Commission consultative des Droits de l'Homme
du Grand-Duché de Luxembourg

Rapport sur les droits des personnes âgées fragiles en institutions de long séjour

Luxembourg, le 18 septembre 2013

*** * ***

06/2013

Table des matières

I. Introduction

II. Méthode

III. Le recueil des données

1. Entrevues

1.1. Entrevue avec le Ministère de la Famille (MiFa)
1.2. Entrevue avec la COPAS
1.2.1. Le bureau exécutif:
1.2.2. Entrevue avec une partie des gestionnaires regroupés au sein de la COPAS

1.3. Entrevues avec certains gestionnaires
1.4. Entrevue avec une partie du personnel d'un établissement de long séjour (à sa demande)

1.5. Entrevues avec des associations diverses travaillant pour le secteur des personnes âgées en institutions
1.5.1. Entrevue avec le Service d'Accompagnement Tutélaire (SAT)
1.5.2. Entrevue avec l'association professionnelle des éducateurs gradués (APEG)
1.5.3. Entrevue avec un responsable d'un réseau d'aide
1.5.4. Entrevue avec l'Association des aide-soignant(e)s (ALAS)
1.5.5. Entrevue avec une délégation de la Patientevertriedung (PV)
1.5.6. Entrevue avec l'AMIPERAS
1.5.7. Entrevue avec la T.A.C.S. (Tutelle a Curatelle Service)
1.5.8. Entrevue avec l'Association nationale des Amicales des Maisons de Retraite et de Soins (ANAMRES)

2. Analyse des documents

IV. Conclusions et recommandations
1. En rapport avec la formation et l'enseignement dans les LPS et LTPES et les classes préparatoires dans les Lycées techniques
2. Par des actions proposées dans les institutions
3. Au niveau national
4. Au niveau européen et international

V. Remarque finale

Annexes
Documents internationaux et européens
Documents nationaux

I. Introduction

En 2012 vivaient au Luxembourg 72.000 personnes âgées de 65 ans et plus (65 ans, c'est l'âge à partir duquel on fait partie de la catégorie des personnes âgées ; cette limite peut cependant être discutée), ce qui fait 14 % de la population totale. Parmi cette catégorie de la population quelque 5000 personnes vivaient dans des maisons de retraite et de soins. Parmi ce groupe de personnes presque la moitié avait des maladies dans le domaine de la démence.

D'après les prévisions statistiques en 2050 le pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus oscillera entre 22 et 25 % de la population totale. Le nombre de personnes vivant en institution atteindra, lui, entre 15.000 et 20.000 individus.

Cette évolution démographique aura non seulement des conséquences sur l'ensemble de la population, comme par exemple sur la cohésion sociale, mais aussi sur la manière dont ces personnes âgées passeront la fin de leur vie, donc aussi du respect de la dignité et des droits de l'Homme de ces personnes.

Voilà pourquoi la CCDH a décidé de se pencher sur la question des droits de l'Homme des personnes âgées, en particulier des personnes fragiles, vulnérables, vivant en institution.

L'idée de faire un rapport sur les droits des personnes âgées fragiles en institution avait déjà été proposée en 2010. Sachant que ces institutions sont devenues plus nombreuses, souvent plus grandes ou reconstruites, il nous a paru important de voir d'un peu plus près leurs fonctionnements sous l'aspect des droits de l'Homme. Le nombre croissant de personnes âgées dépendantes et souvent isolées au niveau social méritait bien une réflexion et une analyse de la situation actuelle. Comme le sujet était tellement vaste, nous nous sommes concentrés sur les résidents en institutions et surtout les personnes fragilisées, c'est-à-dire souffrant d'un déclin somato-psychique, qui fait qu'elles risquent de ne pas jouir de tous leurs droits dans certaines situations de la vie courante.

II. Méthode

L'idée de départ était de visiter bon nombre de lieux de vie collectifs, que ce soient des maisons de retraite ou des maisons de soins. Après une demi-douzaine de visites, nous avons compris qu'il serait impensable de faire le tour de toutes ces résidences.
Suite à l'une ou l'autre demande collective ou individuelle de se voir accorder un entretien avec les membres du groupe de travail, il nous a semblé judicieux, comme dans certains rapports précédents de la CCDH, de faire des entretiens. Ce choix d'entretien est certainement critiquable, car il nous était impossible de les faire avec tous les corps de métiers concernés, ni d'ailleurs avec tous les gestionnaires. A la demande de l'entente de tous les gestionnaires pour services auprès des seniors nous avons eu une entrevue avec la direction de la COPAS et avec tous les gestionnaires souhaitant nous rencontrer à ce moment-là. Il faut préciser que les rapports sur nos entrevues reflètent l'état des lieux au moment de la réalisation des entretiens. Notre documentation

a été complétée par un certain nombre de documents, comme p.ex. des contrats d'hébergement, des règlements d'ordre interne et en général par des indications sur la philosophie de travail des différentes institutions de long séjour.

III. Le recueil des données

1. Entrevues

1.1. Entrevue avec le Ministère de la Famille et de l'Intégration

Au sujet d'un plan d'action national pour le secteur des personnes âgées en institution, le programme gouvernemental prévoit l'élaboration d'un Plan d'action national pour malades atteint d'un syndrome démentiel. Le Ministère de la Famille est en contact avec le Ministère de la Santé, de la Sécurité sociale et de la Justice pour créer un comité en vue de l'élaboration d'un Plan d'action avec l'Association luxembourgeoise de Gérontologie/Gériatrie (ALGG) comme un interlocuteur possible.
Au sujet des comités d'éthique la Ministre indique que beaucoup de comités d'éthique dans les hôpitaux ne fonctionnaient pas trop bien. Quant à un organisme indépendant, une instance de recours et de contrôle du respect des droits de l'Homme, il est précisé que ce genre de problèmes peut souvent être réglé par une médiation.
En ce qui concerne l'obligation d'un système de qualité, le système E-Qalin, comme modèle, est aussi mis en œuvre au Luxembourg, mais plutôt sur initiative des institutions ; il n'y a pas d'obligation de la part du Ministère. Même s'il n'y a pas de plan concret concernant le système de qualité (quality management), il y a une série de bonnes pratiques, des cercles de qualité et des échanges avec d'autres pays, projets oases etc.
Il est aussi précisé que pour les professions de santé, la formation continue est obligatoire. Il existe de la part d'un gestionnaire un projet pour recruter des éducateurs gradués chargés d'assurer la formation en interne.
Quant à la mise en place d'un contrôle de résultats (« Ergebniskontrolle »), le Ministère de la Famille y est favorable, mais se demande comment en faire une obligation.

1.2. Entrevue avec la COPAS

1.2.1. Le bureau exécutif

Une lacune juridique est à combler: il n'y a pas de contrôle prévu pour les institutions, étant donné qu'on n'y est pas placé sans consentement.
On nous rapporte qu'une formation en droits de l'Homme à elle seule ne suffit pas, si son implémentation n'est pas garantie sur le terrain.

1.2.2. Entrevue avec une partie des gestionnaires regroupée au sein de la COPAS

Plusieurs personnes se sont posé la question de la plus-value d'un rapport, étant donné qu'il existe de toute façon déjà un certain contrôle. D'un autre côté, on dit qu'on n'a pas besoin de contrôle supplémentaire, vu qu'un contrôle existe déjà via les visites d'agrément du Ministère de la Famille.

1.3. Entrevues avec certains gestionnaires

Dans six institutions la visite a eu lieu sur le site du gestionnaire et le résumé global des entretiens est le suivant :
Il existe forcément des différences en ce qui concerne les qualifications du personnel (les limites étant celles fixées soit par règlement grand-ducal, soit par les prestations à offrir aux résidents) et de son nombre. On remarque que certaines dispositions existent et ceci de façon systématique.
Ainsi la gestion des plaintes (en ce qui concerne les résidents, parfois aussi pour le personnel) est-elle gérée majoritairement en interne et souvent anonymisée.
La langue véhiculaire et applicable est le luxembourgeois avec parfois certaines difficultés de mise en pratique. En fonction de la philosophie de l'institution, les professionnels l'intègrent par formations internes, au moins en ce qui concerne les nouvelles recrues.
Des séances d'information et de formation sont proposées aux membres de la famille dans certaines institutions.
Les résidents ont droit à la visite des membres de la direction de façon régulière ou inopinée dans certaines résidences.
Un système de qualité n'étant pas demandé par le Ministère de tutelle, certaines structures se sont cependant dotées de systèmes reconnus dans le domaine du long séjour.
Les enquêtes de satisfaction pour résidents et/ou familles ne semblent pas encore être une approche commune.
De rares institutions de long séjour se sont dotées d'un conseil des résidents (voire des proches, si les résidents sont trop fragiles ou peu intéressés à y siéger).
Les fixations semblent peu fréquentes (exceptées peut-être les barrières de lit), la documentation et la procédure d'application semblent varier d'une institution à l'autre.
En ce qui concerne les services dits «fermés », la question non résolue est celle de l'équilibre entre l'autodétermination de la personne âgée et le devoir de garantir la sécurité par l'institution.
En ce qui concerne la participation du Fonds National de Solidarité (FNS) en cas de revenus insuffisants pour le prix d'hébergement, il existe une grande variabilité de cette demande envers le FNS, mais le sujet a malheureusement peu été questionné en détail.

1.4. Entrevue avec une partie du personnel d'un établissement de long séjour (à sa demande)

Voici quelques doléances du personnel telles qu'elles nous ont été rapportées :
Il y aurait du **mobbing / harcèlement** du personnel par le directeur de la Maison. L'assurance dépendance les oblige à recourir au travail à la minute. Ils déplorent le manque de personnel qualifié, peu de personnel parle le luxembourgeois.
Certains membres de la famille de résidents auraient fait des plaintes, en raison notamment du manque de contact humain.
L'existence d'un conseil des résidents, d'une boîte à réclamations et des consultations avec la direction pourraient remédier à la situation. Il n'y a pas non plus d'audits sauf en ce qui concerne le coaching.
Pour ce qui est des fixations, même dans l'unité pour résidents souffrant d'une démence, qui est fermée (absence de procédures), l'accord de la famille est cependant demandé pour transférer un résident en unité fermée.

1.5. Entrevues avec des associations diverses travaillant pour le secteur des personnes âgées en institutions

1.5.1. Entrevue avec le Service d'Accompagnement Tutélaire (SAT)

Le SAT est mandaté par le juge des tutelle à différents niveaux: curatelle-tutelle-sauvegarde de justice. Il gère 270 dossiers actuellement.
Les clients du SAT sont surtout des personnes atteintes de maladies psychiques (davantage de jeunes, moins de personnes âgées). On constate une augmentation des tutelles depuis l'introduction de l'assurance dépendance.
Le taux de financement des tutelles est décidé par le juge des tutelles (125-185 € par mois).
Les relations avec les avocats des personnes concernées ne sont pas toujours très bonnes. La famille est contactée en premier pour une tutelle, en cas de couple c'est le partenaire qui est demandé. Au cas où il n'y aurait ni famille ni partenaire, c'est le SAT ou un avocat qui sont mandatés.
Le SAT se voit agir comme une tutelle sociale. Il organise des consultations pour tuteurs et familles. D'après les responsables du SAT, les juges sont en général débordés par le nombre élevé de dossiers.
Le SAT est aussi saisi par des médecins et collabore également avec les personnes encadrant les résidents dépendants.
Au niveau sociétal, il y a un manque de prise en charge pour personnes qui ne peuvent vivre de manière autonome.
Les pensions de famille sont une alternative bon marché par rapport aux maisons de soins (850 €/ mois pour une chambre et 3 repas par jour). Les réseaux de soins y ont accès pour dispenser les soins.
Les avocats n'ont pas de formation spécifique pour les personnes ayant besoin d'une tutelle.

S’agissant de la réforme de la loi de tutelle, qui est en cours, la loi actuelle est trop centrée sur l’aspect gestion du patrimoine financier. Dorénavant les droits civils devraient être séparés de la gestion financière.
Une des recommandations du SAT est d’augmenter le nombre de juges de tutelle et d’introduire une instance de médiation.

1.5.2. Entrevue avec l’association professionnelle des éducateurs gradués (APEG)

L’APEG déclare qu’elle travaille en toute neutralité. Ses membres viennent de domaines très différents: enfance, jeunesse, personnes âgées (pour organiser l’animation dans les maisons de retraite et de soins, dans les club-seniors etc.).
Les éducateurs gradués ont plus de responsabilité, plus de travail administratif, alors que les éducateurs diplômés font plus de travail de terrain.
Pour ce qui est de la nationalité des éducateurs, beaucoup d’éducateurs viennent de l’étranger. L’agent luxembourgeois est surtout présent pour l’animation. Il arrive que les éducateurs aident pour les soins dans des situations d’urgence.
La question se pose pourquoi on ne crée pas de formation pour éducateurs gériatriques au Luxembourg.
Une formation continue, non obligatoire, est organisée par le RBS-Center fir Altersfroen et l’EGIPA (Entente des Gestionnaires des Institutions pour Personnes Âgées), entretemps repris dans l’EGCA (Entente des Gestionnaires des Centres d’Accueil). L’offre des formations est plus grande que la demande.
Il existe un vrai besoin de créer des liens entre infirmiers et éducateurs, ne serait-ce que déjà au niveau de la formation.
Une sensibilisation pour la profession d’éducateur est nécessaire, car il y a de grands besoins en personnel. Il faut sensibiliser les jeunes et rendre ce travail plus attrayant. Il faudrait également proposer des activités impliquant plusieurs générations. L’éducateur est souvent une personne de confiance pour la personne âgée. Par ailleurs, la présence d’un seul ministère de tutelle faciliterait les choses.

1.5.3. Entrevue avec un responsable d’un réseau d’aide

Les sujets discutés étaient les suivants:

Violence à l’encontre de personnes âgées :
Il y a d’abord violence de la part de membres de famille des clients (ex. conjoint). Ce réseau de soins organise une sensibilisation en interne de son personnel pour ces situations et met à sa disposition certains outils. La possibilité de discuter avec un psychologue (analyse de cas) est garantie, de même que des discussions sur des questions éthiques (discussion éthique individuelle).
De temps à autre on a recours au comité d’éthique, qui peut donner des recommandations.
La formation initiale du personnel ne prévoit pas de cours spécifiques sur la violence.
Le réseau propose également des aides aux membres de la famille (aide psychologique).

Les situations problématiques et les incidents sont notés dans le dossier du client (le dossier appartient au client), mais les fiches sur ces situations peuvent être gardées à part.

Gestion de plaintes :
Un nouveau système est en train d'être développé. Il s'agit d'une gestion informatisée des plaintes (mais aussi des actions positives) à l'aide d'un logiciel spécifique avec des règles pour le suivi (accusé de réception etc.) et application mobile pour les clients.
Le nombre de plaintes est en augmentation, notamment en raison de la sensibilisation du personnel à certaines questions (par ex. réagir en cas de violence d'un membre de la famille envers un client). Les plaintes sont par ailleurs analysées lors d'un audit interne.

Pensions de famille :
Dans ces structures, il peut y avoir des situations de violence entre clients et entre propriétaires et clients. Les conditions dans certaines pensions peuvent être dégradantes et à la limite de l'abus.

Organisme de surveillance :
Le réseau plaide pour la création d'un observatoire auquel peuvent avoir accès toutes les personnes concernées (clients, famille, soignants etc.) (voir réseau Alma en France) pour trouver des solutions aux problèmes entre clients et famille, entre le personnel et le client, pour sensibiliser et pour organiser des formations de manière proactive et réactive.

Autres informations :
La loi sur les droits et les devoirs des patients ne sera applicable que pour les bénéficiaires de soins médicaux (non applicable au secteur long séjour en ce qui concerne le plan d'aide et de soins de l'assurance dépendance).[1]

1.5.4. Entrevue avec l'Association des aide-soignant(e)s (ALAS)

L'association défend les intérêts de la profession de l'aide-soignant. Ses membres sont des bénévoles. L'ALAS est membre du Conseil supérieur des professions de santé (qui fonctionne sous les auspices du Ministère de la Santé), de l'Association Luxembourgeoise de Gérontologie et Gériatrie et d'un groupement européen. Elle a de bonnes relations avec l'association des infirmiers.
En ce qui concerne les relations avec les directions des institutions, les délégations sont plus actives dans ce domaine.

[1] Projet de loi 6469 relatif aux droits et obligations du patients et droits et obligations correspondants du prestataire de santé, portant création d'un service national d'information et de médiation dans le domaine de la santé et modifiant (1) la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers et (2) la loi modifiée du 2 août 2002 relative à la protection des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnel

La formation des aides-soignants est de 3 ans de formation après la 9e (organisée par le Ministère de l'Education nationale). La formation continue est organisée par ALAS (40 heures/an, non obligatoire).
110 diplômes ont été délivrés en 2012, le taux d'échec étant faible.
Malgré ceci on compte cependant aussi 118 chômeurs en 2012.
Le nombre d'étrangers est élevé: les aides-soignants étrangers doivent passer un examen théorique et pratique, en allemand et en français (beaucoup d'échecs, notamment dans le domaine de l'hygiène). D'autres sont recrutés sur base de leur dossier.
En Allemagne un aide-soignant est appelé « Hilfskrankenpfleger » ou « Altenpfleger », assistant senior (la formation varie selon le Land).
Pour devenir «assistant senior » au Luxembourg, il faut suivre une formation à part. Les personnes sont souvent recrutées comme aide socio-familiale (ASF).
En Belgique et en France, il y a beaucoup « d'assistants seniors»

En ce qui concerne la problématique des langues :
Les cours de formation de base ont lieu en luxembourgeois et en français. Il y a même une classe pour francophones. Les langues parlées sont le français dans le sud et l'allemand dans le nord du pays. Sur le terrain, une grande partie du personnel ne parle pas le luxembourgeois. Il y a actuellement 2.700 aides-soignants, dont 1004 ont la nationalité luxembourgeoise (les autres sont frontaliers). Les hôpitaux exigent un certain niveau de luxembourgeois, avant de donner un contrat définitif. Dans certaines maisons de retraite il faut avoir appris le luxembourgeois pendant la période d'essai (6 mois). En général, la langue constitue un problème !

Au sujet de l'aide socio-familiale (ASF) on précise que la formation existe depuis les années 90. Elle a été créée par le Ministère de la Famille. Sa mission est d'accompagner la personne âgée. Les agents ASF sont présents dans les maisons de soins/retraite et à domicile.
Selon ALAS, l'ASF dépasserait parfois ses compétences vis-à-vis des aides-soignants ; ils/elles assurent des services pour lesquels elles/ ils ne sont pas qualifiés
(raisons économiques suspectées).
La formation sur 2 ans est assurée par le Centre national de formation professionnelle continue.

Parmi les doléances des pensionnaires on note le problème des langues étrangères et les difficultés de compréhension ; le manque de temps d'écoute du personnel ; la peur de faire des plaintes.

ALAS a formulé un certain nombre de doléances elle aussi:
D'après elle le contrôle (afin de garantir les droits de l'Homme) sur le terrain est plus important que les réformes législatives. La cellule d'évaluation de l'Assurance Dépendance qui pourrait faire ce contrôle, le fait seulement sur le papier. Le langage utilisé par le personnel est parfois désobligeant.
Beaucoup d'aides-soignants seraient en situation de burn-out. En cas d'incapacité de travail, un autre poste est aménagé pour ces personnes.

Au sujet des fixations et des chutes il arrive que des gens soient fixés pour leur propre protection, sur prescription médicale. Dans d'autres institutions, il n'y a pas de fixations appliquées ou on dispose d'un système de protection par matelas et de lit supplémentaire.
Le relevé des chutes selon une procédure existe dans certaines résidences.

1.5.5. Entrevue avec une délégation de la Patientevertriedung (PV)

La PV annonce qu'elle fait à sa propre initiative des visites dans les maisons de retraite et de soins.
Elle évoque les plaintes suivantes des clients :
Les personnes âgées dans les institutions ou hôpitaux, en tant que personnes vulnérables, ont souvent peur de représailles et hésitent à se plaindre (idem pour la famille). Les appels auprès de la PV se font souvent de manière anonyme. Le secret professionnel du personnel est souvent avancé afin de ne pas devoir se justifier devant la famille. Beaucoup de personnes sont transférées d'une unité ouverte vers une unité fermée, même si elles ne sont pas très dépendantes (obligation de signer un nouveau contrat etc.) La PV recommande aux personnes de chercher le contact avec la direction dans ces cas-là. Si les personnes concernées sont prises en charge à domicile, elles hésitent moins à faire des plaintes. Les gestionnaires des plaintes des hôpitaux se réunissent régulièrement avec la PV. L'existence d'une « Méckerkëscht » (dispositif de réclamations, boîtes à plaintes) devrait être prévue par agrément. Les plaintes concernent le manque de respect du personnel vis-à-vis des clients, des vols de matériel privé etc.
Au sujet des repas on précise que souvent les repas ne prennent pas en compte les besoins spécifiques des clients.
En ce qui concerne la nouvelle loi prévue sur les droits et obligations des patients et des prestataires de soins de santé, cette loi a prévu que le patient dispose de la possibilité de changer d'institution. Dans la pratique ce choix n'est souvent pas donné.
Les portes ouvertes dans les maisons présentent les problèmes suivants :
Il existe peu de surveillance pour les personnes qui entrent.
Pour garantir la protection du résident, il y a des bracelets pour certains clients, ce qui est positif pour la surveillance, mais négatif pour la protection de la vie privée ; il y a absence de normes en la matière.
Quant aux fixations, la PV donne des explications sur la pratique d'un gestionnaire qui a établi un protocole précis applicable en cas de mesures de fixations ou de chutes et autres mesures restrictives. Il est recommandé de fixer ces mesures dans un agrément.

Dans le cadre du bénévolat il y a le problème du « wëlle Benevolat » (bénévolat peu structuré), qui ne peut être contrôlé. Des personnes privées sont payées par la famille et auraient une procuration sur le compte bancaire de la personne âgée.

Pour la problématique des langues, l'utilisation du français pose problème. La situation est difficile à résoudre vu le nombre élevé de frontaliers travaillant dans le secteur. Inlingua/Prolingua collabore avec certaines maisons pour offrir des cours de luxembourgeois.

Pour les questions de fin de vie, les dispositions devraient être claires avant l'entrée dans une maison de retraite ou de soins. Ces questions devraient être posées par l'institution avant l'entrée du résident.

Autres questions soulevées:
La volonté des directions des maisons d'entrer en dialogue avec la PV: ceci dépend des institutions. Les maisons dotées d'un système de management de qualité sont ouvertes au dialogue.
Le « Leitbild/Charta » (projet d'établissement) : toutes les institutions ne se dotent pas de procédures, et le contrôle est difficile.
Le contrôle de la qualité n'est pas toujours donné (ni dans les maisons de long séjour, ni pour les soins à domicile).

1.5.6. Entrevue avec l'AMIPERAS

L'AMIPERAS compte quelque 15-16.000 membres.
Elle se considère comme le « Sproochroer vun den eelere Leit » (association la plus représentative des seniors). Elle est membre du Conseil supérieur des personnes âgées, du Conseil du bénévolat, de l'EURAG (association européenne des seniors).
Parmi les problèmes rencontrés il y a beaucoup de pauvreté, de petites pensions, le problème de l'image de la personne âgée.
Les plaintes rapportées concernent e.a. la langue, les repas, le manque d'écoute, le manque de personnel, le personnel débordé, l'absence d'un contrat type avec un minimum de droits garantis.
L'AMIPERAS demande un changement de paradigme en ce qui concerne la situation des personnes âgées.
Elle insiste sur les lacunes dans la loi sur l'assurance dépendance, le manque de transparence, le peu de contrôle, le volet social, l'écoute qui ne sont pas assez pris en compte dans les institutions, l'absence d'interlocuteurs pour la famille, parfois la biographie des personnes âgées n'est pas toujours respectée.

1.5.7. Entrevue avec le T.A.C.S. (Tutelle a Curatelle Service)

Le T.A.C.S. est responsable principalement pour les personnes handicapées principalement, mais aussi pour les personnes âgées et les personnes souffrant de maladies psychiques.
Il a été créé pour éviter que les tutelles ne soient assurées exclusivement par les gestionnaires.
Il y a au moins une entrevue par an (parfois aussi plus souvent) entre le client et le TACS.
Le TACS est souvent recommandé par les maisons de retraites et des associations.
Il a de bonnes relations avec le personnel et la direction des maisons de retraite. D'après lui, peu de plaintes sont rapportées dans les maisons.

Le TACS intervient surtout pour le volet social (activités sociales, shopping etc.), mais également pour l'inventaire des objets qui se trouvent dans les appartements de personnes qui entrent dans une maison de retraite.
La tutelle s'arrête avec le décès du client.
Les tarifs payés au TACS sont fixés selon l'appréciation du juge.
Il y a généralement de bons contacts avec la famille des clients.
Au sujet de la loi sur la tutelle, il faudrait une tutelle sur mesure (ex. faire en sorte que les clients puissent continuer à bénéficier de leurs droits civils). Le volet médical y est très vague. Il n'est pas clair qui doit donner son accord en cas d'opération. Il y a peu de contrôle sur la gestion de la tutelle. En principe, toute personne peut l'assurer. Il y a plus de transparence lorsque la tutelle est assurée par une association (le décompte financier est fait une seule fois par an par le juge).
Le rôle du Service Central d'Assistance Sociale est de faire des enquêtes pour le juge avant que celui-ci ne prenne une décision.
La sauvegarde de justice est applicable seulement pour des situations d'urgence.
Pour la formation professionnelle du tuteur une formation socio-éducative serait souhaitable (la formation actuelle est purement administrative).

1.5.8. Entrevue avec l'Association nationale des Amicales des Maisons de Retraite et de Soins (ANAMRES)

L'ANAMRES regroupe les maisons de soins et de retraite. Or, il y a des maisons de retraite/soins qui n'ont pas d'amicale et certaines amicales ne sont pas membre de l'ANAMRES. Les amicales membres (qui ont le statut juridique d'une asbl) paient une cotisation annuelle. Les amicales peuvent également recevoir des dons de particuliers.
Une amicale se compose de membres de famille de résidents des maisons de retraite/soins et de personnes privées actives dans le bénévolat (pas de résidents d'une maison de soins). Bien qu'un membre du personnel de la maison assure le secrétariat d'une amicale, la représentation du personnel/direction d'une maison dans une amicale est relativement faible. Une plus forte participation serait souhaitable. Les statuts des amicales ne le prévoient cependant pas.
Le rôle des amicales est d'intervenir au niveau des activités de loisirs, pour lesquelles la maison n'a pas prévu de budget (ex. excursion, animation, anniversaires etc.).
L'ANAMRES a souligné l'importance d'une bonne collaboration entre les amicales et la direction d'une maison.

La situation générale dans les maisons de soins et de retraite est décrite de la manière suivante : En général elle est relativement bonne. (« D'Leit gi korrekt behandelt ».) L'ANAMRES n'est pas saisie en cas de problèmes. Ce sera plutôt le conseil des résidents ou la direction de la maison. Les statuts de l'ANAMRES ne prévoient d'ailleurs pas que l'association s'occupe des problèmes internes à une institution. Les « Méckerkëschten » (boîtes à plaintes) présentent une bonne initiative pour le système de plaintes.
Vu que deux ministères différents, en l'occurrence le Ministère de la Famille et le Ministère de la Santé, ont des responsabilités concernant les maisons de retraite et de soins, cela peut poser problème.

L’ANAMRES est également représentée au niveau du Conseil Supérieur pour personnes âgées, qui fonctionne sous les auspices du Ministère de la Famille. L’association est d’avis que ce Conseil devrait bénéficier d’une plus grande indépendance.
La problématique des langues et de la formation est évoquée: Dans le sud du pays, le personnel est principalement francophone, ce qui peut poser problème pour les résidents. Il y a en effet très peu de Luxembourgeois qui se sentent attirés par ce travail. D’après l’ANAMRES, il faudrait mettre l’accent sur la connaissance des trois langues (luxembourgeois, allemand et français). lors de la formation et également souligner le besoin en personnel dans ce domaine. Il faut savoir que pour l’agrément d’une maison de retraite ou de soins, le MIFA demande que le personnel sache parler le luxembourgeois.
Pour le prix à payer dans les maisons de retraite et de soins, d’après l’association, la plupart des résidents ne dépendent pas du Fond national de Solidarité.
La cohabitation entre personnes présentant une démence et les autres résidents ne poserait pas de problème pour eux. Bon nombre de résidents, qui deviennent déments en cours de route, peuvent rester dans leur unité. Un groupe socio-thérapeutique prévoit des activités spéciales pour ces personnes.
Les infrastructures sont accessibles aux personnes à mobilité réduite.

2. Analyse des documents

Il faut savoir que sur un total estimé de 22 établissements de long séjour pour personnes âgées fragiles regroupés au sein de la COPAS, nous avons reçu en tout 14 réponses (détail de ce qui nous a été transmis en annexe). Suite à la lecture de ces documents, il en ressort les éléments suivants :
Le règlement d’ordre interne n’est pas systématiquement mentionné dans les contrats d’hébergement.
Une charte à laquelle se réfère la prise en charge envers les résidents n’est pas systématiquement mentionnée dans le contrat.
Parfois la résiliation du contrat ou le changement d’unité sont possibles pour le prestataire en cas d’aggravation de la situation du résident.
Il n’est pas toujours mentionné si le résident est en possession d’une clé personnelle, pour autant bien sûr que son état psychique le lui permette.
Certains contrats sont signés en premier lieu à titre de contrat d’essai.
A chaque fois il est mentionné que ce contrat est un contrat d’hébergement et non un contrat de bail.
Des procédures claires en cas de gestion de plaintes, de risques, voire éventuellement de fixations ne sont pas toujours mentionnées, ni annexées au contrat.
Pour autant il faut cependant aussi mentionner que certains gestionnaires ont bien inclus dans leurs documents des procédures claires en cas d’incidents et de plaintes.
Dans un seul contrat nous avons trouvé l’engagement de non-fixation envers les résidents.

IV. Conclusions et recommandations

1. Formation et enseignement dans les Lycées techniques pour professions de santé (LTPS) et les Lycées techniques pour professions éducatives et sociales et les classes préparatoires dans les Lycées techniques

Il serait souhaitable

- de faire quantifier le volume d'heures en rapport avec le droits de l'Homme dans la formation de base et
- pour toute personne se destinant à travailler auprès de personnes âgées fragiles en institutions, d'enseigner surtout les aspects théoriques et pratiques sur la maladie la plus représentative (plus de 60% des résidents), à savoir les maladies démentielles.

Des contacts avec les associations œuvrant dans ce domaine seraient d'un avantage certain pour la qualité des cours ou modules à enseigner.

2. Actions concrètes proposées dans les institutions mêmes

2.1. Instaurer un comité d'éthique au sein de chaque établissement de long séjour (partagé ou non entre différentes structures).
Il est évident qu'un tel comité aurait sa place à jouer en cas de décisions éthiques complexes, où personne n'a la réponse « clé en mains » ; ainsi l'avis d'un tel comité pourrait faire réfléchir sur des situations difficiles, voire faire infléchir certaines idées préconçues.
Un tel comité serait bien en accord avec la Charte européenne des droits et des responsabilités des personnes âgées nécessitant des soins et une assistance de longue durée (CEDRPA), qui revendique dans ses articles 2, 5 et 8 au moins le droit à l'autodétermination, le droit au soin personnalisé et le droit à des soins palliatifs et de mourir en dignité et respect.

2.2. Créer un comité de résidents et de membres de la famille au sein des institutions.
On insiste de plus en plus actuellement à faire intégrer le résident ou ses proches dans les décisions concernant le fonctionnement quotidien en institutions (« empowerment »).
Un tel comité serait bien conforme à la CEDRPA avec son article 6 de savoir continuer à communiquer et à participer à la vie communautaire, voire même avec l'article 10 traitant de la responsabilité même de chaque personne âgée.

2.3. Prévoir un système de gestion de qualité (« quality management ») en vue d'implémenter une documentation en rapport avec les soins et les actes effectués et une liste d'indicateurs de qualité à recenser.
Ici encore la CEDRPA dans ses articles 4 et 9 parlent de l'obligation du prestataire à prodiguer des soins de qualité et du droit au recours en cas de besoin pour le résident.

2.4. Assurer aux membres de la famille de pouvoir séjourner auprès des résidents en situations difficiles et/ ou délicates.

Cette demande est bien ancrée dans la CEDRPA avec ses articles 2, 3 et 8 qui sont en rapport avec les droits à l'autodétermination, à la vie privée et aux soins palliatifs et au droit de mourir en dignité.

2.5. Assurer aux résidents le droit d'avoir un animal sous condition de savoir s'en occuper encore.
Cette revendication légitime peut être interprétée dans les articles 2 et 3 de la CEDRPA, en ce qui concerne le droit à l'autodétermination et à la vie privée.

2.6. Permettre l'accès à des visites illimitées en heures et en volume pour les séniors fragiles (et en général pour tous).
Cette demande est soutenue par les articles 3 et 8 de la CEDRPA en rapport avec la vie privée et le droit aux soins palliatifs et à mourir en dignité.

2.7. Revoir le statut du contrat signé avec le gestionnaire, et, le cas échéant prévoir un statut spécial.
Cette proposition est contenue dans l'article 5 de la CEDRPA qui traite du droit à l'information et au conseil personnalisé.

2.8. Garantir la possibilité à l'autodétermination en tout point de vue (cf gestion autonome de ses médicaments, le respect des directives anticipées et / ou dispositions de fin de vie).
Cet aspect est bien abordé dans l'article 2 sur l'autodétermination de la CEDRPA.

2.9. Avoir accès à la pratique de sa religion (un lieu de culte prédéfini, la possibilité de voir le représentant de son culte).
Ici encore une fois l'accès à cette pratique légitime est en accord avec l'article 7 de la CEDRPA qui est axé sur le droit à la liberté d'expression et la liberté de pensée.

2.10. Prévoir dans le règlement d'ordre interne, un cheminement (« pathway ») bien identifié concernant la gestion des plaintes à faire passer, soit à la direction, soit vers un organisme externe indépendant.
L'article 9 de la CEDRPA sur le recours reconnaît expressément le droit de signaler tout abus envers les personnes âgées.

2.11. Respecter le droit des personnes âgées de vivre leur sexualité, garantir les droits humains à toute personne concernée et lancer un débat autour de cette question importante.
Le droit à l'expression de ses besoins sexuels peut se lire dans les articles 1 et 3 de la CEDRPA qui traitent du droit à la dignité et à la vie privée pour chacun.

2.12. Promouvoir la citoyenneté en informant, communiquant et aidant les résidents fragiles à jouir de leur autonomie et éviter au maximum leur isolement ou mise sous tutelle.
L'article 2 de la CEDRPA sur l'autodétermination est en relation directe avec cette revendication légitime.

2.13. Permettre aux résidents fragiles et isolés de pouvoir bénéficier d'un bénévolat, afin d'avoir une relation sociale régulière avec une personne sachant porter un regard sur son environnement institutionnel.
Les articles 5 et 6 de la CEDRPA sur les droits d'information, y compris à une personne choisie par le résident et le droit de communiquer et de participer sont inclus dans cette proposition.

2.14. Savoir organiser et publier à travers un organisme externe des enquêtes de satisfaction et du résident et de ses proches, avec résultats ventilés entre autres selon l'âge, le sexe, le niveau professionnel, etc.
Encore une fois l'article 6 de la CEDRPA en rapport avec la communication et la participation du résident trouve ici son application pratique.

3. Au niveau national

3.1. Organiser une structure indépendante, et du gestionnaire et du Ministère de tutelle, en vue de faire des visites pour évaluer les manquements éventuels en rapport avec les droits de l'Homme. Cette structure devrait avoir un objectif très précis pour éviter tout amalgame avec la responsabilité des gestionnaires et celle du Ministère de tutelle.

3.2. Constituer une plate-forme nationale qui a pour but d'élaborer des guidelines précises en rapport avec l'application des méthodes de restrictions de libertés (barrières de lit, contentions ponctuelles, portes fermées dans certaines unités, bracelets « anti-fugues, etc.) avant d'avoir une adaptation éventuelle des textes législatifs sur la curatelle et la tutelle.

3.3. Créer un groupe d'experts capables de mettre en place un système de représentativité du résident ne sachant plus clairement exprimer ses souhaits en cas de déclin cognitif majeur.

3.4. Faire intégrer systématiquement dans le contrat (entre gestionnaire et résident) :

- une charte des droits des personnes âgées et fragiles
- l'élaboration d'un projet de vie et de soins individualisé
- le projet d'établissement
- e système de contrôle de qualité utilisé.

3.5. Renforcer l'autonomie du conseil supérieur des personnes âgées et valoriser davantage ses recommandations.

3.6. Créer un observatoire de la maturité et contre l'âgisme, pouvant fonctionner comme plate-forme virtuelle avec des professionnels de terrain et des chercheurs prêts à évaluer et à documenter les nombreuses approches positives, mais aussi les éventuels abus envers les seniors.

3.7. Disposer pour toute profession travaillant auprès des sujets âgés fragiles, d'une liste officielle de tâches à exécuter et avoir à tous ces niveaux des dispositifs légaux (p.ex. sanctions) applicables en cas d'abus. (cf lacunes manifestes au niveau des professions socio-éducatives).

4. Au niveau européen et international

Promouvoir la participation luxembourgeoise au sein de réseaux internationaux qui travaillent contre toute forme d'abus envers les seniors (INPEA, International Network for the Prevention of Elder Abuse, et autres).

V. Remarque finale

Ce rapport ne peut avoir la prétention d'une analyse exhaustive de la situation des résidents fragiles institutionnalisés. Beaucoup de bonnes pratiques ont pu être rencontrées ; néanmoins par ce rapport, la CCDH voudrait surtout structurer davantage l'encadrement de personnes ayant un certain déficit à gérer seules toutes les situations données. Ensemble avec les résidents, les gestionnaires et les proches nous pensons avoir entrouvert certaines pistes pour éviter un abus quelconque ou un manquement aux droits de l'Homme.

Adopté lors de l'assemblée plénière du 18 septembre 2013

Annexe

Documents internationaux et européens concernant les droits des personnes âgées

I. *Déclarations et conventions*

Il faut souligner que tous les droits mentionnés dans toutes les déclarations et conventions valent aussi pour les personnes âgées. En voici quelques exemples.

1. Dans la Déclaration universelle des droits de l'Homme (1948) l'article 25 (1) précise :

> *Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté.*

2. Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (1966) mentionne à l'article 12 (1) :

> *Les Etats parties au présent Pacte reconnaissent le droit à toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre.*

3. Le Pacte international relatif aux droits civils et politiques (1966) évoque à l'article 6 le droit à la vie et l'interdiction d'être arbitrairement privé de la vie ; à l'article 7 l'interdiction de soumettre une personne sans son libre consentement à une expérience médicale ou scientifique. L'article 17 traite de la vie privée :

> *1. Nul ne sera l'objet d'immixtions arbitraires ou illégales dans sa vie privée, sa famille, son domicile ou sa correspondance, ni d'atteintes illégales à son honneur et à sa réputation.*
> *2. Toute personne a le droit à la protection de la loi contre de telles immixtions ou de telles atteintes.*

A côté de ces textes généraux il a y des chartes qui se réfèrent directement aux droits des personnes âgées. Ici aussi nous nous limitons à quelques exemples.

4. La Charte sociale européenne révisée du Conseil de l'Europe (1996) traite dans son article 23 du droit des personnes âgées à une protection sociale :

> *En vue d'assurer l'exercice effectif du droit des personnes âgées à une protection sociale, les Parties s'engagent à prendre ou à promouvoir, soit directement soit en coopération avec les organisations publiques ou privées, des mesures appropriées tendant notamment :*
>
> - *à permettre aux personnes âgées de demeurer le plus longtemps possible des membres à part entière de la société, moyennant :*

a) des ressources suffisantes pour leur permettre de mener une existence décente et de participer activement à la vie publique, sociale et culturelle ;
b) la diffusion des informations concernant les services et les facilités existant en faveur des personnes âgées et les possibilités pour celles-ci d'y recourir ;

- *à permettre aux personnes âgées de choisir librement leur mode de vie et de mener une existence indépendante dans leur environnement habituel aussi longtemps qu'elles le souhaitent et que cela est possible, moyennant :*
a) la mise à disposition de logements appropriés à leurs besoins et à leur état de santé ou d'aides adéquates en vue de l'aménagement du logement,
b) les soins de santé et les services que nécessitent leur état ;
- *à garantir aux personnes âgées vivant en institution l'assistance appropriée dans le respect de la vie privée, et la participation à la détermination des conditions de vie dans l'institution.*

5. La Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne (2000) contient à côté des articles 1 sur la dignité humaine, 6 sur le droit à la liberté et à la sûreté, 10 sur la liberté de pensée, de conscience et de religion, 11 sur la liberté d'expression et d'information, l'article 25 sur les droits des personnes âgées :

L'Union reconnaît et respecte le droit des personnes âgées à mener une vie digne et indépendante et à participer à la vie sociale et culturelle.

Il ne faut pas oublier que la Convention relative aux droits des personnes handicapées contient un grand nombre d'articles qui s'appliquent aussi aux droits des personnes âgées.[2]

II. Chartes des droits des personnes âgées

A côté de ces documents d'un intérêt général il y a des textes concernant plus spécifiquement les droits des personnes âgées et élaborées par des ministères ou des associations travaillant dans le secteur. Nous nous limitons de nouveau à quelques exemples marquants :

1. Charte Européenne des droits et des responsabilités des personnes âgées nécessitant des soins et une assistance de longue durée.
Cette charte résultant d'un projet EUSTACEA avec le soutien du programme Daphne III comprend 10 articles ainsi qu'un guide d'accompagnement qui doivent être respectés en institution, surtout envers les personnes fragiles et vulnérables y vivant.[3]

2. Droits des personnes âgées dépendantes en institution
(document édité par le Secrétariat d'État chargé de la Sécurité Sociale France).[4]

---

[2] http://www2.ohchr.org/french/law/disabilities-convention.htm
[3] http://www.age-platform.eu/images/stories/22493_AGE_charte_europeenne_FR_indd.pdf
[4] http://www.maisons-de-retraite.fr/Ehpad/La-vie-en-etablissement/Les-droits-des-residents/La-charte-des-droits-des-personnes-agees2

3. Le rapport final du projet européen MILCEA (Monitoring in Long-Term Care Elder Abuse) traitant spécifiquement de la prévention des abus envers les sujets âgés.[5]

4. Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen, éditée par le Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend et le Bundesministerium für Gesundheit.[6]

III. Etudes nationales sur les droits des personnes âgées

1. L'Institut für Menschenrechte en Allemagne a publié en 2006 (2e édition) une étude intitulée « Soziale Menschenrechte in der Pflege ».[7]

2. La Northern Ireland Human Rights Commission a publié en 2012 un document intitulé « In Defence of Dignity. The Human Rights of Older People in Nursing Homes ».[8]

IV. *Vers une convention internationale des droits des personnes âgées ?*

En 2010 l'Assemblée générale des Nations-Unies a créé le groupe de travail à composition non limitée sur le vieillissement (résolution 65/182). Le 13 février 2013 l'Assemblée général a adopté la résolution 67/139 intitulée « Vers un instrument international global et intégré pour la promotion et la protection des droits et de la dignité des personnes âgées ». Dans cette résolution l'AG décide que le groupe de travail à composition non limitée sur le vieillissement procédera, dans le cadre de son mandat et à compter de sa quatrième session, en 2013, à l'examen des propositions relatives à l'élaboration d'un instrument juridique international visant à promouvoir et à protéger les droits et la dignité des personnes âgées… »[9] (voir à ce sujet aussi le document « Strengthening Older People's Rights : Towards a UN Convention »[10] élaboré par différentes associations; Chinsung Chung : The necessity of a human rights approach and effective United Nations mechanism for the human rights of the older person. In : Human Rights Council Advisory Committee, Fourth Session 25-29 January 2010 ; Jean-Paul Lehners : Eine UN-Konvention für ältere Leute? Einige Denkanstösse. In: forum 318, Mai 2012, pp. 58-59).

---

[5] http://www.milcea.eu/index_de.html#
[6] http://www.pflege-charta.de/die-pflege-charta/acht-artikel/
[7] http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/uploads/tx_commerce/studie_soziale_menschenrechte_aelterer_personen_in_pflege.pdf
[8] http://www.nihrc.org/documents/research-and-investigations/older-people/in-defence-of-dignity-investigation-report-March-2012.pdf
[9] http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N10/523/47/PDF/N1052347.pdf?OpenElement
[10] http://www.rightsalliance.org/images/stories/strengtheningrights_pdfs/Strengthening%20Rights%20-%20French.pdf

Le comité directeur pour les droits de l'Homme (CDDH) du Conseil de l'Europe a créé, de son côté, un groupe de rédaction pour les droits de l'Homme des personnes âgées (CDDH-AGE) qui a eu sa troisième réunion en mai 2013.[11]
Il faut souligner que le réseau européen des institutions nationales des droits de l'Homme dont fait partie la CCDH intervient dans le processus de discussion de ces deux nouveaux textes.

Documents nationaux

I. Documents législatifs

1. Loi du 8 septembre 1998 modifiée réglant les relations entre l'Etat et les organismes oeuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique.

2. Texte coordonné du règlement grand-ducal du 8 décembre 1999 concernant l'agrément à accorder aux gestionnaires de services pour personnes âgées, tel qu'il a été modifié par règlement grand-ducal du 10 décembre 2009.
Ce texte précise l'équipement standard minimal dans les institutions et fixe aussi un nombre minimal de personnel requis en fonction des diverses catégories professionnelles.

3. Loi du 30 avril 2004 autorisant le Fonds national de solidarité à participer aux prix des prestations fournies dans le cadre de l'accueil aux personnes admises dans un centre intégré pour personnes âgées, une maison de soins ou un autre établissement médico-social assurant un accueil de jour et de nuit.

4. Règlement grand-ducal du 27 septembre 2004 portant exécution de la loi du 30 avril 2004 autorisant le Fonds national de solidarité à participer aux prix des prestations fournies dans le cadre de l'accueil aux personnes admises dans un centre intégré pour personnes âgées, une maison de soins ou un autre établissement médico-social assurant un accueil de jour et de nuit.
Ce règlement tient compte de nombreux aspects de qualité dans une institution, pour autant que le résident en fasse la demande pour raison économique. Des points positifs sont accordés pour des surfaces de chambres plus grandes et pour des installations sanitaires adéquates, de même que pour des professionnels y travaillant en nombre et en qualification suffisante.

5. Arrêté ministériel du 1er mars 2013 approuvant le Code de déontologie des professions de médecin et de médecin-dentiste édicté par le Collège médical.

> *A la vue des articles suivant, le médecin traitant d'un résident fragile en institution a le devoir de le protéger de tout excès thérapeutique et de lui garantir une fin de vie en toute dignité :*

[11] http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/hrpolicy/other_committees/cddh-age/default_FR.asp

Article 38 :
Le devoir premier du médecin est de ne pas porter atteinte à la personne avec laquelle se noue la relation thérapeutique, de respecter l'autonomie de sa volonté (contrat de soins), sa dignité, son intégrité corporelle et psychique.
Article 52 :
Face à une personne proche du terme de sa vie, le médecin s'abstient de toute obstination déraisonnable, par des traitements ne procurant aucun soulagement à la personne, mais ayant le seul but de prolonger la vie dans des conditions contraires à sa dignité.
Article 53 :
En cas de maladie grave, évolutive, terminale :
a) le médecin a l'obligation de soulager la souffrance physique et psychique ;
b) il veillera à ce que la souffrance sociale et spirituelle du malade soit prise en charge ;
c) il veillera à ce que le malade bénéficie de soins palliatifs adaptés prodigués par une équipe compétente, dans le respect de la personne soignée.

6. Code de déontologie de certaines professions de santé RGD 7/10/10
Surtout les articles
- 3, qui parle du respect de la vie humaine, de la personne, de la dignité et des droits de celle-ci et aussi
- 4, qui interdit toutes formes de traitements cruels, inhumains ou dégradants et
- 27, qui impose au professionnel de santé d'utiliser, le cas échéant, les procédures établies pour rapporter des incidents ou les risques d'incompétence ou de violation des règles déontologiques.

7. Loi du 26 mars 1992 sur certaines professions de santé où sont réglées les situations d'abus envers les résidents par un conseil de discipline et l'application d'une procédure en matière disciplinaire.

8. Règlement ministériel du 9 février 1976 portant création d´un Conseil Supérieur des Personnes âgées.
On retient qu'une des missions de ce conseil supérieur par auto-saisine est d'étudier toute problématique en rapport avec le troisième âge et de soumettre ses conclusions au Gouvernement.

9. Loi du 11 août 1982 portant réforme du droit des incapables majeurs.
(Mém. A - 72 du 26 août 1982, p. 1515; doc. parl. 2327)

10. Loi du 10 décembre 2009
a) relative à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux,
b) modifiant la loi modifiée du 31 mai 1999 sur la Police et l'Inspection générale de la Police et
c) modifiant l'article 73 de la loi communale modifiée du 13 décembre 1988.
Surtout son article 3, qui précise que la diminution des facultés mentales due au vieillissement n'est pas, à elle seule, un motif suffisant pour l'admission ou le placement

II. Chartes et autres publications

1. Droits des personnes âgées en institution (Charte éditée par l'ALGG en 1991).[12]
Cette charte date de plus de vingt ans et semble encore disposer d'une certaine actualité en ce qui concerne les droits revendiqués pour protéger les sujets âgés fragilisés vivant en long séjour.

2. Rapport du Ministère de la Famille sur maladies démentielles[13]
Ici la mesure de la Promotion des Droits de l'Homme doit à nos yeux prendre une place importante lors de la mise en œuvre de ce plan national.
But à atteindre: Sensibilisation des personnes âgées, de leur entourage familial et des professionnels sur les droits fondamentaux des personnes âgées.
Acteur institutionnel et coordinateur: le Ministère de la Famille et de l'Intégration selon ce même rapport conjoint MIFA/MISA (5 / 2013).

[12] http://www.mfi.public.lu/a_z/D/Demence/ChartePAfr.pdf
[13] http://www.mfi.public.lu/a_z/D/Demence/RapportFinal.pdf