



Union des Villes et  
Communes de Wallonie asbl  
Fédération des CPAS



Association de la Ville et des  
Communes de la Région de  
Bruxelles-Capitale  
Section CPAS  
Vereniging van de Stad en de  
Gemeenten van het Brussels  
Hoofdstedelijk Gewest  
Afdeling OCMW



AFDELING  
OCMW's



# ACCORD SOCIAL 2011 POSITION DU SECTEUR PUBLIC DES MAISONS DE REPOS

Avril 2010

**UNION DES VILLES  
ET COMMUNES DE  
WALLONIE**  
(UVCW)  
Rue de l'Etoile, 14  
5000 - NAMUR  
Tél.: 081.24.06.51  
Fax: 081.24.06.52

**ASSOCIATION DE LA VILLE ET  
DES COMMUNES DE LA RÉGION  
DE BRUXELLES-CAPITALE**  
(AVCB)

Rue d'Arlon, 53 Bte 4  
1040 - BRUXELLES  
Tél.: 02.238.51.40  
Fax: 02.280.60.90

**VERENIGING VAN  
VLAAMSE STEDEN  
EN GEMEENTEN**  
(VVSG)

Rue du Pavillon, 9  
1030 - BRUXELLES  
Tel : 02.211.55.00  
Fax: 02.211.56.00

## 1. Quelques données de base sur le secteur public des maisons de repos

### 1.1. En fonction du nombre de lits (2010 - Inami)

Les maisons de repos publiques représentent un peu moins de 41.000 lits, soit 31,3 % du total.

Statut	Flandre	Wallonie	Bruxelles	Germanophone	Total
Public	23.867	12.873	3.853	339	<b>40.932</b>
Asbl	33.443	10.080	1.890	164	45.577
Lucratif	10.071	24.343	9.738	238	44.390
Total	67.381	47.296	15.481	741	130.899

Statut	Flandre	Wallonie	Bruxelles	Germanophone	Total
Public	18,2%	9,8%	2,9%	0,3%	<b>31,3%</b>
Asbl	25,5%	7,7%	1,4%	0,1%	34,8%
Lucratif	7,7%	18,6%	7,4%	0,2%	33,9%
Total	51,5%	36,1%	11,8%	0,6%	100,0%

### 1.2. En fonction du personnel de soins (2006 - Inami)

Les maisons de repos publiques représentent environ 37 % du total du personnel de soins. Cela signifie que le secteur public a un taux d'encadrement plus élevé que le secteur privé et que pour les calculs budgétaires, il faut travailler autant que possible sur base de données d'emploi.

Secteur	Infirmier	Soignant
Public	5.542,79	8.413,34
Public + Privé	14.850,63	22.773,70
Part du public	<b>37,3%</b>	<b>36,9%</b>

### 1.3. Par rapport au personnel hospitalier (2009 - ONSS-APL)

Si l'on prend ensemble les hôpitaux publics et les maisons de repos publiques, on constate que les maisons de repos représentent presque 43 % du total. Presque 3 membres du personnel sur 4 sont contractuels.

Nace	Sector	Nommés	ACS-APE	Autres contractuels	TOTAL
86101	Hôpitaux généraux*	14.409	355	26.085	40.849
86102	Hôpitaux gériatriques	365	0	585	950
86103	Hôpitaux spécialisés	149	0	619	768
86104	Hôpitaux psychiatriques	676	13	924	1.613
86109	Autres services hospitaliers	170	2	75	247
87101	Maisons de repos et de soins (MRS)	7.423	5.367	15.434	28.224
87301	Maison de repos (MR)	1.463	945	2.686	5.094
Sans les hôpitaux gériatriques et les hôpitaux spécialisés		24.655	6.682	46.408	77.745

<b>MR+MRS</b>	8.886	6.312	18.120	33.318
MR+MRS/total	36,0%	94,5%	39,0%	<b>42,9%</b>
MR+MRS par statut	26,7%	18,9%	54,4%	100,0%

Par ailleurs, de 2003 à 2009, l'emploi des maisons de repos publiques a progressé de près de 5 %, soit 1600 ETP alors que celui des hôpitaux publics reculait de 3.500 unités, soit 7,3 %. Cette baisse est à attribuer pour une grande part au changement de statut de certains hôpitaux publics et n'est pas représentative de l'ensemble du secteur des hôpitaux<sup>1</sup>. En ce qui concerne les maisons de repos publiques, les chiffres sont clairs: les maisons de repos publiques montent en puissance et créent de l'emploi de manière significative.

Onss-apl	2003	2009	2009-2003	
MR-MRS	31.734	33.318	1.584	5,0%
Hôpital	47.934	44.427	-3.507	-7,3%
	79.668	77.745	-1.923	-2,4%

	2003	2009
MR-MRS	39,8%	42,9%
Hôpital	60,2%	57,1%
	100,0%	100,0%

---

<sup>1</sup> Notamment ceux du CPAS d'Anvers.

## **2. Principes généraux**

2.1. En 2005, la négociation a eu lieu sans les employeurs. L'accord a été négocié avec les organisations syndicales représentatives et les employeurs ont été "informés" des éléments convenus entre le Ministre des Affaires sociales et les syndicats. Il est important que les employeurs soient associés aux négociations dès le début.

2.2. La mise en œuvre de certaines mesures a été très compliquée. Nous pensons par exemple au complément fonctionnel infirmier. Il faut impliquer les Administrations compétentes le plus tôt possible afin d'éviter de se trouver à nouveau avec des mécanismes très difficiles à implémenter.

2.3. Conformément au principe de simplification administrative, les mesures décidées doivent être simples et facilement applicables.

2.4. Pour répondre le mieux possible aux besoins d'accueil, d'accompagnement et de soins des aînés, l'Etat fédéral, les Communautés et les Régions développent des protocoles depuis un certain nombre d'années. Le premier protocole date du 9 juin 1997 et réglait une reconversion de lits de maison de repos indépendamment de tout accord social.

Le protocole 3 du 13 juin 2005 faisait ce lien et prévoyait qu'une reconversion de lits de maison de repos était possible après que les maisons aient appliqué les accords sociaux de 2005.

Le lien entre reconversion de lits et accord social a singulièrement compliqué les choses sans apporter de véritable plus-value sociale. On a mélangé des éléments de politique salariale et de politique de santé. Il ne faut plus un tel lien à l'avenir.

2.5. De même, on a fait une connexion entre l'accord social et la problématique des alternatives de soins. Ici aussi on a mélangé des registres différents. Ce ne doit plus être le cas dans le prochain accord.

2.6. Les mesures de l'accord doivent être financées totalement.

Dans cette optique, il faut que le financement se fasse sur base de l'emploi réel et non de montants forfaitaires. Dans le troisième volet, pour le personnel d'hébergement des maisons publiques, le financement se fait indirectement sur base du personnel de soins. Il en résulte un sous-financement de ce personnel.

Par ailleurs, si ces mesures induisent une hausse de l'emploi au-delà des normes, il convient d'adapter les plafonds prévus dans le troisième volet. A défaut, il y aurait une réduction linéaire du financement. Selon les derniers chiffres de l'Inami, l'emploi du troisième volet avoisinerait 24.370 ETP pour un plafond de 24.882 ETP. La situation devient très délicate.

2.7. Le financement de l'accord se ferait dans la marge de 4,5 % du budget de l'Inami (assurance soins de santé). Nous rappelons que cet argent doit être utilisé normalement pour améliorer les soins aux malades et aux aînés (les résidents) en rencontrant de nouveaux besoins et non pour octroyer de nouveaux avantages sociaux.

En particulier, la capacité à répondre au trend démographique ne doit pas être hypothéquée par l'accord social. Pour mémoire, 75 % des résidents ont plus de 80 ans et le nombre d'octogénaires va connaître une croissance soutenue sur la période de l'accord social.

<b>Population &gt; 80 ans</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Niveau	529.978	548.506	565.261	580.155	590.701	600.044	606.916
Taux de croissance		3,5%	3,1%	2,6%	1,8%	1,6%	1,1%

### **3. Orientations**

#### **3.1. Priorité à l'emploi**

Vu le contexte économique, la priorité doit être la création d'emplois. L'économie blanche est un axe de développement d'avenir qui génère des emplois non délocalisables.

En maison de repos, cela doit passer par un renforcement des normes de personnel qui n'aggrave pas la pénurie infirmière.

L'accompagnement des personnes atteintes de démence requiert une approche complémentaire, distincte de l'approche soins<sup>2</sup> ou de l'approche sociale. Cet accompagnement, qui tient plus de l'encadrement de proximité et de sécurité du patient, ne nécessite donc pas des compétences spécifiques en soins médico-infirmiers, mais des compétences en terme d'approche relationnelle de ces personnes atteintes de démence. Des emplois de ce type devraient être encouragés.

#### Fiche technique

Le groupe de travail démence a rédigé un rapport pour un meilleur accompagnement des personnes atteintes de démence. Ce rapport va être discuté bientôt dans la Commission de conventions Inami Conformément à la proposition 5 du rapport à la Commission de conventions sur l'amélioration de l'accompagnement des personnes atteintes de démence, une option serait de porter l'encadrement pour les résidents A avec un diagnostic de démence au niveau de celui des résidents B.

#### **3.2. Deuxième pilier de pension pour les contractuels**

Dans l'accord de 2005, un premier effort a été accompli. Un financement a été réservé pour octroyer une pension complémentaire aux contractuels. Il y a des discussions aux échelons régional et fédéral pour aller plus loin. Nous plaçons pour que des moyens complémentaires soient libérés pour financer ce deuxième pilier.

#### Fiche technique

Nous demandons que l'on tienne compte des chiffrages de l'ONSS-APL. Compte tenu de l'effort déjà réalisé en 2005, nous demandons que l'on finance le minimum intersectoriel. Dans l'état actuel du débat est évoqué 1 % de la masse salariale.

#### **3.3. Formation en gériatrie**

Au cours de leur cursus de base, les membres du personnel ne sont pas assez préparés au contexte spécifique des MR-MRS et n'ont pas une culture gériatrique. Il convient donc de renforcer leur formation continuée.

Nous plaçons pour que des budgets soient libérés pour encourager la formation continuée en gériatrie.

---

<sup>2</sup> Au sens médico-infirmier.

## Fiche technique

Conformément au mémorandum fédéral de nos trois Fédérations, nous demandons qu'1 % du financement Inami soit prévu pour la formation supplémentaire.

### **3.4. Formation 600**

La formation 600 est un élément de réponse à la pénurie infirmière. Elle a donné des résultats positifs depuis 2000. Il convient de la prolonger.

Toutefois, le taux d'intervention dans le secteur public est de 31.532 euros maximum. Il ne couvre pas le coût du remplaçant.

Pour le secteur privé, l'intervention est de 33.500 euros maximum. A court terme, l'intervention maximum en secteur public doit être égale à celle du privé. Elle doit ensuite progressivement s'aligner sur le coût salarial réel du remplaçant.

De préférence, les candidats des maisons de repos devraient suivre la formation d'infirmière en gériatrie ou en psychiatrie.

### **3.5. Prise en compte des directeurs**

Dans les accords sociaux précédents des mesures spécifiques ont bénéficié aux infirmières-chef sans être applicables aux directeurs. Nous pensons en particulier à la mesure fin de carrière et au complément fonctionnel pour les chefs de service avec 18 ans d'ancienneté. Cela implique qu'à certains endroits l'infirmière-chef gagne plus que le directeur. Dans certaines zones géographiques, cette fonction devient un métier en pénurie.

Les avantages futurs éventuels pour les infirmiers-chef doivent aussi pouvoir être accordés aux directeurs, éventuellement sous une autre forme.

### **3.6. Chef de service**

Le fonctionnement des maisons de repos s'est grandement complexifié au cours des 20 dernières années. Cette évolution exige une plus grande professionnalisation. A l'heure actuelle, en dessous du directeur, le seul cadre intermédiaire reconnu est l'infirmière-chef. Pour celle-ci, en secteur public, il existe des échelles barémiques spécifiques. Par contre, il n'y a pas une reconnaissance structurelle des chefs de services qui assurent la supervision des trois "fonctions" de l'hébergement: la cuisine, l'entretien et la buanderie. Il faut aller vers cette reconnaissance.

### **3.7. Centre de soins de jour**

Les centres de soins de jour sont appelés à un développement important. Souvent, ils sont situés dans le même bâtiment que la maison de repos. Il convient que les mesures prises concernent tant les maisons de repos que les centres de soins de jour.

### **3.8. Services infirmiers à domicile**

Les mesures prévues pour les services infirmiers à domicile privé doivent aussi valoir pour les services publics avec un financement analogue et dans le même timing. On a en effet observé un important décalage pour la mise en œuvre des mesures pour les services infirmiers du secteur public du précédent accord.

