



## AVIS DE LA COPAS

1. Sur le projet de règlement grand-ducal portant sur l'évaluation de la qualité des services pour personnes âgées
2. Sur le projet de règlement grand-ducal portant sur les informations à transmettre dans le cadre de l'évaluation de la qualité des services pour personnes âgées

### 1. Le projet de règlement grand-ducal portant sur l'évaluation de la qualité des services pour personnes âgées (RGD)

La COPAS s'est toujours prononcée en faveur de l'instauration d'un contrôle qualité des prestataires basé sur des critères qualité prédéfinis.

La COPAS estime cependant que le projet de règlement grand-ducal sur l'évaluation de la qualité des services pour personnes âgées, tel qu'il est rédigé, n'aura pas pour conséquence d'améliorer la qualité de la prise en charge des personnes âgées. En effet, ce règlement ne permettra pas d'évaluer les structures mais, de l'aveu même du législateur, il « *permettra de comparer entre les différentes structures et services, étant donné que les mêmes catégories et critères sont analysés pour chaque structure et service agréé* ».

Sans entrer dans une analyse détaillée des différents critères et catégories retenus, la COPAS est d'avis qu'il s'agit d'un système démesuré et chronophage au vu de l'objectif de comparaison entre prestataires. Elle se limite dans ce document aux commentaires suivants quant à la description générale du système :

En ce qui concerne le système décrit :

- La structuration du document mélange les critères, et mérite une clarification permettant de séparer :
  - o les points attribués lors du constat factuel d'existence d'un concept, d'une procédure, d'une communication ou d'une instruction écrite (tels que décrit sous Art 1<sup>er</sup> (2) 1<sup>o</sup>)
  - o des points attribués en relation avec les critères relevant de l'analyse des dossiers ou de l'interview de personnes (tels que décrit sous Art 1<sup>er</sup> (2) 2<sup>o</sup> et 3<sup>o</sup>)
- Le système de notation biaise les résultats de par sa conception. Pour rappel, en ce qui concerne (sous Art 1<sup>er</sup> (2) 2<sup>o</sup>) l'analyse de dossiers ou les interviews d'au moins cinq résidents, représentants légaux, personnes de contact ou membres du personnel en charge, l'attribution des points se fait en fonction du pourcentage de résidents / membres du personnels / dossiers consultés estimant le critère qualité rempli :

- Les taux de 90 % et de 70% ne peuvent mathématiquement jamais être atteints si seulement 5 dossiers par structure sont consultés.
- Si 3 dossiers sur 5 ne remplissent pas le critère, le nombre de points attribués sera de 0 alors que 2 dossiers remplissent les critères.

Les mêmes remarques s'appliquent pour l'évaluation du degré de satisfaction (Art 1<sup>er</sup> (2) 3<sup>o</sup>) d'au moins cinq résidents sur une échelle allant de 1 à 5 (on ne peut attribuer 3 points sauf à obtenir 3,5 personnes d'accord ou tout à fait d'accord et on ne peut attribuer 5 points qu'à la condition que 100% des 5 personnes interrogées sont d'accord ou tout à fait d'accord).

- Le RGD ne contient pas de critères objectifs de sélection des dossiers (Art 1<sup>er</sup> (2) 2<sup>o</sup>) et des personnes (Art 1<sup>er</sup> (2) 3<sup>o</sup>) que les agents de l'Etat seront amenés à consulter, respectivement interviewer. Le choix et la taille de l'échantillonnage devraient être expliqués et argumentés.
- L'attribution des points par critères devrait être pondérée. De l'avis de la COPAS tous les critères évalués ne se valent pas. Par exemple, comment expliquer que « *le personnel applique la procédure écrite concernant les règles d'hygiène et sanitaires* » ait la même pondération que la satisfaction du résident quant à la « *présentation des repas* » ? Le risque induit par un non-respect du premier critère a un impact potentiellement grave sur la santé du résident, quand le second critère présente un caractère n'impactant nullement sa santé, tout au plus son sens esthétique.
- L'évaluation des critères n'est pas reproductible, en ce sens que la personne interviewée pourra changer d'avis le lendemain de son entretien et donc l'évaluation de la structure sera toute autre, résultant en un biais.
- L'opinion subjective des résidents vaut pour la majorité des points. Or, la qualité perçue n'est pas toujours significative de la qualité réelle. Le dispositif sous avis permettra d'évaluer la satisfaction des bénéficiaires mais pas la qualité réelle du service. Les deux sont pourtant essentiels. Afin d'instaurer un certain équilibre dans le résultat de l'évaluation, il faut donc se limiter à l'Art 1<sup>er</sup> (2) 2<sup>o</sup> à l'analyse des dossiers et intégrer l'opinion subjective du résident exclusivement par l'Art 1<sup>er</sup> (2) 3<sup>o</sup>.

En ce qui concerne les éléments qu'il faudrait ajouter :

- Les termes utilisés dans le RGD ne sont pas définis. Tout ce qui n'est pas clairement défini risque de donner lieu à des interprétations différentes dans le temps et en fonction des interlocuteurs. Par exemple, le RGD parle de : « *dossier individuel, plan individuel de prise en charge, concept ou procédure écrite de prise en charge, plan de vie individuel, ou encore documentation de soins.* » Dans le cadre de l'Assurance Dépendance le terme utilisé est « documentation de la prise en charge ».
- Un formulaire structuré doit être inclus dans le RGD, comme une grille de questions.
- Un rapport structuré qui permettra à chaque structure de comparer ses résultats successifs doit être élaboré et ajouté dans le RGD.
- La qualité structurelle n'est pas prise en compte / valorisée dans la liste des critères. Or, le travail fourni par les structures ayant déjà mis en place des éléments comme l'approche processus ou l'analyse de risques n'est pas reconnu à sa juste valeur. L'adhésion à un système existant (certifications, ...) devrait permettre de dispenser de l'évaluation de certains critères, pour éviter un travail redondant et chronophage. De plus, l'amélioration continue ne semble pas retenir l'attention, alors qu'il s'agit d'un levier essentiel pour augmenter la qualité de la prise en charge et la satisfaction des usagers.
- La coordination entre les parties prenantes à la prise en charge des personnes âgées est absente des critères d'évaluation. Il s'agit pourtant d'un élément fondamental de la qualité de la prise en charge.

- Les critères définis ne permettent pas d'évaluer la gestion des risques traités par les structures au quotidien. Par exemple, les éléments mis en œuvre dans la prévention des troubles trophiques ou du syndrome de glissement ne sont pas mis en relief.
- Le rapport de remédiation qui doit être avisé par la Commission permanente pour le secteur des personnes âgées prévues à l'article 102 du projet de loi, n'est pas évoqué dans le RGD.

Il est inacceptable que les structures soient à l'avenir contrôlées deux fois sur les mêmes indicateurs par des organismes différents. En effet, certains indicateurs de ce « contrôle qualité » sont redondants avec l'évaluation réalisée de façon efficace et constructive depuis 2018 par l'Administration d'Évaluation et de Contrôle de l'assurance dépendance. 75 % des usagers relèvent de l'assurance dépendance de sorte que le risque d'interférence est grand entre un contrôle qualité réalisé par l'Administration d'Évaluation et de Contrôle et un contrôle réalisé par le Ministère de la Famille.

Par exemple, le RGD prévoit que l'existence d'une procédure écrite concernant l'établissement et la mise à jour du dossier individuel du résident soit vérifiée par les agents de l'Etat. Or, le contrôle qualité par l'Administration d'Évaluation et de Contrôle prévu par le RGD du 13 décembre 2017 *déterminant le contenu de la documentation de la prise en charge et les indicateurs de qualité de la prise en charge*, prévoit déjà l'appréciation de la qualité et de l'exhaustivité de la documentation des aides et soins et la vérification de la mise à jour tous les trois mois de la semaine type de prise en charge.

La COPAS est d'avis que seule l'Administration d'Évaluation et de Contrôle a la légitimité pour faire ce type de contrôle qualité.

Pour les Réseaux d'aide et de soins (RAS) et les Centres de jour pour personnes âgées (CJPA) certains critères et indicateurs utilisés ne sont pas adaptés.

En premier lieu pour les RAS il faudra clarifier si ces critères seront évalués uniquement pour les usagers profitant de l'Assurance Dépendance ou pour toute la clientèle des RAS. Un bon nombre de procédures, critères, ne pourront pas être mis en place pour les clients « court terme » c'est-à-dire des clients jeunes ou des clients profitant uniquement de prestations de l'assurance maladie.

Par ailleurs, pour les RAS, l'Art 2. (2) 1° prévoit qu'il faudra vérifier l'existence d'une procédure d'admission préventive et urgente. Une telle procédure n'existe pas vu que les RAS sont amenés à prendre en charge chaque personne qui demande des prestations et ceci dans les meilleurs délais.

Dans ce même article, il est indiqué qu'il faudra vérifier si le contrat contient le « projet d'établissement ». Comme déjà énoncé dans d'autres avis de la COPAS, un projet d'établissement est le mauvais terme pour les RAS. Le point 3° de ce même article indique qu'il faut s'assurer que l'utilisateur a compris le contenu du règlement d'ordre intérieur. Comme déjà indiqué dans les autres avis de la COPAS, dans les RAS, il n'y a pas de règlement intérieur vu que les RAS s'adaptent aux règles du domicile de chaque usager.

Pour une partie des éléments cités dans le RGD, il est démesuré de demander une procédure. Par exemple, une procédure d'annulation de passages ou une procédure de communication du retour d'un usager du milieu hospitalier aux proches. Au domicile, les proches sont généralement informés du retour à domicile par l'hôpital et souvent avant les RAS.

La COPAS s'interroge sur l'utilité d'un plan de procédure et de gestion des antibiotiques dans les RAS ? Le bien-fondé de cette procédure pour les morphiniques se comprend mais pas pour les antibiotiques. Le RAS n'a pas d'impact dans la gestion des antibiotiques.

Au niveau de l'enquête de satisfaction auprès des usagers, il y a un nombre de critères qui peuvent fausser le résultat ou être mal compris par les usagers. Par exemple, il est demandé si le personnel agit en temps utile aux appels de l'utilisateur ou, qu'est-ce que cela signifie lorsque le client est à son domicile ? Il sera encore demandé si le client est satisfait des horaires convenus. Vu que la majorité des usagers veulent le même horaire pour les passages du matin et du soir, ce n'est pas possible de satisfaire la majorité des usagers. Le RAS doit faire la planification selon le profil et les besoins médicaux de l'utilisateur. La COPAS se demande encore ce qui est entendu par « *accès aux soins médicaux* » dans le cadre des RAS. Est-ce qu'il s'agit des actes faits par un médecin et si oui, dans quel mesure le RAS en est-il responsable ?

Pour les CJPA:

L'Art 2. (3) 2° prévoit que doivent être évalués l'existence et l'organisation d'un programme d'animation, de sorties et de vie sociale, organisation d'activités individuelles et activités pour les usagers atteints d'une maladie démentielle qui doivent se faire indépendamment des prestations de l'assurance dépendance. Le prix officiel de l'Accueil Gérontologique au 1<sup>er</sup> janvier 2023 (28,26€ par jour) ne suffit pas pour couvrir toutes ces activités à côté des gardes en groupes et des Activités d'Appui à l'Indépendance (allouées lors de l'évaluation par l'AEC).

L'Art 2. (3) 3° : A l'exception des hospitalisations en urgence, les hospitalisations sont organisées et coordonnées par les RAS et pas par le CJPA, il n'est donc pas utile que les CJPA aient une procédure écrite de préparation d'un usager (et pas d'un résident comme cela est indiqué dans le texte du RGD) à un transfert vers le milieu hospitalier. Se pose plutôt la question de la coordination entre le RAS et le CJPA. Le même commentaire s'applique pour les retours d'hospitalisation.

L'Art 2. (3) 4° : Quels sont les moyens de communication que le CJPA doit mettre à disposition de l'utilisateur ?

A moins que les CJPA ne préparent eux-mêmes la cuisine, il n'est pas possible d'impliquer l'utilisateur dans l'établissement des menus de la semaine.

La question de savoir si l'utilisateur du CJPA est satisfait de sa chambre ne semble pas adaptée aux CJPA ...

L'Art 3. prévoit que le règlement doit entrer en vigueur le premier jour du 6<sup>ème</sup> mois qui suit sa publication au Journal Officiel. La COPAS est d'avis, vu l'ampleur des dispositifs à mettre en place, que l'entrée en vigueur devrait être au plus tôt un an après la publication.

## 2) Le projet de règlement grand-ducal portant sur les informations à transmettre dans le cadre de l'évaluation de la qualité des services pour personnes âgées

La masse d'informations à recenser par les structures est complètement démesurée et disproportionnée par rapport à l'objectif et à la finalité prétendument poursuivis par le législateur et pour certains, même impossible de les extraire des systèmes informatiques en place. Une partie des données peut être demandée auprès de l'IGSS et de la CNS, sans que chaque prestataire n'ait à les fournir.

La COPAS s'interroge sur la légalité de la publication de telles données confidentielles, voire de données personnelles détenues par l'entreprise et de l'intérêt pour le public de pouvoir consulter des données comme par exemple : le nombre de décès intervenus dans une structure, la nationalité des résidents, le genre ou le pays de résidence du personnel d'encadrement ou encore les présences ou absences du personnel d'encadrement.

La COPAS s'oppose à ce que de telles informations stigmatisantes soient publiées sur le registre et ne voit d'ailleurs pas en quoi ces données renseignent sur la qualité des prestations et services. En effet, faut-il déduire qu'une structure délivre de meilleurs services parce que moins de résidents y sont décédés que dans une autre (en plus, sans tenir compte de la taille des structures respectives, ni de la population accueillie) ? Faut-il déduire que les services sont de meilleure qualité parce que le personnel réside majoritairement au Luxembourg et pas en France ou en Allemagne ? Faut-il comprendre que le législateur est d'avis que le taux d'absentéisme pour raison familiale ou pour maladie du personnel, sur lequel l'employeur n'a pas d'influence, est un indicateur de qualité des services ? Finalement, à quelles fins seront utilisés les renseignements du point 19° Art. 1<sup>er</sup> (resp. 17° Art. 2 et 3) sur la présence sur site des salariés par plage horaire ?

En outre, la COPAS rend attentif à l'impact stigmatisant et anxiogène que de telles publications auraient sur les résidents eux-mêmes, leurs familles qui culpabiliseraient de ne pas avoir conseillé les bons choix, et sur les collaborateurs actuels et potentiels (dans un contexte de politique de valorisation des professions soignantes).

La COPAS s'interroge encore sur la compatibilité de la publication de ces données avec le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD). En effet, même si *stricto sensu*, aucune donnée nominative ne devra être transmise ou publiée, il est indéniable que des personnes pourront être identifiées ou seront identifiables. Par exemple, si conformément à l'Art. 1 (2) 14° une structure communique par mois, par nationalité et par genre le nombre de résidents se trouvant sous tutelle, il sera aisé de savoir que le seul résident de nationalité vietnamienne de la résidence XYZ est placé sous tutelle.

La publication de toutes ces données pourrait d'ailleurs s'avérer contreproductive. On pourrait imaginer qu'une structure accueille des personnes plus jeunes et moins dépendantes afin d'avoir un nombre de décès moins élevé qu'une structure similaire !

La COPAS constate encore l'incohérence de ce projet de règlement qui prévoit le recensement du nombre d'évènements indésirables alors que dans le règlement portant sur l'évaluation de la qualité des services pour personnes âgées ce critère n'intervient pas dans l'évaluation de la qualité des services.

Comment ces données seront-elles exploitées. Est-ce que le but est de mettre en concurrence les différentes structures ?

Finalement, certains éléments ne sont pas du tout adaptés aux différentes structures, ainsi par exemple :

- Art.2. (2) 3° et 3. (2) 3° chaque gestionnaire doit transmettre « par mois, par nationalité et par genre, les demandes d'admissions formelles, préventives et en urgence » pour les RAS et CIPA. Or, de telles procédures n'existent pas. L'utilisateur est pris en charge sur appel.

- Art.2. (2) 5°, le gestionnaire doit transmettre le délai moyen d'attente entre une demande d'admission formelle pour un RAS et le premier jour de prise en charge. Les termes choisis sont incorrects, les usagers ne sont pas « admis » en RAS, ils sont « pris en charge » par un RAS.

- Art. 2 (2) 13°, chaque gestionnaire doit transmettre le nombre de personnel d'animation et de vie sociale pour les RAS, or, il n'y a pas ce type de personnel dans les RAS.

\* \*

Les fiches financières de ces deux projets de règlements grand-ducaux mentionnent qu'ils n'auront aucun impact sur le budget de l'Etat. La COPAS s'étonne d'une telle affirmation alors que la fiche financière annexée aux seconds amendements au projet de loi 7524 prévoit un budget annuel de 453.681.-€. Au vu de l'ampleur du travail attendu, ce budget même s'il est exclusivement dédié au règlement portant sur l'évaluation de la qualité des services pour personnes âgées, est définitivement insuffisant.

D'autre part, aucun financement n'est prévu pour les structures qui vont devoir adapter leurs systèmes informatiques et dédier du personnel pour réaliser les recensements demandés ou encore assister les agents de l'Etat lors de leurs visites.