

**ACCORDS SOCIAUX POUR LES SECTEURS FEDERAUX DE LA SANTE**  
**LE SECTEUR PUBLIC EN GRAND DANGER !**

*Conférence de presse – 13 avril 2005*

Nous représentons les employeurs publics des maisons de repos, hôpitaux et services de soins infirmiers à domicile. En tant que service public, nos établissements ont notamment comme principe l'égalité des usagers.

**1. UN JOB A 80.000 PERSONNES – AVEC PLUS DE STABILITE ET DE TEMPS LIBRE**

Nous donnons un emploi direct à près de 80.000 personnes soit 35,43 % des jobs des secteurs fédéraux des soins de santé.

Emplois (personnes – 2004)				
Institutions	Région	Statutaires	Contractuels	Total
MR-MRS	<i>Flandre</i>	7.346	12.533	19.879
	<i>Bruxelles</i>	927	2.216	3.143
	<i>Wallonie</i>	1.749	6.963	8.712
Total		10.022	21.712	31.734
Hôpitaux	<i>Flandre</i>	10.033	11.530	21.563
	<i>Bruxelles</i>	2.029	4.980	7.009
	<i>Wallonie</i>	6.807	12.555	19.362
Total		18.869	29.065	47.934
<b>Total général</b>		<b>28.891</b>	<b>50.777</b>	<b>79.668</b>
Source ONSS-APL				

Notre personnel a une ancienneté plus élevée et un nombre de congés plus important que la moyenne du secteur. Ainsi, il n'est pas rare que nos travailleurs aient déjà 25 voire 30 jours de congés. Sur base annuelle, nous avons déjà réduit le temps de travail.

Nous donnons donc non seulement un emploi à beaucoup de personnes mais en plus nous leur offrons un emploi plus stable avec davantage de temps libre.

Ancienneté du personnel (années - 2003)				
Institutions	Région	Soignant	Infirmier	"Paramédical"
MR-MRS	<i>Flandre*</i>	11,2	11,4	8,5
	<i>Bruxelles</i>	12,1	14,3	12,6
	<i>Wallonie</i>	12,8	12,8	10,2
	<i>Moyenne INAMI</i>	8	10	8
Source: AVCB, UVCW, VVSG – *Flandre (2001)				

## 2. LE CONTEXTE DU PROJET D'ACCORD – PAS DE DIALOGUE SOCIAL

a) Le secteur fédéral des soins de santé est composé des maisons de repos, des hôpitaux et des soins infirmiers à domicile.

b) Dans le secteur privé, les syndicats et employeurs négocient des accords sociaux et des conventions collectives. Pour le public, au sein du Comité C ou du Comité A, les Ministres compétents concluent des accords cadres avec les seuls syndicats. Les employeurs publics locaux n'ont pas qualité de partenaire social et n'ont pas la capacité de signer les accords. Ils sont associés en tant que techniciens de l'Autorité, à discrétion des Ministres compétents.

c) Les employeurs publics sont attentifs au bien-être de leur travailleur et savent que c'est un élément de motivation et de qualité de prestation. Ils sont conscients des problèmes de charge de travail, de valorisation des compétences et de pénibilité rencontrés sur le terrain. Ils sont favorables à des mesures financées et adaptées qui y offrent une véritable réponse. Ils ont d'ailleurs fait des propositions en ce sens.

d) Parallèlement à la discussion propre au Privé, un projet d'accord (*Annexe 1*) a été négocié par les Ministres fédéraux de l'Emploi et des Affaires sociales avec les seuls syndicats publics.

**Nous désapprouvons vivement ce texte insuffisamment financé, trop compliqué, peu évalué.** S'il inclut quelques éléments positifs, pour l'essentiel, il pose de sérieux problèmes en termes de méthode et de contenu.

e) Nous avons écrit à ce sujet aux Ministres fédéraux concernés le 17 mars (*Annexe 2*). Nous avons également interpellé les Ministres régionaux compétents. Nous n'avons eu aucune réponse du Fédéral. Ce vendredi, son intention est d'obtenir la signature des Partenaires privés. La conclusion du texte secteur public devrait alors suivre.

**A quelques encablures des élections communales, nous sommes profondément inquiets pour l'avenir de nos établissements de soins publics et des finances locales.** En l'absence de réponse ministérielle, il nous a paru nécessaire de communiquer largement sur les nombreux et profonds problèmes qui s'annoncent aux établissements publics de soins et donc aux communes.

### 3. UN TEXTE INSUFFISAMMENT FINANCE, TROP COMPLIQUE, PEU EVALUE

a) Les *employeurs publics* ont été *exclus* de la négociation des mesures concrètes. C'est non démocratique et cela bafoue le principe de l'autonomie locale et d'autonomie de gestion des hôpitaux. Dans le texte actuel, les employeurs publics ne sont toujours pas interlocuteurs dans le dialogue social. C'est anachronique: le gestionnaire endosse, sur le plan du fonctionnement, de l'organisation ainsi que sur le plan financier, la responsabilité finale de l'activité de soins de son établissement mais son point de vue est ignoré.

b) Les *garanties de financement* sont imprécises ou absentes. Au niveau macro, les "accords" coûteraient 78 millions d'euros: 55 financés via la norme de croissance soins de santé (4,5 %), 23 de façon "exogène". Ils iraient jusqu'en 2010 alors que la norme ne vaut que pour la législature. Cette technique réduit en outre la marge au sein de 4,5 % pour répondre à de nouveaux besoins.

Aucun budget n'est prévu pour la "statutarisation" du personnel, la généralisation du statut d'employé et le remplacement immédiat du personnel absent. Il y a également un réel problème pour le pécule de vacances à 92 %, la prime d'attractivité et les jours de congé complémentaires. Les mesures s'appliquent à tout le personnel. Or le Fédéral n'intervient que partiellement pour le personnel au delà et hors des normes<sup>1</sup>.

Le solde non financé aboutira à une *détérioration des finances locales*. Nombre de communes et d'hôpitaux sont soumis à de difficiles plans d'assainissement. La mise en conformité avec les normes MRS<sup>2</sup> est déjà un défi budgétaire majeur. Les hôpitaux ont un sous-financement abyssal évalué à 365 millions d'euros.

Les plans d'assainissement vont échouer si de nouvelles charges sont imposées sans couverture monétaire. Ces non financements vont créer des pressions dans le sens de la sous-traitance ou de la fermeture de service(s). Il est à prévoir que les avantages obtenus pour la maison de repos serviront de référence pour les revendications ultérieures en faveur du personnel de la commune. Sans aucun financement.

c) En 2000, une mesure dite de fins de carrière visait à rencontrer le problème de la pénibilité. Positive, elle prévoit une réduction du temps de travail ou une prime en fonction de l'âge. A l'avenir, elle serait facilement et définitivement acquise à un travailleur qui a 200 heures de prestations irrégulières sur 2 ans, soit 5 %. *L'objectif de base, la lutte contre la pénibilité, est oublié*. Des moyens sont saupoudrés alors que nombre de besoins restent sans réponse (soins palliatifs, démence, ...).

Complémentaire, une des mesures prévoit l'octroi d'un nombre important de *jours de congés supplémentaires* au personnel de 52 ans et plus, sans tenir compte des jours de congés locaux (i.e. en plus des congés légaux). Ils sont accordés sur le terrain et sont nombreux. Cela pose déjà difficulté pour la *continuité des services*. De plus, apparaissent par cette mesure de grandes et intenable différences entre les membres du personnel des institutions de soins et les membres du personnel des services centraux des CPAS qui exercent parfois les mêmes fonctions.

---

<sup>1</sup> Via le maribel social, les ACS et le troisième volet en maison de repos.

<sup>2</sup> En 2010, il faut des chambres avec cabinet de toilette et au moins 12 m<sup>2</sup>. En outre, il faut au moins 50 % de chambres individuelles.

d) Les Gouvernements ont fait de la *simplification administrative* un leitmotiv. Les mesures avancées vont à l'opposé de ce principe. On éparpille les financements via des Fonds aux contours flous. On augmente les formalités administratives. Il y a une inflation des devoirs d'information et de mesures de contrôle et ce alors que les établissements de soins et les CPAS sont déjà soumis à de multiples contrôles. A certains moments, le texte frise la *présomption de suspicion*. Enfin, on a inclus dans le texte des éléments qui, en principe, ne relèvent pas de la logique d'un accord social.

e) La recommandation, pratiquement proche de l'obligation de *statutariser après 5 ans sans financement* est un empiètement sur les compétences régionales et sur l'autonomie locale prévue par la loi organique qui accorde aux CPAS la compétence d'engager des contractuels. Les plans d'assainissement régionaux interdisent d'ailleurs toute nomination à une série d'employeurs publics. Pareille obligation plomberait la viabilité des établissements de soins publics.<sup>3</sup>

f) La *faisabilité* juridique de ces mesures et leurs effets induits n'ont *pas* été évalués.

Il est prévu de généraliser le statut d'employé. La *dichotomie employé-ouvrier* est sans doute obsolète mais elle est structurante de l'ensemble du champ social. Si elle doit être débattue, c'est d'abord au sein du *Conseil national du travail*. A défaut, il y aura des effets pervers via, notamment, des externalisations accrues. L'emploi régressera alors que l'objectif est de l'accroître. Cette obligation au seul niveau des établissements de soins et pas dans le reste de la commune heurte le principe d'égalité. Au niveau d'une commune, elle paraît impraticable en termes de statut et de gestion de personnel. Comment l'expliquer aux travailleurs?

Au niveau local, il convient d'éviter les disparités non justifiées au sein du personnel. Elles sont de nature à perturber la paix sociale et affecter la motivation au travail du personnel et sa mobilité. Le projet impose le *pécule de vacances à 92 % dès 2005 en maison de repos* et selon à un phasage à déterminer au niveau hospitalier alors que les accords régionaux l'imposent plus tard au niveau communal.

Il requiert aussi le remplacement immédiat du personnel absent. C'est impossible pour certaines qualifications "rares" (ex.: infirmières).

g) Vu la complexité des réglementations, les responsabilités croissantes et la lourdeur de la gestion, on constate des *difficultés de recrutement pour les postes du management*. Le texte en discussion aggraverait le problème et la difficulté des prévisions budgétaires.

h) L'accord ne prévoit aucun moyen financier pour répondre au problème de la *pénurie infirmière*. Il n'y a pas de moyens pour la formation 600<sup>4</sup> qui avait pourtant donné des résultats encourageants. Un arrêté royal va définir l'aide-soignant. Les établissements de soins devraient pouvoir recourir davantage à ce personnel qualifié si la continuité infirmière est assurée.

---

<sup>3</sup> Juridiquement, le principe d'égalité des Belges devant la loi impose la publication de tout poste vacant de recrutement avant d'y pourvoir. En outre, il faut des examens. Comment concilier l'automatisme de la "statutarisation" et ces conditions? En outre, à Bruxelles, le personnel doit être titulaire d'un brevet linguistique pour être nommé.

<sup>4</sup> Possibilité pour un membre du personnel de devenir infirmier en restant rémunéré et en étant remplacé par un travailleur financé par le maribel social.

#### 4. REVENDICATION DES EMPLOYEURS

Nous espérons que les Ministres fédéraux et régionaux écoutent les légitimes attentes des employeurs publics. Il est grand temps qu'un véritable dialogue soit engagé avec eux. Concrètement, nous demandons:

- 1) Ouverture d'une véritable dialogue avec les employeurs publics;
- 2) Financement complet et exogène des mesures et des obligations complémentaires et ce comme condition nécessaire d'application des mesures;
- 3) Pas de restriction dans l'emploi contractuel;
- 4) Prise en compte des avantages déjà octroyés, e.a. en matière de congés;
- 5) Des mesures et des moyens pour faire face à la pénurie infirmière;
- 6) Financements via les canaux traditionnels (Inami, Santé publique) et non via des Fonds;
- 7) Vérification de la faisabilité juridique des mesures par des experts des différentes branches du droit;
- 8) Un financement pour les frais administratifs liés à la mise en œuvre du texte.

A défaut d'avancées significatives dans ce dossier, nous serions confrontés demain à de nouvelles impasses financières et la viabilité de nos structures sera sérieusement compromise.

Yves SMEETS,  
Directeur général de  
l'Association Francophone  
d'Institutions de Santé

Luk VAN ROYE,  
Directeur Nederlandstalige  
Kamer van VOV-AEPS

Claude EMONTS,  
Président de la Fédération des  
CPAS de l'Union des Villes et  
Communes de Wallonie

Suzanne COOPMANS,  
Présidente a.i. de la Section  
CPAS de l'Association de la  
Ville et des Communes de la  
Région de Bruxelles-Capitale

Monica DE CONINCK,  
Voorzitter van de Afdeling  
OCMW's van de Vereniging van  
Vlaamse Steden en Gemeenten

*Pour tous renseignements concernant la présente, vous pouvez joindre*

*UVCW/AVCB: Monsieur Jean-Marc Rombeaux – tél.: 0473.89.96.88*

*VVSG: Madame Ruth Stokx – tél.: 02.211.55.27*

*AEPS: Monsieur Michel Mahaux – tél.: 02.286 85 58*

*AFIS: Monsieur Yves Smeets – tél.: 02.515.05.55*

*VOV: Monsieur Luk Van Roye – tél.: 02.286.85.52*