

- En cas de pluralité d'organisations composant le prestataire, le bénéficiaire (le cas échéant son représentant légal) se dit informé et reconnaît ces organisations comme ensemble de prise en charge valablement constitué au sens de l'article 389 (1) du CCSS.

Une telle organisation des prestations répond solidairement envers le bénéficiaire des engagements souscrits en vertu d'une prise en charge de qualité.

ART.2 Le bénéficiaire (le cas échéant son représentant légal) déclare avoir pris connaissance de l'engagement d'être présent aux lieux, aux jours et aux heures convenus avec le prestataire, qui assure la délivrance des prestations.

ART.3 Par signature du contrat de prise en charge, sont acceptés les éléments susceptibles de rester à la charge du bénéficiaire à la suite d'événements tels que notamment :

- le rejet de la demande de prestation de l'assurance dépendance pour quelque cause,
- la délivrance de prestations par le prestataire antérieurement au début de droit tel que définie à l'art. 26,
- en cas de contestation du plan de prise en charge, si le demandeur est débouté par une décision définitive (refus du remboursement des prestations délivrées entre la date de l'opposition et celle de la décision définitive),
- toute modification (tarif, ...) pouvant entraîner une adaptation des éléments susceptibles de rester à la charge du bénéficiaire dépendante
- le non-respect de la personne et un comportement inadéquat envers les membres de l'équipe du service.

Si toutefois l'évaluation faite par l'autorité d'évaluation et de contrôle des prestations n'octroie pas le droit à l'assurance dépendance, le bénéficiaire de soins s'engage à payer les frais de mise à disposition du personnel pour la durée des prestations effectuées.

Les honoraires des prestations sont calculés par rapport à la valeur monétaire. Les montants fixés par l'Etat peuvent être consultés sur site d'internet de la CNS www.cns.public.lu.

À cocher ce qui convient :

- commencer la prise en charge **avant réception** de la décision de l'assurance dépendance
- commencer la prise en charge **dès réception** de la décision de l'assurance dépendance

ART. 4 Le service Alive, sous forme de prestataire déclare opérer en qualité de réseau d'aides et de soins (RAS), tel que défini à l'art. 389 (1) du CCSS¹.

Chapitre 2 : Dispositions générales

ART. 5 Le prestataire s'engage auprès du bénéficiaire d'aides et de soins que l'exercice des activités faisant l'objet du présent contrat soit couvert par les agréments requis par la législation afférente ou d'une autre disposition légale pour ces activités (art.389 du CCSS¹).

ART. 6 Les prestations facturées par le prestataire et leur remboursement à charge de l'assurance dépendance sont définies par la CNS. Toute demande de prestation supplémentaire émanant du bénéficiaire ou de la part de son entourage sont à prendre en charge par le demandeur ou peuvent être facteur de demande et de réévaluation auprès de l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance (AEC).

ART. 7 Toute modification de l'état de santé, des besoins d'aides ou de soins du bénéficiaire est déclarée auprès de l'AEC et réciproquement, le bénéficiaire est informé de tout changement administratif, légal ou interne du RAS Alive.

Chapitre 3 : Dispositions finales

ART. 8 Le présent contrat est conclu pour une durée indéterminée et prend effet à la date de la signature. Il peut être résilié par lettre recommandée avec un préavis d'un mois. Le préavis commence le jour de réception, le cachet de la poste faisant foi.

ART. 9 Le signataire confirme avoir pris connaissance du fonctionnement du RAS Alive, de sa charte et du règlement interne et avoir reçu toutes les explications nécessaires et réponses à ses questions afin de permettre une compréhension des textes. Il déclare adhérer à ces documents.

ART 10 Dans le cadre des interventions à domicile, un système nécessaire et obligatoire est installé à votre domicile à l'aide de badges de la marque « DOMATEL », permettant aux soignants de retranscrire avec rapidité et efficacité les soins effectués. Ces badges permettront également de justifier les actes auprès du Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale (pour le secteur de l'Assurance dépendance).

....., le

**Bénéficiaire
ou/et le représentant légal**

AlivePlus a.s.b.l.

Signature(s)

Signatures et cachet

Responsable
Nom et prénom

Chargé
Nom et prénom

Annexes :

- Règlement d'ordre intérieur (R.O.I. Alive)
- Projet d'établissement
- Devis (exemple)
- Droits et obligations

REGLEMENT

D'ORDRE INTERNE

ROI RAS ALIVE

Table des matières

1	CHAPITRE 1. DISPOSITIONS GENERALES.	8
1.1	SECTION 1 : LES SOINS ET LES TRAITEMENTS A DOMICILE	8
1.1.1	Art.1 - Les soins à domicile, un service de l'association AlivePlus	8
1.1.2	Art.2 - La prise en charge des bénéficiaires.....	8
1.1.3	Art.3 - Les pathologies prises en charge par le service.....	9
1.1.4	Art.4 - Zone géographique d'intervention du service.....	9
1.1.5	Art.5 - Missions et obligations.....	9
1.2	SECTION 2 : APPROVISIONNEMENT EN PRODUITS DE SANTE ET ACHEMINEMENT AU LIT DU BENEFICIAIRE	10
1.2.1	Art.6 - Usage de produits pharmaceutiques.....	10
1.2.2	Art.7 - Acheminement des produits de santé.....	10
1.3	SECTION 3 : ACHEMINEMENT AU LIT DU BENEFICIAIRE DU MATERIEL NECESSAIRE A LA PRISE EN CHARGE	10
1.3.1	Art.8 - Mise à disposition du matériel nécessaire à ses soins et sa prise en charge à domicile	10
1.3.2	Art.9 - Livraison et récupération.....	11
1.4	SECTION 4 : CIRCUIT DES PRESCRIPTIONS MEDICALES	11
1.4.1	Art.10 - Le prescripteur.....	11
1.5	SECTION 5 : CIRCUIT DES PRELEVEMENTS	11
1.5.1	Art.11- Principe général.....	11
1.6	SECTION 6 : GESTION DES DECHETS	12
1.6.1	Art.12 - Déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI) et assimilés	12
1.6.2	Art.13 - Obligation d'élimination des déchets.....	12
1.6.3	Art. 14 - Procédure de gestion des déchets.....	12
1.7	SECTION 7 : QUALITE DES SOINS	12
1.7.1	Art.15 - Droit du bénéficiaire à des soins de qualité	13
1.7.2	Art.16 - Prise en charge de la douleur.....	13
1.7.3	Art. 17 - Droit aux soins palliatifs.....	13
1.7.4	Art. 17bis - Droit à l'Euthanasie.....	14
1.7.5	Art. 18 - Lutte contre les infections nosocomiales.....	14

2 CHAPITRE 2. DISPOSITIONS RELATIVES A L'ADMISSION, AU SUIVI ET A LA DECHARGE DU BENEFICIAIRE. 14

2.1	SECTION 1 : ADMISSION DES BENEFICIAIRES	14
2.1.1	Art. 19 - Principe du libre choix du bénéficiaire	14
2.1.2	Art. 20 - La prescription d'aides et de soins à domicile.....	14
2.1.3	Art. 21 - La visite d'évaluation.....	15
2.1.4	Art. 22 - Le projet thérapeutique.....	15
2.1.5	Art. 23 - Classeur d'accueil et de suivi au domicile (Classeur BDS).....	16
2.2	SECTION 2 : SOINS ET INFORMATIONS SUR LES SOINS	16
2.2.1	Art. 24 - Coordination des soins dispensés aux bénéficiaires admis	16
2.2.2	Art. 25 - Organisation des soins	16
2.2.3	Art. 26 - Information du bénéficiaire	17
2.2.4	Art. 27 - Dossier médical et de soin du bénéficiaire	18
2.2.5	Art. 28 - Dossiers de soins.....	18
2.2.6	Art. 29 - Personne de confiance	18
2.2.7	Art. 30 - Secret médical	19
2.2.8	Art. 31 - Traitements automatisés des données à caractère personnel.....	20
2.2.9	Art. 32 - Information sur les incidents médicaux, les affections iatrogènes ou les infections nosocomiales.....	20
2.2.10	Art. 33 - Gestion des plaintes , réclamations et voies de recours	20
2.2.11	Art. 34 - Consentement aux soins	20
2.2.12	Art. 34bis - Comité d'éthique.....	21
2.3	SECTION 3 : MODALITES DE SORTIE DES BENEFICIAIRES	21
2.3.1	Art. 35 - Interruption de la prise en charge.....	21
2.3.2	Art. 36 - Rétractation et arrêt de la prise en charge	22
2.3.3	Art. 37 - Récupération du matériel mis à la disposition du bénéficiaire	22
2.4	SECTION 4 : FRAIS DE PRISE EN CHARGE	22
2.4.1	Art. 38 - Dispense d'avance des frais	22
2.4.2	Art. 39 - Frais de transport.....	22
2.4.3	Art. 40 - Frais à la charge du bénéficiaire	23

3 CHAPITRE 3. DISPOSITIONS RELATIVES A LA PERMANENCE ET A LA CONTINUTE DES SOINS. 23

3.1	SECTION 1 : OBLIGATION D'UNE PERMANENCE DES SOINS	23
3.1.1	Art. 41 - Permanence des soins	23
3.1.2	Art. 42 - Obligation réglementaire d'une permanence des soins spécifique	23
3.1.3	Art. 43 - Tableau des astreintes médicales	24
3.2	SECTION 2 : ORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS	24
3.2.1	Art. 44 - Astreinte paramédicale.....	24
3.2.2	Art. 45 - Interventions des services du SAMU et des urgences.....	25
3.3	SECTION 3 : ADMISSION EN HOSPITALISATION COMPLETE	25
3.3.1	Art. 46 - Hospitalisation planifiée ou urgente dans un service d'un centre hospitalier.....	25
4	CHAPITRE 4. DISPOSITIONS RELATIVES AUX INTERVENANTS ET AU PERSONNEL DU SERVICE	26
4.1	SECTION 1 : ÉQUIPE DE COORDINATION	26
4.1.1	Art. 47 Accessibilité et horaires	26
4.2	SECTION 2 : MODALITES DE GESTION ET DE FACTURATION	27
4.2.1	Art. 48 - Contractualisation.....	27
4.2.2	Art. 49 - Facturation et règlement	28
4.2.3	Art. 50 - Gestion des AAI (Aide à l'appui à l'indépendance).....	28
5	CHAPITRE 5. DISPOSITIONS FINALES	28
5.1	SECTION 1 : PROCEDURE D'APPROBATION DU REGLEMENT INTERIEUR	29
5.1.1	Art. 50bis - Approbation du règlement intérieur du RAS.....	29
5.2	SECTION 2 : PROCEDURE DE MODIFICATION DU REGLEMENT INTERIEUR	29
5.2.1	Art. 51 - Procédure de modification	29

1 CHAPITRE 1. DISPOSITIONS GENERALES.

1.1 SECTION 1 : LES SOINS ET LES TRAITEMENTS A DOMICILE

1.1.1 Art.1 - Les soins à domicile, un service de l'association AlivePlus

La structure du service de soins à domicile est officialisée par agréments de la part du Ministère de la Famille, des Solidarités, du Vivre ensemble et de l'Accueil du Luxembourg ainsi que par la signature de convention avec le Ministère de la Santé et de la sécurité Sociale ayant l'Assurance Dépendance et la CNS en son attribution et permettant l'accès au tiers-payant des prestations effectuées par les professionnels de l'association AlivePlus par attribution d'un code prestataire. L'association AlivePlus se définit par une structure multidimensionnelle du secteur santé, social et socioéducatif permettant d'assurer une prise en charge soit en institution, soit au domicile du bénéficiaire de soin exprimant la nécessité d'un accompagnement professionnel spécialisé et ceci pour une période définie ou illimitée, mais révisable en fonction de l'état de santé, des soins médicaux prescrits et des besoins en soins de santé continus et coordonnés. Le secteur du domicile appartient spécifiquement à la branche santé de l'association et précisément au réseau d'aides et de soins à domicile (RAS) Alive. Le RAS a pour objet principal d'éviter une hospitalisation à long terme, d'en diminuer la récurrence et la durée tout en intégrant les souhaits du bénéficiaire de soin (BDS).

1.1.2 Art.2 - La prise en charge des bénéficiaires

La prise en charge concerne les bénéficiaires atteints de pathologies lourdes, aiguës ou chroniques, évolutives ou instables et ou en fin de vie qui, en absence de ce service, seraient hospitalisés dans un établissement de santé. Le service de soins s'adresse à tous types de bénéficiaires sans limite d'âge présentant une dépendance plus au moins importante et ayant besoin d'aide dans l'exécution d'actes du quotidien nommés, comme actes essentiels à la vie (AEV). La notion de « *charge en soins* » se définit par le *besoin d'accompagnement physique et psychologique*, les *aides et les soins au quotidien* ainsi que d'autres *facteurs révélateurs*. La structure du service et son vaste spectre de spécialisations permet de dispenser les différents types de prestations nécessaires, dont les soins palliatifs, les soins psycho-gériatriques et l'accompagnement gérontologique, les soins et l'encadrement en psychiatrie extrahospitalière. Ainsi sont pris en charge les actes qui relèvent uniquement de soins à l'acte CNS, non coordonnés, ou tout autre soin infirmier dans le cadre du forfait infirmier et actes de la vie quotidienne relevant à la synthèse de l'Assurance dépendance incluant toutes les prestations annexes telles que les aides au ménage, les gardes ou encore les séances thérapeutiques. Le RAS s'octroie le droit de développer à tout moment, et selon besoin, des spécialités afin de donner suite aux besoins exprimés du terrain ou à la demande de la part des organismes publics. Sont discutées des prestations qui relèvent de l'ordre de traitements complexes pour pathologies lourdes, comme certains protocoles de chimiothérapie, antidouleurs, dialyse et qui peuvent être regroupées sous le concept d'hospitalisation à domicile (HAD). Dans une vision de résilience le RAS s'oblige à intégrer les habitudes et les croyances personnelles dans le contexte de la prise en charge individualisée valorisant des approches complémentaires. Il développe le suivi en santé mentale à travers des accompagnements et suivis psychologiques, psycho-oncologique et environnementaux par des interventions participatives dans le but de favoriser l'autonomie et l'indépendance du BDS tout en ouvrant le champ d'accompagnement à l'entourage et aux proches des BDS. Une modification du contexte de prise en charge ou un refus de prise en charge est

exprimé par le prestataire si l'état justifie le maintien au sein d'une structure de soins traditionnelles en raison d'un état d'urgence, d'aggravation ou de besoins spécifiques non accessible dans le cadre des soins à domicile. Les professionnels de santé du RAS en accord avec le corps médical ont la liberté de décision d'action de transfert ou d'hospitalisation sur demande directe du BDS, si la vie de la personne est mise en péril par une dégradation de l'état de santé sans présence de directives anticipées ou disposition de fin de vie, obligatoirement en cas de première urgence, ou par anticipation d'événements à haut risque pour la survie du BDS.

1.1.3 Art.3 - Les pathologies prises en charge par le service

Les pathologies peuvent être médicales ou post-chirurgicales ou être en lien avec des atteintes psychiques, psychiatriques, psycho-gériatriques ou des besoins d'accompagnements spécialisés en soins palliatifs, pédiatriques et adolescences.

1.1.4 Art.4 - Zone géographique d'intervention du service

Le service de soins et d'aides à domicile Alive dispose d'une capacité évolutive et flexible. La zone d'intervention du service peut s'étendre sur tout le territoire national. L'association s'octroie le droit de définir en interne les zones géographiques concernées selon capacités, objectifs et besoins. L'association favorise le focus sur la partie sud du territoire nationale, plus exactement le canton d'Esch-sur-Alzette.

1.1.5 Art.5 - Missions et obligations

Le RAS Alive est avant tout un service de proximité, qui considère le bénéficiaire de soins comme acteur principale de sa vie. Les bénéficiaires pris en charge par l'équipe des professionnels de santé bénéficient ainsi de soins au quotidien, afin de combler ses besoins spécifiques et de permettre de profiter d'une vie digne et de qualité dans le cadre du possible. Les soins médicaux et paramédicaux prestés au domicile permettent au bénéficiaire de rester partie intégrante de son entourage usuel, tout en suivant et en respectant le déroulement de son traitement dans l'objectif d'améliorer ou de stabiliser son état de santé, ou de l'accompagner dans la dernière phase de sa vie en respectant le souhait d'une fin de vie au domicile entouré par ses proches.

Les **3 principales missions** du service sont ***l'évitement d'un mode de vie dégradé*** (diminution d'autonomie, isolement social, malnutrition, hygiène physique et mentale), ***les hospitalisations*** et ***les placements***. Les ***missions spécifiques*** sont la ***lutte contre l'isolement***, la collaboration voire ***accompagnement de l'entourage*** et ***la prévention***. Le service de soins et d'aides à domicile est soumis aux mêmes obligations qu'un service d'hospitalisation :

- sécurité et qualité des soins, lutte contre les infections nosocomiales, respect de la dignité et de la personnalité du bénéficiaire, prise en compte de sa douleur physique et de sa souffrance psychologique.

Le RAS Alive s'oblige à intégrer et à respecter les indicateurs de qualité de l'assurances dépendances. Dans le cadre de notre convention avec la Caisse Nationale de Santé et notamment l'assurance dépendance, Le RAS Alive est tenu de suivre rigoureusement certains éléments en lien avec l'accompagnement des bénéficiaires afin de pouvoir les mettre à disposition de la cellule d'Administration d'évaluation et de contrôle. Ces éléments sont les suivants :

- Le pourcentage de personnes dépendantes prises en charge par le prestataire d'aides et de soins présentant une escarre.
- La documentation permettant d'identifier et de suivre l'évolution de la douleur chez les ~~personnes dépendantes prises en charge par le prestataire d'aides et de soins.~~

- La prévalence annuelle de chutes et le nombre de personnes ayant fait une chute après avoir déjà chuté précédemment.
- Le recensement du nombre de personnes dépendantes dont la documentation informe d'un suivi du poids et de son évolution dans le temps par une prise du poids régulière et au moins une fois par mois.
- L'existence d'un mécanisme formalisé de gestion des plaintes chez le prestataire d'aides et de soins.
- La qualité de la documentation des aides et soins.

1.2 SECTION 2 : APPROVISIONNEMENT EN PRODUITS DE SANTE ET ACHEMINEMENT AU LIT DU BENEFICIAIRE

1.2.1 Art.6 - Usage de produits pharmaceutiques

Les produits pharmaceutiques prescrits par le médecin traitant sont acheminés au domicile du bénéficiaire de façon indépendante par lui-même s'il est en possession de toutes ses capacités physiques et psychiques, soit par un membre de son entourage. Sur demande du bénéficiaire, un accompagnement et une aide à l'obtention auprès d'une pharmacie extrahospitalière, ainsi qu'un approvisionnement régulier de la part d'un employé du service peut être appliqué. En cas de produits pharmaceutiques spécifiques, comme lors d'un protocole de chimiothérapie à domicile, les produits sont préparés sous les conditions spécifiques indiquées, dans un service spécialisé, remis en mains propre à l'infirmier/ière spécialisé(e) du service, qui a pour responsabilité de contrôler et d'identifier par écrit le ou les produits, ainsi que l'ordonnance médicale. Elle achemine le traitement au domicile du bénéficiaire et garantit un contrôle, une administration et une surveillance selon les règles et le protocole médical. De plus, en accord avec le médecin référent ou traitant et l'équipe soignante du service, il peut être décidé de mettre à disposition des soignants certains produits pharmaceutiques indispensables à utiliser en cas d'urgence sur protocole rédigé et signé par le médecin.

1.2.2 Art.7 - Acheminement des produits de santé

Les produits de santé spécifiques aux soins sont stockés au siège social de l'association AlivePlus, préparés et acheminés au domicile du bénéficiaire, au moins une fois par semaine ou à chaque fois un acte de soins nécessite du matériel de santé spécifique, ainsi se fait-il pour des sets de pansements, de sondage et autre acte médical ou paramédical.

1.3 SECTION 3 : ACHEMINEMENT AU LIT DU BENEFICIAIRE DU MATERIEL NECESSAIRE A LA PRISE EN CHARGE

1.3.1 Art.8 - Mise à disposition du matériel nécessaire à ses soins et sa prise en charge à domicile

Le matériel médical est nécessaire à la prise en charge du bénéficiaire dans des conditions optimales de confort et de sécurité. L'évaluation et la décision, ainsi que la mise à disposition se gèrent par l'administration d'évaluation et de contrôle (AFC) dans le cadre de l'assurance

dépendance. En cas de problèmes de matériel, de besoin d'adaptation du matériel lors de changement d'état de santé ou autre, le service contactera l'AEC ou autre intervenant, afin de mettre à jour les conditions de vie du bénéficiaire et de proposer une réévaluation de celui-ci. Une bonne collaboration et une bonne entente entre l'AEC et le service est de rigueur, afin de permettre au bénéficiaire de profiter du matériel le plus adapté à son état et d'éviter un abandon de matériel en cours de route qui pourrait se montrer utile pour une autre personne. Le RAS présente néanmoins une certaine liberté selon règlement en vigueur en ce qui concerne les commandes de matériel, nécessaire au bon déroulement des soins au domicile. Tout matériel ne figurant pas sur la liste peut être soumis à une demande extraordinaire auprès du référent du dossier de l'AEC. Le matériel se commande principalement auprès de l'association Service Moyen Accessoire (SMA) qui gère de façon autonome les commandes et les livraisons. Tout matériel utilisé par les soignants doit être conforme à la réglementation nationale et aux normes imposées.

1.3.2 Art.9 - Livraison et récupération

Ce matériel est livré comme susmentionné par la SMA, ou tout autre fournisseur agréé, au domicile du bénéficiaire. Nous distinguons du petit matériel qui est à usage unique et reste propriété de l'usager et ne sera pas récupéré par le fournisseur, et du grand matériel, qui est du matériel en location. Ce type de matériel sera récupéré par le même service le jour où le matériel s'avère inefficace, inutilisé ou doit être échangé. Les employés de l'association sont dans l'obligation de prendre soin de ce matériel et de garantir une utilisation adéquate et respectueuse. Il leur est interdit d'y apporter quelque modification ou réparation de propre grès. En cas de dysfonctionnement ou de défaut constat ils ont l'obligation de le signaler à leurs supérieur hiérarchique qui déclenchera le processus d'alerte auprès du fournisseur concerné.

1.4 SECTION 4 : CIRCUIT DES PRESCRIPTIONS MEDICALES

1.4.1 Art.10 - Le prescripteur

Les prescriptions sont faites par le médecin référent, le médecin traitant ou le médecin spécialiste du bénéficiaire soigné à son domicile ou au cabinet. L'équipe soignante a connaissance des traitements et peut entrer en contact avec le médecin prescripteur, afin d'obtenir des informations supplémentaires pour garantir une prise en charge de qualité, de même si une situation d'urgence se présente.

1.5 SECTION 5 : CIRCUIT DES PRELEVEMENTS

1.5.1 Art.11- Principe général

Les prélèvements biologiques seront effectués par les infirmiers, acheminés vers les laboratoires des Centres Hospitaliers ou vers les laboratoires privés conventionnés et agréés. L'association ALIVEplus travaille en étroite collaboration avec les laboratoires BioNext, permettant ainsi de garantir une fluidité du processus, une qualité des prestations et de par le processus en place une sécurité maximale dans la gestion des prélèvements biologiques.

1.6 SECTION 6 : GESTION DES DECHETS

1.6.1 Art.12 - Déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI) et assimilés

Les déchets d'activités de soins sont les déchets issus des activités de diagnostic, de suivi et de traitement préventif, curatif ou palliatif, dans les domaines de la médecine humaine.

Parmi ces déchets, soumis aux dispositions de la présente section, sont ceux qui :

- soit présentent un risque infectieux, du fait qu'ils contiennent des micro-organismes viables ou leurs toxines, dont on sait ou dont on a de bonnes raisons de croire qu'en raison de leur nature, de leur quantité ou de leur métabolisme, ils causent la maladie chez l'homme ou chez d'autres organismes vivants ;
- soit, même en l'absence de risque infectieux, relèvent de l'une des catégories suivantes
 - a) matériels et matériaux piquants ou coupants destinés à l'abandon, qu'ils aient été ou non en contact avec un produit biologique ;
 - b) produits sanguins à usage thérapeutique incomplètement utilisés ou arrivés à péremption ;
 - c) déchets anatomiques humains, correspondant à des fragments humains non aisément identifiables.
- tout matériel utilisé et/ou contaminé par des résidus ou molécules toxiques présentant un danger potentiel pour le bénéficiaire et son entourage.

1.6.2 Art.13 - Obligation d'élimination des déchets

Toute personne qui produit des déchets comme définis par la législation en vigueur du Code de la Santé publique, est tenue de les éliminer. Cette obligation incombe :

- à l'établissement de santé, lorsque ces déchets sont produits dans un tel établissement
- à la personne morale pour le compte de laquelle un professionnel de santé exerce son activité productrice de déchets.

1.6.3 Art. 14 - Procédure de gestion des déchets

Pour les prestations dans le cadre CNS et en vue de l'élimination du matériel coupant, il est impératif que le BDS mette à disposition de l'IDE au domicile du bénéficiaire des containers jaunes conformes à la réglementation (DASRI). Les containers en question peuvent être achetés auprès des pharmacies et y être déposés. La Super Dreckskecht (SDK) offre le service d'élimination de ces containers après que le dépôt de celui-ci par le BDS ou un de ses proches.

Pour les accompagnements à long terme (cadre assurance dépendance) les containers de types récupérateurs pour aiguilles, scalpels et autres matériel coupant peuvent être mis à disposition par le RAS, acheminé par le professionnel de santé à son domicile, récupéré par le professionnel de santé afin de l'entreposer en DASRI en l'associant à un contrat de gestion de déchets avec la société LAMESCH ou autre, qui s'occupe de l'élimination des containers DASRI.

Au Luxembourg tout déchet infectieux ou résultant d'une activité de soin, peut être déposé dans un sac de poubelle noir prévu pour l'incinération. Ces sacs de poubelles seront acheminés de façon traditionnelle au centre d'incinération des déchets.

1.7 SECTION 7 : QUALITE DES SOINS

1.7.1 Art.15 - Droit du bénéficiaire à des soins de qualité

La qualité de la prise en charge des bénéficiaires est un objectif essentiel pour tous les bénéficiaires dont le service Alive a contracté la responsabilité par le biais de la signature du contrat de prise en charge. Ainsi, la qualité des services de soins est garantie et accessible à toute personne, qui est demandeur, indépendamment de toutes considérations d'ordre idéologique, philosophique ou religieux. Le bénéficiaire pris en charge par le service doit bénéficier des soins les plus appropriés, compte tenu de son état de santé. Une enquête de satisfaction annuelle est mise en place par le QMO (Quality management officer) de l'association. Celui-ci, dans l'attribution de ses tâches, a pour obligation d'inspecter la qualité des prestations du terrain, d'évaluer et de proposer des ajustements si nécessaire et de soumettre son rapport à la direction de l'association.

1.7.2 Art.16 - Prise en charge de la douleur

Le bénéficiaire pris en charge bénéficie du droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être prévenue, évaluée, prise en charge et traitée. Ces principes valent pour toutes les pathologies, quels que soient la gravité et le pronostic. L'équipe soignante du RAS est en possession d'une procédure d'évaluation de la douleur définissant les échelles d'évaluation adaptées à l'état de santé de la personne. Les résultats sont systématiquement renseignés dans le dossier informatisé du BDS et discuté au sein des RCP (réunion de consultation pluridisciplinaire). Les soignants travaillent en étroite collaboration avec le médecin référent, le médecin traitant, afin d'adapter et de modifier les traitements analgésiques dans le but d'offrir une qualité maximale au BDS. Les soignants garantissent une actualisation des connaissances, mettent en œuvres toute technique soignante permettant l'accès à la réduction de la douleur et établissent un plan d'action de lutte contre la douleur.

1.7.3 Art. 17 - Droit aux soins palliatifs

L'accès aux soins palliatifs est une valeur directrice du RAS Alive. Il permet à tout bénéficiaire d'être acteur de sa prise en charge tout en permettant d'établir selon ses décisions et volontés un accompagnement spécialisé jusqu'au décès. Le BDS est informé dès son admission du cadre des soins palliatifs au sein de l'association et lui sont présentés les différents formulaires et les différentes démarches internes et nationales en lien avec le cadre législatif national en vigueur. Le BDS a **l'obligation de remplir les formulaires** présentés soit seul, avec ses proches ou avec assistance d'un professionnel de santé de l'association. Il s'agit d'une part de l'**ACP** (Advanced care planning), de la **personne de confiance**, de la **Directive anticipée**, la **disposition de fin de vie** et **l'aide à la décision**. L'objectif de cette démarche est que ces documents soient remplis en bonne et due forme permettant de respecter les souhaits et demandent exprimés par le BDS même en état avancé de sa maladie avec une incapacité de communiquer. En cas de refus de remplissage des formulaires susmentionnés le BDS signe un avis de refus qui est joint à son dossier de soin. Il est informé de l'existence de l'association « Omega90 » et de l'association « Mai Welle, Mai Wee » et de leur service spécialisé dans le domaine de l'accompagnement en fin de vie ou d'euthanasie.

Le RAS a opté pour un travail en étroite collaboration avec les services spécialisés en soins palliatifs et en oncologie des différents centres hospitaliers et extrahospitalier. L'équipe des professionnels de santé spécialisée, ayant suivi une formation qualifiante dans le domaine des soins palliatifs intervient au domicile des bénéficiaires dans un rôle d'aides, de soins et de soutien du bénéficiaire et de sa famille tout au long de la phase palliative de la maladie jusqu'au décès. Elle s'oblige de tout mettre en œuvre pour respecter les demandes du BDS en cas d'une fin de vie au domicile.

1.7.4 Art. 17bis - Droit à l'Euthanasie

Le droit luxembourgeois ouvre le recours à l'utilisation de l'euthanasie. Chaque résident peut dans le cadre de sa volonté en respect de la législation en vigueur disposer de cette démarche. Au sein de l'association nous respectons les volontés de chaque BDS et informons les BDS dès leur admission de cette démarche. Si souhaité par le BDS les explications détaillées lui sont fournies par les professionnels de santé de l'association. Il lui est donné la possibilité d'entrer en contact avec l'Association 'Mai Welle, Mai Wee', spécialisée dans l'accompagnement en cas de demande d'euthanasie. Il est proposé au BDS de remplir le formulaire de Disposition de fin de vie en tant que document officiel.

1.7.5 Art. 18 - Lutte contre les infections nosocomiales

L'hygiène est primordiale dans la lutte contre les infections nosocomiales ou des infections associées à la prise en soin au domicile dans le cadre des aides et des soins ou de l'hospitalisation à domicile.

L'équipe du service respecte les règles d'hygiène et s'appuie sur la politique de prévention des infections nosocomiales édictée par la Direction de la Santé. Des processus internes sont mis en place, les équipes sont formées et encadrées. Au sein de l'association le poste de RHO (Referential Hygiene manager) est chargé d'évaluer régulièrement l'application des directives et d'évaluer les risques et les pratiques. Toute situation complexe déclencheur d'interrogations des meilleurs pratiques en lien avec un plan d'hygiène lui est rapporté.

2 **CHAPITRE 2. DISPOSITIONS RELATIVES A L'ADMISSION, AU SUIVI ET A LA DECHARGE DU BENEFICIAIRE.**

2.1 SECTION 1 : ADMISSION DES BENEFICIAIRES

2.1.1 Art. 19 - Principe du libre choix du bénéficiaire

L'admission d'un bénéficiaire ne peut être envisagée qu'avec son accord, et l'adhésion de son entourage. Lors d'une prise en charge dans le cas de l'assurance dépendance, le bénéficiaire doit contacter le RAS Alive de l'association AlivePlus, qui prendra en charge le plan de soins établi par la AEC et se nomme mandaté pour celui-ci.

2.1.2 Art. 20 - La prescription d'aides et de soins à domicile

La prise en charge de la part de l'association AlivePlus fait préalablement l'objet d'une prescription médicale, soit par le médecin référent ou traitant du bénéficiaire (pour éviter une hospitalisation complète), soit par un médecin spécialiste sous forme d'une demande de prise en charge Assurance Dépendance Formulaire R20. Ce formulaire se compose en deux parties, la partie données BDS qui peut être remplie par le BDS, un proche ou une responsable du RAS. ~~La deuxième partie est explicitement réservée au médecin et contient les détails de santé et les~~

besoins en aides et soins. Le RAS s'octroie le droit d'élaborer une analyse des besoins en aides et soins avec argumentaire et évaluation des risques. Cette annexe peut être jointe à la demande ou être transmise au médecin traitant. Le R20 doit être envoyé à l'AEC. La réception des deux parties seule déclenche de processus de demande. Un retard d'envoi causé par le médecin traitant entraîne un retard de début de prestation sous peine d'adresser une facturation de la totalité de la période de non prise en charge au BDS.

L'administration d'évaluation et de contrôle de l'Assurance Dépendance (AEC) émet endéans les 2 mois qui suivent le dépôt complet de la demande un avis favorable ou défavorable à la prise en charge du BDS. Lors de l'avis favorable une rétroactivité de la prise en charge est déclenchée en correspondance avec la date de rétroactivité mentionnée dans la synthèse émise par l'AEC. En cas décision défavorable une facture de la totalité des prestations est adressée au BDS, en relation avec le devis qui aura préalablement été établi lors de l'admission, les prestations sont arrêtées si le BDS juge ne pas vouloir payer pour celles-ci.

Lors d'un accord de prise en charge un contrat de prise en charge doit impérativement être signé avant quelconque démarche supplémentaire. Après signature la responsable du RAS en coopération avec le BDS et/ou sa personne de confiance (proche) établit un plan de soin type (hebdomadaire) et une anamnèse complète. L'anamnèse constitue le dossier de départ et doit impérativement être renseigné en totalité 7 jours après la signature du contrat de prise en charge. L'organisation des soins suit la décision de l'AEC et prend en considération le partage et le forfait attribué notifiée sur la synthèse.

2.1.3 Art. 21 - La visite d'évaluation

Une visite d'évaluation précède systématiquement toute demande de prise en charge. Elle peut se dérouler en deux parties :

1. La primo-évaluation qui se déroule avant signature du contrat de prise en charge, et sert à poser le besoin en aides et soins, les possibilités organisationnelles du côté et la préparation à la demande de prise en charge par l'Assurance Dépendance si celle-ci fait défaut. Elle se déroule principalement en présence d'une responsable du RAS ou d'un coordonnateur. Le temps de la primo-évaluation est estimé au maximum à 120 minutes et n'est pas facturable au BDS.
2. L'anamnèse principale qui se déroule après signature du contrat de prise en charge et dans un contexte pluridisciplinaire: clinique (bilan médical du bénéficiaire), sciences infirmières (anticipation et organisation des soins à domicile, objectifs, plan de soin, définition des meilleurs pratiques), sciences humaines, éducatives (santé mentale, soutien du bénéficiaire et de son entourage), sciences sociales (environnement et mise en place d'aides à domicile), et besoin logistique (mise à disposition de matériel médical).

2.1.4 Art. 22 - Le projet thérapeutique

L'équipe coordonne en collaboration avec les différents professionnels intervenant dans la prise en charge du bénéficiaire, ils valident et signent ensemble un projet thérapeutique, qui définit l'organisation des soins, les interventions des différents professionnels et la prise en charge médicale. Le projet thérapeutique se compose

- Du plan de soin type
- La définition des objectifs de soin
- L'organisation des passages (tranches horaires, planification des AMD-M & GG)
- La définition du besoin en AAI (type, récurrence, évaluation)

Le BDS se voit attribué un binôme de soignants-référents en tant que lien directe avec l'organisation du RAS dans le but d'améliorer la communication et en tant que facilitateur de la prise en soin.

2.1.5 Art. 23 - Classeur d'accueil et de suivi au domicile (Classeur BDS)

Ce classeur est à considérer comme un outil de documentation et d'échange entre les soignants du RAS et tout autre intervenant externe, le BDS lui-même ou sa famille. Il permet de centrer toute documentation sous forme papier. Il reste la propriété de l'association. Il contient toutes les informations utiles sur les conditions de prise en charge et l'organisation des soins à son domicile (Flyers, explicatifs, fiches de surveillance, fiches d'échanges interdisciplinaires,...). Il contient également des formulaires du suivi du bénéficiaire, ainsi que la notification des actes prestés. Cet outil est remis à tout bénéficiaire dès le premier jour de sa prise en charge. La charte et le ROI signés sont jointes au classeur, ainsi que tout document d'Assurance dépendance, SMA ou autre, nécessaire au bon déroulement de la prise en soin. Il est alimenté régulièrement d'enquêtes et de questionnaires de satisfaction. Tout document en lien avec le BDS, ses habitudes, ses volontés... peuvent être accueillis dans ce classeur. Ce classeur est consultable par tout soignant appartenant à l'association, le médecin traitant du BDS et à toute personne autorisée par le BDS ou sa personne de confiance. Il est du devoir des référents du BDS d'actualiser et de gérer le classeur d'accueil et de suivi au domicile. Des documents datés ou anciens sont régulièrement rapatriés au bureau afin de les informatiser et ajouter au dossier informatisé du BDS. Après digitalisation des documents, les documents en format papier sont gardés pendant un an dans l'archive central de l'association pour ensuite être détruit.

2.2 SECTION 2 : SOINS ET INFORMATIONS SUR LES SOINS

2.2.1 Art. 24 - Coordination des soins dispensés aux bénéficiaires admis

L'ensemble des professionnels de santé et employés et tout co-intervenant ou sous-intervenant, ainsi que libéraux, sous forme de sous-traitants, concourt à la prise en charge des bénéficiaires admis du service Alive. Ils y procèdent en fonction de leur qualification, des responsabilités qui sont les leurs, de la nature des soins qu'ils sont amenés à dispenser. L'activité des professionnels est organisée par le responsable de soins du RAS qui de façon coordonnée et logique en tenant compte des besoins des bénéficiaires optimise le déroulement des prestations du RAS et de tout autre intervenant.

Dans le contexte d'intervenants extérieurs au RAS, nul n'a le droit de prester des soins sans préalablement avoir informé la Chargée de Direction du RAS sous forme écrite et traçable. Afin d'avoir accès à un paiement des prestations, si celles-ci ne se déroulent pas sous forme d'une ordonnance médicale prise en charge par la CNS, le prestataire externe doit préalablement adresser sa demande par courrier au RAS, et si accord il doit signer en premier un contrat de sous-traitance, prendre note du plan de partage et de le respecter. Lorsque plusieurs professionnels collaborent à l'examen ou au traitement d'un bénéficiaire, ils doivent tenir informés le responsable des observations et des manifestations potentielles. Les intervenants ont l'obligation de notifier leurs passages, leurs prestations ainsi que leurs remarques sur les fiches de communication interdisciplinaire du classeur d'accueil et de suivi se trouvant au domicile du BDS.

2.2.2 Art. 25 - Organisation des soins

L'organisation des soins est planifiée par l'équipe cadre du RAS. Elle doit répondre au projet thérapeutique, c.-à-d. au plan de soins préalablement établi reprise par le plan de soin type et la synthèse de l'Assurance Dépendance, et être coordonnée et optimisée. L'organisation peut être modifiée et adapter selon capacité du RAS incluant l'absentéisme, la clause de plausibilité et les directives en vigueur. Elle détermine les intervenants, la fréquence de leurs passages, le type de

soins prodigués et les tranches horaires des passages. L'intervention simultanée de plusieurs acteurs au chevet du bénéficiaire est possible si besoin.

Le bénéficiaire est suivi par son médecin référent ou traitant garantissant des visites à domicile en cas d'incapacité de déplacement du bénéficiaire ou d'altération de son état.

Une évaluation régulière, au moins tous les 6 mois, de l'état du bénéficiaire est réalisée afin de réajuster la prise en charge et sera communiqué d'une part au médecin référent ou traitant et d'autre part à la AEC. Les constats importants au niveau des besoins en soins impliquent une demande de réévaluation du BDS afin, et ceci sans délais aucun, d'ajuster sa synthèse au besoins constatés. Un refus de la part de l'assurance dépendance inhibe immédiatement la possibilité de proposer des soins supplémentaires, sauf exception en cas de paiement de la participation personnelle du BDS sur devis. Aucun soin supplémentaire ne peut être presté hors cadre de la synthèse si le BDS, le cas échéant sa personne de confiance, refuse la démarche de réévaluation. Le BDS est accompagné par la responsable de soins durant toute la démarche de la mise en place de la réévaluation. La responsable est présente lors de l'entrevue d'évaluation par l'agent d'évaluation de l'AEC au domicile du BDS.

La fréquence et le type de soins dispensés au bénéficiaire sont réévalués quotidiennement en fonction des éléments transmis par les professionnels de santé. L'organisation des prestations quotidiennes sont adaptés selon état de santé mais toujours dans les limites octroyées par le cadre de la synthèse basé sur les forfaits évalués par la CNS et le partage de celui-ci. Aucune prestation supplémentaire ne peut être demandée par le BDS ou sa personne de confiance s'ils sont bénéficiaire d'un forfait attribué par l'AEC. Dans ce cas précis l'aidant informel enregistré à l'obligation de l'exécution des actes de soins dont il perçoit une indemnisation en espèce. Le RAS se doit de refuser chaque demande de ce type sous peine de dénoncer des abus à l'Assurance dépendance.

Le bénéficiaire est informé de la tranche horaire du passage de l'équipe soignante. Lors de l'anamnèse il a la possibilité de définir son heure de passage idéal à laquelle s'ajoute une demi-heure avant et une demi-heure après l'heure idéale indiquée par le BDS. La tranche horaire définie peut-être impactée par des événements imprévisibles tels que les accidents, les problèmes de circulation, les situations d'urgences ou tout autre situation. Le bénéficiaire ne peut tenir responsable le RAS pour le non-respect de la tranche horaire des passages. Néanmoins le RAS s'oblige d'en informer le BDS dans les meilleurs délais possibles.

Afin de faciliter l'organisation des passages le BDS doit faciliter l'accès du soignant à son domicile sous forme de mise à disposition d'un parking lors des tranches d'horaires de passage, doit assurer l'ouverture de la porte d'entrée par ses propres soins ou à l'aide d'un aidant, le cas échéant le BDS doit mettre à disposition au moins deux jeux de clés donnant accès au domicile qui seront gardés en lieu sûr au siège de l'association, dans une armoire à clés sécurisé avec système de traçabilité des utilisateurs en cas d'incapacité d'ouvrir la porte d'entrée ou d'absence d'aidant. Le BDS doit honorer les tranches horaires de passage par sa présence au domicile, le cas échéant une facturation des frais de gestion sera adressée au BDS. En cas d'absence programmé le BDS ou sa personne de confiance ont l'obligation d'en informer le RAS ou plus tard 48 heures avant la tranche d'horaire de passage. Le cas échéant une facturation des frais de gestion sera adressée au BDS.

2.2.3 Art. 26 - Information du bénéficiaire

Se référer à procédure interne ADOC-413 en lien avec la réglementation sur la protection des données personnelles, relative à la protection et aux traitements des données personnelles pour toutes demande relative à la règlementation sur la protection des données personnelles vous pouvez contacter notre DPO à l'adresse suivante **3-5 boulevard de la Recherche L-4373 Belvaux**, ou par mail à l'adresse **dpo@alive.lu**.

2.2.4 Art. 27 - Dossier médical et de soin du bénéficiaire

Le dossier se compose de deux parties, la partie physique sous forme du dossier domicile nommé « Dossier d'accueil et de suivi » et la partie informatique sous forme du dossier administratif et médical-soin. Le dossier administratif comporte toutes les données personnels et sociales du bénéficiaire. Il inclut les spécificités du bénéficiaire, personne de confiance, disposition de fin de vie, déclaration de mise sous tutelle et tout autre document nécessaires à la prise en charge. Le dossier médical et de soin regroupe toutes les informations médicales, les traitements médicamenteux, le suivi des plaies ainsi que toutes les informations en lien avec les soins dont les indicateurs de l'assurance dépendance et la situation et les besoins en lien avec les 5 domaines de l'assurance dépendance. Chaque bénéficiaire pris en charge par le RAS accepte que son dossier soit tenu à jour et s'oblige à fournir toutes les informations nécessaires

- à sa bonne identification
- à son analyse sociale détaillée
- à ses certificats médicaux établis par le médecin traitant et les pièces complémentaires s'y rapportant
- permettant d'évaluer ses besoins afin d'adapter sa prise en soin

Chaque refus de remise d'information entraîne un avertissement notifiant les risques encourus pouvant entraîner une déclaration au référent du dossier de l'Assurance dépendance. Un manque d'information récidivant peut entraîner une résiliation du contrat de prise en charge.

Le dossier du bénéficiaire est mis en place dès l'admission par la responsable du RAS dès la signature du contrat de prise en charge. Cet outil de travail permet de

- prendre connaissance de toutes les informations relatives au bénéficiaire ;
- faciliter la communication et la transmission de données pour garantir une prise en charge optimale ;
- ce document de soin est confidentiel, il contient des informations administratives, médicales, et tous les documents relatifs aux prescriptions ;
- les informations dossier doivent impérativement suivre le bénéficiaire lors de son parcours de santé. Le RAS s'oblige de mettre en place un système de transfert d'informations. Une enveloppe d'urgence se trouve au domicile du BDS permettant de transférer les informations et données essentielles en cas d'urgence ou d'hospitalisation. Dans le cadre de l'évolution informatique le RAS mettra tout en œuvre d'améliorer l'accès aux informations en y incluant le système E-santé.

2.2.5 Art. 28 - Dossiers de soins

Les dossiers de soins sont propriétés de l'association AlivePlus. Le dossier d'accueil et de suivi au domicile du bénéficiaire, doit être remis à l'association lors de la résiliation du contrat de prise en charge ou du décès du bénéficiaire. Tout document est archivé pour une période définie par le règlement en vigueur dans l'archive central de l'association.

2.2.6 Art. 29 - Personne de confiance

Dans le cadre des prises en charge par l'association le bénéficiaire s'oblige à désigner une personne de confiance en stipulant les données et informations sur le formulaire « Ma personne de confiance » dans le classeur d'accueil et de suivi ou dans tout autre document national destiné à cet objet. Ce formulaire étant une pièce légale doit impérativement être signé par le BDS et la personne de confiance stipulant ainsi son accord. Le RAS s'octroie le droit de convoquer le BDS et sa personne de confiance à une entrevue d'explicitation afin de poser les fondations d'une collaboration constructive.

Cette désignation est faite par écrit, communiqué officiellement et présente une ressource interne du RAS et de tout intervenant dans l'accompagnement du BDS. La personne de confiance peut être un parent, un proche.

Le RAS refuse qu'une personne ou un professionnel de santé employé par le RAS ne devienne personne de confiance personne d'un bénéficiaire hors lien familial, Néanmoins le RAS organise l'encadrement par nomination d'un binôme de professionnel de santé de référence afin d'améliorer les échanges dans un cadre intimiste et intègre .

Elle est consultée au cas où le bénéficiaire est hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. A la demande du bénéficiaire, elle peut l'accompagner dans ses démarches et assister aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions. La personne de confiance sera l'unique personne qui aura accès aux informations et qui décidera à la place du bénéficiaire si celui-ci n'est plus capable d'exprimer sa volonté. La personne de confiance doit avoir en sa possession une copie de la directive anticipée et/ou de disposition de fin de vie du bénéficiaire, le cas échéant elle se doit de défendre la volonté supposée du bénéficiaire.

2.2.7 Art. 30 - Secret médical

Excepté les dérogations expressément prévues par la loi, le secret couvre l'ensemble des informations concernant le bénéficiaire venu à la connaissance d'un professionnel de santé intervenant, de tout membre du personnel du service ou d'organisations en lien avec celle-ci.

Par exception à ce principe et afin de garantir la continuité des soins comme stipulé dans la convention cadre Art.388bis paragraphe 3, et l'exigence de qualité Art.388bis paragraphe 1 se référant à l'Art. 350 paragraphe 8 du code de la Sécurité Sociale, Livre V, Assurance Dépendance. Le secret peut être partagé dans les cas suivants :

1° entre professionnels de santé. Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent échanger des informations relatives à un même bénéficiaire, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible, sauf opposition du bénéficiaire dûment averti. Lorsque le bénéficiaire est pris en charge par une équipe de soignants, les informations le concernant sont réputées confiées par le bénéficiaire à l'ensemble de l'équipe.

2° avec la personne de confiance

La personne de confiance peut recevoir toutes les informations nécessaires destinées à lui permettre d'apporter un soutien direct au bénéficiaire et une aide décisionnelle, sauf opposition de ce dernier. En cas d'inaccessibilité et d'impuissance à la compréhension et/ou à la communication du bénéficiaire, la personne de confiance prendra la place du bénéficiaire pour tout échange avec les professionnels de santé et porte la responsabilité de décision selon la volonté du bénéficiaire.

3° avec les proches ou la famille.

En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical s'oppose à ce que la famille, les proches du bénéficiaire reçoivent les informations détaillées sur l'état de santé du bénéficiaire, sauf avec accord préalable du bénéficiaire. Des informations succinctes destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct au bénéficiaire peuvent être communiquées, sauf opposition du bénéficiaire. La personne de confiance peut décider du partage ou du refus de transmissions d'informations si le bénéficiaire ne peut plus s'exprimer à ce niveau, mais doit toujours agir dans la volonté du bénéficiaire.

En cas de décès d'un bénéficiaire, le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations le concernant soient délivrées à la famille de 1^{ère} ligne dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par le bénéficiaire avant son décès.

2.2.8 Art. 31 - Traitements automatisés des données à caractère personnel

A l'occasion de la prise en charge par le RAS, des informations à caractère personnel, d'ordre administratif ou médical, sont recueillies par le personnel. Elles peuvent faire l'objet de traitements par des moyens informatiques. Le RAS veille à la sécurité matérielle et technique du traitement et à la conservation de ces informations. Le personnel en assure la stricte confidentialité en respect du code de déontologie de certaines professions de santé au Luxembourg. La surveillance, le conseil et la supervision de la gestion des données sensibles sont les tâches du DPO de l'association AlivePlus (data protect officer). Le DPO est le consultant direct de la Direction de l'association et le garde-fou du respect et de la mise en place des directives RGPD (règlement général sur la protection des données) et est en lien avec le CNPD (centre nationale de protection des données). L'association s'octroie le droit d'apporter régulièrement des modifications et des améliorations dans sa gestion des données afin de fluidifier les échanges et d'apporter une sécurité maximale.

2.2.9 Art. 32 - Information sur les incidents médicaux, les affections iatrogènes ou les infections nosocomiales

En cas d'incident médical, d'affection iatrogène ou d'infection nosocomiale, le RAS est tenu d'informer la personne, qui en est victime ou qui s'en estime victime sur les circonstances ou les causes de ce dommage. Le cas échéant, cette information est délivrée à son représentant légal ou sa personne de confiance.

Au sein du RAS un processus d'analyse est déclenché impliquant le QMO et RHO ainsi que le Pôle clinique afin d'analyser les faits, les pratiques et de

Le résultat du rapport est communiqué au plus tard dans les quinze jours suivant publication de celui-ci, lors d'un entretien au cours duquel le bénéficiaire peut se faire assister.

2.2.10 Art. 33 - Gestion des plaintes , réclamations et voies de recours

Tout bénéficiaire prise en charge par le RAS, le cas échéant ses représentants légaux, la personne de confiance ou, en cas de décès, la famille de 1ere ligne, peut faire part de ses observations ou des réclamations directement à la chargée de direction du RAS.

Chaque dépôt de plainte est enregistré et suivi. La chargée de Direction analyse les faits et rédige un rapport. Le résultat de ce rapport sera communiqué au bénéficiaire ou à la personne dépositaire. La réclamation peut être classée ou si nécessaire une démarche supplémentaire peut être déclenchée. En cas de non-résolution ou d'insatisfaction la Chargée de Direction peut transférer le dossier à la Direction, laquelle s'octroie le droit de créer un comité de consultation interne à l'association composé de référent et de spécialistes ainsi que d'intervenant interne afin d'apporter une analyse approfondie et de décider de l'évolution du dossier. Le comité de consultation veille au respect des droits des usagers et à l'amélioration de la qualité de la prise en charge et de l'accueil des bénéficiaires et de leurs proches. Dans le cadre du RAS Alive, la direction suit et évalue les partenariats externes, c.-à-d. les co-intervenants et sous-traitants des prestations et services comme professionnels libéraux associés à la prise en charge, ainsi que de tout autre intervenant.

2.2.11 Art. 34 - Consentement aux soins

Le bénéficiaire prend, guidé par les professionnels de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'ils lui fournissent, les décisions concernant sa santé.

Aucun acte médical, ni aucun traitement ne peut être pratiqué sur le bénéficiaire sans son consentement libre et éclairé. Ce consentement peut être retiré à tout moment. L'expression d'un refus est considérée comme une rétractation de consentement. ~~Donc aucun acte ou prestation ne~~

peut être délivré. Dans la cadre des troubles neurocognitifs, de pathologies psychiatriques ou L'association promeut la non-violence et la non-maltraitance dans les soins. Des démarches de soins individuelles sont coconstruites avec les représentant légaux ou la personne de confiance afin de garantir le respect de ces valeurs fondamentales de l'association. Néanmoins l'association ne peut autoriser une négligence si un état récurrent se présente. Dans ce cas précis une RCP (réunion de consultation pluridisciplinaire) en présence des tuteurs légaux ou de la personne de confiance est obligatoire afin de définir les meilleures pratiques possibles et de signer un accord de soin. En cas d'absence de résultat et de risque de négligence portant atteinte à l'état de santé et à l'intégrité du bénéficiaire des démarches supplémentaires doivent être envisagés. Une demande d'avis d'éthique peut être adressé au comité d'éthique de l'association.

2.2.12 Art. 34bis - Comité d'éthique

L'éthique étant une aide à réflexion sur les conséquences de nos actions, à peser les dilemmes moraux, et à trouver des réponses aux questions complexes sur la façon dont nous devons vivre ensemble. Elle se concentre sur les notions de bien et de mal, de justice et d'injustice, et sur ce qui constitue un comportement moralement correct ou incorrect. Elle s'interroge sur les valeurs et les principes qui devraient guider les actions humaines et aide à déterminer ce qui est juste ou acceptable dans une société donnée.

Un comité d'éthique est un regroupement de personnes chargé de veiller au respect des normes éthiques dans un contexte donné, souvent lié à la recherche scientifique, aux soins de santé ou à des décisions institutionnelles. Ce comité a pour mission d'examiner, d'évaluer et de guider les pratiques et les projets afin de s'assurer qu'ils respectent des principes moraux et éthiques reconnus, tels que le respect de la dignité humaine, l'équité, la confidentialité et la transparence. Le comité d'éthique Chaque personne en tant que bénéficiaires de soin, proches d'un bénéficiaire de soin ou employé de l'association peut présenter une interrogation autour des pratiques éthiques. L'association a mis en place un système de demande d'avis éthique permettant aux demandeurs d'accéder à un avis concernant leur interrogation. Ces demandes peuvent être adressées directement au comité éthique de l'association au siège social et seront traités par les référents éthiques au sein de l'association. La réception de la demande est déclencheur du processus éthique interne se finalisant par un courrier de réponse au demandeur.

L'accès, l'objet et la démarche sont explicités à l'aide d'une documentation spécifique se composant d'un prospectus qui se trouve dès le début de prise en charge dans le classeur BDS d'accueil et de suivi au domicile du BDS. Lors de l'anamnèse la responsable de service explique en détail le fonctionnement de l'association et l'organisation du comité d'éthique. Dans les locaux de l'association des plaquettes spécifiques comité d'éthique soulignant les concepts clés sont affichées à des endroits stratégiques. Chaque affiche reprend un QR code renvoyant au à la page du comité d'éthique du site de l'association AlivePlus. La page du comité d'éthique présente en détail l'objet de la démarche éthique et du fonctionnement interne de la gestion des demandes d'avis éthiques.

2.3 SECTION 3 : MODALITES DE SORTIE DES BENEFICIAIRES

2.3.1 Art. 35 - Interruption de la prise en charge

Le médecin traitant ou spécialiste hospitalier, en fonction de l'état de santé du bénéficiaire :

- d'un arrêt momentané des soins
- d'une ré-hospitalisation

- d'une période de convalescence dans un centre spécialisée
- d'un placement en CIPA ou placement définitif en structure d'hébergement

2.3.2 Art. 36 - Rétractation et arrêt de la prise en charge

Le bénéficiaire peut demander à tout moment la fin de sa prise en charge par le RAS après avoir reçu tous les renseignements sur les conséquences potentielles de sa décision et après avoir communiqué sa décision par lettre recommandée dûment signée et datée, en l'envoyant au siège de l'association. Le RA, selon réglementation en vigueur, impose une période de préavis d'un mois.

Le RAS peut résilier le contrat de prise en charge à tout moment s'il s'avère que

- la relation entre bénéficiaire et RAS est altérée et ne permet plus, ou pas d'obtenir des résultats constructifs en faveur du BDS
- le BDS ne respecte pas la charte des obligations des bénéficiaires
- le BDS ou un membre de la famille ou un proche a des comportements déviants face aux professionnels du RAS, voir agressif ou insultant, dans ce cas précis un arrêt immédiat des prestations est adressé au BDS et une signalisation est faite auprès du référent de l'assurance dépendance

Le RAS s'octroie le droit de déclencher toute démarche légale nécessaire à la résolution de conflits et de litiges portant atteinte à la sécurité des employés de l'association.

2.3.3 Art. 37 - Récupération du matériel mis à la disposition du bénéficiaire

Lors d'un arrêt de prise en charge, le RAS informe la AEC de la décision du bénéficiaire. Le service logistique de l'association organise la récupération du matériel mis en place et à disposition du bénéficiaire appartenant à l'association durant sa prise en charge incluant le « Dossier d'accueil et de suivi » avec tous les documents. En cas de refus le RAS s'octroie le droit de déclencher toute démarche légale nécessaire afin de récupérer sa propriété. Tous les frais occasionnés par un tel comportement sont à charge du bénéficiaire.

2.4 SECTION 4 : FRAIS DE PRISE EN CHARGE

2.4.1 Art. 38 - Dispense d'avance des frais

Dans le cadre des prestations de l'assurance dépendance le tiers-payant est activé et le bénéficiaire est dispensé d'avance des frais pour l'ensemble des prestations délivrées et notifiées sur la synthèse du bénéficiaire. Toute demande de prestation supplémentaire sera facturable au tarif en suivant la grille tarifaire du RAS Alive et une facture sera adressé à la fin de chaque mois au bénéficiaire.

Le professionnel libéral co-intervenant ou sous-traitant s'interdit de demander ou de recevoir une rémunération de la part du bénéficiaire ou de sa famille.

2.4.2 Art. 39 - Frais de transport

Si la prescription d'un transport sanitaire est faite par le médecin traitant ou médecin spécialiste hospitalier les frais de transport sont remboursé par la CNS si la prestation se fait par intermédiaire d'un intervenant extérieur agréé de type Taxi*ambulance. L'association ne propose pas ce type de prestation et décline toute responsabilité en lien avec des frais occasionné ou des

retards ou de oublis en lien avec un tel service. Dans aucun cas l'association peut être tenu responsable pour des litiges causés par une telle prestation.

2.4.3 Art. 40 - Frais à la charge du bénéficiaire

En dehors de toute prescription et sur demande et initiative propre du bénéficiaire, les frais pour des services supplémentaires, hors cadre du protocole de soins de la part de la AEC, sont à la charge du bénéficiaire et doivent être payés directement par le bénéficiaire à l'association AlivePlus. Par le biais d'une documentation explicative, le bénéficiaire connaît le spectre des produits supplémentaires du service, les tarifs et les conditions.

Pour les absences ou refus suite à des exigences de la part du bénéficiaire, de sa famille ou de ses proches et dument notifiés dans son dossier de soin, une facturation des frais de gestions sera dressée au bénéficiaire selon les tarifs facturables en vigueur et de frais de gestion. En cas de récurrences une annulation des passages sera envisagée.

3 CHAPITRE 3. DISPOSITIONS RELATIVES A LA PERMANENCE ET A LA CONTINUITE DES SOINS.

3.1 SECTION 1 : OBLIGATION D'UNE PERMANENCE DES SOINS

3.1.1 Art. 41 - Permanence des soins

La permanence des soins a pour objet d'assurer pendant chaque nuit de la semaine sans exception des weekends ou des jours fériés, la continuité des soins et de la sécurité des bénéficiaires pris en soin à domicile dans le cadre des soins palliatifs, presté par un professionnel de santé.

L'Assurance Dépendance peut attribuer par notification sur la synthèse du bénéficiaire un forfait de 10 nuits par an prestés par un professionnel de qualification 0.9. L'organisation de cette prestation se fait d'avance. Une demande est adressée par email à la responsable de soins du RAS qui prendra contact avec le bénéficiaire ou sa personne de confiance ou l'aidant informel.

3.1.2 Art. 42 - Obligation réglementaire d'une permanence des soins spécifique

Aucune autre obligation d'astreinte ou de permanence voir de prise en soin 24/24 est de vigueur dans la cadre des soins à domicile. Le temps des prestations des actes prévu par l'Assurance Dépendance est de 6 :00 du matin à 22 :00 du soir, conformément à l'art.7, art.75 respectivement art.76 de la convention cadre

Une demande peut être exprimé par le bénéficiaire ou son aidant informel ou sa personne de confiance. Le RAS s'octroie le droit d'analyse de la demande en lien avec les capacités d'organisation du service, le plan de partages des forfaits Le RAS peut exiger une indisponibilité de l'aidant afin de donner suite à la demande. Le cas échéant le RAS Alive ne pourra pas donner une suite favorable à la demande du BDS ou de son aidant informel.

3.1.3 Art. 43 - Tableau des astreintes médicales

En ce qui concerne les astreintes médicales, le RAS se réfère aux planifications des différents Centres Hospitaliers. L'appel du 112 le bénéficiaire selon son état de santé et la définition d'un état d'urgence le bénéficiaire est transféré en urgence, soit un passage d'un médecin de la maison médicale est demandé. Dans le cadre d'un passage d'un médecin de la Maison médicale et de l'incertitude de l'heure de passage le professionnel de santé du RAS ne peut garantir sa présence suite à l'obligation d'assurer la tournée. Les horaires de la maison médicale par appel du 112 est de 20:00 à 08:00.

La permanence médicale est structurée en trois niveaux :

- 1° Le médecin traitant est le médecin de recours en première intention.
- 2° Le médecin généraliste de garde (déplacement à la maison médicale)
- 3° Le 112 Protection Civile / SAMU, en cas d'urgence sévère ou demande de la part du bénéficiaire

3.2 SECTION 2 : ORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS

3.2.1 Art. 44 - Astreinte paramédicale

En dehors des heures ouvrables de l'administration, chaque infirmier(ière), ayant en charge des bénéficiaires, s'engage à assurer la continuité des soins. Il/elle assure l'accueil téléphonique des bénéficiaires ou de leur famille, communique les informations nécessaires ou se déplace au domicile pendant les heures légales d'ouverture du RAS. En dehors de ces heures le bénéficiaire a l'obligation d'appeler le 112, ou si présent, d'activer le téléalarme. Le bénéficiaire ne peut exiger un passage d'un professionnel de santé du RAS, et l'association ne peut autoriser une présence permanente d'un professionnel en dehors des heures d'ouvertures prévues par le cadre légal. Néanmoins l'association s'octroie le droit de développer des projets de soins permettant d'intégrer un fonctionnement de tournée de nuit.

En cas de recours d'une infirmière libérale les RAS ne peut garantir l'astreinte du professionnel de santé du RAS. Dans ce cas précis le bénéficiaire s'oblige d'appeler le 112 et ne peut recourir à des assistances de la part du RAS. Cette démarche est valable pour tout intervenant externe au RAS. Celui-ci ne peut être tenu responsable pour quelconque dysfonctionnement, négligence ou événement litigieux à l'origine d'une désorganisation ou atteinte à la santé du bénéficiaire, si le bénéficiaire de son propre grès ou par décision de la personne de confiance, de l'aidant informel, d'un proche, membre de la famille ou sur décision d'un médecin a contracté les prestations d'un intervenant externe au RAS. Dans aucun cas le RAS est tenu à payer les frais occasionnés par une telle action, toute facturation est à adresser directement par l'intervenant externe au RAS au bénéficiaire ou son représentant légal.

En cas de non-disponibilité d'un professionnel libéral externe au RAS, et en cas de sous-traitance signée avec le RAS, celui-ci peut assurer l'astreinte selon ses possibilités. Une récurrence d'indisponibilité entamera la résiliation du contrat de sous-traitance suite au non-respect de l'art. 4 c) de la charte du réseau des soins et aides à domicile Alive.

Le classeur d'accueil contenant la liasse d'urgence déposée du bénéficiaire précise les coordonnées les professionnels de santé référents du réseau en tant que facilitateur d'accès aux informations. Dans le cas d'une sous-traitance par un infirmier(ière) libéral(e), ou tout autre intervenant externe au RAS en sous-traitance, co-intervention ou pas, s'oblige à remplir les feuilles de communication interdisciplinaire et à déposer ses coordonnées sous forme de flyer, carte de visite ou autre dans le classeur au domicile. Le bénéficiaire porte la responsabilité de

l'exactitude des données et des informations respectivement. transmissions de tout intervenant externe contracté par ses soins.

3.2.2 Art. 45 - Interventions des services du SAMU et des urgences

Le 112 peut être appelé :

- par le bénéficiaire ou la famille par réflexe lié à l'anxiété ou constat d'une situation portant atteinte à l'état de santé du bénéficiaire
- après évaluation par l'infirmier(ière) en tournée et/ou en astreinte de l'état de santé du bénéficiaire, s'il s'avère instable ou relever de l'urgence vitale
- après évaluation par le médecin d'astreinte de l'état de santé du bénéficiaire, s'il s'avère instable ou relever de l'urgence vitale

En cas de situation d'incertitude sur l'état de santé, de malaise ou d'urgence et en cas de présence d'un téléalarme le bénéficiaire et/ou sa famille ou proche sont tenu à déclencher la téléalarme par pression du bouton (chaîne, bracelet, central) Lors de l'appel de l'opérateur téléalarme, il régule l'appel et apporte une réponse adaptée :

- appel du RAS ou de l'infirmier(e) d'astreinte
- appel du médecin d'astreinte (maison médicale)
- envoi d'une ambulance médicalisée en cas d'état de santé instable ou d'urgence vitale

Lors de l'appel par l'infirmier(ière) d'astreinte ou le médecin de garde, le 112 apporte la réponse adaptée liée à l'état de santé instable du bénéficiaire ou l'urgence vitale de la situation. Pour aider le 112 dans la prise en charge des bénéficiaires du service, le professionnel de santé du service est autorisé à renseigner et à communiquer les données du dossier médical du bénéficiaire concerné.

3.3 SECTION 3 : ADMISSION EN HOSPITALISATION COMPLETE

3.3.1 Art. 46 - Hospitalisation planifiée ou urgente dans un service d'un centre hospitalier

Durant les heures ouvrables, le médecin référent, le médecin traitant et l'infirmière du RAS après consultation de la responsable de soin, en collaboration avec le bénéficiaire dépendant, sa famille ou son entourage proche, organisent le transfert du bénéficiaire aux urgences ou dans un service compétent (le service adapté au motif de l'hospitalisation p.ex. unité des soins palliatifs, oncologie, pédiatrie...), selon une logique d'admission directe. En dehors des heures ouvrables, après évaluation au domicile, l'infirmier(ière) et le médecin d'astreinte organisent en lien avec les urgences, le placement du bénéficiaire. Pour cela, l'infirmier(ière) et le médecin d'astreinte peuvent joindre les urgences par le 112.

Le Ras Alive dispose d'une infirmière de liaison dans les institutions hospitalières afin de garantir une continuité des soins et coordonner le retour au domicile (Cf 4.2.1 Article 50 bis).

Lors de l'hospitalisation la prise en charge du réseau Alive est momentanément arrêtée et le relais est pris par le système d'hospitalisation. Aucune prestation ne peut être délivrée par RAS, certaines prestations sont facturables au 7^{ème} dont le ménage. Le bénéficiaire prend note et accepte dans un but d'homogénéité que certaines prestations peuvent être modifiées. Le bénéficiaire prend note que le premier jour, jour de l'hospitalisation n'est pas facturable à la CNS. La prise en charge reprend dès que le bénéficiaire retourne à son domicile. Si un changement important dans l'état de santé du bénéficiaire est constaté, une demande de réévaluation est à envoyer sans délais à l'AEC afin d'actualiser le besoin en soin notifié sur la synthèse.

4 CHAPITRE 4. DISPOSITIONS RELATIVES AUX INTERVENANTS ET AU PERSONNEL DU SERVICE

4.1 SECTION 1 : ÉQUIPE DE COORDINATION

4.1.1 Art. 47 Accessibilité et horaires

Dans notre un réseau de soins et d'aides à domicile Alive, nous construisons sur une organisation claire est essentielle pour assurer la fluidité des communications entre le bénéficiaire de soins (BDS) et l'équipe de coordination. Notre communication en équipe de coordination est structurée en fonction des rôles des différents membres de l'équipe, ainsi que les moments et motivations pour les contacter.

Dans un réseau de soins et d'aides à domicile comme Alive, une organisation claire est essentielle pour assurer la fluidité des communications entre le bénéficiaire de soins (BDS) et l'équipe de coordination. Voici une suggestion de comment structurer cette communication en fonction des rôles des différents membres de l'équipe, ainsi que les moments et motivations pour les contacter.

1. Référent-BDS

- **Motivation de contact** : Le BDS doit contacter son soignant-référent pour toute question relative aux soins quotidiens. Cela inclut la gestion des traitements, l'administration des médicaments, la gestion des rendez-vous médicaux ou tout changement mineur dans la routine de soins. Le référent s'occupe de la gestion du Dossier d'accueil et de suivi.
- **Quand contacter** : En journée, en fonction des heures de visites de soins prévues (habituellement entre **9h00 et 17h00**).
- **Accessibilité** : Disponible en fonction de son plan de travail quotidien et ses passages de référent BDS prévu. Le référent BDS propose des passages réguliers permettant au BDS d'avoir un point de repère d'échange régulier.

2. Cadre de soin adjoint

- **Motivation de contact** : Le cadre de soin adjoint peut être sollicité si le BDS ou sa famille rencontre une problématique plus complexe liée à la qualité des soins (par exemple, un problème dans les soins réguliers ou une nouvelle situation médicale qui nécessite une réévaluation).
- **Quand contacter** : Le cadre adjoint peut être contacté lors des jours ouvrables, de préférence entre **11h00 et 17h00**, pour discuter d'une situation ou d'une intervention complexe nécessitant une évaluation rapide ou des ajustements de qualité dans la prestation des soins.
- **Accessibilité** : Disponible via téléphone ou email pendant les heures de bureau.

3. Responsable de soins

- **Motivation de contact** : La responsable de soins est sollicitée pour des questions plus globales ou structurelles concernant le plan de soins, comme un ajustement significatif, un changement de situation nécessitant une réévaluation, ou un besoin de réorganisation des visites ou toutes interrogations avec des modifications du plan de soin type personnalisé.
- **Quand contacter** : Du lundi au vendredi ouvrables entre **12h00 et 16h00**.
- **Accessibilité** : Par téléphone ou email pour discuter des ajustements de soins, si nécessaire pour les cas urgents ou très complexe la communication est transférée au le cadre de santé adjoint.

4. Chargée de direction

- **Motivation de contact** : Le BDS peut contacter la chargée de direction pour toute réclamation concernant les services ou pour des demandes administratives globales, comme une révision du contrat de service, une réclamation concernant la facturation, ou une demande relative aux ressources humaines impliquées dans les soins.
- **Quand contacter** : Les mardis et jeudis entre **10h00 et 16h00**.
- **Accessibilité** : Sur demande de RDV par téléphone ou par email à la secrétaire médicale ou le cadre de santé adjoint pour des réclamations ou des questions administratives.

5. Secrétaire médicale

- **Motivation de contact** : La secrétaire médicale est l'interlocutrice privilégiée pour les questions administratives liées aux dossiers médicaux, à la gestion des prescriptions, à l'enregistrement des documents médicaux, et à la planification des rendez-vous médicaux spécifiques et de questions autour de la facturation.
- **Quand contacter** : Du lundi au vendredi, entre **08h00 et 12h00** et entre **12h30 et 16h00**.
- **Accessibilité** : Accessible par téléphone ou par email pour des questions administratives précises ou pour organiser des rendez-vous médicaux.

4.2 SECTION 2 : MODALITES DE GESTION ET DE FACTURATION

4.2.1 Art. 48 - Contractualisation

La collaboration avec les professionnels de santé libéraux ou autre intervenant au chevet du bénéficiaire doit être formalisée dans un contrat, appelé contrat de sous-traitance, en définissant le cadre juridique, les obligations et la relation professionnelle. Etant mandaté par le bénéficiaire le réseau porte la responsabilité pour tout acte presté au chevet de celui-ci. Par signature du contrat de sous-traitance l'intervenant externe s'engage ainsi à respecter les pratiques de l'association en ce qui concerne la continuité des soins, les modalités de transmissions des informations, le dossier des soins et l'évaluation de la qualité des soins.

Le RAS s'engage à communiquer aux professionnels de santé en sous-traitance les protocoles en vigueur au sein du service de soins et d'aides à domicile. Elle évalue les prestations des intervenant en sous-traitance, chaque fois que nécessaire. Elle exprime la demande de formation essentielle au professionnel pour permettre leur bonne application et une utilisation optimale des équipements médicaux spécifiques mis en place au domicile du bénéficiaire et des meilleures

pratiques professionnelles. L'association s'octroie le droit de résilier à tout moment un contrat de sous-traitance si elle estime nécessaire et sur base d'un argumentaire fondé. Le bénéficiaire ne peut pas s'opposer à cette décision sous peine de voir son contrat de prise en charge résilié.

4.2.2 Art. 49 - Facturation et règlement

Les bénéficiaires demandeurs de prestations supplémentaires ou privilégiées hors cadre de synthèse se voient adressés mensuellement un décompte explicatif et le montant à régler. Les montants sont à verser endéans 7 jours sur le compte de l'association ALIVEplus ou à payer par En cas de contestation le bénéficiaire à l'obligation d'envoyer par lettre recommandé au plus tard après 7 jours après la réception de la facture sa réclamation dûment argumenté. Le cas échéant un non-paiement déclenchera une procédure légale.

Les intervenant externes, si autorisés par la direction AlivePlus asbl, s'obligent de facturer leurs prestations directement au bénéficiaire, sauf dans le cadre d'actes sur ordonnances médicales la facturation peut être adressé directement dans le cadre du tiers-payant à la CNS. Les intervenants externes sous-traitant s'obligent de remplir des relevés d'actes stipulant le nom de l'intervenant et en mentionnant les actes réalisés selon la nomenclature des actes en vigueur, la date et l'heure des prestations et d'adresser sa demande de paiement à chaque fin de mois au siège de l'association AlivePlus.

Après vérification de l'adéquation avec le protocole de soins, le service facturation de l'association AlivePlus valide, calcule au prorata du forfait le montant versé et effectue le règlement par virement bancaire dans les 60 jours qui suivent la réception des pièces nécessaires, ou invalide une facture et impose les redressements dûment argumentés.

Aucun relevé d'actes ne doit être transmis aux caisses d'assurance maladie.

4.2.3 Art. 50 - Gestion des AAI (Aide à l'appui à l'indépendance)

Les AAI sont des prestations attribuées par l'assurance dépendance dans le cadre Assurance Dépendance de la sécurité sociale et payé par la CNS -service Assurance Dépendance et prestées par des thérapeutes coefficient 1.5 et 1.9. le psychologue s'impose dans chaque prise en charge à hauteur de 14% des AAI-I du RAS et de 4% en AAI-G pour le CSS. Tout autre thérapeute s'impose dans la prise en charge des AAI-I restant. L'organisation des spécialités thérapeutiques est structurée et planifiée selon évaluation les besoins individuels du bénéficiaire. Toute activité thérapeutique dans le cadre des AAI doit impérativement être lié aux cinq domaines de l'assurance qui sont

1. Hygiène corporelle
2. Élimination
3. Nutrition
4. Habillement
5. Mobilité

Toute motivation, sans exception aucune, de la prestation AAI doit se composer d'objectifs en lien avec un ou plusieurs des domaines susmentionnés.

5 CHAPITRE 5. DISPOSITIONS FINALES

5.1 SECTION 1 : PROCEDURE D'APPROBATION DU REGLEMENT INTERIEUR

5.1.1 Art. 50bis - Approbation du règlement intérieur du RAS

La Direction générale délibère sur le règlement intérieur du réseau de soins et d'aides à domicile Alive aussi souvent qu'elle le juge nécessaire et au moins une fois par an. Cette délibération est précédée de la consultation des instances consultatives sur les matières relevant de leur compétence, de la Chargée de direction qui présente le projet pour accord à la Direction générale. Le ROI final est présenté pour approbation au Conseil d'Administration par la Chargée de Direction du RAS et fait office de validation officielle et le seing final du ROI lors de l'assemblée générale ordinaire constitue une formalité administrative interne à l'association, a une valeur informative globale à tous les membres de l'assemblée et sert d'ancrage des adaptations dans l'organisation générale de l'association.

5.2 SECTION 2 : PROCEDURE DE MODIFICATION DU REGLEMENT INTERIEUR

5.2.1 Art. 51 - Procédure de modification

La Direction générale examine le besoin de modification du ROI au moins une fois par an en collaboration avec la Chargée de Direction, apportent en cocréation avec la chargée de Direction du RAS et les instances de consultation les changements et adaptations nécessaire. Les modifications apportées au règlement intérieur du service sont adoptées selon la même procédure que celle décrite à l'art. 67 ci-dessus.

Les instances consultatives se composent d'une part de membres d'équipes de l'association comme les cadres de santé, DPO, (chargé de Direction, responsable...) et les professionnels du terrain du service (coordonnatrice, comptable, agent du terrain, secrétaire...) et d'autres part elles peuvent inclure des référents externes à l'association (avocat, conseiller juridique, syndicat de prestataire SAS, dirigeant d'entreprise...)

DROITS ET OBLIGATIONS

1. Organisme prestataire - ALIVE plus avec RAS Alive
2. Bénéficiaire de soins

1. Organisme gestionnaire

En tant qu'organisme gestionnaire agréé par le Ministère de la Famille, des Solidarités, du Vivre ensemble et de l'Accueil et conventionné par le Ministère de la Sécurité Sociale, le réseau d'aides et de soins à domicile Alive respecte un certain nombre de droits et d'obligations. Ces dernières découlent de la législation nationale relative aux services d'aides et de soins à domicile et sont établies dans les conventions spécifiques avec les ministères concernés.

L'organisme gestionnaire dispose de certains droits vis-à-vis des bénéficiaires qui l'ont mandaté pour leur prise en charge. Ces droits sont conçus pour équilibrer les obligations légales et professionnelles de l'organisme, tout en garantissant la qualité et la continuité des soins. Ces droits visent à garantir que l'organisme peut remplir ses obligations tout en offrant des services de qualité dans un cadre sécurisé et équitable pour les bénéficiaires et les professionnels impliqués.

a) **Droits d'un organisme gestionnaire :**

- **Agrément pour l'exercice de services** : Le réseau Alive œuvrant dans le domaine de la santé et social a le droit d'offrir des services d'aides et de soins à domicile après l'obtention de l'agrément du Ministère de la Famille. Cet agrément est indispensable pour exercer légalement ses activités régies par des nomenclatures nationales dans le contexte des prestations CNS ou de l'Assurance Dépendance. Il
- **Convention avec la Sécurité Sociale** : En tant que prestataire conventionné, Alive a le droit de percevoir des remboursements ou paiements via la Caisse Nationale de Santé (CNS) pour les soins prodigués aux bénéficiaires.
- **Subventions et soutiens financiers** : L'organisme peut être éligible à des subventions ou aides financières de l'État pour soutenir ses activités, notamment en lien avec l'aide sociale dans le cadre de la tarification sociale après obtention de l'agrément, Le cas échéant le RAS Alive a le droit d'adresser des factures sous formes de participations personnelles pour des prestations effectués auprès de bénéficiaires hors cadre CNS et Assurance dépendance.
- **Gestion des services** : L'organisme gestionnaire a le droit de gérer se services en bon père de famille. Il peut créer, suspendre ou arrêter les activités qu'il pense nécessaire.
- **Accès à des programmes de formation continue** : L'organisme a le droit de former et de perfectionner ses équipes afin de garantir un service de qualité aux bénéficiaires. Il définit selon ses besoins un plan de formation.
- **Suspension ou résiliation de contrats** : Le RAS Alive peut suspendre ou arrêter tout contrat qu'il estime incohérent avec sa philosophie, suite à des

comportements litigieux, irrespectueux, simplement pour des raisons financières ou n'apportant pas le résultat escompté.

- **Droit de définir un cadre de prise en charge** Alive a le droit d'établir un plan de soins et de passages structuré en concertation avec le bénéficiaire, les proches. Ce plan respecte les besoins médicaux et sociaux du bénéficiaire tout en valorisant son fonctionnement, sa capacité et son organisation interne. L'organisme peut refuser de fournir des services qui ne relèvent pas de ses compétences, de son champ d'action, ou des critères de la CNS/AEC.
- **Droit à l'accès aux informations pertinentes du bénéficiaire** : Pour offrir des soins de qualité, Alive a le droit de demander et d'accéder à toutes les informations pertinentes concernant l'état de santé, les besoins et l'environnement du bénéficiaire. Cela inclut les dossiers médicaux, les prescriptions médicales, ainsi que les renseignements nécessaires à la mise en œuvre des soins ou des services d'aide.
- **Droit de demande de documents essentiels à la prise en charge** : Le prestataire a le droit de demander au bénéficiaire dès le début de sa prise en charge, et ceci dans le cadre d'un processus interne de suivi qualitatif, sécurisé et individualisé, de remettre une documentation de soins formalisée et réglée par un cadre législatif. Personne de confiance ; Advanced care planning ; Directive anticipée ; Disposition de fin de vie ; Fiche d'aide décisionnelle ou tout autre document essentiel et garant du respect de la volonté du bénéficiaire.
- **Droit de demander le respect du contrat de service** : Alive a le droit d'exiger que le bénéficiaire respecte les termes et conditions convenus dans le **contrat de prise en charge** et du **règlement d'ordre intérieur**. Cela inclut le respect des horaires, des consignes données par les professionnels, et l'utilisation correcte des services fournis. Si le bénéficiaire ne respecte pas ces termes, Alive peut ajuster ou limiter les services, sous réserve de respecter la législation en vigueur, et en cas de récurrence le RAS Alive s'octroie de résilier le contrat de prise en charge .
- **Droit de résilier ou de suspendre la prise en charge** : Dans certaines situations, Alive a le droit de suspendre ou de résilier la prise en charge, notamment :
 - Si le bénéficiaire met en danger le personnel soignant (comportement violent, harcèlement, etc.).
 - Si les conditions d'hygiène ou de sécurité au domicile du bénéficiaire ne permettent pas aux équipes de travailler dans des conditions sûres.

— En cas de non-respect répété du plan de soins ou des modalités convenues dans le contrat.

Toute résiliation motivée est notifiée au bénéficiaire de manière formelle par courrier postal. Selon contexte des alternatives peuvent être proposées.

- **Droit de refus de contrat de collaboration** : Le gestionnaire mandaté s’octroie le droit de proposer un contrat de collaboration aux intervenants externes ou de le refuser. Le frais de gestion s’élève à 15% du montant facturable au gestionnaire.
- **Droit à une rémunération pour les services fournis** : Alive a le droit de percevoir une **rémunération** pour les soins et services fournis conformément aux tarifs établis par la Caisse Nationale de Santé (CNS) ou d’autres organismes sociaux comme la Tarification sociale. Le bénéficiaire, en fonction de sa couverture sociale et de son éligibilité, doit s’assurer du paiement de la partie non couverte (reste à charge) lorsque cela est applicable. En cas de non-paiement, l’organisme peut, sous certaines conditions, suspendre les prestations. Le dossier sera remis à un Huissier de justice afin d’entamer les procédures légales.
- **Droit de protéger le personnel** : Alive a le droit de mettre en place des mesures pour protéger son personnel soignant et tout autre employé exposé aux risques d’agressions. Cela comprend la mise en place de règles concernant l’accès au domicile, la sécurité, et les comportements attendus des bénéficiaires et de leur entourage. En cas de danger pour la sécurité des soignants, Alive peut suspendre temporairement ou définitivement les visites à domicile ou les divers accompagnements prévus dans son plan de soins.
- **Droit de surveiller et d’évaluer les soins** : L’organisme a le droit de procéder à des **évaluations régulières** des services fournis au bénéficiaire afin de garantir que les soins sont conformes aux normes et aux besoins évolutifs du patient. Cette évaluation peut conduire à des modifications du plan de soins, en accord avec le bénéficiaire. L’évaluation peut être à l’origine d’un rapport à l’AEC déclenchant une réévaluation du bénéficiaire en cas d’amélioration de son état de santé avec diminution de forfait ou à l’opposé une demande de réévaluation dans l’objectif d’obtenir une augmentation du forfait dans le cas d’une dégradation significative. L’organisme prestataire s’octroie le droit d’évaluer les prestations de l’aidant informel basé sur le partage de forfait. Alive se droit d’évaluer le besoin en aides techniques et s’autorise à les commander
- **Droit à la coopération des bénéficiaires** : Alive s’octroie le droit de demander la **coopération** du bénéficiaire et/ou de ses proches pour la bonne exécution des soins, en particulier pour ce qui concerne :

- La présence ou la disponibilité lors des interventions prévues.
 - La fourniture des médicaments, dispositifs médicaux ou aides techniques nécessaires aux soins.(manipulation , définitions des besoins)
 - Le maintien d'un environnement de travail sain et sécurisé pour les intervenants à domicile. (adaptation du logement)
- **Droit à la confidentialité des informations personnelles du bénéficiaire** : Bien que soumis à des obligations strictes en matière de protection des données, Alive a le droit de collecter et de traiter des informations personnelles du bénéficiaire dans le cadre de la prestation des soins. Ces informations doivent être utilisées uniquement pour cette finalité et dans le respect du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD).
 - **Droit de solliciter une révision du forfait** : Si l'état de santé ou les besoins du bénéficiaire évoluent, Alive a le droit de solliciter une révision de la décision de la synthèse de l'administration d'évaluation et de contrôle (AEC) sous forme d'une demande de réévaluation. Avant la décision du dépôt d'une demande de réévaluation le gestionnaire s'autorise en tant que bon père de famille d'évaluer les risques et bénéfices d'une telle démarche et en informe le bénéficiaire et/ou son proche. Le RAS Alive ne peut pas être tenu responsable de la diminution de prestations accordées, voire de la perte de la prise en charge l'Assurance dépendance. En cas de dépôt le formulaire R20 en deux parties : coordonnées et rapport médical est adressé à l'AEC. Le RAS Alive ne peut pas être tenu responsable pour des retards de dépôts causés par les médecins traitants ou autres professionnels impliqués, même si ces retards impactent directement sur le bon déroulement des soins. Le cas échéant le bénéficiaire est informé que le RAS Alive adresse une facturation au bénéficiaire en tant que participation personnelle à sa prise en charge.

b) Obligations d'un organisme gestionnaire :

- **Respect des normes de qualité et des obligations légales** : Alive respecte les normes de qualité définies par la législation luxembourgeoise et les conventions signées avec les ministères. Cela inclut la qualité des soins, la sécurité des bénéficiaires, et la formation continue des équipes soignantes.
- **Respect de la convention collective CCT SAS** : Alive respecte les directives des cadres fournis par la Convention Collective de Travail des Services d'Aides et de Soins (CCTSAS). Cela inclut des règles claires sur les conditions de travail, les salaires, les temps de repos, les primes, etc.

- **Plan de soins type personnalisé (PSTP)** : L'organisme crée et de suivre des plans de soins types individualisés en fonction des besoins spécifiques des bénéficiaires, conformément aux critères fixés par l'Administration d'évaluation et de contrôle (AEC).
- **Gestion financière transparente** : En tant qu'organisme conventionné, Alive assure une gestion financière transparente et justifiable. La gestion rend compte de l'utilisation des fonds publics, que ce soit sous forme de subventions ou de remboursements de la CNS. L'organisme gestionnaire se soumet annuellement aux audits d'un réviseur aux comptes agréé (PWC)
- **Gestion des ressources humaines** : Alive veille à ce que ses employés et professionnels de santé bénéficient de conditions de travail conformes au droit du travail et à la CCT SAS. Cela inclut la gestion du temps de travail, la rémunération, la formation, et les droits syndicaux.
- **Accès équitable aux soins** : L'organisme est tenu de garantir l'accès aux soins pour tous les bénéficiaires éligibles, indépendamment de leur statut social ou financier, conformément aux principes d'égalité et de non-discrimination.
- **Respect de la confidentialité et des données personnelles** : Alive se conforme aux règles du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) en ce qui concerne la gestion des informations personnelles des bénéficiaires et des employés.
- **Contrôle et évaluation des services** : L'organisme est soumis à des contrôles réguliers de la part des autorités compétentes afin de s'assurer que ses services répondent aux exigences fixées par les agréments et conventions. Il doit également pouvoir démontrer la qualité et l'efficacité de ses services.
- **Continuité des soins** : L'organisme a l'obligation de garantir la continuité des soins correspondant au cadre légal en vigueur, en mettant en place un système d'astreintes pour répondre aux besoins des bénéficiaires à tout moment, en cas d'urgence.

2. Bénéficiaires de soins

Un bénéficiaire, de même qu'un organisme gestionnaire, dispose de droits et d'obligations. Ces droits et obligations visent à garantir la qualité des services reçus tout en assurant une relation de respect et de coopération avec l'organisme prestataire de soins.

Le bénéficiaire de soins à domicile, en mandant Alive en tant que prestataire, bénéficie d'un ensemble de droits qui visent à protéger sa dignité, sa santé, et sa vie privée. En contrepartie, il doit respecter certaines obligations pour garantir le bon déroulement des soins et la sécurité des intervenants. Ces droits et obligations visent à créer une relation de confiance mutuelle, essentielle pour garantir la qualité et l'efficacité des soins à domicile.

a) Droits du bénéficiaire

- **Droit à une prise en charge personnalisée et de qualité** : Le bénéficiaire a le droit de recevoir des **soins adaptés à ses besoins**, établis dans le cadre d'un **Plan de soins type personnalisé (PSTP)**. Ce plan doit être défini en collaboration avec le bénéficiaire et les professionnels de santé, et doit respecter d'une part son état de santé incluant ses préférences personnelles, et d'autre part, le cadre posé par l'AEC et notifié sur le document de synthèse.
- **Droit à l'information** : Le bénéficiaire a le droit d'être **informé de manière claire et complète** sur les soins et services proposés, leurs modalités de mise en œuvre, et leurs implications. Cela inclut des informations sur les conditions de prestation, les frais éventuels sous forme de participation personnelle ou de prestations privilégiés, et les conséquences de son consentement ou de son refus de soins.
- **Droit au consentement** : Avant la mise en place de tout soin ou intervention, le bénéficiaire doit donner son **consentement libre et éclairé**. Il a également le droit de refuser un soin ou un traitement, à condition d'être informé des conséquences potentielles de ce refus sur sa santé. Aucun proche ne peut forcer un soulignant d'aller à l'encontre de la volonté du bénéficiaire qui a mandaté le RAS Alive.
- **Droit à la confidentialité** : Les informations personnelles et médicales du bénéficiaire doivent être **traitées de manière confidentielle**. L'organisme doit respecter le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) et veiller à ce que les informations ne soient communiquées qu'aux personnes habilitées.
- **Droit au respect et à la dignité** : Le bénéficiaire a le droit d'être **traité avec respect**, dignité et sans discrimination. Les soins doivent être fournis dans un environnement respectueux de son intimité et de ses croyances personnelles.

- **Droit de porter plainte** : En cas de désaccord avec les services fournis ou de manquement aux obligations de l'organisme gestionnaire, le bénéficiaire a le droit de **porter plainte** auprès de l'organisme, des autorités compétentes. L'organisme doit mettre en place des procédures pour traiter ces plaintes de manière rapide et équitable.
- **Droit de changer de prestataire** : Le bénéficiaire a le droit de **changer de prestataire** de soins à domicile, sous réserve de respecter les modalités contractuelles. S'il estime que les services fournis ne répondent pas à ses attentes ou que ses besoins ont évolué, il peut décider de mettre fin au contrat avec Alive, en suivant les procédures légales et contractuelles.
- **Droit à l'accompagnement et au soutien** : Le bénéficiaire a le droit de bénéficier d'un **accompagnement** pour comprendre et défendre ses droits. Il peut demander le soutien de ses proches ou d'un représentant légal pour l'aider dans ses démarches et sa relation avec l'organisme.

b) Obligations du bénéficiaire

- **Obligation de collaboration** : Le bénéficiaire doit **collaborer activement** avec les professionnels de santé afin que les soins puissent être fournis de manière optimale. Cela implique la fourniture d'informations correctes sur son état de santé et sa situation personnelle et le respect des consignes données par les soignants.
- **Obligation de respecter le contrat de soins** : Le bénéficiaire est tenu de **respecter les termes du contrat** signé avec l'organisme, notamment en ce qui concerne les horaires, les soins convenus, et les modalités financières (comme le paiement des frais non pris en charge, frais de gestion et de dossier). Il accepte l'organisation du prestataire et toutes les modifications nécessaires au bon déroulement du fonctionnement du RAS Alive incluant les tranches horaires de passages, les adaptations des temps de passages, les changements des professionnels de santé, l'annulation de certaines prestations en lien avec l'absentéisme et autre.
- **Obligation de respect envers le personnel soignant** : Le bénéficiaire doit traiter les professionnels qui interviennent à domicile avec **respect** et courtoisie. Tout comportement violent, injurieux ou menaçant peut entraîner la suspension ou la cessation des prestations. En cas de situation extrême le prestataire s'octroie le droit de déposer plainte contre le bénéficiaire ou sa famille.

- **Obligation de contrat de collaboration** : Le bénéficiaire a l'obligation d'informer le gestionnaire de tout intervenant externe au RAS prestant des tâches en lien avec son état de santé . Le bénéficiaire est informé que toute personne en tant qu'intervenant externe à l'obligation de signer un contrat de collaboration avec le gestionnaire avant le début de sa prestation.
- **Obligation de fournir un environnement de travail adéquat** : Le bénéficiaire est responsable de s'assurer que son domicile est **sûr et adéquat** pour permettre aux soignants de travailler dans de bonnes conditions. Cela comprend la sécurité et l'accessibilité des lieux, le respect des règles d'hygiène, et l'absence de comportements ou de situations dangereuses (animaux agressifs, équipements défectueux, etc.) pour le personnel soignant.
- **Obligation de payer la part non couverte des soins** : Si certains soins ou services ne sont pas intégralement pris en charge par la CNS ou d'autres organismes sociaux, le bénéficiaire doit régler la **part non couverte** (reste à charge) conformément au contrat conclu avec l'organisme gestionnaire.
- **Obligation de prévenir en cas d'absence** : En cas d'absence ou d'impossibilité de recevoir les soins à domicile aux horaires prévus, le bénéficiaire a l'obligation de **prévenir à l'avance d'au moins 48 heures** l'organisme pour éviter tout déplacement inutile du personnel. Le non-respect de cette obligation entraîne une facturation et en cas de récurrence l'annulation des soins .
- **Obligation de signaler tout changement de situation** : Le bénéficiaire doit informer dans les meilleurs délais l'organisme de tout changement de situation (état de santé, situation familiale, etc.) qui pourrait affecter la prestation des soins ou nécessiter une révision du forfait dans la situation les plus légers ou une hospitalisation dans les situations plus aigües. En cas de première urgence avec un pronostic vital engagé ni le bénéficiaire, ni le proche ne peuvent s'opposer à la décision d'un appel 112 par le soignant du RAS Alive
- **Obligation de fournir les équipements ou produits nécessaires** : Dans certains cas, le bénéficiaire est responsable de fournir les médicaments, dispositifs médicaux ou aides techniques nécessaires à la bonne exécution des soins (prescriptions médicales, matériel spécifique, etc.). Sans ces équipements, le personnel soignant peut être dans l'incapacité de réaliser certains soins. Il doit respecter le matériel fourni par le RAS Alive ou d'autres organismes cotraitant comme la SMA. Il ne peut obliger de soignants du RAS de réparer du matériel défectueux, ni de les forcer d'utiliser un matériel non conforme à la réglementation luxembourgeoise (cahier de charge Assurance dépendance)

- **Obligation de respecter les consignes sanitaires :** Le bénéficiaire doit se conformer aux consignes sanitaires émises par l'organisme prestataire ou/et des autorités nationales compétentes, de la Direction de la santé. Cela peut inclure des mesures d'hygiène spécifiques, notamment dans le cadre de pandémies ou d'épidémies, afin de protéger à la fois sa propre santé et celle du personnel soignant. Il ne peut refuser le port préventif de masque par les soignants du RAS.
- **Obligation de communiquer de manière honnête et transparente :** Le bénéficiaire s'oblige de communiquer de manière honnête et transparente avec l'organisme et les soignants. Cela inclut la description précise de ses besoins, la déclaration de tout traitement médical en cours, et l'information sur des conditions particulières pouvant influencer les soins. L'utilisation de produits illicite, d'abus d'alcool ou d'autres événements impactant son état de santé et/ou ayant un impact sur ses relations sociales.

Modèle d'un devis

Lorsque le bénéficiaire ne dispose pas de l'assurance dépendance ou si des actes non tarifés par la CNS doivent être effectués, les prestations seront facturées aux tarifs horaires suivants :



DEVIS N° : 14
 Date : 30/09/2024 Page : 1 / 1 Echéance : 30/10/2024

2-4 rue Ernie Reitz
L-4154 ESCH-SUR-ALZETTE
Luxembourg
Tél: +352 24559644
Fax : +352 24559645

LU

Bq: LU17 0030 1344 1820 2000 BIC: BGLULLLL
T.V.A. : LU 28205110

Ref. Article	Désignation	Prix unitaire	Qté	Montant TTC	% TVA
ASF SEP 2023	Mise à disposition d'un ASF/h	98,38	1,00	98,38	0,00
	Prestation par une aide socio-familiale 1h00				0,00
AS SEP 2023	Mise à disposition d'un aide-soignant /h	109,32	1,00	109,32	0,00
	Prestation par un aide-soignant 1h00				0,00
IDE DIP SEP 2023	Mise à disposition d'un infirmier diplômé /h	142,09	1,00	142,09	0,00
	Prestation par un infirmier diplômé 1h00				0,00
MENAGE SEP 2023	Ménage /h	76,51	1,00	76,51	0,00
	Prestation par une aide-ménagère 1h00				0,00
	INDICE EN VIGUEUR : 944,43				0,00

% TVA	Base	TVA	Total
Taux 1			
Taux 2			
Taux 3			
Total			

Total HTVA 426,30

- Ristourne 0,00

+ T.V.A. 0,00

Total à payer 426,30