

Cette note est une note de travail qui sera complétée par les représentants syndicaux présents lors de cette audition. Notre collègue Gert Van Hees introduira nos propos. Son intervention n'est pas encore reprise dans le document faute de temps.

Merci aux parlementaires d'avoir mis en place cette Commission, et de nous avoir invités à y participer.

Le contexte était déjà très tendu quand la pandémie est arrivée :

Sous financement structurel amplifié par les mesures prises par le dernier gouvernement

De nombreux hôpitaux et services de soins à domicile étaient dans une situation financière difficile avant la crise. Localement, cela se traduisait déjà par un effectif limité au strict minimum financièrement tenable, et par la recherche d'économies via des pratiques de sous-traitance et d'externalisation.

Réforme des hôpitaux sans concertation

Le lancement de la réforme des hôpitaux sans concertation notamment avec les représentants du personnel a créé une méfiance totale et une démobilisation du personnel hospitalier. La Loi sur les réseaux hospitaliers p.ex. a surtout eu pour vocation de protéger le pouvoir du corps médical dans les hôpitaux (4/5 de la loi leur est consacré, contre 4 lignes sur la concertation sociale).

Personnel sous pression

Les mesures prises en matière de raccourcissement des hospitalisations, la fermeture de lits, ... ont amené une tension supplémentaire en terme de charge de travail. La rotation rapide des patients amène une intensification des prises en charge (pas seulement pour le personnel soignant d'ailleurs).

Une pénurie relative de personnel infirmier laissait déjà de nombreux postes vacants (nous disons « relative » parce que le problème n'est pas qu'il manque d'infirmier.e.s en Belgique. Mais qu'il manque d'infirmier.e.s sur le terrain : temps partiels, fuite, m-burn out, invalidité, ...).

L'allongement des études d'infirmier.e.s a déclenché une saturation du système, ce qui a provoqué toute une série de conflits sociaux dès le début de l'année 2019. Les syndicats ont proposé au personnel de structurer ces actions à travers les #mardis des blouses blanches, ce qui a débouché sur l'adoption par le parlement du fameux Fonds des Blouses Blanches (sur lequel nous reviendrons plus tard).

Absence totale de concertation

Au niveau du gouvernement et des autorités :

Au démarrage de la crise, les syndicats du personnel de la santé ont été totalement niés, oubliés, je dirais même contournés. C'est la période du dogme scientifico-économique. Les politiques se cachent derrière les scientifiques, et les décisions se prennent sur ce seul équilibre. « La

concertation est une perte de temps ». Aucune invitation. Bien plus, aucune réponse à nos demande de concertation, même si la demande est posée paritairement avec les employeurs du secteur.

La composition des groupes d'experts visant à gérer la sortie de crise a aussi démontré le peu d'attention portée aux citoyens et aux travailleurs, dans les stratégies développées : un seul représentant du secteur social- santé, aucun syndicaliste, aucun mutuelliste... La négation pleine et entière des corps intermédiaires, avec une amplification médiatique à travers les seuls focus des témoignages de terrain et d'avis d'experts. Aucune place pour les organisations qui sont à l'écoute du terrain mais peuvent contextualiser, structurer, analyser les témoignages pour en tirer des perspectives d'action.

Face à ce constat, les partenaires sociaux ont mis en œuvre à la mi-mars des directives sectorielles en matière d'organisation du travail et de priorités dans la mobilisation des moyens humains. Ils ont transmis ce document au gouvernement en demandant des initiatives réglementaires permettant l'exécution optimale des principes convenus... sans réponse.

Devinez quand nous avons eu la première rencontre avec le cabinet de la Santé : quand la Ministre a décidé de lancer ses 2 AR sur la réquisition et la délégation des soins infirmiers, en sortie de première vague. Ces projets ont fait l'effet d'une attaque en règle contre le personnel qui s'était donné à fond. La ministre a dit avoir consulté... en fait, elle avait consulté quelques représentants des associations professionnelles, mais apparemment n'avait guère tenu compte de leurs remarques. Elle nous a donc consulté en urgence avant la signature royale... pour nous dire qu'elle ne changerait rien à ses projets.

Et la mobilisation qui a suivi, avec des arrêts de travail dans les institutions de soins, a amené la première Ministre S. Wilmès à annoncer le démarrage rapide de négociations vers un accord social, et la non publication des 2 AR...

L'administration : le SPF santé publique nous connaît-il ? Le Conseil Fédéral des Etablissements Hospitalier est-il anti-syndical ?

Nous n'avons pu avoir aucun contact avec le SPF, ni demande d'avis, ni information, que ce soit avant ou pendant la diffusion de directives vers les établissements de soins, ni dans les réflexions sur les stratégies à mettre en place.

Dans ce contexte, il serait intéressant d'analyser la composition et le fonctionnement du CFEH. Cet organe regroupe évidemment des gestionnaires d'hôpitaux, des médecins, ... mais aussi des représentants des organisations professionnelles d'infirmier.e.s. A de nombreuses reprises, il est intervenu à travers la mise en place de techniques de financement, ou dans la remise d'avis, soutenant de façon claire et orientée la position des employeurs dans la concertation sociale. Nous demandons que les organisations syndicales représentatives des travailleurs puissent intégrer le CFEH.

Au niveau des institutions :

Sciensano affirmant que les réunions non essentielles doivent être supprimées, un bon nombre de directions d'établissements de santé ont considéré **les Conseils d'entreprise et les CPPT** comme non essentiels et les ont mis en sourdine.

Cela s'est avéré extrêmement défavorable dans les premières semaines de la pandémie. En effet, toute la question de la prévention et de la protection au travail s'est retrouvée gérée avec très peu de concertation, ce qui a entraîné un déficit important en matière de communication, de compréhension des mesures, d'acceptation,... ce qui a favorisé aussi la fuite de certains professionnels, ou la réticence à aller soutenir les services Covid récemment ouverts.

De même, la question de l'organisation du travail, et plus particulièrement des horaires, sur le court terme et sur le long terme, est cruciale si on veut garantir de disposer de personnel en suffisance en qualité et quantité. Or, il s'agit d'une compétence du Conseil d'Entreprise. Certains employeurs se sont rendus compte très tard qu'une circulaire ne leur permettait pas de ne pas respecter le droit social.

L'absence de communication par les autorités à travers les syndicats a aussi favorisé la résistance syndicale locale à des mesures qui paraissaient alors démesurées.

La santé des travailleurs : Prévention et protection des travailleurs ?

Les Services externes de Prévention et de Protection au Travail

Les **services externes de Prévention et de Protection au Travail** (SEPPT) ont été dans pas mal d'institutions très absents dans la gestion de la première vague au profit des DIRECTIVES SUPERIEURES... Les analyses de risque, la prise en compte des réalités spécifiques,... ont régulièrement été oubliées au profit de l'application formelle des directives, ayant une vision déséquilibrée en faveur de la protection du patient, et ne prenant pas assez en compte le lien entre les conditions de travail, la prévention et la protection du personnel, et sa capacité à rester disponible en bonne santé et non contagieux

La fonction même du médecin du travail paraissait terriblement absente dans les dispositifs de concertation politique, administration et experts scientifiques.

Or cette fonction est déterminante dans le cadre du respect de la confidentialité des données personnelles de santé des travailleurs. Le médecin du travail est l'interlocuteur légitime du travailleur en concertation avec le médecin traitant. C'est lui qui détermine l'aptitude ou pas du travailleur. Au nom du principe de précautions ou au nom de la nécessité de gérer l'organisation du travail, nous avons constaté un nombre non négligeable de dérives graves comme si ce droit fondamental au respect de la vie privée et des données personnelles santé devenait accessoire. Cette approche a nourri la méfiance à l'égard de leur direction de travailleurs se sentant réduit au statut d'outil: communication des résultats du testing à la direction, les infirmiers chefs voire même sur Facebook alors que le travailleur ne recevait pas ce résultat.

Nous le constatons également dans la mise en œuvre de la vaccination et ce alors que la vaccination est volontaire. Ce caractère volontaire est fondamental pour garantir une adhésion solide à la fois de la population et des travailleurs. Nous avons insisté pour que le médecin du travail soit la cheville ouvrière de la vaccination du personnel. Force est de constater que des appels à la vaccination obligatoire portés par les fédérations patronales du secteur des MRS ont crispé la machine.

Aujourd'hui, des travailleurs sont contraints de signer un document en cas de refus de vaccination, Celui-ci est consigné dans le dossier RH du travailleur. Certains travailleurs sont menacés de licenciements en cas de refus de vaccination sans qu'aucune inaptitude ait été déclarée par le médecin du travail.

Atteindre le seuil de l'immunité collective est une nécessité pour aller vers un monde que nous souhaitons meilleur qu'avant. Il ne pourra se réaliser que dans le respect des droits des travailleurs.

Il est impératif que pour le futur un plan de gestion de crise prévoit une cellule de concertation structurelle composée des représentants politiques, des représentants de l'administration, des interlocuteurs sociaux et des représentants de la médecine du travail.

Les moyens de protection

Nous avons tous en tête la saga des masques, le manque de blouses, le manque de matériel d'oxygénothérapie ou le manque de matériel performant.....

Ces épisodes ont créé un état de tension inacceptable pour les travailleurs et un sentiment d'insécurité voire même de concurrence entre les secteurs ou entre services au sein d'un même secteur. Les travailleurs ont souvent exprimé leur incompréhension et leur sentiment d'abandon.

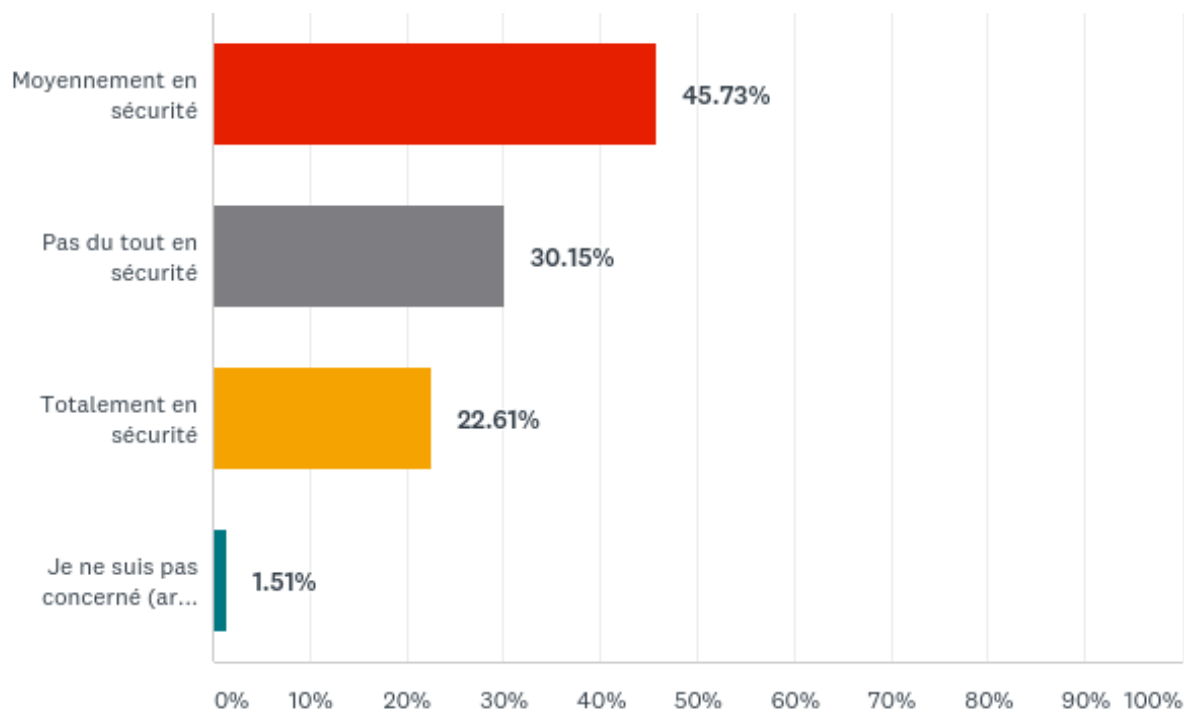
Le matériel a fait l'objet de pratiques lucratives scandaleuses. Les institutions achetaient à prix d'or un matériel essentiel pour protéger les travailleurs de terrain. Ce sera à retenir et à corriger : La loi de l'offre et de la demande ne peut contraindre les acteurs de terrain à travailler en danger pour sauver la vie d'autres humains.

Il est à noter la force des intelligences collectives et de la solidarité qui ont pallié au manque.

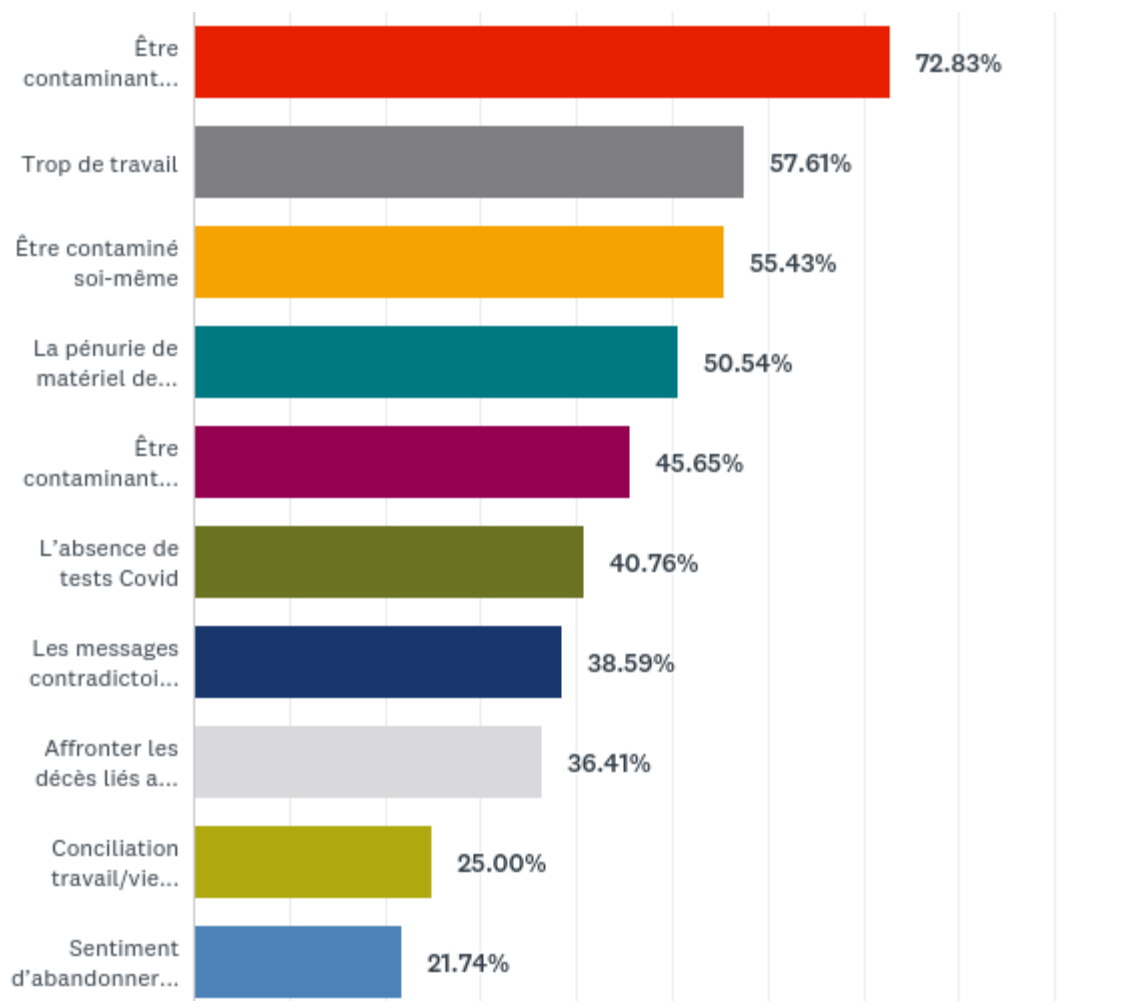
Nous exigeons qu'un stock de matériel stratégique disponible en **quantité suffisante et en tout temps** soit garanti, que ce dit matériel stratégique soit préservé de la spéculation boursière afin de garantir la sécurité de tous les travailleurs devant maintenir leur mission d'intérêt public.

Dans une enquête initiée par nos organisations auprès de 2000 travailleurs du secteur des soins de santé, les travailleurs répondent

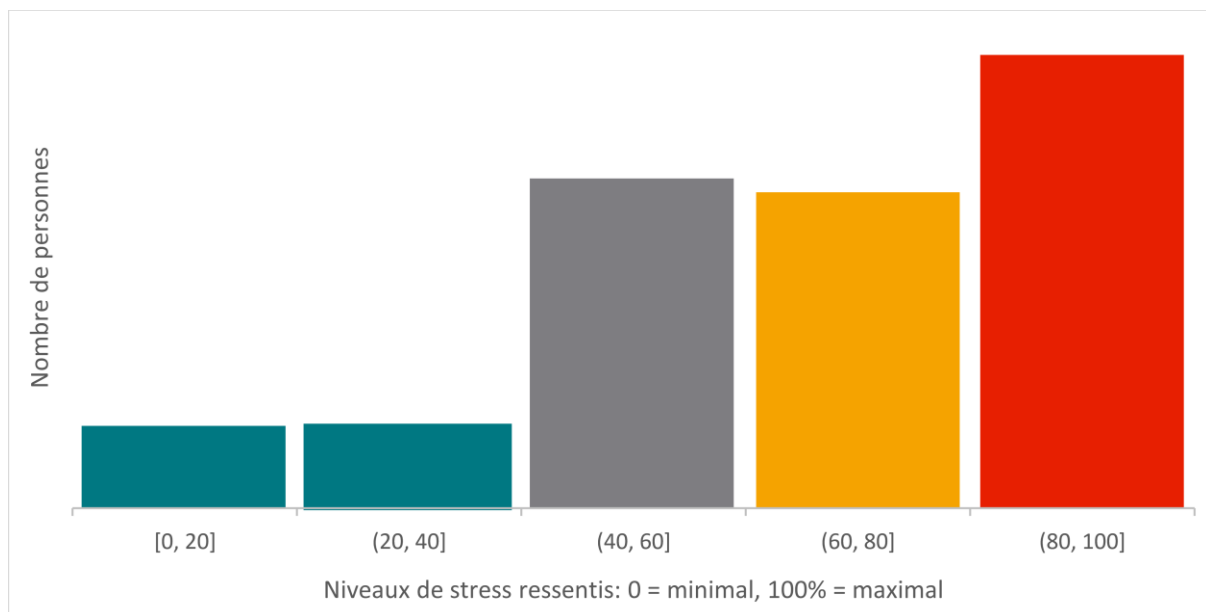
A la question : Durant le maintien de l'activité professionnelle, je me suis senti



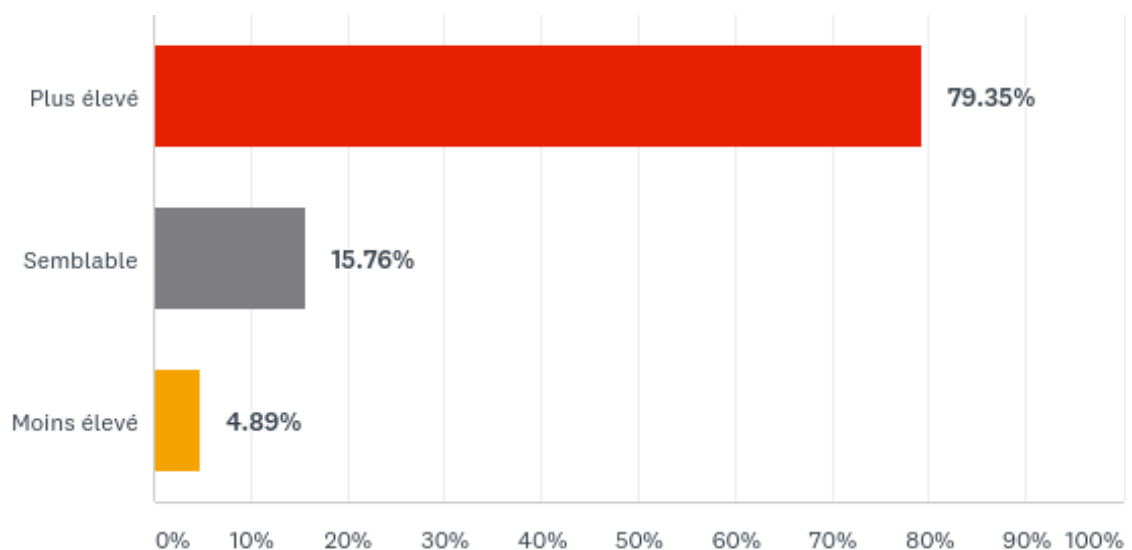
Qu'est ce qui a le plus été source de stress ? (cochez les 7 items les plus importants pour vous)



: Quel est votre niveau de stress professionnel dans le contexte actuel ou dans la perspective de la reprise ?



Par rapport à d'habitude, vous diriez que ce stress professionnel est ...



La question de la santé mentale des travailleurs et de la prévention ou du traitement du burnout seront au cœur des préoccupations des interlocuteurs sociaux mais cela sera également une responsabilité politique car prendre soin, réparer l'humain prend du temps et exige donc des moyens si on ne veut pas augmenter l'intensité du travail de ceux qui restent sur le terrain.

L'impact de l'éparpillement des compétences santé

Nous ne pouvons que regretter que la 6^{ème} réforme de l'Etat ait encore un peu plus éparpillé les compétences de santé, et rétréci le champ d'action des Ministres, mais aussi du système de protection sociale et de santé de la population.

Il paraît aujourd'hui évident que la régionalisation de certains services de soin des personnes âgées et de santé mentale notamment tout comme la gestion de la phase fédérale portent une responsabilité dans le lourd tribut que ces institutions ont payé en terme de décès.

- Que ce soit dans la concurrence en matière de disponibilité, achat, distribution des E.P.I., et spécialement des masques,
- que ce soit par le chaos engendré par la communication des gérontologues laissant croire à certains que les aînés ne seraient pas hospitalisés, ou voire pour d'autres des choix plus ou moins assumés de ne pas les hospitalisés résidents des MR-MRS pour ne pas surcharger les capacités hospitalières ,
- Que ce soit dans le déploiement de structures intermédiaires post-hospitalisation, p.ex. la première vague a prouvé les limites du système. La question fondamentale qui doit trouver réponse pour les travailleurs : comment garantir des prises en charge de qualité en tout temps, comment garantir la sécurité des travailleurs, comment garantir le sens humain de tous ces métiers ? Ce ne sont pas les CODECO rassemblant les chefs de file des différents gouvernements qui ont réussi à colmater les brèches. Bien sûr, on a vu une nette amélioration dans la coordination lors de la 2^{ème} vague, et y compris dans la gestion de la campagne de vaccination, mais cela reste encore franchement chaotique sur toute une série de points (couvre-feu, vacances, mais aussi les primes d'encouragement et les chèques consommation ...).

Quel que soit le système mis en place ou qui régule les relations entre les différents niveaux de pouvoir, il nécessaire de garantir une coordination efficace, équitable entre les différents secteurs, capable de communiquer de manière claire et cohérente afin de ne pas rendre plus complexe une situation qui l'est déjà

Tous les acteurs de la gestion des catastrophes savent que la coordination et la communication efficiente sont les bases de la réussite.

Plan d'action syndical pour des professions du secteur de la santé tenables et attractives :

La crise a mis en évidence que la suprématie de l'économique sur le bien-être avait ses limites. Les applaudissements rimait fortement avec refinancement. La conception que la protection sociale est un coût qui limite l'expansion économique a volé en éclat. L'enjeu fondamental sera donc bien celui du refinancement des fonctions collectives, afin de garantir le bien-être de la population, mais

aussi de rendre à nouveau attractives et tenables ces professions. Attractives pour les jeunes via des conditions de travail et salariales décentes. Tenables pour que le personnel en place puisse faire carrière dans de bonnes conditions, à temps plein, en conciliant vie professionnelle et vie familiale. C'est sur cette base que le cahier de revendications déposé par le front commun syndical a été construit.

A noter que le cabinet Santé a promis, à notre demande, de lancer un groupe de travail sur la problématique globale infirmière.

Le Fonds Blouses Blanches : un gâchis ?

Sur pression des fédérations hospitalières, le Parlement a commis l'erreur de transférer le financement via le BMF. Les 2 douzièmes de 2019 sont versés via le Fonds social paritaire : les emplois sont sur le terrain. Les 10/12 restant à partir de 2020, via le BMF : quasi aucune concertation locale sur l'affectation n'a pu avoir lieu, et la circulaire permet une affectation a posteriori, sans aucune concertation.

Depuis le démarrage, on constate des retards constants sur les textes réglementaires, ce qui retarde ou même empêche l'utilisation des budgets. Bien plus, la circulaire 2020 sort de ce que permet la loi et utilise a posteriori l'argent du FBB pour financer les coûts COVID (au lieu des aides fédérales aux hôpitaux).

Pour 2021 : un GT parlementaire aurait dû proposer des amendements à la loi... On attend toujours... On annonce évaluation fin mars... Cela constitue des risques réels que le budget ne soit utilisé qu'à moitié en 2021 !

Entretemps, une campagne de formation pour des travailleurs voulant réorienter leur carrière vers les soins est d'ores et déjà lancée avec une partie du budget.

Les partenaires sociaux ont aussi décidé d'utiliser une partie importante des moyens pour exécuter la mesure de l'Accord social : « 1 ETP en plus par unité de soins »

- Accord social du 07 juillet 2020, validé entretemps par le gouvernement actuel.

. Cette mesure « 1 ETP en plus par unité de soins », financée par le Fonds BB doit permettre d'améliorer les conditions de travail, non seulement en diminuant la charge de travail mais aussi en concluant des CCT en ce sens.

. 500 Millions € pour la mise en œuvre du nouveau modèle salarial, à partir du 01/07/2021. Travail intensif en cours, très technique, en paritaire, et partiellement en tripartite avec le gouvernement.

. 100 Millions € pour l'amélioration des conditions de travail

Des CCT ont été signées ou sont quasi signées :

3 semaines consécutives de vacances, stabilité des horaires, mise en place d'une équipe mobile multidisciplinaire, .

D'autres sont en négociation : stabilité des contrats, formation professionnelle, ,...

D'autres thèmes sont l'étude : fin de carrière, mobilité professionnelle, ...

Manque de transparence sur le soutien financier aux hôpitaux

Nous tenons à mettre en exergue l'absence totale de transparence en ce qui concerne le financement des hôpitaux dans le cadre de la pandémie.

Depuis le démarrage, nous avons attiré l'attention de la Ministre (plusieurs courriers) sur l'impact que pouvait avoir la fermeture de l'activité programmable des hôpitaux, notamment en matière d'honoraires (et donc de financement via la rétrocession), et donc sur le risque de voir du personnel qualifié être mis au chômage économique faute de moyens financiers. Aucune réponse !

Nous avons vu passer des dotations de 2 X 1 Milliard € « visant à couvrir les surcoûts dus à la crise et à donner de la trésorerie aux institutions, vu les baisses d'honoraires ».

Nous avons questionné à la fois le cabinet et l'administration, y compris en demandant de conditionner l'octroi au non recours au chômage temporaire. On nous a répondu qu'un groupe de travail analysait les scénarios... et qu'on reviendrait vers nous par la suite. Depuis, plus rien.

Par contre, selon nos informations, certaines institutions hospitalières ont été jusqu'à utiliser 70% d'une de ces tranches budgétaires pour rémunérer les médecins qui avaient perdu du pouvoir d'achat. Et dans le même temps, ces mêmes employeurs menaçaient de chômage temporaire le personnel. On sait d'autre part que la circulaire 2020 sur le Fonds BB autorise les employeurs à couvrir rétroactivement des surcoûts en personnel lié au Covid via ce Fonds BB ... Cherchez l'erreur !

La question du personnel de soins à domicile : retard dans matériel, directives très tardives, ...

Les soins infirmiers à domicile sont encore bien de la compétence fédérale. Or, les acteurs du secteur n'ont quasi pas été pris en compte dans les premières semaines de la pandémie. Le personnel a dû prendre en charge ses patients habituels, et les patients Covid, dans les mêmes « tournées », mais sans disposer ni du matériel, ni d'une organisation du travail qui garantissaient l'absence de contamination.

La saga des masques a été pour ce secteur extrêmement pénible, certains patients ou familles se proposant même pour la confection de masques en tissu. Mais la question était évidemment bien plus large, puisque faute de tablier, de charlotte, de gants,... ce personnel était amené à reprendre son véhicule, à se rendre chez les autres patients, et même à rentrer chez lui, dans sa famille, avec des vêtements pouvant être contaminés. Les images d'Italie du Nord, l'absence d'E.P. I, et l'insuffisance criante de testing, ont non seulement choqué la population, mais aussi mis ce personnel dans une double contrainte évidente : dois-je continuer à soigner des patients qui pourraient être Covid, au risque de me contaminer et de contaminer les autres patients et ma famille ? On peut comprendre que face à ce risque, beaucoup de familles ont tenté d'assumer elles-mêmes les soins, et que certains membres du personnel ont préféré rester chez eux. La diminution de l'activité perçue pendant plusieurs semaines a amené des baisses de recettes, et des difficultés de gérer les horaires (risque de chômage temporaire). Cela semble beaucoup moins marqué lors de la 2^{ème} vague.

Aujourd'hui, le matériel semble suivre, avec un stock suffisant, sauf en ce qui concerne les gants.

Les risques de l'après COVID :

- hypermédicalisation de la société
- hyper protection
- MR : lieux de soins ou lieux de vie
- services intensifs hypertrophiés plutôt que capacité d'adaptation et modularité
-

Comment disposer de personnel en suffisance en temps de crise mais pas seulement?

La pénurie dans les métiers persiste et s'aggrave. Le métier d'infirmier et infirmier spécialisé est en pénurie sur toutes les régions, le métier d'aide-soignant l'est en Flandre, devient critique à Bruxelles. Un nombre non négligeable d'étudiants infirmiers présentent des signes de burnout ou se déclarent en burnout dès la deuxième année de formation. La durée de vie professionnelle des infirmiers en hôpital est de 8 ans alors qu'il faut dix ans pour atteindre la pleine maturité professionnelle.

Alors que nous comptons un nombre de patients par infirmier élevé, alors qu'il est urgent pour garantir la qualité des soins et la sécurité du patient d'augmenter le temps de présence infirmière au chevet du patient, nous constatons une augmentation de tâches ne relevant pas de l'art infirmier leur incombant. Nous appelons cela « la pollution de l'activité infirmière. Ceci ne met pas en cause l'utilité des tâches demandées, ni leur caractère professionnel mais d'autres collègues sont compétents autant si pas plus que les infirmiers et pourraient s'en charger. Et pendant ce temps, ces collègues qu'ils soient aide-soignant, aide-logistique, aide administratif, brancardier... sont eux aussi contraints à une intensité de travail importante dans le cadre d'un contrat temps partiel et à vivre sous le seuil de pauvreté car il est impossible de concilier deux jobs avec les horaires variables de l'hôpital.

Le défi qui se pose à nous est un enjeu de santé publique !

Deux axes de travail

Le temps de l'urgence ou comment mobiliser les forces existantes en temps de pandémie ?

Nous avons tous besoin que les travailleurs de la santé soient présents pour prendre soin de nos patients, résidents, bénéficiaires. Nous avons tous besoin qu'ils continuent à faire ce qu'ils font si bien : donner tout ce qu'ils ont dans la tête et dans le cœur pour prendre soin de chaque humain.

Cela demande la mise en place d'un dispositif préventif plutôt que des réquisitions ou des élargissements d'actes mal vécus. Les travailleurs ont besoin d'être reconnu dans leur identité professionnelle

Dans le cadre de la première vague, nous avons demandé la mise en œuvre d'un réel plan d'action coordonné et élaboré au niveau fédéral afin de répondre dans les meilleures conditions et sur base volontaire à une situation de pénurie de professionnels en cas de 2ème vague.

Notre objectif était que les travailleurs sur le terrain aient la garantie de pouvoir être remplacés si cela était nécessaire. Notre demande n'a pas été suivie malgré notre insistance et nos propositions constructives.

Dès lors, nous revenons avec cette demande qui a tout son sens tant que nous n'aurons pas résolu la pénurie et si nous voulons éviter de l'aggraver.

Le temps structurel :

Il faut 4 ans pour former les chouettes collègues de demain. La dégradation de la santé des travailleurs et le choc post-trauma COVID ne permettront pas aux collègues présents sur le terrain de tenir le coup. Nous devons sortir de cette vision du monde du soin où nous avons intégré que les soignants sont des travailleurs épuisés

Nous avons obtenu auprès du cabinet du ministre Vandembroucke la mise en place d'une Task Force Pénurie. L'objectif est d'activer un plan d'actions monitoré annuellement qui doit à la fois permettre aux travailleurs présents sur le terrain aujourd'hui de poursuivre leurs activités tout en suscitant de nouvelles candidatures pour les métiers du soin.

Où en sommes-nous aujourd'hui ? Quels sont les départs naturels dans les 5 prochaines années, quel est le niveau d'inscription de nouveaux candidats, combien arrivent au terme de leur formation, quelle est notre ambition annuelle, quel est notre deadline pour résoudre solidement cette problématique ?

En conclusion

Nous vous avons présenté quelques réflexions sur quelques thèmes, essayant ainsi de répondre à vos questions. Mais nous savons que nous avons encore beaucoup de réponses à donner à vos nombreuses questions. Nous ne manquerons pas soit d'y répondre oralement soit de vous les faire parvenir par écrit dans les prochains jours. Nous sommes évidemment disponibles.