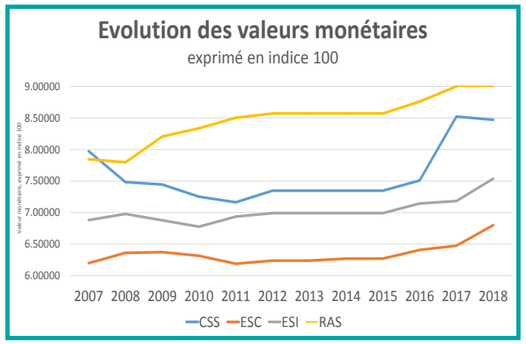
Suite à 10 réunions de négociation intenses avec la CNS et d'innombrables heures de préparation et de réunions internes, les valeurs monétaires ont été déterminées pour un an.

	VM2017		VM2018		Variation
I-100	VM2017 payée	VM2017 ajustée*	VM2018 négociée avant minoration des avances CCT VM2016	VM2018 payée	VM2018 négociée / VM2017 ajustée
CSS	8,52189	7,82623	8,61518	**8,47000**	10,08%
ESC	6,47500	6,32795	6,91798	**6,80000**	9,32%
ESI	7,18230	7,01564	7,68565	**7,53615**	9,55%
RAS	9,00000	8,80745	9,18142	**9,00000**	4,25%

*sans avance CCT 2,50% ni taux d'encadrement 1/4 pour les CSS et sans avance CCT 2,50% pour les ESC, ESI, RAS

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

- CSS : 8,47000 EUR
- ESC : 6,80000 EUR
- ESI : 7,53615 EUR
- RAS : 9,00000 EUR



Fonds de compensation

Les mesures prévues par le budget dit « nouvelle génération » continuent 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.

En 2016, 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.

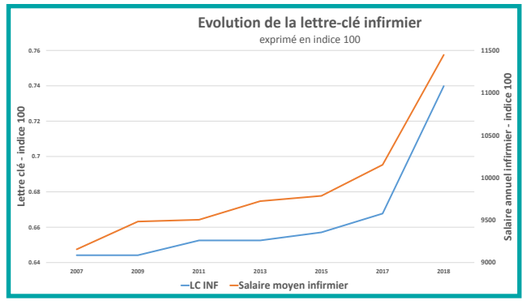
En 2017, la COPAS a renégocié cet accord pour mieux tenir compte des effets réels des variations des clients sur le personnel en place. L'ensemble des droits à compensation au titre de l'exercice 2015 a été versé au cours du 1er trimestre 2017 et les prestataires ont été contactés individuellement en vue d'un versement au titre de l'exercice 2016 avant la fin mars 2018. Si un prestataire a continué sa facturation au titre d'un exercice pour lequel un montant compensatoire a déjà été établi et versé, la CNS procèdera ou a procédé à un calcul pour un éventuel remboursement.

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 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). Bien qu'aucune négociation n'était possible en 2017, la COPAS n'a cessé d'interpeller le gouvernement sur la problématique structurelle de la lettre-clé tant sur le bridage de la loi que sur les effets de la convention collective.

Le budget 2018 de l'Etat porte la valeur de la lettre-clé à 0,73983 EUR (indice 100) afin de tenir compte des impacts de la convention collective à partir du 1er janvier 2018, bien en-deçà des revendications COPAS car la nouvelle valeur ne tient pas compte des problèmes structurels ni de l'entrée en vigueur au 1er octobre de la CCT SAS. La COPAS juge la position inacceptable et continuera à revendiquer le juste paiement des actes assurance maladie.



Lettre-clé soins palliatifs

Une lettre-clé spécifique aux forfaits soins palliatifs a été introduite à partir de l'exercice 2017 et sa négociation suit celle de l'infirmier. Sa détermination 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.

Bien qu'aucune négociation n'était possible en 2017, le budget 2018 de l'Etat porte la valeur de la lettre-clé à 15,74574 EUR (indice 100) afin de tenir compte des impacts de la convention collective à partir du 1er janvier 2018.

Tarification sociale

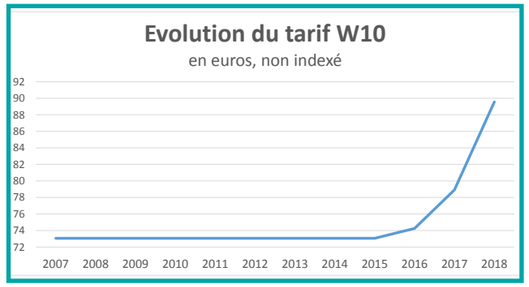
Lors de la deuxième moitié de l'année 2017, la COPAS était présente à plusieurs réunions au Ministère de la Famille, de l'Intégration et à la Grande Région en vue de la finalisation d'une nouvelle convention définissant la participation de l'Etat dans le cadre de la tarification sociale pour les mesures de maintien à domicile. Après discussion sur certains points de divergence, un consensus a été trouvé et les prestataires ont été informés des nouvelles modalités applicables à partir de 2018. Dorénavant, la tarification sociale se limite aux prestations non-assurance dépendance à l'exception de l'accueil gérontologique. Un devis sera établi par le prestataire vis-à-vis de son client. Les prestations éligibles et les limites hebdomadaires ont été revues et adaptées tout comme le tableau des tarifs.

FNS : accueil gérontologique

La COPAS a eu une entrevue avec la Ministre de la Famille au sujet des tarifs FNS qui sont toujours au même niveau qu'en 1999 et n'ont, par conséquent, jamais évolué en fonction de la CCT SAS. La Ministre a fait remarquer que le nombre de bénéficiaires ne varie que légèrement et que le nombre de chambres dans les limites du tarif FNS est actuellement suffisant, mais elle est disposée à aborder le sujet sur base de données chiffrées.

W10, forfait en psychiatrie extra-hospitalière

Le tarif journalier W10 est un tarif non indexé et négociable annuellement. La COPAS a débuté les négociations en juillet 2017 pour aboutir à un tarif de 89,56 EUR pour 240 sites avec une présence de 91,50%. Ce tarif prend en considération l'impact de la CCT SAS à partir du 1er janvier 2018, y compris une avance de 1,5% pour anticiper une hausse générale des salaires liée au projet de loi 7182 non encore voté. Il prend également en considération le financement d'un qualiticien ainsi que d'une solution informatique permettant d'apporter certaines réponses stratégiques concernant le secteur de la psychiatrie extra-hospitalière comme demandées les années précédentes.



Frais généraux et plan comptable uniformisé

La COPAS a été impliquée dans le groupe de travail permettant d'uniformiser le recensement et la classification de tous les frais engendrés par l'activité dans les décomptes financiers avec les Ministères. Il est rappelé que l'utilisation des classifications de frais ne constitue en aucun cas une prise de position en faveur d'une opposabilité de ces frais dans le calcul des participations étatiques qui devront être discutées dans un autre contexte.

Photo: AdobeStock

4. 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.

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 Publique et de la Réforme administrative), des syndicats (CGFP, LCGB et OGBL) et des ententes patronales (COPAS, EFJ, EGCA, EGMJ 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 2016 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 afférents. 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.

Signature d'une nouvelle CCT

Les ententes patronales et les syndicats se sont rencontrés régulièrement 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.

Les syndicats, impatients, ayant enclenché la procédure de conciliation le 1er mars 2017, la prime unique de 1,5% a été payée pour la dernière fois en mars 2017, conformément aux dispositions de la Convention collective pour le cas d'une entrée en conciliation.

Photo: COPAS

La nouvelle Convention collective a été signée le 22 août 2017

Les employeurs, très attachés au respect de l'enveloppe budgétaire arrêtée par le gouvernement, garante d'une gestion saine et pérenne de l'activité, ont trouvé un accord avec les syndicats qui est signé le 22 août 2017 et déclaré d'obligation générale le 28 octobre de la même année : il est créé 7 nouvelles carrières, basées sur le diplôme obtenu pour la profession occupée, applicables dès le 1er octobre 2017 et sans rétroactivité. Les autres changements majeurs sont l'abolition de l'allocation forfaitaire de fin d'année et l'augmentation de 1,5% de la valeur du point. Le texte a été retravaillé et il est laissé libre choix du changement de carrière aux salariés en fonction au 30 septembre 2017 risquant de perdre sous le nouveau régime.

Protocole d'accord signé le 19 décembre

Suite au calcul de l'enveloppe définitive des anciens ouvriers – fonction publique, un différentiel a été constaté et non considéré lors des négociations pour la version applicable dès le 1er octobre 2017. Les ententes patronales et les syndicats se sont rencontrés pour affecter ce différentiel.

Un accord a été trouvé le 19 décembre 2017 et porte sur 4 points :

- pour les anciennes carrières, pour 2017, paiement d'une prime extraordinaire et unique de 324 euros si le salarié est toujours en service au 31 janvier 2018 et ayant 3 mois d'ancienneté en 2017 et à partir de janvier 2018 ;
- augmentation de 2 points indiciaires par mois tant que le salarié reste dans son ancienne carrière ;
- pour les nouvelles carrières, changement de carrière pour l'ATM laboratoire de C5* à C5 ;
- effet rétroactif pour les demandes de changement de carrière au 1er octobre 2017 introduites jusqu'au 31 octobre 2017.

Cet accord entrera en vigueur dès sa déclaration d'obligation générale.

Suite des évolutions

Au 31 décembre 2017, le projet de loi 7182 n'a pas encore été voté et sa transposition dans la CCT SAS restera à déterminer.

Commission UFOCOR

Suite à l'entrée en vigueur de la nouvelle Convention collective au 1er octobre 2017, les « unités de formation continue UFOCOR » ont été abolies et en contrepartie les heures de formation continue ont été renforcées. Les salariés ayant accompli l'ensemble des UFOCOR nécessaires à l'avancement en carrière pouvaient les faire valoir jusqu'au 30 septembre 2017.

Enveloppe disponible

Année	2015	2016	2017			2018	2019
	10-12/15	01-12/16	01-03/17	04-09/17	10-12/17	01-12/18	01-12/19
Enveloppe CP 2016 (revalorisation carrière + hausse d'indice), soit 4,97%	4.97%						
Prime unique 0,9% CP 2016 (ou 0,18% sur 5 ans)		0.90%					
CP Salariés Etat 0,15%			0.15%				
Prime unique 2016 de 1% CP 2017 disponible			1.00%				
Allocation forfaitaire disponible			0.69%				
Prime unique permanente (1,5%) disponible				1.50%			

Nota : Les économies réalisées sur les UFOCOR sont compensées par la hausse du nombre d'heures de formation par salarié.

5. Marché du travail et formation

Enquête annuelle « Qualifications, recrutement et formations »

En 2017, la COPAS a réalisé pour la 6e fois consécutive une enquête auprès de ses membres relative aux qualifications les plus représentées dans le secteur des aides et de soins. Les objectifs de cette enquête sont de suivre l'évolution par département des qualifications au sein du secteur, d'identifier les formations en cours et de cerner 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 la loi du 29 août 2017 portant modification de l'assurance dépendance.

L'enquête 2016 a réitéré le recensement de l'engagement RSE des membres de la COPAS en vue de déterminer le volume de personnes accompagnées dans les services sous forme de stages professionnels ou d'une mesure en faveur de jeunes et 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 7.288 personnes physiques recensées (+/- 87% des ETP ALP) s'ajoutent 3.960 personnes qui ont bénéficié d'un encadrement au sein des structures du secteur en 2016. Une question complémentaire concernant la nouvelle loi sur le reclassement a été rajoutée en vue de partager le retour d'expérience avec les autres fédérations patronales.

Un résumé des résultats de l'enquête ayant porté sur l'année 2016 a été communiqué aux Ministres du Travail, de l'Emploi et de l'Economie sociale et solidaire; 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 2017, l'enquête sera renouvelée dans le même esprit et selon la même méthodologie que les années précédentes, afin de constituer une base de données cohérente et utile aux réflexions de la COPAS.

Campagne d'information et de sensibilisation aux différentes professions du secteur social, d'aides et de soins – année scolaire 2016/2017

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 avaient été analysées. Cette démarche qualité avait alors 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, est plus ciblé. Ce concept était la base pour tout engagement 2016/2017.

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

- connaissance du 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, coaches 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, nous pouvons faire connaître notre 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 des soins préconisée par la COPAS.

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

- d'entretenir dans un contexte plus «informel» les bonnes relations avec le LTPS – discussions et échanges (ajustements) par rapport aux besoins du terrain – collecte d'informations, retours concernant les terrains de stages ;
- de sensibiliser les élèves en terminale pour le secteur non-hospitalier.

Les objectifs de la campagne 2016/2017 étaient de:

- donner une image fidèle du marché du travail des aides et de 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, une action concrète a porté sur un projet avec le LTPS. Dans le cadre d'une rencontre « lycée – terrain », destinée aux étudiants en BTS - infirmiers psychiatriques, le module avait comme thème – et ce à la demande expresse des étudiants – « la gestion des agressions dans la bientraitance ».

Une première séance proposait un cours théorique en deux parties portant d'une part sur la notion de bientraitance et d'autre part sur le questionnement éthique au quotidien. Cet atelier théorique a été organisé par la COPAS en partenariat avec un permanent du dispositif de promotion *bientraitance.lu.* La partie théorique était complétée par une deuxième séance plus pratique avec un atelier qui consistait dans l'exercice physique d'une série de gestes de self-défense en présence d'un coach spécialisé.

Cet atelier était organisé par notre membre FAL – Fondation Autisme Luxembourg, suivi d'une séance d'échange d'expériences avec des collaborateurs du terrain aussi bien du secteur du handicap que du secteur de la psychiatrie extrahospitalière.

Une autre action a été réalisée auprès des élèves du Lycée Ermesinde: Dans le cadre des travaux de fin d'année, les élèves ont été sensibilisés par rapport à des sujets qui touchent plus particulièrement le secteur des aides et de soins: par exemple « Urban health games » ; le design for all et le universal design ; les logements intergénérationnels ; la robotique dans les soins ; eHealth; les thérapies alternatives – musique, art ; migration et âge ; elearning et serious games. Un travail a été rédigé par exemple sur les thérapies alternatives avec les animaux.

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 4e année consécutive avec la direction du LTPS.

La COPAS continue son engagement pour le maintien de la 3e 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 de soins du 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 diplômante reconnue pour les salariés en situation d'emploi. Reprendre des études à un âge adulte, et ce, non seulement pour se tenir informé mais aussi pour pouvoir décrocher un diplôme, faire carrière, évoluer personnellement ne doit pas se limiter aux apprentissages adultes ou aux études en présentiel.

Rencontre avec le Ministère de l'Education nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse – service de la formation professionnelle

Deux entrevues ont eu lieu au deuxième semestre 2017 suite à la nomination d'un nouveau directeur à la formation professionnelle.

Les sujets suivants ont été abordés:

- nécessité de trouver une base légale afin de pouvoir continuer à former des aides-soignants en cours d'emploi ;
- demande de la COPAS de créer une classe spéciale francophone pour former des ASF (perte de tâches avec l'abrogation du SO117) ;
- volonté du ministre d'introduire un CCP aide à la personne : implication pour l'ASF / l'auxiliaire de vie et impact sur l'organigramme des compétences dans le secteur social et sanitaire.

En matière de formation en cours d'emploi, il y a lieu de prévoir une formulation dans la loi permettant

d'organiser des formations diplômantes et continues en cours d'emploi via un règlement grand-ducal. Le choix d'un salarié de se qualifier en cours d'emploi sans changement de statut (en l'occurrence vers l'apprentissage pour adultes) est légitime. Les bons résultats des candidats en cours d'emploi (mentions, distinctions et pas d'échec) montrent la motivation des personnes intéressées (en majorité du genre féminin).

Un RGD permettant cette 3e voie de qualification semble disponible, mais sans mention explicite dans la loi, la base légale formelle fait défaut. Le MEN a confirmé qu'un amendement sera fait dans le cadre de la réforme de la formation professionnelle afin de donner une base légale aux cycles «en cours d'emploi». La possibilité de se qualifier «en cours d'emploi» ne concerne pas uniquement les professions du secteur d'aides et de soins.

En ce qui concerne la dérogation demandée par la COPAS au niveau de la formation des ASF, le MEN a insisté sur la cohérence politique (ne pas brader les compétences linguistiques) avec sa campagne actuelle en matière de langue luxembourgeoise (pour plus de détails voir le PL 7231 déposé le 11.1.2018). Il pourrait cependant mettre à disposition des ressources pour des cours de langues approfondis et spécialisés in-house.

Lors de cette discussion, les représentants de la COPAS ont expliqué que le titulaire d'un CCP aide-ménager, cursus mis en place pour la rentrée 2015-2016, et qui avait pour finalité de pouvoir exécuter des tâches dans le secteur «assurance dépendance», ne trouvera pas si facilement un poste dans le secteur suite aux modifications législatives de l'assurance dépendance. Le MEN a expliqué que ces diplômés vont pouvoir travailler dans les ménages privés et dans le secteur du handicap.

Lors de cette entrevue, la COPAS a relevé l'importance de veiller à une hiérarchie des compétences et des tâches lors de la création de nouveaux diplômes dans le secteur des aides et de soins, ainsi qu'à un bon mix des diplômés arrivant sur un marché de travail dorénavant régi par des normes de qualification.

Équipe curriculaire aide-soignant

La COPAS a participé en tant que membre de l'équipe curriculaire à toutes les réunions de travail. Elles ont porté exclusivement sur l'organisation de la formation «aide-soignant – apprentissage pour adultes» dont la première promotion suit actuellement la deuxième année d'enseignement. Le cycle de formation mène au DAP aide-soignant par un enseignement concomitant, avec 2 jours par semaine de cours théoriques en 1ère et 2e année, et 1 jour de cours théoriques par semaine en 3e année.

Les réussites sont conditionnées par le biais du bilan intermédiaire, du bilan final et du projet intégré final en 3e année. L'enseignement couvre l'enseignement général - éducation à la citoyenneté, langues, éducation sanitaire - ainsi que l'enseignement professionnel théorique à l'instar du curriculum de la formation initiale. L'enseignement pratique est enseigné par les professionnels du terrain en équipe pluridisciplinaire. L'équipe curriculaire se réunit régulièrement en vue d'adapter le cursus en fonction de l'évolution de l'expérience de cette nouvelle voie d'accès au diplôme de l'aide-soignant.

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

La commission nationale, dont la COPAS est membre, avait élaboré en 2016, sous la gouvernance du Ministère de la Famille, de l'Intégration et à la Grande Région un avant-projet d'amendement du règlement grand-ducal du 21 mai 1999 (republié en octobre 1999) instituant une formation aux fonctions d'aide socio-familiale afin d'adapter le déroulement de la formation aux exigences actuelles.

Lors de la réunion en 2017, les remarques et propositions venant du Ministère de l'Education nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse ont été passées en revue et différentes modifications d'ordre législatif, de forme et de contenu actées.

La procédure interministérielle prévoit l'avis du service juridique du Ministère de l'Education nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse étant donné que le Ministère de la Famille, de l'Intégration et à la Grande-Région et le Ministère de l'Education nationale, de l'Enfance de la Jeunesse sont chargés conjointement de l'exécution du règlement.

La Commission nationale des programmes des professions de santé

La Commission nationale pour les programmes des professions de santé a été informée de l'avancement du projet d'implémentation d'une section 12e SH (vers un BAC Sciences de la santé) au LTPS, projet destiné à désengorger les classes du cycle supérieur de l'EST de la filière SI (voie d'accès aux BTS infirmier) des étudiants qui quittent le LTPS après le BAC (13e) pour aller faire des études de thérapeute (kiné, ergo, orthophoniste, diététicien, …) de niveau Bachelor.

La commission a aussi été informée de l'avancement des travaux du groupe de pilotage en charge de la conceptualisation du projet pédagogique basé sur les exercices de simulation en laboratoire clinique LTP*sim*. L'objectif est de créer des scénarios réalistes, de mettre les étudiants en situation avec des acteurs et de faire un débriefing en groupe (vidéo-observation). L'intégration du concept est prévue pour toutes les formations du LTPS dans les curricula 2018/2019.

Comité à la formation professionnelle

Le projet de réforme propose les adaptations suivantes à apporter à la formation professionnelle :

- réintroduction du PII (projet intégré intermédiaire) pour la rentrée 2018-2019 pour les formations en temps plein ;
- discussion de réduire le CCP de 3 à 2 ans ;
- rallongement du contrat d'apprentissage de n+1 an à n+1+1 afin de concilier temps scolaire (redoublement) et contrat d'apprentissage ;
- avancement des sessions de rattrapage de février à octobre afin de permettre l'accès à l'année d'étude suivante respectivement l'accès à un BTS en cas de réussite.

La COPAS a réitéré sa demande de trouver une solution en vue du maintien et de l'organisation de formations en cours d'emploi au niveau DAP (essentiellement aide-soignant) et au niveau BTS (exemple infirmier psychiatrique actuellement proposé à Saarbrücken).

C'est lors de cette réunion que la COPAS a été informée que dans sa réponse à une question parlementaire (n° 2850) le Ministre Meisch parle de l'introduction d'un apprentissage niveau CCP dénommé «aide à la personne» qui assistera l'aide-soignant en présence et sous la responsabilité de celui-ci.
(voir page 35, rencontre avec le MEN)

Formation psycho-gériatrique

La COPAS fait partie d'un groupe de travail en matière de conceptualisation de la formation psycho-gériatrique pour le Luxembourg. La représentante du MIFA a informé le GT que le plan national démence vient à échéance en 2018 et qu'il sera donc nécessaire de rédiger une suite. La formation continue psycho-gériatrique standardisée est une initiative réalisée dans le cadre de ce plan. La collaboration d'autres acteurs du terrain (RBS/uni.lu) est une volonté du Ministère.

Le curriculum a été présenté et une discussion a eu lieu sans consensus en ce qui concerne la finalité de la formation. Le Ministère insiste sur le caractère de «sensibilisation» «proche des actions concrètes du terrain». Il n'est pas clair si une telle conception ne revient pas à être redondante avec d'autres formations (exemple: communication, nutrition de la personne âgée, formation ASF…). La partie «techniques métiers» sera un module «au choix» (établissement d'une liste de techniques éligibles), en dehors du package de thèmes en tronc commun. Dès lors le salarié pourra recevoir une reconnaissance par rapport à certains modules. Ceci est une revendication de la COPAS compte tenu des maintes formations continues d'approfondissement déjà organisées en interne chez les prestataires.

La COPAS a informé le MIFA des conséquences en matière de cofinancement (les formations obligatoires ne sont plus éligibles à partir de 2018) au cas où le Ministère envisageait d'inscrire la formation dans le RGD de la loi dite ASFT à l'instar de celle en soins palliatifs. Le MIFA serait par ailleurs enclin à encourager un label qualité. Les membres du GT ont attiré l'attention sur les coûts engendrés par une telle démarche (audit régulier). Le MIFA pourrait envisager un soutien financier aux prestataires qui continuent à organiser la formation en interne.

Une présentation des films à usage didactique a eu lieu au cinéma UTOPIA en présence des acteurs et du metteur en scène en début d'année et les premières formations «train the trainer», destinées à expliquer l'usage méthodologique de ce support visuel aux formateurs, ont été organisées.

Le GT va continuer son travail de conceptualisation des cours théoriques en 2018.

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 ont commencé en 2017 et s'étendent sur 16 heures.

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.

En 2017 s'est déroulée la troisième promotion. 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 place 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.

IUIL – Institut Universitaire International Luxembourg

L'IUIL et la FHL ont réalisé une étude qui vise à déterminer les besoins en compétences actuels et futurs du secteur hospitalier. Partant que certains sujets ne peuvent valablement être interprétés en vue de développer des scénarios futurs sans inclure les hypothèses des passerelles vers et depuis le secteur des aides et de soins, la COPAS a été invitée à participer à un entretien qualitatif.

Les variables prises en compte lors de cet entretien étaient par exemple la mobilité des travailleurs dans la Grande Région, les nouvelles professions émergentes, la pénurie de compétences dans certains domaines, la gestion des départs à la retraite, l'évolution des assurances privées, les impacts de la chirurgie ambulatoire en termes d'infrastructures et de compétences, la digitalisation et l'éducation à la santé du patient.

La COPAS a en outre participé à la journée thématique « what are the skill-sets needed in 2020-2025? ». Les questions abordées concernaient le maintien en activité des collaborateurs seniors, le management de transfert de compétences dans un contexte de digitalisation de l'environnement soins, les compétences cumulées au niveau stratégique, pratique et psychologique exigées par les gestionnaires de structures de soins.

LEILU – Learning to be in the new environment – Oeuvre Grande-Duchesse Charlotte

Le projet de la « multi-LEARN Institute for Interaction and Development in Diversity a.s.b.l. » s'adresse à des jeunes demandeurs et bénéficiaires de protection internationale et vise l'intégration. Il est financé par l'œuvre Grande-Duchesse Charlotte.

Six modules sont proposés dont les axes sont variés: la non-violence, la tolérance religieuse, la maîtrise de soi, le travail en équipe, la découverte visuelle du Luxembourg. Le module « de la découverte de ses propres talents » était le plus adapté pour un partenariat avec la COPAS et ses membres.

Après la rédaction d'une « letter of intent » signée entre la COPAS et multi-LEARN Institute pour tout ce qui touche à la coordination du module et d'une lettre standard de « commitment » à signer par les membres prestataires participant au projet, lettre réglant les modalités d'accueil d'un candidat, les actions suivantes ont eu lieu en 2017 :

- Un premier candidat a terminé sa période d'immersion en milieu professionnel en tant qu'aide-cuisinier dans la maison de soins Sacré Cœur Diekirch. Un deuxième candidat va suivre.

- Une candidate a pu intégrer l'atelier Sartina Couture d'ATP à Kehlen.

- Le cadre a été défini dans lequel le Kraïzbierg Dudelange accueillera un participant du module qui collaborera dans l'atelier protégé multimédia et qui sous-titrerait les clips de la COPAS en différentes langues.

- Le cadre a été défini dans lequel la Fondation Pescatore accueillera un participant du module qui collaborera dans le projet « ennerwee » de la Fondation. Dans ce projet interne à la Fondation, des bénévoles accompagnent des résidents à se rendre quelque part à pied, en voiture ou en Rickshaw.

Le projet a commencé en 2016 et s'étend jusqu'en avril 2018. Une prolongation est envisagée par les membres de l'association.

Illustrations de la période d'immersion d'un candidat à la maison de soins Sacré Coeur Diekirch par Pit Wagner

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

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 une réunion en 2017.

Lors de cette séance, il a été fait état des besoins en formation dans la région du Grand-Est et de la Wallonie. En outre, une version préliminaire de l'état des lieux de la reconnaissance des qualifications professionnelles dans la Grande Région a été présentée. La démarche est en lien avec les travaux de la « Task Force Frontaliers 2.0 », née d'un projet INTERREG IV A en 2011, et qui a pour objet l'amélioration de la mobilité sur le marché de l'emploi dans la Grande Région.

6. Juridique

Les sociétés à impact sociétal (SIS)

Dans le cadre de son mandat au sein du Conseil d'administration de l'ULESS, la COPAS a organisé conjointement avec celle-ci des séances d'information en lien avec les sociétés à impact sociétal (SIS). En effet, pour certaines Asbl, fondations et coopératives, il pourrait être intéressant de changer de statut social et/ou d'intégrer une SIS dans leur organigramme institutionnel.

En mai, les acteurs du terrain ont été invités à une conférence intitulée « Comment mesurer l'impact d'une société d'impact sociétal ? ».

Une des innovations majeures de la loi du 12 décembre 2016 portant création des sociétés d'impact sociétal (SIS) réside dans l'obligation de prévoir, dans leurs statuts, des indicateurs de performance permettant de vérifier de façon effective et fiable la réalisation de l'impact social qu'elles poursuivent.

Il n'existe pas de liste univoque à la question de savoir quels indicateurs de performance sont les plus adaptés dans chaque cas précis. Le choix d'indicateurs de performance varie fortement d'une structure à l'autre et d'un domaine d'activités à l'autre (enfance, handicap, personnes âgées, soins à domicile, insertion, etc.).

Le Ministère du Travail, de l'Emploi et de l'Economie sociale et solidaire a élaboré, conjointement avec le Comptoir de l'innovation (Paris), des lignes directrices afin de guider tous ceux qui souhaiteraient se constituer sous la forme de SIS dans la définition d'indicateurs de performance spécifiques à leur propre activité. Plusieurs acteurs luxembourgeois ont déjà été évalués à travers cette méthode dans le secteur de l'insertion, du handicap, de l'enfance ou des activités culturelles.

En octobre, la COPAS a rejoint une délégation sectorielle issue de l'ULESS pour présenter au Ministre du Travail, de l'Emploi et de l'Economie sociale et solidaire les amendements à apporter dans différents textes législatifs et réglementaires afin de favoriser les SIS 100% au même titre que les fondations et les Asbl. Les thématiques touchées par les amendements se situent au niveau de la TVA, de l'impôt sur le revenu, du Code du travail, des aides à la coopération et au logement pour ne citer que ceux-là.

En novembre, la COPAS a parrainé une conférence publique avec débat participatif autour du sujet « Association sans but lucratif et société d'impact sociétale » en coopération avec l'ULESS, la Chambre de commerce, le House of ENTREPRENEURSHIP et l'EGCA en présence du Ministre du Travail, de l'Emploi et de l'Economie sociale et solidaire et du Ministre de la Justice.

Règlement général sur la protection des données (RGPD)

Le règlement n° 2016/679, dit General Data Protection Regulation (GDPR), est le texte de référence européenne qui règlera dorénavant la protection des données personnelles au sein de l'Union européenne avec une entrée en vigueur le 25 mai 2018. Le règlement est un acte juridique qui revêt une portée générale, est obligatoire dans tous ses éléments et est directement applicable dans tous les pays de l'Union européenne.

Le règlement sur la protection des données constitue un changement de paradigme en matière de responsabilités engagées à l'égard du traitement des données en passant d'une demande au préalable vers une approche de contrôle – et de sanctions – ad hoc. Le droit à la protection des données n'est pas un droit absolu. Le traitement de données, dans notre monde digital, doit être conçu pour servir l'humanité.

Manipuler des données personnelles, qui sont de surcroît des plus sensibles dans le secteur des aides et de soins, demande une approche pragmatique qui vise aussi bien à valoriser les données disponibles qu'à les sécuriser. Le projet de loi n° 7184 règle les nouvelles fonctions de la CNPD dans ce contexte et propose les adaptations requises dans les textes luxembourgeois. Afin de pouvoir soutenir les membres dans leur démarche de mise en conformité, la COPAS a entamé la formation des permanents de l'administration au courant de l'année 2017.

La COPAS et ses membres sont d'ailleurs invités à participer à un « GT best practice » à l'initiative de l'Agence eSanté. Dans le même ordre d'idées, la COPAS a organisé une séance d'information sur la messagerie sécurisée en octobre.

Début 2018 une conférence sur l'enjeu du règlement pour les prestataires sera organisée pour les membres de la COPAS.

7. Communication

www.copas.lu

La popularité du site internet de la COPAS a connu une forte croissance entre 2016 et 2017 : le nombre de pages vues est passé de 63 000 à 107 000. Comme les années précédentes, la page sur la Convention collective du secteur des aides et de soins (CCT SAS) reste en tête avec 28 pour cent des pages consultées. 80 pour cent des visiteurs passent par un moteur de recherche pour atteindre la page COPAS, ce qui montre qu'elle est bien référencée.

Le volet Extranet a également connu une forte progression entre janvier et décembre 2017. Plus de 5 000 pages ont été vues par les 150 abonnés. La nouvelle convention collective et la modification de l'assurance dépendance ont entraîné une hausse des abonnés du secteur. La rubrique « revue de presse », qui est mise à jour quotidiennement, est passée de 2 à 68 abonnés en 2017.

Newsletter, Facebook

La newsletter de la COPAS a remplacé l'ancienne COPASNEWS avec succès. En 2017, le nombre d'abonnés est passé de 77 à 158 personnes. La page Facebook « Fédération Copas » compte quant à elle 106 abonnés.

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. En 2017, la COPAS a publié neuf communiqués qui peuvent être consultés sur le site www.copas.lu. *(voir également page 45)*

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 est 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 2017, trois vernissages suivis d'expositions ont été organisés. Après la Ligue HMC, qui a exposé des tableaux réalisés par ses résidents, la Fondation Autisme Luxembourg a mis à disposition sa collection très diversifiée d'œuvres d'artistes luxembourgeois. En fin d'année, le Konschtatelier de l'ala a exposé des œuvres réalisées avec et par des usagers. *(voir page 44)*

Conférences et formations

Vu le grand intérêt porté aux conférences et aux formations de la COPAS, de nombreuses formules ont été proposées aux membres en 2017. Quatre conférences ou formations avec des intervenants externes ont eu lieu:

- en mai, une conférence sur les « sociétés à impact sociétal » (SIS) a été organisée conjointement avec l'ULESS à la Chambre des métiers ;
- en novembre, la COPAS a parrainé une conférence publique sur le même sujet ;
- en septembre, M^{e} Christian Jungers a donné une formation intitulée « Les ordonnances pour saisies et cessions sur salaires » qui a attiré de nombreux salariés des ressources humaines ;
- en octobre, Didier Barzin de l'Agence eSanté a expliqué la messagerie sécurisée à un public intéressé.

En 2017, des permanents de la COPAS ont également donné bon nombre de formations.

Martine Ewerard a tenu des formations de 4 heures sur les modifications législatives de l'assurance dépendance. Ces séances ont eu lieu aussi bien dans les locaux de la COPAS que dans des structures de membres et elles ont attiré en tout plus de 500 participants !

En plus de deux séances d'information avant la signature de la nouvelle convention collective, Olivier Wolf a quant à lui expliqué la CCT lors de 3 séances à une trentaine de participants en septembre.

Séances d'information destinées aux membres du CA

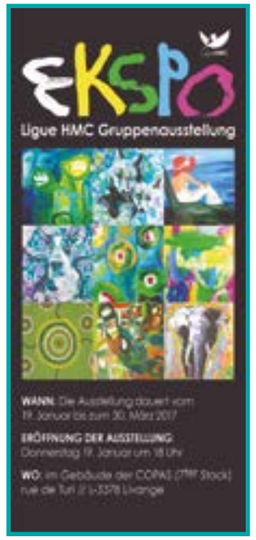
Au mois d'octobre, une nouvelle formule a été introduite qui est réservée aux membres du conseil d'administration. Désormais, avant chaque réunion du conseil a lieu une séance d'information technique sur un sujet d'actualité comme par exemple la valeur monétaire ou la convention cadre.

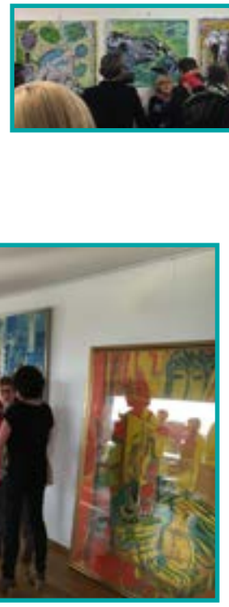
20e anniversaire de la COPAS

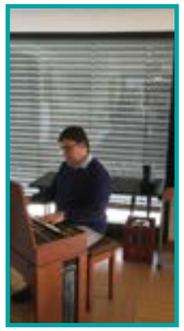
Photos: 101 studios

Le 14 juin, la COPAS a fêté ses 20 ans au Tramschapp en présence de nombreux invités. Après un historique des soins au Luxembourg présenté par l'historien Norbert Franz, le Dr. Gaël Durel a montré quel rôle les robots pourraient jouer dans le secteur dans les années à venir. La séance académique à laquelle ont assisté trois ministres était suivi d'un buffet dînatoire proposé par des membres de la COPAS.

L’espace copas@rt en 2017







Revue de presse 2017

POLITIQUE ET SOCIÉTÉ
«S'accorder le temps nécessaire»
COPAS

LËTZEBUERG SUDEN
„Ekspo": Eine farbenfrohe Palette

POLITIK
Ende des Konflikts in Sicht

Gute-Nacht-Geschi

2 POLIT
Copas: Regierung hält Versprechen nicht

POLITIK SOZIALES
Endlich: Einigung im SAS-Bereich

10 SOZIALES POLITIK
„Reform ohne einheitliches Konzept“

IK & GESELLSCHAFT
Offene Rechnungen

La Copas s'estime trahie
Depuis la nouvelle CCT SAS, le gouvernement ne respecte pas ses engagements vis-à-vis des infirmiers, estime la Copas.

Kritik an Pflegereform
COPAS „Besorgt um Formulierung“

Annexe

S2018/001

ammd ASSOCIATION DES MÉDECINS ET MÉDECINS-DENTISTES
29, rue de Vianden
L-2680 LUXEMBOURG
Tél.: (352) 44 40 33-1
secretariat@ammd.lu
www.ammd.lu

COPAS
rue de Turi
L-3378 LIVANGE
Tél : (352) 27 17 22 21
www.copas.lu

Syndicat des Pharmaciens Luxembourgeois
7, rue Alcide de Gasperi
L-1615 LUXEMBOURG
Tél : (352) 43 94 44-1
contact@pharmacie.lu
www.pharmacie.lu

Dossier suivi par :
AMMD
29, rue de Vianden
L-2680 LUXEMBOURG
Tél.: (352) 44 40 33-1
Référence : 24421/18/a

Monsieur le Président Jean-Claude JUNCKER
COMMISSION EUROPEENNE
Bâtiment BERL
Rue de la Loi 200
1049 Bruxelles/BELGIQUE

Luxembourg, le 4 janvier 2018

Concerne : Règlement (UE) 2016/679 du Parlement Européen et du Conseil du 27 avril 2016

Monsieur le Président de la Commission Européenne,

Les groupements soussignés, tous actifs dans le domaine médico-social luxembourgeois, aimeraient porter à votre connaissance et entendre votre avis relatif à un avant-projet de règlement grand-ducal (apRGD) « précisant les modalités et conditions de mise en place du dossier de soins partagé (DSP)» (annexe 1), règlement d'exécution d'une disposition de l'article 60quater du Code de la Sécurité Sociale (dont la teneur figure à l'annexe 2).

Ce règlement grand-ducal est actuellement en cours de procédure et doit être publié à quelques mois seulement de l'entrée en vigueur du règlement européen 2016/679.

Le Conseil de gérance du GIE dont font partie les groupements signataires de la présente, avait été institué par le Ministère de la Santé en vue de le préparer en collaboration avec les acteurs du terrain, mais le règlement en discussion a été soumis au Conseil de

gouvernement sans tenir compte de l'existence du Conseil et de ses travaux, et sans autre information sur une éventuelle urgence actuelle.

Ayant pris connaissance du règlement 2016/679 et des commentaires l'accompagnant soulignant à plus d'un titre le caractère sensible des données de santé soumis au traitement informatique, les signataires de la présente ne peuvent que s'interroger plus particulièrement au sujet :

1) des modalités de création ;
2) des modalités relatives à la durée de conservation des données de santé sensibles des assurés ;
3) des modalités concernant les droits d'accès, d'écriture et d'opposition du titulaire.

Les modalités de la création :

Au cours des discussions du Conseil de gérance, il avait été relevé qu'au vu du caractère sensible des données de santé il serait préférable de procéder à l'établissement du dossier de soins ***partagé*** informatisé uniquement sur base d'un consentement préalable et éclairé du patient. En effet, il est actuellement admis que le dossier de soins ***partagé*** est la propriété du patient et que son contenu l'est a fortiori. Le Conseil avait de même estimé que le stockage de ces données sensibles, qui seront très vite dépassées, devrait être limité à quelques années.

Or, selon le texte du projet de RGD (article 2 alinéa 1), le dossier de soins ***partagé*** est créé pour le patient affilié « dès son affiliation à l'assurance maladie » ainsi que sur demande, pour le patient non affilié mais bénéficiant de soins sur le territoire luxembourgeois (art 2 alinéa 2).

Le dossier partagé ainsi créé devient consultable par le titulaire et les professionnels de santé dès son activation par le patient (art 3 al (2)) et peut être alimenté à partir de ce moment par les professionnels. En absence de pareille activation endéans un délai de 30 jours, il peut être consulté et alimenté par les professionnels à son insu.

Le système ainsi prévu est donc celui d'une création automatique et de plein droit pour tous les affiliés à l'unique Caisse nationale de santé et une alimentation à partir du 31e jour nonobstant activation ou non. Si corrélativement l'article 6 de l'apRGD prévoit un droit de limitation d'accès à des professionnels ou encore un masquage de certaines données, par contre aucun droit d'effacement n'est prévu. Le patient ne peut que « fermer » c.à.d. rendre inaccessible son dossier ***partagé*** (article 4). Le système est spécifique alors qu'il n'est ni opt-in, ni réellement opt-out. Le risque résultant de la collecte de données sensibles reste entier et comme le prouvent les récents piratages de par le monde, dans les plus hautes sphères, il n'est pas nul.

L'article 60quater précité qui fournit la base légale du règlement envisagé prévoit une série de finalités du DSP qui sont précisées. Elles ne le sont que de façon exemplative comme ceci résulte de l'expression « il comporte ainsi » utilisée avant l'énumération de ces finalités. Ce qui plus est c'est que l'alinéa (2) précédant l'énumération exemplative précise que le dossier de soins ***partagé*** « regroupe les données médicales *et autres informations*

concernant le patient, utiles et pertinentes afin de favoriser la sécurité, la continuité des soins, la coordination des soins, ainsi qu'une *utilisation efficiente des services de soins de santé* ».

La description très vague des finalités ensemble avec un délai très long, d'au moins de dix ans, de la conservation des données médicales qui généralement sont sans intérêt médical après quelques années, nous posent problème en présence d'une solution opt-out telle que prévue. Nous nous sentons responsables de ceux dont la santé nous est confiée et vis-à-vis desquels, en tant que professionnels prestataires, nous sommes tenus d'une obligation d'information portant à notre sentiment également sur les risques encourus par le traitement informatique des données sensibles les concernant. *Si nous sommes partisans de l'établissement d'un dossier de soins partagé, nous aurions souhaité qu'il soit établi non pas de plein droit, mais sur base d'un consentement éclairé du patient qui selon la législation moderne est appelé à participer activement à la sauvegarde de sa santé.*

En examinant les considérants du règlement (UE) 2016/679, nous constatons qu'il met l'accent sur la nécessité que les personnes physiques gardent le contrôle des données à caractère personnel les concernant (considérant 7) et que le traitement de ces données suive le principe de proportionnalité (considérant 4). En ce qui concerne le consentement, le considérant 32 estime qu'il devrait être donné par un acte positif clair par lequel la personne concernée manifeste de façon libre, spécifique, éclairée et univoque son accord, notamment par voie de déclaration écrite ou verbale et qu'il ne saurait dès lors y avoir consentement en cas de silence. L'article 4 du règlement UE définit le consentement de la même façon et exige un *acte* de consentement *positif*.

Selon l'article 9 alinéa 1 du règlement UE le traitement des données concernant *la santé*, la vie sexuelle ou l'orientation sexuelle d'une personne physique est *en principe interdit*. Par là le règlement entend souligner l'importance et la sensibilité particulière de ces données. Dès lors les situations d'exception au principe prévues à l'article 9 alinéa 2 ne devraient-elles pas être comprises de façon *stricte* en leur *appliquant le principe de proportionnalité*, sauf au cas d'un consentement explicite et éclairé ? Dans l'affirmative, n'est-ce pas que le terme de « nécessité » d'un traitement tel qu'il figure dans les différents cas d'exception de l'article 9, doit être compris comme visant une nécessité *réelle* et *non pas une simple utilité* voire une utilité éventuelle de traiter ces données *en dehors de tout consentement explicite et éclairé* ? En d'autres mots, l'exigence d'un consentement explicite tel que décrit par le règlement UE lui-même, rendrait-il impossible la finalité envisagée ? En appréciant cette proportionnalité, ne faudrait-il pas tenir compte également du fait que le patient peut demander à fermer et rendre inaccessible les données du dossier de soins ***partagé***, ce qui contredirait l'exigence d'une nécessité valant exception au principe de l'interdiction du traitement des données particulièrement sensibles.

Sous cet angle de vue la solution de traitement de données sensibles par l'établissement de plein droit et automatique pour tout affilié à la Caisse nationale de santé ne constitue-t-elle pas une spéculation sur l'inertie du public incapable de connaître et d'assumer le risque du traitement et de prévoir les risques d'abus encourus par une finalité trop vaguement décrite et la durée de conservation des données trop longue qui seront vite dépourvues d'intérêt médical ? Finalement, nous nous demandons à quoi servirait l'interdiction du traitement des données de santé, si, sous le simple prétexte d'utilité (ou « nice to have »), elle pourrait être levée. Elle n'aurait alors qu'une fonction alibi.

La durée de conservation

Le considérant 39 souligne que les données à caractère personnel à traiter devraient être adéquates, pertinentes et limitées à ce qui est nécessaire pour les finalités en raison desquelles elles sont traitées. Il s'ensuit que « cela exige, notamment, de garantir que la durée de conservation des données soit limitée au strict minimum. Les données à caractère personnel ne devraient être traitées que si la finalité du traitement ne peut être raisonnablement atteinte par d'autres moyens. Ni le Code de la Sécurité Sociale ni l'apRGD ne précisent ce qu'il faudrait comprendre comme « données utiles et pertinentes » ni par rapport à leur essence, ni par rapport à leur actualité dans un dossier de soins ***partagé***.

Ainsi les prestataires seront enclins – pour éviter d'engager leur responsabilité – de tout apporter au dossier ***partagé***, avec comme conséquence qu'une multitude trop élevée de renseignements rendra le dossier ***partagé*** difficile à consulter, surtout dans des situations d'urgence. Or, comme le dit justement l'exposé des motifs du projet (page 2 au milieu), le dossier de soins ***partagé*** n'a pas vocation à être exhaustif et ne doit pas remplacer le dossier patient individuel.

Du point de vue médical de loin la majorité des données de santé pouvant être collectées seront sans utilité après un bref laps de temps. Alors à quoi bon de les garder pendant le délai de 10 ans au-moins dans un dossier ***partagé*** ? En effet, selon le texte actuel de l'apRGD il n'y a pas de date limite au maintien du dossier ***partagé***. Le délai de 10 ans ne concerne que le droit de réouverture du dossier par son titulaire qui l'avait fait fermer (cf article 4 alinéas 2 et 3 du projet). Sinon le dossier ***partagé*** n'est supprimé qu'au décès du titulaire ou au plus tard lorsqu'il aurait eu 115 ans (cf article. 4 alinéas 4 et 5).

Droit d'accès, d'écriture et d'opposition du titulaire

Il est réglé par l'article 6 du projet. Celui-ci prévoit des restrictions d'accessibilité éminemment dangereuses pour la santé et la sécurité du patient. En effet, il est prévu que ce dernier puisse rendre inaccessibles certaines données du dossier de soins ***partagé*** à tous les professionnels soit à certains d'entre eux, même pour le service d'urgence. S'il est vrai que ce refus d'accès ne vaut pas pour le professionnel introducteur d'une donnée il n'en reste pas moins que le titulaire peut s'opposer au versement au dossier de cette donnée (cf article 6 alinéas 3 et 4).

Pour le professionnel devant donner des soins, le dossier de soins ***partagé*** ainsi tronqué constitue un instrument de travail à fiabilité douteuse. On peut dès lors se poser la question, encore une fois, pour quelle raison il devrait être établi de plein droit et nécessairement en dehors d'un consentement préalable, formel et éclairé.

Dès lors, nous nous demandons si la disposition de l'Art. 60quater (6) du Code de la Sécurité Sociale luxembourgeois est compatible avec le droit européen.

De même, nous nous demandons si le contenu de l'avant-projet de règlement grand-ducal portant exécution de l'Art. 60quater est compatible avec le règlement (UE) 2016/679 qui entrera en vigueur en mai 2018 ?

Nous sommes confiants que nos préoccupations concernant ce dossier retiennent toute votre attention. Dans l'attente que vos services donnent suite à la présente, nous vous prions de croire, Monsieur le Président, à l'assurance de notre très haute considération.

Pour le conseil d'administration de l'AMMD

Dr Alain Schmit
Président

Dr Guillaume Steichen
Secrétaire général

Pour le conseil d'administration de la COPAS

M. Marc Fischbach
Président

Dr Carine Federspiel
Vice-Présidente

Pour le conseil d'administration du Syndicat des Pharmaciens Luxembourgeois

M. Alain De Bourcy
Président

Mme Becker-Bauer Danielle
Vice-Présidente

Impression: Service imprimerie des Ateliers du Tricentenaire