



Union des Villes et
Communes de Wallonie
asbl



Fédération des CPAS

Vos réf. :
Nos réf. : LV/ALV/JMR/cb/2023-80
Votre correspond. : Jean-Marc Rombeaux
081 24 06 54
jean-marc.rombeaux@uvcw.be

Annexe(s) : 1

A l'attention de Monsieur Pierre-Yves Lambotte,
Conseiller

Madame Christie Morreale
Vice-Présidente et Ministre de l'Emploi,
de la Formation, de la Santé, de l'Action
sociale et de l'Egalité des chances
Rue Kefer, 2
5000 Namur

Namur, le 21 décembre 2023

Madame la Ministre,

**Concerne : *Obligation de permanence infirmière en MRS
Intérim aide soignant
Liste du personnel de réactivation
Personnel de réactivation - Aide soignant***

Un groupe de travail encadrement a été lancé à l'Aviq en 2022 pour le personnel des MR-S.
Dans ce cadre, trois propositions ont été déposées :

- une révision de la permanence infirmière en MRS de manière à ne plus la rendre systématiquement obligatoire, mais possible ;
- la prise en considération des prestations d'aides soignants intérimaires dans le calcul des normes en personnel financées via la partie A1 du forfait ;
- un élargissement de la liste du personnel de réactivation calqué sur Bruxelles.

Ces orientations ont été discutées au sein de la Commission Grand Age le 28 novembre et ensuite par le Comité directeur de la Fédération des CPAS le 21 décembre, tous deux vivement opposés aux deux premières et souhaitent que la troisième soit revue en groupe de travail.

1. UNE RÉVISION DE LA PERMANENCE INFIRMIÈRE 7/7, 24/24 EN MRS DE MANIÈRE À NE PLUS LA RENDRE SYSTÉMATIQUEMENT OBLIGATOIRE MAIS POSSIBLE

Aujourd'hui, la continuité infirmière doit être garantie en permanence s'il y a des lits MRS, mais pas dans les maisons de repos pures.

Pour mémoire, il s'agit de maisons sans lit MRS. Elles ne sont plus aujourd'hui que 85 sur 558, soit 15 % et ne représentent que moins d'un lit sur 10 (8,3 %).

La demande de suppression de l'obligation de la présence d'infirmière la nuit se fonde en résumé sur les arguments suivants. Dans les MR pures, c'est du personnel aide soignant qui assure la nuit. Lorsqu'un établissement dispose d'une première requalification, du jour au lendemain, il doit rencontrer la permanence infirmière alors même que les profils de dépendance n'ont pas changé. La veille, pas de permanence, le jour de la requalification, obligation de la permanence. Il est constaté qu'il n'y a pas toujours pour autant d'apport qualitatif. Le travail de nuit est strictement encadré. La nuit, l'infirmière pose des actes infirmiers non déléguables, d'autres actes infirmiers déléguables comme les soins d'hygiène en soutien aux aides soignants et la préparation des médicaments. Or, la technologie est de plus en plus présente : les médicaments sont préparés par le pharmacien dans le cadre de la PMI et des détecteurs de chutes sont installés dans les chambres. Le recours aux lunettes google est aussi évoqué par certains pour l'évaluation à distance de la situation. Le personnel infirmier présent la nuit serait beaucoup plus utile le jour.

Qu'en penser ? Les profils d'aujourd'hui sont très différents de ceux d'il y a trente ans. Les personnes qui entrent en maison de repos le font de plus en plus tard avec davantage de problèmes de santé. Certains estiment que les MR-S ont « tendance » à se rapprocher des services G.

Les MR pures sont très minoritaires : 15,2 % des maisons et représentent 8,3 % des lits, soit moins d'un lit sur 10. Elles sont en diminution depuis 30 ans. Depuis 1997, au travers des accords de requalification de lits de MR en MR-S, la volonté politique est qu'il n'y ait plus de MR pures avec des profils peu autonomes (les B et C selon l'échelle de Katz).

Si une infirmière n'est pas présente la nuit et qu'un acte infirmier réservé aux infirmières est à poser, que fait-on ? À titre d'exemple, une pompe à morphine à changer la nuit pour un patient palliatif, un incident avec un oxyconcentrateur, un problème avec une perfusion, la préparation d'un médicament (ex. antalgique) qui n'est pas en PMI, une injection de valium en cas d'épilepsie, une injection de glucagon en cas d'hypoglycémie...

Fait-on appel à une infirmière de garde ? Où va-t-on en trouver ? A quel prix ? Faut-il rappeler que se déplacer est hasardeux la nuit dans certains quartiers, a fortiori pour une femme ?

Hospitalise-t-on ? Si on hospitalise, ce n'est pas bon pour le bien-être du résident et est coûteux pour la collectivité ainsi que le résident. La nuit, le directeur n'est pas là, l'infirmier-chef n'est pas là, le seul « responsable » est l'infirmier. Il y a aussi la réponse aux chutes et l'accompagnement de fin de vie. Laisser des aides soignantes seules la nuit dans une grande maison de plus de 100 lits est hasardeux. Elles ne peuvent poser que des actes délégués et ont une formation plus courte. Face à un incident, leur pouvoir d'appréciation et de décision n'est pas le même que celui d'une infirmière. En cas de problème, elles iront encore plus qu'aujourd'hui vers l'hospitalisation. L'hospitalisation perturbe le résident a fortiori s'il a des troubles cognitifs et elle est coûteuse. Si on hospitalise, certains résidents vont partir tard et revenir vers 3-4 heures des urgences, car le service de garde a estimé non nécessaire de garder l'aîné.

Va-t-on organiser des consultations numériques via éventuellement l'intelligence artificielle ? La technologie ne remplace pas tout et notamment le pouvoir d'observation et d'appréciation d'un être humain présent sur le terrain. En outre, quid de la question de la responsabilité en cas de réaction inappropriée fondée de bonne foi par une consultation numérique ?

Est-il acceptable de laisser à l'appréciation du gestionnaire la présence d'une infirmière la nuit ? Cela ne va pas dans le sens de l'égalité de traitement. Le gestionnaire n'est pas formé à apprécier la nécessité d'une infirmière la nuit. Il risque d'y avoir une incitation d'ajustement vers le bas. On va prendre une aide soignante la nuit pas parce que l'on n'a pas d'infirmière, mais parce que cela coûte moins cher. C'est d'autant plus vrai que le secteur est hétérogène. Cela ne va pas améliorer l'image et l'attractivité du secteur. De plus, la présence infirmière la nuit rassure les familles.

Toute une série d'infirmières sont prêtes à travailler la nuit, mais pas le jour. A une série d'endroits, il est plus facile de trouver des infirmières pour la nuit que le jour.

La suppression de la permanence infirmière en MR-S constituerait un péril pour la qualité de soins et le bien-être des résidants. Elle risque fort d'induire des coûts en termes d'hospitalisation tant pour les résidants que la collectivité. Ce serait un recul historique et une incitation à s'ajuster vers le bas. La Fédération des CPAS exprime un désaccord profond et définitif sur celle-ci.

2. PRISE EN CONSIDÉRATION DES PRESTATIONS D'AIDES SOIGNANTS INTÉRIMAIRES DANS LE CALCUL DES NORMES EN PERSONNEL FINANCÉES VIA LA PARTIE A1 DU FORFAIT

Pour le respect des normes de financement, l'intérim est possible pour les infirmières. Cette formule est activée en dernier recours en secteur public même si elle n'est pas formellement autorisée.

Il est souhaitable de constituer des équipes dans la durée. La rotation du personnel existe. Nonobstant les frais de recrutement, l'appel à l'intérim n'est pas souhaitable pour la continuité de service, les repères des résidants, l'esprit d'équipe et la culture du projet de vie. L'intérim est en outre une formule onéreuse et certaines intérimaires viennent avec des exigences horaires. Il est possible que l'intérimaire preste en complément d'un horaire complet classique ailleurs. Ce n'est pas idéal en termes qualitatifs et de prise de risque. On voit des personnes sous contrat quitter l'hôpital et y revenir en tant qu'intérimaire. Autant ne pas légitimer/renforcer ce mouvement « pernicieux ». Enfin, cette mesure ne rencontre pas le problème « en amont » d'une baisse d'inscription pour les études d'aide soignant.

La Fédération des CPAS estime que la formule de l'intérim n'est pas à étendre au personnel aide soignant.

3. UN ALLONGEMENT DE LA LISTE DES QUALIFICATIONS RECONNUES AU TITRE DU PERSONNEL DE RÉACTIVATION

Le personnel de réactivation est le personnel qui accomplit des tâches de réactivation, de rééducation et de réintégration sociale. Ce sont notamment les logopèdes, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, diététiciens, assistants sociaux, éducateurs et psychologues.

Dans la future liste bruxelloise, il y a les professions suivantes :

- o bachelier ou master en pédagogie ;
- o bachelier ou master en gériatrie et psychogériatrie ;
- o bachelier ou master en anthropologie médicale ;
- o CESS d'éducateur ;
- o bachelier en technologie des soins de santé ;
- o bachelier en audiologie ;
- o bachelier en podologie et podothérapie ;
- o master en ostéopathie ;
- o bachelier en art-thérapie ;
- o bachelier ou master post formation en musicologie ;
- o bachelier ou master en médication en soins de santé et médication interculturelle ;
- o CESS en esthétique sociale ou bachelier en esthétique sociale ;
- o bachelier dans le domaine des arts plastiques, de la musique, du théâtre, du cirque, du cinéma

Ce changement de liste à Bruxelles s'accompagne d'une hausse de 0,6 ETP réactivation pour toutes les catégories de dépendance.

Elargir la liste du personnel de réactivation sans augmenter la norme du personnel de réactivation ou pouvoir compenser un manque de personnel soignant au coût du personnel de réactivation est d'un intérêt tempéré. Cela ne résout en rien le manque d'infirmières ou d'aide soignant au chevet du patient notamment pour les toilettes et les mises au lit.

La liste du personnel de réactivation est actuellement composée uniquement de personnes qui ont au moins un niveau bachelier. Mettre « sur le même » pied un titulaire d'un baccalauréat et d'un CESS est qualitativement problématique. Un éducateur A2 peut être utile mais via une autre modalité comme par exemple le récent accord non marchand d'octobre 2023. A certains endroits, ne risque-t-on pas d'opter pour un éducateur A2 plutôt qu'un éducateur A1 ou un ergothérapeute ?

L'intervention ponctuelle de certaines qualifications est potentiellement intéressante. Ainsi un bachelier en art-thérapie ou en musicologie. Faut-il pour cela un engagement ? Y-a-t-il de quoi occuper un horaire à temps partiel avec ce type de profil ? Qu'en penseraient les aides soignants qui « rament » avec les toilettes ?

Quel serait, par contre, l'apport d'un bachelier ou master en pédagogie, bachelier ou master en anthropologie médicale, bachelier en audiologie, bachelier en technologie des soins de santé... ?

La Fédération des CPAS considère que la liste bruxelloise n'est pas à reprendre telle quelle mais à débattre en groupe de travail.

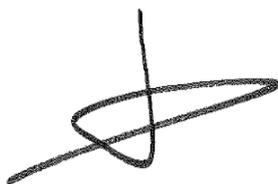
4. DU PERSONNEL DE REACTIVATION A LA PLACE D'UNE PART LIMITEE D'AIDE-SOIGNANT

Actuellement, dans le cadre du mécanisme de compensation pour le personnel financé, 100 % du personnel aide soignant peut être remplacé par du personnel de réactivation. Il est toutefois financé sur base du coût salarial aide soignant. Un financement sur base du coût du personnel de réactivation permettrait par exemple de compenser un manque d'aide soignant par des éducateurs A1 qui seraient correctement financés. Cela a toutefois un impact budgétaire.

À titre illustratif, les éducateurs A1 sont très présents dans le secteur du handicap et disponibles sur le marché du travail. Ils sont aussi fort utiles en maison de repos, notamment pour l'accompagnement de personnes avec des troubles cognitifs. Les personnes avec désorientation représentaient 4 résidents sur 10 dans les maisons de repos publiques en 2020 et elles sont en nombre croissant.

La Fédération des CPAS demande que 20 % du personnel aide soignant puissent être remplacés par du personnel de réactivation sur base du coût salarial du personnel de réactivation.

Nous vous prions d'agréer, Madame la Ministre, l'assurance de notre considération très distinguée.



Alain Vaessen,
Directeur général



Luc Vandormael,
Président