



## AVIS DE LA COPAS

sur les troisièmes amendements gouvernementaux du 3 avril 2023 au

projet de loi n° 7524

portant

sur la qualité des services pour personnes âgées et portant modification de

1. la loi modifiée du 16 mai 1975 portant statut de la copropriété des immeubles bâtis ;
2. la loi modifiée du 8 septembre 1998 réglant les relations entre l'Etat et les organismes œuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique.

Au travers de ces nouveaux amendements gouvernementaux, le législateur entend intégrer le projet de règlement grand-ducal portant sur l'évaluation de la qualité des services pour personnes âgées dans le projet de loi 7524, en tant que nouvelle Annexe 3 au projet de loi, pour des raisons de sécurité juridique.

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 l'Annexe 3 sur l'évaluation de la qualité des services pour personnes âgées, telle qu'elle est rédigée, n'aura pas pour conséquence d'améliorer la qualité de la prise en charge des personnes âgées. En effet, l'approche du législateur ne permettra pas d'évaluer les structures mais, de l'aveu même du législateur énoncé dans l'exposé des motifs et commentaires des articles intégrés au projet de règlement grand-ducal initial, elle « *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 cet avis 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 I. 1.)

- des points attribués en relation avec les critères relevant de l'analyse des dossiers ou de l'interview de personnes (tels que décrit sous I. 2. et 3.)
- Le système de notation biaise les résultats de par sa conception. Pour rappel, en ce qui concerne (sous I. 2.) 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 (I. 3.) 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).

- L'Annexe 3 ne contient pas de critères objectifs de sélection des dossiers (I.2.) et des personnes (I.3.) 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 au point I.2. à l'analyse des dossiers et intégrer l'opinion subjective du résident exclusivement par le point I.3.

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

- Les termes utilisés dans l'Annexe 3 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, l'Annexe 3 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 l'Annexe 3, comme une grille de questions.
- Un rapport structuré qui permettra à chaque structure de comparer ses résultats successifs doit être élaboré et ajouté dans l'Annexe 3.
- 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 l'Annexe 3.

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, au point II. 1. c) il est prévu 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 Services d'aides et de soins à domicile (SASD) et les Centres de jour pour personnes âgées (CJPA) certains critères et indicateurs utilisés ne sont pas adaptés.

En premier lieu pour les SASD il faudra clarifier si ces critères seront évalués uniquement pour les usagers profitant de l'Assurance Dépendance ou pour toute la clientèle des SASD. 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 SASD, le point II. 2. a) prévoit qu'il faudra vérifier l'existence d'une procédure d'admission préventive et urgente. Une telle procédure n'existe pas vu que les SASD sont amenés à prendre en charge chaque personne qui demande des prestations et ceci dans les meilleurs délais.

Au point II. 2. c) il est prévu que l'agent de l'Etat devra 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 SASD, il n'y a pas de règlement intérieur vu que les SASD s'adaptent aux règles du domicile de chaque usager.

Pour une partie des éléments cités dans l'Annexe 3, 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 SASD.

La COPAS s'interroge sur l'utilité d'un plan de procédure et de gestion des antibiotiques dans les SASD ? Le bien-fondé de cette procédure pour les morphiniques se comprend mais pas pour les antibiotiques. Le SASD 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 or, 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 SASD 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 SASD. Est-ce qu'il s'agit des actes faits par un médecin et si oui, dans quelle mesure le SASD en est-il responsable ?

Pour les CIPA:

Le point II.3. prévoit que doivent être évalués l'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 groupe et des Activités d'Appui à l'Indépendance (allouées lors de l'évaluation par l'AEC).

Au point II.3. c) : à l'exception des hospitalisations en urgence, les hospitalisations sont organisées et coordonnées par les SASD et pas par le CIPA, il n'est donc pas utile que les CIPA appliquent une procédure écrite de préparation d'un usager (et pas d'un résident comme cela est indiqué dans le texte de l'Annexe 3) à un transfert vers le milieu hospitalier. Se pose plutôt la question de la coordination entre le SASD et le CIPA. Le même commentaire s'applique pour les retours d'hospitalisation.

Au point II.3. d), l'agent de l'Etat devra contrôler que l'utilisateur est satisfait des moyens de communication mis à sa disposition mais quels sont les moyens de communication que le CIPA devrait mettre à disposition ?

A moins que les CIPA 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 CIPA est satisfait de sa chambre ne semble pas adaptée aux CIPA.

L'Annexe 3 doit entrer en vigueur le premier jour du 6<sup>ème</sup> mois qui suivra la publication de la loi au Journal officiel. La COPAS est d'avis, vu l'ampleur des dispositifs à mettre en place, que l'entrée en vigueur devrait être fixée au plus tôt un an après la publication.