

# COPAS<sub>NEWS</sub>

BULLETIN TRIMESTRIEL DE LA CONFÉDÉRATION DES  
ORGANISMES PRESTATAIRES D'AIDES ET DE SOINS

JANVIER 2009 | 01

## SOMMAIRE

Adresse postale: COPAS asbl  
5 rue Génistre  
L-1623 Luxembourg  
Adresse électronique: copas@copas.lu  
Adresse Internet: www.copas.lu  
Téléphone: 46 08 08 500  
Télécopie: 46 08 08 530

- AIDES ET SOINS – Réflexions autour de la mise en pratique des soins palliatifs dans le secteur extrahospitalier
- QUALITE – La question de la qualité ... et des moyens
- FINANCE – Point sur la médiation de la VM2008 en ESC – Négociation des valeurs monétaires 2009 et de la lettre-clé infirmier 2009/2010 – MEA CULPA – Retour sur l'abandon du forfait «langes et protections couches» en ESC
- JURIDIQUE – Le contrat de travail à durée déterminée: l'(in)observation des formalités prescrites par la loi
- MEMBRE – HELP: Vivre à domicile n'a de sens que si l'on vit heureux
- ACTUALITE – Nouveau projet de recherche sur les norovirus – Le statut unique – Paramètres sociaux valables au 01.01.2009
- COPAS INDOOR – Changement au niveau des instances de la COPAS – L'équipe COPAS s'agrandit – www.copas.lu relooké

Des articles peuvent être envoyés à la COPAS (copasnews@copas.lu) pour publication dans une prochaine édition de la COPASNews. Tout article envoyé pour publication devra être signé par son auteur. La COPAS se réserve le droit de publier ou non les articles qui lui parviennent. D'aucune manière la COPAS ne pourra être tenue responsable pour le contenu de ces articles qui feront un renvoi à leurs auteurs.

### COMITE DE REDACTION ET DE RELECTURE POUR CETTE EDITION:

Michel Simonis, Dr Carine Federspiel, Gérard Albers, Romain Mauer, Tom Bellion, Christian Erang, Christophe Lesuisse, Evandro Cimetta, Stéphanie Heintz, Carla Jorge Matias, Claudine Koster, Aline Mahout, Catherine Mannard.

### COORDINATION ÉDITORIALE Evandro Cimetta

### COORDINATION ADMINISTRATIVE Stéphanie Heintz

CLÔTURE DE RÉDACTION: 30 décembre 2008

© Tous les textes publiés dans la COPASNews peuvent être utilisés dans un contexte non commercial, sans autorisation préalable de la COPAS, à condition d'en indiquer la source.

## EDITORIAL

Est-ce que l'année 2008 a définitivement inauguré l'esprit *faire des économies à tout prix*? La question mérite d'être posée.

«Les soins de santé n'ont pas de prix, ils ont néanmoins un coût.» Tout en faisant le choix de citer librement Monsieur le Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale, nous enchérissions en y ajoutant que sans aucun doute le coût auquel Monsieur le Ministre fait allusion vise le «coût pour la société». Si c'est ainsi, nous pouvons y souscrire.

Néanmoins, à notre sens, les soins de santé ont, outre un coût pour la société, également un coût pour les prestataires dispensant ces soins. Ce deuxième volet du même débat ne semble cependant pas rencontrer l'écoute nécessaire des autorités et «lobbies», notamment de celles et ceux en charge d'assumer le cadre financier des prestations de qualité. Sinon, comment expliquer ces revendications de réduire les frais généraux sans analyse pertinente des coûts exposés, de transférer une partie des coûts vers les bénéficiaires des prestations, de refuser de progresser en direction de la clarification d'une série de standards, de renchérir substantiellement l'élément central du coût des prestations.

La politique définitivement inaugurée au courant de l'année 2008 paraît donc aller en direction d'un nouvel adage: «les soins de santé ont un prix, peu importe leur coût.» Si c'est ainsi, nous ne pouvons pas y souscrire!

Nous espérons fortement que l'année 2009 amènera la sérénité nécessaire permettant d'aborder de manière responsable toutes les questions qui se posent pour façonner ainsi les bases solides nécessaires permettant de garantir à long terme des prestations de qualité où tout le monde y trouvera son compte.

Evandro Cimetta

Toute l'équipe COPAS vous souhaite une agréable lecture.

## AIDES ET SOINS

### Réflexions autour de la mise en pratique des soins palliatifs dans le secteur extra-hospitalier

Le projet de loi relatif aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie, couplé à celui de la proposition de loi sur l'euthanasie et l'assistance au suicide, vient d'être adopté le 18 décembre 2008.

En ce qui concerne à proprement parler le texte de loi relatif aux soins palliatifs, il s'agence principalement autour de quatre volets, concernant :

- Le droit aux soins palliatifs (énoncé, définition, refus de l'obstination déraisonnable, effet secondaire du traitement de la douleur)
- La volonté de la personne en fin de vie et la directive anticipée (contenu et forme, effet, accès)
- Le congé pour l'accompagnement des personnes en fin de vie
- Les dispositions modificatives et finales à opérer au Code de la sécurité sociale

Notons que cet article ne saurait aborder l'intégralité du contenu de cette loi et ne compte donc par ailleurs qu'épingler certains points majeurs et fondamentaux pour la mise en vigueur des soins palliatifs dans le secteur extrahospitalier.

La généralisation d'un droit d'accès aux soins palliatifs a ainsi donc été instaurée pour toute personne en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, qu'elle qu'en soit la cause et ce aussi bien dans le domaine hospitalier qu'extrahospitalier.

Le texte de loi a donc comme mérite de définir clairement les soins palliatifs tels qu'entendus par le législateur, à savoir des soins actifs, continus et coordonnés, pratiqués par une équipe pluridisciplinaire dans le respect de la dignité de la personne soignée. Les soins palliatifs visent donc à couvrir l'ensemble des besoins physiques, psychiques et spirituels de la personne soignée et à soutenir son entourage. Ils comportent le traitement de la douleur et de la souffrance psychique.

Il s'agit là certes d'une avancée non négligeable notamment par l'institution des principes d'une culture palliative et le désir de respecter la volonté des personnes en fin de vie, ainsi que par la généralisation du droit aux soins palliatifs, peu importe le lieu de la prise en charge.

Avant toute chose, il convient néanmoins de constater que dans l'état actuel des

avancements des travaux en matière de soins palliatifs, beaucoup d'éléments restent à clarifier par voie de règlements grand-ducaux. En effet, le texte de loi ne constitue en fin de compte que le cadre général qui nécessitera, pour la mise en œuvre d'une prise en charge palliative, une série de règlements grand-ducaux. Ces derniers seront néanmoins indispensables pour l'opérationnalisation dans le secteur, notamment extrahospitalier des soins palliatifs et revêtent donc un caractère crucial et déterminant, car détaillant finalement beaucoup plus explicitement que la loi les modalités pratiques en ce qui concerne notamment :

- le financement de la prise en charge palliative,
- les modalités de collaboration entre le secteur hospitalier et extrahospitalier,
- la consignation et le contenu du carnet de soins voire du carnet de liaison,
- la définition du contenu des soins spécifiques en soins palliatifs,
- et d'autres modalités (nomenclature spécifique soins palliatifs, modalités de facturation, etc.).

Toutes ces modalités précitées, et notamment celles relatives aux ressources humaines et financières concernent des thèmes fondamentaux pour les institutions, car elles ont des liens directs en termes de coûts engendrés, de budgets à prévoir et de modalités organisationnelles à planifier.

En effet, afin de pouvoir garantir des soins palliatifs de qualité, il faudra disposer du temps, du matériel ainsi que du personnel spécialisé en suffisance. Par ailleurs, les dispositifs devront être organisés de manière à ce qu'une prise en charge efficace, notamment de la douleur et des symptômes pénibles vécus en fin de vie, puisse être rapidement mise en œuvre en limitant au maximum les démarches administratives.

La prise en charge palliative constitue une prise en charge pluridisciplinaire par excellence et nécessite la collaboration étroite entre les différents acteurs et spécialistes en matière de soins palliatifs. Les interfaces et modalités de collaboration entre différents secteurs et entre différents acteurs cautionneront la bonne mise en œuvre des soins palliatifs dans le but d'assurer la meilleure qualité de vie pour les personnes en fin de vie.

S'il est vrai que l'Etat s'est engagé à mettre à disposition les moyens nécessaires afin de permettre une prise en charge de qualité dans le domaine des soins palliatifs, beaucoup d'inconnues persistent néanmoins à cet égard.

Tout comme d'autres instances, la COPAS a toujours rendu attentif, dans ses différentes

prises de position, au fait que les voies de financement devront permettre une égalité de traitement peu importe le lieu de la prise en charge. Par conséquent, il s'agira dans les mois à venir, de veiller à ce que cette volonté puisse être garantie vu les différentes logiques de financement en vigueur dans les deux secteurs visés : budgétisation pour le secteur hospitalier versus financement à l'acte pour le secteur extrahospitalier. Il sera donc crucial de veiller à ce que les moyens alloués le soient d'une manière égale peu importe le lieu de prise en charge.

En ce qui concerne la formation, l'Etat s'est engagé à assurer la formation adéquate du personnel médical et soignant. Les modalités de l'organisation de formations médicales spécifiques en soins palliatifs seront également déterminées par règlement grand-ducal. Par conséquent, en attente des modalités d'exécution de cette mesure, beaucoup de questions restent de nouveau en suspens.

A cet égard, il est également intéressant de signaler que sur initiative du Ministère de la Famille, les textes des règlements concernant l'agrément à accorder aux gestionnaires de services pour personnes âgées, voire pour personnes handicapées, seront adaptés. Ces textes prévoient dorénavant des prérogatives en matière de soins palliatifs notamment par rapport aux normes de dotation en personnel devant avoir suivi une formation en soins palliatifs dans un certain délai impart.

Il s'agira donc pour la COPAS de se saisir, dans la mesure du possible, d'un rôle proactif afin de contribuer par ses apports, travaux et avis argumentés à ce que les règlements d'exécution puissent rendre justice aux besoins spécifiques du secteur extrahospitalier en matière de soins palliatifs.

Les enjeux fondamentaux se joueront donc dans les mois à venir lors de l'élaboration des règlements d'exécution qui sont censés clarifier les concepts pour le cadre opérationnel.

## QUALITE

### La question de la qualité ... et des moyens

S'il est courant de dire que la recherche de qualité n'engendre pas nécessairement de coût, ou encore, que viser à améliorer la qualité des procédures permet de mieux rationaliser ses compétences, ses pratiques; il n'en reste pas moins qu'on use volontiers de ces ritournelles pour toujours éviter d'aborder les questions qui fâchent, à savoir la question des moyens et des ressources.

On admettra que le coût de gestion ou de mise en œuvre de la qualité peut parfois entièrement ou en partie être compensé par la diminution des coûts de la non-qualité. Il conviendra cependant, à notre sens, de rappeler les adages suivants: «plus on souhaite s'approcher de la perfection et plus les coûts grimpent» ou encore «difficile de faire plus avec moins», qui trouvent leurs ancrages dans la réalité des structures et services et dans les politiques qui tendent parfois à la restriction budgétaire sous couvert que les moyens sont déjà suffisamment abondants.

Mais tentons d'aller au-delà de ces stéréotypes!

Engager une démarche d'amélioration continue de la qualité dans une structure ou un service prestataire d'aides et de soins nécessite, pour sa mise en œuvre, que des énergies, des temps et des compétences existantes au sein de la structure soient libérés/dégagés car bien entendu, dans une optique de maîtrise des coûts et de rationalisation qualitative, on exclura d'emblée toute création de poste!

Une fois ces personnels existants désignés comme «porteurs» de la démarche – il s'agit souvent de la direction et/ou d'une personne spécifiquement missionnée pour ces questions – il convient, si cela ne faisait pas partie de leur formation initiale, de leur permettre d'accéder à un niveau d'expertise minimum pour mener à bien la démarche et éviter ainsi de générer des coûts de la non-qualité. Car en effet, mettre en place une démarche que l'on ne maîtrise pas en termes de méthodologie, de procédures à suivre ou tout simplement de management participatif, c'est prendre le risque de n'aboutir à aucun résultat efficient malgré des années de réflexions et de travaux.

Il convient ensuite d'informer ou de sensibiliser l'ensemble du personnel à la future démarche et de mettre en place un comité de pilotage composé diversement de personnels internes et/ou de partenaires externes. Des temps d'informations et de réunions sont donc requis.

L'évaluation peut alors débuter par l'identification des difficultés rencontrées et des points à améliorer dans tous les domaines identifiés comme étant prioritaires par le comité de pilotage (du meilleur soin, à la gestion des heures de soutien de l'assurance dépendance, jusqu'à l'entretien des locaux en passant par l'utilisation des outils informatiques jusqu'à la gestion des congés du personnel). C'est la phase où l'on s'interroge sur ces pratiques quotidiennes, sur la bonne utilisation de différents outils,

sur la formalisation des pratiques et où soudainement, le coût de la non-qualité apparaît parfois comme flagrant.

Vient alors l'heure de la fixation des objectifs d'amélioration de la qualité du service ou de la prestation rendue. Ces objectifs doivent ensuite être clairement diffusés aux professionnels concernés, par service et par domaine. Enfin, par différentes ficelles et combines d'experts ou plus simplement parce que «la mayonnaise a pris», les «porteurs» de la démarche doivent encore réussir à faire en sorte, avec beaucoup d'énergie, que les personnels se soient appropriés à la fois cette culture de l'évaluation et l'idée de la nécessaire amélioration de la qualité des pratiques.

Les objectifs d'amélioration fixés, il convient de les mettre en place, simplement, sans que cela n'entraîne une augmentation de la complexité des procédures à suivre ou n'engendre ces fameux surcoûts de non-qualité du fait de la mise en place de ce qu'on appelle communément des «usines à gaz».

Ce parfait exemple de déploiement d'une démarche qualité et de management (1) transversal (2), pour reprendre des termes bénis par les temps qui courent, prend du temps. Du temps qu'il faut dégager, rationaliser. Du temps qu'il faut consacrer à l'échange, aux débats, à la réflexion, à la sensibilisation, à la formation, à la transmission, à la coordination, à l'appropriation, à une conception et une organisation commune, à l'optimisation et la régularisation des pratiques. Bref, du temps qui court et qui comme chacun sait «est de l'argent»!

Sans vouloir absolument légitimer les adages ou maximes populaires qui trouvent leurs justifications dans le temps, on conviendra que dans le modèle actuel de financement des prestations de l'assurance dépendance, à savoir la tarification à l'acte par la détermination d'un coût horaire, le temps n'aura jamais autant été de l'argent!

Car bien entendu, ce temps consacré à la mise en œuvre optimale de l'amélioration de la qualité des pratiques en assurance dépendance, nécessite d'être correctement valorisé en termes financiers puisqu'il se traduit en besoins en personnels, en compétences et en qualifications, tant au niveau des professionnels de terrain, qu'au niveau de l'encadrement. Ainsi la maxime pourrait se renverser: «de l'argent, c'est du temps».

Chaque année, les prestataires et la COPAS s'essouffent à tenter d'expliquer à quel point l'accompagnement sanitaire et social

nécessite d'être concerté, à tous les niveaux structurels, pour être amélioré. Et combien il est important, dans un système où la prestation est minutée/mesurée, que cette concertation, ce besoin d'échanger pour mieux fonctionner, soient valorisés au plus juste!

Dans la même veine, on poursuivra en revenant sur l'équation sommaire qui consiste à dire que la méthodologie de financement basée sur la moyenne des coûts de toutes les institutions entraîne une perte pour celles qui souhaiteraient réaliser des prestations de qualité avec du personnel plus hautement qualifié. Car en effet, ce serait vider le débat d'une partie de son sens et méconnaître les autres éléments de l'équation, à savoir les coûts des qualifications, qui, à qualification équivalente, peuvent être différents.

Ainsi, on l'aura compris, ce qui fait la qualité est à la fois le niveau élevé de qualification, mais aussi le temps qui est consacré par les professionnels de toutes qualifications à la réflexion sur les pratiques quotidiennes.

Une équation plus adaptée à notre contexte qui tiendrait compte de toutes les variables reviendrait plutôt à dire que **qualification adaptée + temps valorisé = amélioration de la qualité!**

## FINANCE

### Point sur la médiation de la VM2008 en ESC

Fin 2007, l'UCM et la COPAS n'ayant pas trouvé d'accord quant à la valeur monétaire (VM) des établissements d'aides et de soins à séjour continu (ESC) pour l'année 2008, la procédure de médiation avait été lancée.

Suite aux différentes réunions de concertation, le médiateur, Monsieur Charles Ruppert, a présenté sa proposition de médiation en date du 17 novembre 2008. Cette proposition repose sur trois points. En substance, il s'agit, tout d'abord, sur base d'engagements fermes de l'UCM et de la COPAS, de lancer ou de reprendre les travaux en commission qualité et en commission normalisation pour répondre aux préoccupations relatives à la mixité du personnel réalisant les actes d'aides et de soins de l'assurance dépendance et relatives à l'organisation fonctionnelle des structures. La définition de ces différentes normes devra être suivie de leur transposition financière dans les valeurs monétaires. Ce point rejoint les revendications émises de longue date par la COPAS.

La proposition du médiateur consiste également en une proposition chiffrée de la valeur monétaire 2008 des ESC, à savoir 6,36126.- EUR/heure à l'indice 100, soit une valeur monétaire pour l'année 2008 de 43,41.- EUR/heure à l'indice courant moyen de l'année 2008.

Finalement, le médiateur encourage les structures sous convention collective de travail (CCT) EHL de migrer vers la CCT SAS avec accompagnement, le cas échéant, de mesures de transition incitatives équilibrées.

Le Conseil d'administration de l'UCM a marqué son accord sur la proposition du médiateur, à l'exception du point portant sur les conventions collectives de travail, estimant qu'il n'était pas de son ressort de s'immiscer dans le choix des différentes structures de la CCT à appliquer. Le Conseil d'administration de la COPAS, quant à lui, a accepté pleinement la proposition du médiateur.

Puisqu'une des parties n'a accepté que partiellement la proposition de médiation, cela équivaut à un refus de la proposition et donc à un non-accord des parties.

Sur initiative de la COPAS, et afin d'éviter la saisine du Conseil supérieur des assurances sociales – juridiction appelée à trancher définitivement le litige en cas de non-accord des parties – l'UCM et la COPAS se sont rencontrées à la mi-décembre 2008 pour essayer de trouver néanmoins un terrain d'entente. Cette rencontre a permis d'esquisser les grandes lignes d'une solution. Le principe étant défini, il reste encore à élaborer les modalités concrètes de transposition.

A la clôture de rédaction de la présente édition de la COPASNews (30 décembre 2008), les pourparlers entre l'UCM et la COPAS n'étaient pas encore terminés. Une prochaine édition de la COPASNews reviendra donc sur ce thème.

### Négociation des valeurs monétaires 2009 et de la lettre-clé infirmier 2009/2010

L'année 2008 s'est achevée et avec elle les négociations des valeurs monétaires 2009 (VM2009), à l'exception de celle des établissements d'aides et de soins à séjour continu qui, d'un commun accord avec l'UCM, ont été reportées au début de l'année 2009 en attendant de connaître définitivement la suite réservée à la valeur monétaire 2008 (*supra*). Cette année, la COPAS et l'ANIL ont également négocié la nouvelle lettre-clé (LC2009) des actes infirmiers applicable à partir de l'année 2009.

Pour les valeurs monétaires 2007 et 2008, toutes les activités de l'assurance dépendance en faveur des personnes handicapées étaient reprises sous la catégorie et avec la valeur monétaire des établissements d'aides et de soins à séjour intermittent (ESI). Cette approche avait été choisie pour «simplifier» le démarrage des nouvelles modalités de l'assurance dépendance applicables à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2007; ces modalités reconnaissant formellement les différentes activités du domaine du handicap. Cette année, au cours des négociations des VM2009, les différentes charges issues des diverses activités ont été séparées et ventilées afin de mieux rendre compte de la réalité de ces institutions, à savoir le stationnaire (ESI), le domicile du bénéficiaire (RAS) et le semi-stationnaire (CSS). Ceci implique donc que la VM2009 ESI ne s'appliquera que pour les prestations dispensées en milieu stationnaire. Pour les prestations dispensées au domicile de la personne ou dans un centre de jour, la VM2009 RAS, respectivement la VM2009 CSS, s'appliqueront.

D'autres thèmes ont également été abordés lors des réunions de négociations des VM2009.

Dans le contexte du renouvellement des contrats collectifs de travail EHL et SAS, dont les négociations avec les syndicats pour celui du secteur SAS n'ont pas encore abouti, il a été retenu d'intégrer certains éléments dans les VM2009, tout en s'accordant sur le fait de procéder au recalcul exact en 2009. D'autre part, vu que 2009 sera marqué par l'introduction du statut unique, mais qu'il est difficile d'estimer toutes les répercussions financières, l'UCM et la COPAS ont conclu de ne pas en tenir compte sur les valeurs monétaires de 2009 et d'y revenir lors de la fixation des VM2010. Un autre élément discuté concerne les heures de formation continue. Les recensements des heures de formation continue réalisées au courant de l'année 2007 montrent que le seuil de 40 heures par ETP (Equivalent Temps Plein) n'a pas toujours été atteint. Malgré cela et après de longues discussions entre l'UCM et la COPAS, il a finalement été décidé de maintenir cette norme à 40 heures de formation continue par ETP.

En juillet, la COPAS avait lancé un recensement complémentaire par fonction pour le secteur handicap. Ce recensement a permis de répartir le personnel de chaque structure entre plusieurs types de fonction: le personnel de soins, le personnel logistique (ou hôtellerie) et le personnel administratif, de direction et de coordination. Les années antérieures, le personnel logistique était écarté de la méthodologie de

calcul de la valeur monétaire, ce qui a fait l'objet d'une revendication de la COPAS pour la VM2009 ESI. Lors des négociations, la COPAS a obtenu partiellement satisfaction quant à sa revendication.

Dans le cadre des centres semi-stationnaires (CSS), lors de la médiation en 2007 au sujet de la VM2007, le médiateur avait retenu plusieurs éléments, dont celui de faire (en partie) droit à la revendication de la COPAS pour l'intégration dans la VM2007 des éléments financiers nécessaires pour les besoins en coordination et direction des CSS, complété toutefois par une recommandation, à savoir la réalisation dans les meilleurs délais d'études et analyses nécessaires. Pour des raisons de manque de ressources, ces études n'ont entre-temps pas encore été réalisées, ce qui a poussé la COPAS à garder, pour la VM2009 des CSS, la revendication en matière de coordination et direction à la base de la médiation 2007. Cette revendication a été acceptée pour la VM2009. Outre la norme de coordination/direction, un autre élément qui a été discuté lors des négociations de la VM2009 des CSS porte sur le facteur X. Celui-ci est un facteur correctif afin de tenir compte de la qualification du personnel et de refléter les coefficients de qualification prévus par le relevé-type de l'assurance dépendance. Considérant qu'à la suite de l'introduction du relevé-type 2007 toute une série d'actes (notamment de soutien spécialisé) est facturée à un coefficient de qualification de 1,5, le facteur X entraîne la valeur monétaire de base à la baisse.

Quant à la VM2009 des réseaux d'aides et de soins (RAS), la COPAS a demandé la prise en compte de tous les coûts pour la bonne réalisation des prestations de ces institutions dans le cadre de l'assurance dépendance et dans le cadre de l'assurance maladie. Directement liés à la méthodologie mise en œuvre pour la ventilation des coûts générés pour ces deux différentes activités, tous les coûts n'ont cependant pas été repris. Outre cette question restée en suspens, la COPAS a par ailleurs revendiqué – sur base de l'inadéquation entre le calcul des heures théoriquement «prestables» et le constat des heures réellement prestées – que la VM2009 tienne compte des réalités de ces institutions.

En résumé, les valeurs monétaires fixées, pour l'année 2009, sont les suivantes:

- VM2009 ESI:  
EUR 6,87717.- à l'indice 100, soit EUR 47,12.- à l'indice 685,17
- VM2009 CSS:  
EUR 7,44471.- à l'indice 100, soit EUR 51,01.- à l'indice 685,17



- VM2009 RAS:  
EUR 8,20419.- à l'indice 100, soit  
EUR 56,21.- à l'indice 685,17

A la fin de l'année 2008, la lettre-clé infirmier pour les exercices 2009 et 2010 a également été négociée. Malheureusement, les parties à la négociation, à savoir d'une part l'ANIL et la COPAS et, d'autre part, l'UCM, n'ont pas réussi à trouver un accord. En conséquence, à ce jour, aucune nouvelle lettre-clé infirmier pour les exercices 2009 et 2010 n'est encore arrêtée. Début 2009 seront précisées les démarches pour la suite.

Pour conclure, nous tenons à remercier toutes celles et tous ceux qui, de près ou de loin, ont collaboré à ces négociations.

### MEA CULPA

Avec la fin de l'année 2008, les négociations des valeurs monétaires ont touché à leur fin. Enfin presque. Les négociations de la valeur monétaire des établissements à séjour continu (ESC) ont été reportées à janvier 2009 (*supra*).

Avant d'en arriver là, tout un travail de préparation est nécessaire. Cela débute par le «remplissage», courant de l'année, de divers formulaires de recensement des données pour la détermination des valeurs monétaires. En effet, la méthodologie de calcul des valeurs monétaires se base sur le coût de revient d'une heure de prestation d'aides et de soins. Par conséquent, les données réelles (charges de personnel, nombre d'équivalents temps plein, autres charges, divers éléments complémentaires ...) des structures sont nécessaires.

Après collecte de ces données, une synthèse, par type de structure, est réalisée. Là débute le travail de vérification ... et donc, s'en suivent les mails et coups de fil de la COPAS aux différents gestionnaires pour des demandes d'explications complémentaires.

Oui, nous le savons, nous sollicitons souvent nos membres, mais pour la bonne cause. En effet, ces questions ont pour objectif de vérifier la plausibilité de certaines données «hors normes» (par exemple un salaire moyen anormalement bas ou anormalement élevé), de non seulement prendre en compte l'ensemble des dépenses définies comme faisant partie intégrante du calcul de la valeur monétaire, mais aussi d'y appliquer le taux de prise en charge approprié, de déterminer le nombre d'heures susceptibles d'être prestées «au lit du patient» le plus proche possible de la réalité du terrain ... bref

d'essayer de déterminer une valeur monétaire qui colle, au plus près, à la réalité de terrain de chaque secteur.

Alors, tout le temps passé à remplir les différents formulaires et plus spécifiquement, le formulaire demandant des explications relatives à certains comptes du formulaire des frais généraux, à expliquer les évolutions importantes des salaires moyens, loin d'être une perte de temps, constitue un investissement. Nos questions complémentaires sont là pour ôter un éventuel doute qui subsisterait.

A côté de ces questions «de routine», parfois, nous venons avec un, voire des recensements complémentaires ou supplémentaires. Ce(s) recensement(s) complémentaire(s) (supplémentaire(s)) poursuivent le but de collecter suffisamment d'éléments pour les négociations des valeurs monétaires, d'affiner la méthodologie de détermination des valeurs monétaires, etc.

Voilà, en quelques lignes, le pourquoi de nos demandes. Alors non, nous ne sommes pas désolés de «déranger» nos membres avec nos questions, parce que ces questions ont une raison d'être. Mais par contre, nous leur disons MERCI. Merci pour leur travail, leur temps passé à répondre à nos questions. Cela nous apporte une aide précieuse lors des négociations des valeurs monétaires.

Par la même occasion, nous adressons un grand merci à l'UCM, nouvellement Caisse Nationale de Santé, et plus particulièrement à Monsieur José Balanzategui, qui, «de l'autre côté de la table» des négociations, réalise aussi un important travail et avec qui nous avons le plaisir de collaborer depuis plusieurs années maintenant.

### Retour sur l'abandon du forfait «langes et protections couches» en ESC

Pour les personnes dépendantes, ayant besoin de matériel spécifique en relation avec des problèmes d'incontinence (changes, alèses, etc.), l'assurance dépendance prévoit un forfait pour couvrir ces dépenses. Toutefois, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2007, ce forfait «langes et protections couches» a été abandonné pour les personnes dépendantes séjournant en établissement d'aides et de soins à séjour continu (ESC).

Cependant, il ne s'agit pas de frais supplémentaires ni pour la personne dépendante, ni pour la structure, ni pour l'UCM. En effet, le coût de ces langes et protections couches, pour les personnes dépendantes, a été intégré dans la valeur monétaire des ESC, grâce à son identification précise lors

du recensement des données nécessaires au calcul du coût de revient d'une heure de prestations d'aides et de soins, à la base de la détermination de la valeur monétaire. Donc, pour les personnes dépendantes, ces frais sont couverts par la valeur monétaire lors de la facturation des heures assurance dépendance prestées. Dès lors, les structures facturent, le cas échéant, les frais relatifs aux langes et protections couches nécessaires, uniquement, aux personnes NON dépendantes, c'est-à-dire ne bénéficiant pas de l'assurance dépendance.

Pour information, en 2007, pour chaque heure d'assurance dépendance prestée et facturée, un montant de 0,60 EUR de la valeur monétaire était destiné à couvrir les charges liées aux langes et protections couches.

## JURIDIQUE

### Le contrat de travail à durée déterminée: l'(in)observation des formalités prescrites par la loi

Le Code du travail énonce le principe sur fondement selon lequel il est permis de recourir à la conclusion d'un contrat de travail à durée déterminée. Dans ce contexte, il n'est pas sans intérêt de savoir que selon l'économie des textes régissant la matière, le contrat de travail à durée indéterminée représente le contrat de travail «de droit commun» et que le contrat de travail à durée déterminée représente quant à lui l'exception.

L'article L.122-1 (1) du Code du travail (anciennement article 5 (1) de la loi du 24 mai 1989 sur le contrat de travail) énonce le principe: «le contrat de travail à durée déterminée peut être conclu pour l'exécution d'une tâche précise et non durable; il ne peut avoir pour objet de pourvoir durablement à un emploi lié à l'activité normale et permanente de l'entreprise.» Le Code du travail poursuit par une énumération non exhaustive – l'emploi du terme «notamment» permet de conclure qu'il ne s'agit pas d'une énumération exhaustive – des cas considérés comme tâche précise et non durable au sens du principe énoncé. A titre d'exemples, on peut citer les cas les plus souvent rencontrés dans la pratique pouvant être considérés comme des tâches précises et non durables:

- le remplacement d'un salarié temporairement absent (par exemple pour raison de congé de maternité);
- l'exécution d'une tâche occasionnelle et ponctuelle définie et ne rentrant pas dans le cadre de l'activité courante de l'entreprise;



- l'exécution d'une tâche précise et non durable en cas de survenance d'un accroissement temporaire et exceptionnel de l'activité de l'entreprise.

Cette technique législative – énonciation d'un principe et énumération non exhaustive de cas tombant sous le principe – permet d'entrevoir clairement les situations visées par le législateur en y apportant toutefois la flexibilité nécessaire pour répondre aux situations qui se présentent, sans pour autant laisser une liberté d'appréciation outre mesure des cas admis (par une interprétation excessivement large du principe), ni restreindre les cas admis aux seuls cas de figure visés expressément (énumération non exhaustive).

Nonobstant les mérites incontestables de cette technique législative, on ne peut pas ne pas également en relever sa faiblesse. La disposition en cause nécessite dans tous les cas une interprétation « au cas par cas ».

En conséquence, il revient d'abord à l'entreprise offrant un contrat de travail à durée déterminée d'analyser, donc d'interpréter, si ce contrat de travail n'a pas pour objet de « pourvoir durablement à un emploi lié à l'activité normale et permanente de l'entreprise et s'il rentre légalement dans la catégorie des tâches précises et non durables. » Partant, si la loi admet dans le cas d'espèce la conclusion de ce type de contrat de travail. Ensuite, en cas de remise en cause de cette analyse, il revient aux juridictions du travail de qualifier définitivement le contrat de travail conclu. La qualification par les juridictions du travail se fonde sur une appréciation des faits. Dans le cas où les juges viendraient à la conclusion que la situation n'admet pas la conclusion d'un contrat de travail à durée déterminée, ceux-ci re-qualifieraient le contrat de travail en contrat de travail à durée indéterminée, avec toutes les conséquences que cela comporte. Cette requalification risque également d'être opérée, si le contrat à durée déterminée n'indique pas clairement la nature de la tâche précise et non durable justifiant le contrat de travail à durée déterminée.

Dans cet ordre d'idées, il paraît donc utile de passer en revue l'un ou l'autre arrêt et jugement ayant traité de la matière, et plus particulièrement par rapport aux indications à faire figurer dans le contrat de travail:

(...) *L'employeur qui veut conclure un contrat à durée déterminée doit justifier le recours à un tel contrat dans l'écrit même du contrat en y donnant la définition précise de son objet.*

*En l'espèce, le contrat à durée déterminée aurait dû préciser la nature de la tâche précise et non durable ... ainsi que celle de l'accroissement temporaire et exceptionnel de l'activité ... en indiquant les circonstances de fait concrètes qui ont rendu nécessaire l'engagement d'un peintre en bâtiment supplémentaire pour la durée spécifiée au contrat ainsi que la mission exacte que ce dernier devait exécuter pendant cette période, les formulations vagues « surcroît de travail » et « accroissement temporaire des travaux » qui figurent au contrat et qui constituent en fait une simple reproduction des termes généraux de la loi étant insuffisantes à cet égard.*

*L'employeur ne peut plus combler les lacunes du contrat en fournissant postérieurement des explications y relatives (...).* [CSJ 01/02/2001, Pasicrisie N°1/2002, T.32, page 26]

*Il est évident que, pour recourir valablement à un contrat à durée déterminée, les parties doivent préciser la nature de la tâche que le salarié est amené à remplir et que la formule vague « accroissement temporaire de l'activité » ne saurait répondre à cette exigence, sous peine d'enlever tout sens à l'exigence légale en question.*

Quant à la sanction de cette exigence, elle se dégage de l'article L.122-9 qui dispose que « tout contrat conclu en violation des dispositions des articles L.122-1, L.122-3, L.122-4, L.122-5 et L.122-7 est réputé à durée indéterminée ». [CSJ 12/07/2007, Jurisnews, Regard sur le droit du travail Vol. III N°8/2007, page 113]

*C'est à bon droit que le tribunal, constatant que le contrat de travail à durée déterminée ... ne mentionnait ... ni la tâche précise et non durable à effectuer, à savoir en l'espèce le remplacement d'une salariée absente pour cause de maladie, ni le nom de cette dernière, a ... dit que le contrat était réputé à durée indéterminée ....* [CSJ 06/04/2008, Jurisnews, Regard sur le droit du travail Vol. IV N°3/2008, page 134]

La jurisprudence ne laisse donc aucun doute: outre le respect des conditions légales ouvrant la possibilité de la conclusion d'un contrat de travail à durée déterminée, il est essentiel que les éléments justifiant sa conclusion soient précisés dans le contrat de travail en cause.

## MEMBRE

HELP: Vivre à domicile n'a de sens que si l'on vit heureux

1998-2008: 10 ans déjà

Autour d'une table des femmes et des hommes se sont posés la question en 1998; quelle initiative prendre dans le monde de la santé en tenant compte non seulement de l'assurance maladie, de la nouvelle assurance dépendance mais en développant un concept global de l'accompagnement à domicile?

Avec l'économie solidaire, avec les partenaires hospitaliers avec les prestataires du domicile, la capitalisation des compétences de chacun va engendrer la création du réseau Help. Chaque patient est reconnu comme un être humain à part entière. Notre slogan développé en 1999 a été présent dans tous les développements de nos projets. Le réseau Help souhaite apporter des soins et des services de qualité à domicile et d'améliorer ainsi la vie au quotidien de l'ensemble des patients et de leurs proches.



### Help

54, rue Emile Mayrisch  
L-4240 Esch sur Alzette  
Tel: 26 70 26  
Fax: 26 70 26 70

[www.help.lu](http://www.help.lu)  
[info@help.lu](mailto:info@help.lu)



## Historique

### 1998 ...

Help, réseau d'aide et de soins à domicile est créé par Objectif Plein Emploi, réseau de développement local de l'emploi. Les partenaires sont: la Croix-Rouge luxembourgeoise et les 4 hôpitaux du sud: l'hôpital de la ville d'Esch/Alzette, l'hôpital intercommunal de Differdange, l'hôpital communal de Dudelange et l'hôpital intercommunal de Steinfurt.

Le complément de services apporté par l'économie solidaire et la filière soins avec les hôpitaux sont les originalités.

Il couvre les cantons d'Esch/Alzette et de Capellen, la Croix-Rouge engage les soignants.

Mise en place du carnet du patient. Sous forme d'un agenda, ce support est une aide quotidienne

Inauguration du premier Centre d'initiative et de gestion local par Objectif Plein Emploi, les services de proximité se mettent en place.

Présentation du logo Help

### 1999 ...

L'Assurance Dépendance démarre le 01 janvier 1999.

Le slogan «*Vivre chez soi n'a de sens que si on vit heureux*» est lancé lors de la conférence présentant le concept du

réseau Help. Les idées d'interdisciplinarité, de soins continus et de l'interdisciplinarité sont exprimées.

Démarrage du Help Line

Prix Johnson et Johnson de 600 000 frs pour le projet: création d'une antenne mobile de la douleur auprès des personnes dépendantes.

### 2000 ...

Un code de bonne conduite est signé avec les médecins généralistes.

Ouverture de deux antennes d'aides et de soins:

- dans l'enceinte de l'hôpital de Dudelange
- à l'hôpital intercommunal de Differdange

### 2001 ...

150 soignants prestent des soins à partir de 6 antennes du sud du pays.

Emménagement dans les nouveaux bureaux de Help dans l'ancienne maison du concierge l'enceinte de l'Hôpital de la Ville d'Esch/Alzette.

Inauguration des antennes d'aides et de soins:

- à Kopstal
- à Esch/Alzette

Prix Johnson et Johnson de 20 000 euro: «j'avais 20 ans en ce temps là»

### 2002 ...

Fusion avec les partenaires de Muselheem, de Syrdall Heem et d'Uelzechtall. Help devient réseau national d'aides et de soins à domicile.

4 centres de jour s'ajoutent à la réponse apportée à la population.

Pour la Croix-Rouge luxembourgeoise, une asbl spécifique pour les actes et soins à domicile est créée: Doheem versuergt

Participation aux journées santé, expositions ou foires à raison de +/- 20 journées / an afin de présenter les services offerts à domicile

Contrat free lance dans le cadre du conseil et du soutien de psychologues, ergothérapeutes et kinésithérapeutes

Objectif Plein Emploi développe les centres d'initiative et de gestion local sur plus de 35 communes. Les services de proximité apportent une complémentarité aux aides et soins à domicile. Développement de modules de formation en commun.

### 2003 ...

Engagement des psychologues et ergothérapeutes sous statut salariés par les partenaires

Ouverture des antennes à Ell, Remerschen et à Luxembourg Nord.

### 2004 ...

Définition de la ligne graphique pour les voitures.

Ouverture des antennes d'aides et de soins à Wiltz, Vianden et à Schiffange.

### 2005 ...

Ouverture du Centre Psycho-Gériatrique à Steinfurt.

Ouverture du Centre de Jour Felix Chomé géré par 'Doheem versuergt', de l'antenne d'aides et de soins à Luxembourg sud.

Reprise de l'asbl Uelzechtall par Doheem versuergt.

Fusion des hôpitaux d'Esch/Alzette et de Dudelange pour former le Centre Hospitalier Emile Mayrisch (CHEM).

Emménagement de Doheem versuergt à 11, Place Dargent, L-1413 Luxembourg.

Engagement de kinésithérapeutes salariés par les partenaires.

Le carnet du patient est tiré à 6 000 exemplaires et continue à être sponsorisé par la firme Hospilux.

### 2006 ...

Ouverture d'une plateforme info-éducative à Esch.

En collaboration avec Horesca, le projet Hôtel-autonomie est lancé.

Le premier cahier de l'autonomie sort de presse, trimestriel bilingue qui s'adresse en priorité aux personnes dépendantes. Le tirage est de 6 000 exemplaires. Le financement est réalisé entièrement par le réseau Help.

Reprise de la structure 'Vital Home' à Kayl, structure d'hébergement accompagné, gérée dorénavant par 'Doheem versuergt'.

Création d'un groupe qualité au sein du réseau.

Développement d'une cellule «formation continue»

### 2007 ...

Démarrage d'une permanence au Centre Thermal de Mondorf deux fois / semaine

Le CHEM fusionne avec l'HPMA.

Reconnaissance de Help le 15 juin 2007 comme association d'utilité publique.

2008 ...

Ouverture de l'antenne d'aides et de soins à Schieren le 15 mars 2008 par Doheem versuergt et d'une antenne à Dalheim par Syrdall Heem.

Ouverture le 8 août 2008 du centre de jour à Junglinster au sein du CIPA géré par la Croix-Rouge.

Ouverture d'un centre de jour à Sandweiler et d'une antenne d'aides et de soins à Dalheim par Syrdall Heem en automne 2008

Avec le CIGL d'Esch/Alzette et le CIGL de Schiffflange, programme cinéma à la Kulturfabrik «Kino a Kaffi»

Démarrage de l'informatisation au sein des antennes de soins.

## ACTUALITE

### Nouveau projet de recherche sur les norovirus

Le Laboratoire National de Santé et l'Inspection Sanitaire viennent de démarrer un projet de recherche sur les norovirus, agents responsables des «gripes intestinales», dans plusieurs institutions pour personnes âgées. Le but principal du projet est de récolter des données épidémiologiques et virologiques pendant deux années. Pour plus de détails, veuillez visiter <http://www.lns.public.lu/projets/microbiologie/sensorlux/index.html>.

Nous remercions M. Joël Mossong – épidémiologiste et biostatisticien au Laboratoire National de Santé – pour ces informations et nous vous informons que vous trouverez prochainement davantage d'informations à ce sujet sur notre site <http://www.copas.lu>.

### Le statut unique

Au 1<sup>er</sup> janvier 2009 est définitivement entré en vigueur le statut unique créé par la loi du 13 mai 2008 portant introduction d'un statut unique (Mémorial A – N°60 du 15/05/2008). L'introduction du statut unique emporte plusieurs adaptations au niveau de la sécurité sociale et au niveau du droit du travail. Des informations pertinentes à ce sujet peuvent être consultées à partir de différents sites internet, dont notamment le site [www.ccss.lu/statutunique/](http://www.ccss.lu/statutunique/) et le site [www.itm.lu](http://www.itm.lu).

Avec l'introduction du statut unique ont également fusionnées les caisses de maladies du secteur privé avec l'Union des caisses de maladie pour créer la Caisse nationale de santé – [www.cns.lu](http://www.cns.lu) –, d'une part, et a été mise en place la Mutualité des employeurs – [www.mde.lu](http://www.mde.lu).

### Paramètres sociaux valables au 01.01.2009

Les paramètres sociaux valables au 01.01.2009 peuvent être téléchargés à partir du site [www.mss.public.lu/publications/parametres\\_sociaux/index.html](http://www.mss.public.lu/publications/parametres_sociaux/index.html)

## COPAS INDOOR

### Changement au niveau des instances de la COPAS

Sur proposition de la PASC, Madame Nadine Medinger, responsable du Réseau Tricentenaire, a été cooptée le 31 octobre 2008 au Conseil d'administration de la COPAS, en remplacement de Monsieur Paul Schmit, démissionnaire.

### L'équipe COPAS s'agrandit

Suite au départ en congé maternité de Catherine Mannard à la fin de l'année 2007, suivi d'un congé parental de six mois à temps plein, la COPAS avait engagé Carla Jorge Matias afin d'être à même de faire face aux missions de la COPAS. Au retour de Catherine Mannard à la fin de l'année 2008, la question s'est posée s'il n'était pas opportun de conserver l'expertise acquise par Carla Jorge Matias durant sa présence à la COPAS. Effectivement, au vu des défis du secteur des aides et des soins, défis notamment d'ordre financier, il a paru utile de créer un poste supplémentaire dans le domaine financier. De là, le Conseil d'administration de la COPAS, lors de sa dernière réunion de l'année 2008, a pris la décision de créer ce poste supplémentaire et de le proposer à Carla Jorge Matias.

En considération de ce poste supplémentaire, l'équipe de la COPAS est constituée ainsi:

- **Evandro Cimetta**  
Coordinateur général
- **Stéphanie Heintz**  
Secrétaire-comptable
- **Carla Jorge Matias**  
Assistante chargée d'études, domaine financier
- **Claudine Koster**  
Chargée d'études, domaine soins
- **Aline Mahout**  
Chargée d'études, domaine qualité et recherche et développement

- **Catherine Mannard**  
Chargée d'études, domaine financier

Les coordonnées des collaborateurs de la COPAS peuvent être consultées sur le site [www.copas.lu](http://www.copas.lu) sous contact/contacter l'équipe.

### La COPAS relooke son site internet

Dans la précédente édition de la COPAS-News (Edition Septembre 2008 I 02) était indiqué le lancement prochain du site [www.copas.lu](http://www.copas.lu) relooké. Chose promise, chose due!

Le nouveau site s'articule autour de «menus principaux» repris en horizontal en haut de la page et de «menus secondaires» repris en vertical à la partie gauche de la page. Ces «menus secondaires» varient bien entendu en fonction du «menu principal» choisi. De plus, dans la partie gauche de la page est prévue une fonctionnalité permettant un accès réservé, par l'introduction d'un «Identifiant et d'un Mot de passe.» Il va de soi que cet identifiant et ce mot de passe ne sont pas requis pour naviguer dans la partie «publique» du site.

Même si à certains endroits figure encore la mention «Page en construction ...», nous invitons d'ores et déjà tous nos lecteurs à visiter notre nouveau site et à nous faire part de toute suggestion permettant de l'améliorer davantage.

A ce jour, la COPAS compte 18 membres – ententes et membres individuels – qui gèrent au Grand-Duché de Luxembourg la quasi-totalité des maisons de soins, des maisons de retraite, des structures pour personnes handicapées, des institutions actives en matière de psychiatrie extra-hospitalière, des centres de jour psycho-gériatriques, des réseaux de maintien à domicile. Pour s'occuper des personnes qu'ils prennent en charge, les membres de la COPAS emploient plus de 9.000 salariés.