

25 octobre 2017

ACCORD SOCIAL SECTEUR PRIVE

INTRODUCTION

Depuis 2000, la tradition des accords sociaux dans le secteur de la santé est établie. En 2000 et 2005 deux accords sociaux importants ont été conclus, chacun sur 5 ans (2000-2005 et 2005-2010).

En 2011 et en 2013, des accords d'un an ont été conclus.

Les accords précédents ont porté sur le financement de mesures permettant de garantir le maintien et d'améliorer la qualité des soins et les conditions de travail du personnel par :

- L'octroi de primes,
- La réduction du temps de travail,
- L'harmonisation des barèmes,
- La création d'emplois.

En outre, début des années 2000, un projet relativement important de formation à la profession d'infirmières, le projet connu sous le label projet « 600 », a été démarré en vue de combler les pénuries sur le marché du travail.

En 2010, la mise en place d'un deuxième pilier de pension a également débuté pour le secteur privé de la santé. Pour le secteur public, elle n'a pas pu avoir lieu faute de dispositions légales spécifiques.

Le Gouvernement a déjà pris des décisions importantes dans le cadre de cette législature.

Le dispositif Maribel a été renforcé, ce qui a permis de créer plus d'emplois. Mais aussi de mieux financer les emplois Maribel existants grâce aux mesures prises dans le cadre du Tax Shift. En outre, les cotisations sociales patronales ont été diminuées. En 2016, les institutions qui ressortissent de la Commission Paritaire (CP) 330 ont reçu une enveloppe supplémentaire. La tranche de "5 % hôpitaux" a spécifiquement été attribuée aux institutions publiques qui avant étaient affiliées à l'ONSSAPL et aux hôpitaux fusionnés composés d'un ou plusieurs établissements qui avant étaient affiliés à l'ONSSAPL. La somme a été inscrite au budget des moyens financiers pour les hôpitaux comme intervention supplémentaire dans les cotisations de responsabilisation qui sont dues. En 2018, 2019 et 2020, des tranches supplémentaires seront mises à disposition (Maribel, diminution de cotisations patronales et 5 % hôpitaux).

Après de nombreuses années de négociations, l'Institut de Classification de Fonction (IF-IC) a terminé ses travaux. Cette mesure structurelle qui donne une place centrale aux compétences et qui lisse les effets de l'ancienneté en fin de carrière, sera prioritairement mise en œuvre dans les prochaines années, via plusieurs phases. Dans le cadre de l'objectif budgétaire des soins de santé 2016, le gouvernement a décidé de libérer une enveloppe de 50 millions récurrents pour l'implémentation de cette classification de fonctions dans le secteur privé (CP 330).

Cette première enveloppe sera complétée pour permettre le démarrage d'au moins la deuxième phase entre 2017-2020.

Le deuxième pilier sera rétabli dans son objectif initial. Une dotation sera prévue pour tendre vers 0,6 % de la masse salariale brute. L'objectif du Gouvernement est de constituer une pension supplémentaire convenable pour l'ensemble des travailleurs salariés du secteur de la santé. Un cadre spécifique pour les contractuels des institutions publiques de soins sera élaboré.

Une modernisation du dispositif de réduction du temps de travail en fin de carrière sera examinée et en tous cas les droits acquis seront respectés. Le but de ces mesures de fin de carrière reste celui de donner la possibilité aux travailleurs de continuer à travailler plus longtemps.

Plusieurs décisions sur les conditions de travail et sur des mesures permettant de combiner la vie privée et la vie professionnelle méritent également notre attention. Ainsi, des mesures qualitatives portant tant sur les horaires que sur les contrats à temps partiel et les vacances seront prises.

Un cadre qui permet de prévenir le burnout, de réintégrer les malades de longue durée et de réagir face à l'agression vécue par le personnel sera mis en place.

Les conséquences de la réforme du paysage hospitalier sur les conditions de travail du personnel feront l'objet d'une attention particulière. Un élément important concerne l'obligation d'informer régulièrement le personnel sur la constitution des réseaux.

CHAMP D'APPLICATION

Le présent accord s'applique aux institutions du secteur privé appartenant aux secteurs fédéraux de la santé qui tombent dans le champ d'application de la Commission Paritaire 330.

CADRE BUDGÉTAIRE (en mio d'euros)

MILLION D'EUROS – structurel-non cumulé	2017	2018	2019	2020	Investi '17-'20 (2)	Struct Dès 2020 (3)	Commentaire
IF-IC – Commission paritaire 330 (exclusivement fédéral ; sans “divers” ; uniquement privé)	50	15	15	15	290	95	
IF-IC – Secteur public	0	23	10	10	99	43	
Total IF-IC					389	138	
Deuxième pilier : CP 330 et contractuels secteur public (1)	12 +13 'one-shot'	+13 'one-shot'			74	12	13 mio en 2017 one-shot dans le 2 ^e pilier – dès 2018, structurel dans l'IFIC 13 mio one-shot supplémentaires en 2018 investis dans 2 ^e pilier
Total IF-IC + Deuxième pilier	75	25 +13 one-shot	25	25	463	150 (+13 one-shot)	
Financement							
Montants acquis en 2015 et lors du contrôle budgétaire en mars 2017	50 12				248	62	50 IFIC+ 12 IDP
Montants acquis lors du conclave en juillet 2017	13	25	25	25	202	88	
Effort supplémentaire one-shot 2018		13			13	13	13 mio en 2017 one-shot dans 2 ^e pilier – dès 2018, structurel dans l'IFIC

							13 mio one-shot supplémentaires en 2018 investis dans 2 ^e pilier
Total financement	75	25 (+13 one-shot)	25	25	463	150 (+13 one-shot)	

- (1) En **2017 et 2018**, une somme de 25 millions d'euros sera mise à la disposition par le Gouvernement. Concernant les années **2019 et 2020**, les ministres de l'Emploi et des Affaires sociales et de la Santé publique visent à libérer le budget nécessaire en plus du budget déjà octroyé afin d'arriver à une dotation structurelle correspondant à 0,6 % de la masse salariale brute.
- (2) Total de l'ensemble des montants investis, sur une période de 4 ans (nouvelle colonne). Cette colonne totalise toutes les dépenses par ligne sur 4 ans.
- (3) Montants structurels = ce qui sera investi chaque année dès 2020 (à la vitesse de croisière). Montant one-shot (= investissement unique) est indiqué séparément.
- (4) En **2017**, il sera procédé à plusieurs versements **uniques** (sur base du montant de 50 millions IFIC) :
 - 3,3 mio € dans les services RH des secteurs fédéraux de la santé pour la mise en œuvre effective de la classification de fonction ;
 - 15 mio € comme buffer pour l'implémentation IFIC ;
 - 31,46 mio € pour financer l'augmentation unique de la prime de fin d'année ;

Le montant de 240.000 € pour l'ASBL IFIC (l'étude salariale secteur public et l'accompagnement des institutions de soins) est également imputé à la somme de 50 mio €, mais il s'agit d'un budget **récurrent** ;
- (5) Les enveloppes mentionnées pour IF-IC sont des enveloppes fermées. En ce qui concerne l'enveloppe du deuxième pilier, c'est le but d'évoluer en fonction de la masse salariale.

PRINCIPES GÉNÉRAUX

Les parties signataires déclarent qu'elles exécuteront cet accord de bonne foi. Pour les points de l'accord où c'est nécessaire, les dispositions seront reprises dans une convention collective de travail conclue au sein de la Commission Paritaire 330. Il sera demandé que ces CCT soient rendues obligatoires.

Le cas échéant, les autorités prendront les initiatives réglementaires nécessaires pour le financement et/ou l'exécution des mesures.

Les parties signataires considèrent cet accord comme un élément important qui doit conduire à la sérénité et paix sociale.

Toutes les mesures seront exécutées d'une façon qui est cohérente avec la politique du Gouvernement en matière de soins de santé

Les parties signataires déclarent en outre, qu'elles utiliseront effectivement les budgets octroyés pour couvrir des éléments du coût salarial à la politique en faveur du personnel. Si le gouvernement constate que ce principe n'est pas partout respecté, les mesures adéquates seront prises pour le faire respecter.

1. IF-IC

Le Conseil des ministres du 23 octobre 2015 a libéré une première tranche de 50 millions dans le cadre d'une implémentation phasée du modèle IF-IC au niveau fédéral et cela exclusivement pour les institutions et services fédéraux de santé qui ressortissent de la CP 330.

Les nouveautés de ce modèle consistent à rémunérer les travailleurs sur base du contenu de la fonction et de la lourdeur de celle-ci et plus seulement sur base du diplôme, d'une part et à prendre en compte une évolution salariale lissée sur la carrière en mettant moins l'accent sur l'ancienneté, d'autre part.

Il s'agit d'un modèle concerté, ce qui en fait un modèle unique.

Il est souligné que le modèle de classification IF-IC est un modèle évolutif. Chaque année, une actualisation sera réalisée par laquelle on vérifiera que le poids des fonctions est encore actuel et s'il ne faut pas actualiser le tapis de fonctions.

Pour diminuer les tensions salariales existantes, les primes, suppléments et compléments, seront basculés au fur et à mesure dans les barèmes de base. Il s'agit des éléments suivants :

- Primes « Titre Professionnel Particulier » (TPP) / « Qualification Professionnelle Particulière » (QPP) ;
- Supplément et/ou complément de fonction pour les chefs de service ;
- Supplément de résidence et/ou foyer ;

Les budgets correspondants sont également transférés au fur et à mesure vers le budget prévu pour le déploiement de l'IF-IC. Les partenaires sociaux déterminent via une convention collective de travail la manière selon laquelle les primes sont intégrées dans le modèle salarial IF-IC. Dans le même temps, il sera mis fin au système existant de primes TPP et QPP. Plus spécifiquement, il ne sera plus accordé de primes aux personnes qui créeraient un droit après le 31/12/2017.

Les barèmes cible doivent être fixés de telle sorte qu'ils ne mettent pas en péril les réformes prévues par la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique. On vise ici la réforme de la loi concernant l'exercice des professions de soins, coordonnée le 10 mai 2015. Il sera dès lors fait, entre autres, une distinction dans la catégorie 14 entre une catégorie 14A et 14B.

Le coût total d'implémentation à 100% du modèle est estimé à 409 mio €. Les enveloppes budgétaires mises à disposition par le Gouvernement étant étalées dans le temps, les partenaires sociaux ont choisi de l'implémenter avec une méthode dite delta soit l'élimination via un pourcentage à fixer de la différence entre le barème actuel et le barème cible.

Sur la base des calculs actuels d'IF-IC, 17,5% du delta sera couvert sur base annuelle dans la première phase d'implémentation. Afin d'éviter le plus possible les dépassements budgétaires, une marge de sécurité de 15 mio € sera prévue dans le budget de 50 mio € (2017) prévu par les autorités. Il est prévu une étape 1bis pour évaluer le coût réel de l'implémentation.

Pour ce faire, un rapport indicatif des données salariales sera effectué. Si le coût est plus ou moins élevé que le budget mis à disposition, la différence est imputée sur la marge de sécurité. Si le budget prévu comme marge est insuffisant, ce montant est déduit du/imputé au budget prévu pour la deuxième phase de déploiement. Si la marge n'est pas totalement épuisée, le solde est utilisé lors de la deuxième phase en vue de faire augmenter le budget initial prévu pour la deuxième phase. On ne commencera pas une nouvelle phase aussi longtemps que le coût réel de la phase précédente n'est pas complètement déterminé et couvert.

Le gouvernement s'engage quant à lui à mettre à disposition en plus des 50 millions déjà prévu, chaque fois 15 mio € en 2018, en 2019 et 2020.

Afin de permettre à l'ASBL IF-IC et aux institutions de soins d'implémenter de façon correcte le nouveau modèle salarial, les moyens budgétaires suivant sont mis à disposition :

- Un montant unique 3,3 millions € sera accordé en 2017 aux institutions fédérales de soins pour renforcer leur département RH ;
- En ce qui concerne l'ASBL, un montant 240.000 € récurrent sera accordé les prochaines années. L'ASBL devra non seulement accompagner les institutions de soins dans l'implémentation mais aussi former les travailleurs.
- Un buffer (unique) de 15 mio € sur l'enveloppe déjà attribuée pour IF-IC (50 millions en 2017).

Pour éviter le plus possible de recours lors de l'attribution de la nouvelle fonction, il sera laissé le choix au travailleur d'entrer dans le nouveau barème IF-IC correspondant à sa fonction. Une fois que le travailleur a choisi d'entrer dans le barème IF-IC, il ne pourra plus revenir sur ce choix. Le choix de basculer dans le nouveau barème est définitif. Tout qui entre en service après le 1/1/2018 tombe automatiquement dans le nouveau barème salarial IF-IC.

En vue d'élaborer les dispositions légales relatives au financement, tant pour le Budget des Moyens Financiers (BMF) des hôpitaux que pour les autres secteurs, les parties conviendront de barèmes de référence pour les fonctions pour lesquelles il n'existe pas en ce moment de barème sectoriel fixé par CCT.

2. RENFORCEMENT DU DEUXIÈME PILIER DE PENSION

Les autorités fédérales s'engagent à exécuter les engagements des précédents accords et à verser une dotation annuelle par travailleur qui tend vers 0,6% du salaire brut (hors primes, sursalaires, pécules de vacances et cotisations patronales).

Dans le cadre de l'enveloppe budgétaire prévu pour le deuxième pilier (voir tableau), il sera examiné comment étendre celui-ci aux travailleurs des employeurs sous indices ONSS 722 et 735, pour autant qu'ils ne bénéficient pas d'un deuxième pilier équivalent.

3. AUGMENTATION UNIQUE PRIME DE FIN D'ANNEE

Sur base des enveloppes budgétaires prévues pour 2017 (voir tableau), et après prise en compte des différents éléments énumérées dans le point 1 IFIC, la partie fixe de la prime de fin d'année sera augmentée uniquement en 2017 d'un montant forfaitaire précisé via CCT sectoriel.

4. MODERNISATION DE LA POLITIQUE DE CARRIÈRE

Les parties s'engagent à créer un groupe de travail tripartite ayant pour mission l'élaboration d'une gestion de carrière moderne intégrant aussi bien la fin de carrière, les jours de congé tout au long de la carrière, ... afin que les travailleurs puissent continuer à travailler dans de bonnes conditions de travail et mieux combiner leur vie professionnelle et privée.

Les travaux débutent en octobre 2017.

Lors de la première phase, la situation de fait sera analysée concrètement ainsi que les besoins au sein du secteur en ce qui concerne la politique de carrière et la fin de carrière. Cette analyse sera terminée d'ici le 31/12/2017.

Dans une prochaine phase, notamment avant le 30 juin 2018 des propositions concrètes seront formulées.

En tout cas, les droits acquis seront respectés.

5. MESURES QUALITATIVES

Les représentants des organisations des employeurs et des travailleurs signataires déclarent qu'elles procéderont au plus tard au premier trimestre 2018 à la signature d'une ou plusieurs convention(s) collective(s) de travail, conformément à la loi du 5 décembre 1968 sur les conventions collectives et les commissions paritaires qui reprendra les thèmes suivants mentionnés ci-dessous.

5.1. PLUS DE STABILITÉ POUR LES CONTRATS DE TRAVAIL

- En ce qui concerne l'attribution d'un emploi à temps plein et d'heures complémentaires contractuelles, il sera automatiquement donné la priorité aux travailleurs à temps partiel et aux travailleurs liés par un contrat de travail à durée déterminée, pour autant qu'ils soient demandeurs et à condition qu'ils répondent aux critères en matière de qualifications et de compétences ;
- Si, dans l'institution de soins, des heures complémentaires ou un ou plusieurs emplois vacants se libèrent, l'employeur est tenu de le communiquer par écrit (intranet, mail, affichage dans les locaux du personnel) à tous les travailleurs ;
- Si un travailleur à temps partiel ou disposant d'un contrat de travail à durée déterminée a posé sa candidature à un emploi spécifique, à l'occasion d'une communication de ce type, et si sa candidature n'est pas retenue, l'employeur doit le faire savoir par écrit au travailleur dans le respect de la réglementation en vigueur ;
- Au niveau local, les parties peuvent, par convention collective de travail au niveau de l'entreprise, conclure des conventions spécifiques supplémentaires, sans toutefois déroger à l'accord-cadre sectoriel.

5.2 UNE ORGANISATION DU TRAVAIL FLEXIBLE AVEC DES HORAIRES STABLES ET PRÉVISIBLES

- Un travailleur peut reporter au maximum 50 heures au trimestre suivant sans que cela n'implique un dépassement de la durée du travail hebdomadaire moyenne sur un semestre. Il sera examiné au sein de la CP 330 si cela devra se faire par la modification de l'AR de 1988 ou par la conclusion d'une CCT. Cette période de référence de six mois ne doit pas nécessairement être définie par année civile, mais peut être fixée au niveau local ;
- Concernant les prestations de travailleurs à temps partiel ayant un horaire variable, une CCT sectorielle est conclue prévoyant que seules les heures supplémentaires prestées en dehors de l'horaire définitif, à la demande de l'employeur, donnent droit au paiement de sursalaires ;
- Soit sur demande écrite du travailleur, soit en vue de répondre aux besoins de services spécifiques à définir ou bien en cas de circonstances imprévues, telles qu'une incapacité de travail d'un collaborateur devant être remplacé pour cause de maladie, la période de 11 heures de repos entre deux prestations de travail consécutives pourra être ramenée à 9 heures si un service de soir est immédiatement suivi par un service de jour ;
- Lors de la rédaction des horaires de travail, il faudra dans tous les cas tenir compte de la réglementation existante, des souhaits des travailleurs, du temps de travail moyen dans la période de référence, des effectifs, des limites de planification dans le cadre de la période de référence, etc. ;
- Lors de l'élaboration des horaires, il est procédé en trois phases :
 - o Phase 1 : l'horaire porte sur un mois. Elaboration d'un horaire provisoire jusqu'à 3 mois avant le début du mois pour lequel vaut l'horaire en question, et ce, sur base d'une consultation des travailleurs et en tenant compte des besoins du service. Ce planning ne peut pas comprendre d'heures supplémentaires ;
 - o Phase 2 : l'horaire porte sur un mois. Possibilité de modifier cet horaire provisoire jusqu'à 1 mois avant le début du mois pour lequel vaut l'horaire, moyennant l'accord mutuel employeur et travailleur, sauf si la modification est apportée suite aux besoins du service et à condition d'avoir épuisé toutes les possibilités, dont l'utilisation d'équipes mobiles ;
 - o Phase 3 : 7 jours calendrier avant l'exécution prévue d'une prestation, l'horaire est définitif et ne peut être modifié qu'en commun accord entre le travailleur et l'employeur, dans le respect de la législation sociale et de la loi sur le travail, notamment en matière de droit au paiement d'heures supplémentaires ;

En ce qui concerne les hôpitaux, et sans porter préjudice aux compétences des organes de concertation locaux, comme prévu dans le régime du Maribel social, les moyens supplémentaires du Maribel social issus du Tax Shift seront utilisés pour renforcer les équipes mobiles (remplacement de travailleurs absents : maladie, vacances, formation, etc.) pour ainsi pouvoir répondre aux besoins prévisibles et imprévisibles des services (cf. point relatif à l'emploi). Tout comme pour les points précédents, une CCT sectorielle sera conclue à cet effet. Dans les autres secteurs un dispositif similaire est applicable.

5.3. RÉGIME DE VACANCES

- En vue d'optimiser la combinaison vie privée/vie professionnelle et pour augmenter l'attractivité du travail dans le secteur des soins, il est recommandé de respecter le principe de trois semaines de congés consécutives, trois week-ends inclus. L'octroi de cette période de congé non interrompue est limité par la nécessité de satisfaire aux besoins des services ;
- Tout travailleur a droit à une durée minimale de vacances de deux semaines consécutives, trois week-ends inclus ;
- Pour préserver le plus possible le droit des travailleurs, les équipes mobiles seront renforcées (via l'affectation des moyens supplémentaires des enveloppes Maribel Social) ;
- A cette fin, un planning des congés doit être élaboré à temps en tenant compte de la continuité du service ;

5.4. FORMATION SYNDICALE

Les partenaires sociaux s'engagent à discuter de la modernisation des CCT relatifs à la formation syndicale.

5.5. VALORISATION DE L'ANCIENNITÉ

Les partenaires sociaux s'engagent à discuter de la CCT de 1975 relative à l'ancienneté en garantissant aux employeurs le financement correspondant à cette reprise d'ancienneté, dans le cadre du budget IF-IC.

6. PRINCIPES GÉNÉRAUX POUR L'ÉLABORATION D'UN ACCORD CADRE SECTORIEL GÉNÉRAL POUR LA PRÉVENTION ET LA RÉDUCTION DU STRESS, DU BURNOUT, DE L'AGRESSION ET D'AUTRES RISQUES PSYCHOSOCIAUX AU TRAVAIL ET POUR FAVORISER LA RÉINTEGRATION ET LA REPRISE PROGRESSIVE DU TRAVAIL APRÈS MALADIE OU ACCIDENT

Les parties s'engagent à conclure un accord cadre, via une CCT conclue en CP 330 pour au plus tard le [], pour élaborer plus en avant les éléments suivants (voir annexe 1 pour plus de détails) :

- Respect du cadre légal – Le Comité pour la prévention et la protection au travail doit pouvoir exercer pleinement ses compétences ;
- Politique proactive – Ici également, prévenir vaut mieux que guérir est un principe important : il vaut mieux ne pas attendre jusqu'à ce que certaines situations se présentent, mais réfléchir de manière proactive sur une politique, tant sur le plan des risques psychosociaux que sur le plan de la réintégration. Voilà pourquoi toutes les institutions devraient élaborer une politique proactive dans ces deux domaines.
- Concertation sociale et dialogue – Approche bottom-up pour l'élaboration de la politique, évaluation et adaptation éventuelle de celle-ci.
- Egalité de traitement & prévention de l'arbitraire – Un cadre général doit faire en sorte que les travailleurs ne soient pas traités de manière différente sans aucune justification valable et que ceci soit clairement expliqué aux parties concernées.

- Travail sur mesure – Il n'est pas toujours nécessaire ou possible d'accorder le même régime à tout le monde ou de conserver des droits acquis, mais il faut évidemment bien éviter tout arbitraire
- Confiance et autonomie – Une culture de confiance et d'autonomie suffisante contribue à ce que les travailleurs se sentent bien au travail et prestent mieux.
- Formation et apprentissage – Tout au long de leur carrière, les travailleurs doivent avoir suffisamment de possibilités de formation et d'apprentissage.
- Aide d'une tierce personne – Chaque fois que c'est nécessaire ou utile, il peut être fait appel à l'aide d'une tierce personne, tant au sein de l'organisation qu'en dehors. Des initiatives à ce sujet seront prises au niveau sectoriel, par exemple via le fond fonds de formation.
- Collaboration et partage de connaissances – Il faut davantage d'expertise dans certains domaines, comme la gestion de l'agression dans l'environnement de travail. Il serait utile de pouvoir disposer de codes de conduite ou de bonnes pratiques qui pourraient être partagées, en raison du gain de temps et d'une efficacité améliorée, via un centre de connaissances ou d'expertise sectoriel contre l'agression à créer (cf. ce qui existe en Flandre au niveau intersectoriel pour la CP319.01 et CP 331). (lien avec le centre d'expertise de l'Inami). Le financement de ce centre d'expertise sera rendu possible, soit via le fonds sociale, soit via un financement par les moyens qui seront prévus par le gouvernement à cette fin (budget global 3 mio). Eviter une charge administrative – Le but n'est pas de créer ainsi une charge administrative ou supplémentaire, mais bien de créer une plus-value à partir d'un objectif commun (voir plus haut).

7. REFORME DU PAYSAGE HOSPITALIER

Un groupe de travail tripartite sera mis sur pied dans le but de développer le volet social de la réforme le 1/1/2018 au plus tard. Le groupe de travail poursuit ses travaux en fonction des progrès de la réforme du paysage hospitalier.

En vue de clôturer les travaux, un texte sera rédigé évoquant dans tous les cas les points suivants :

- Les conditions de travail et de rémunération des travailleurs au niveau du réseau et au niveau des hôpitaux,
- Le maintien de l'emploi,
- La concertation sociale.

De toute façon les organes de concertation existants seront impliqués dans les discussions autour de la formation des réseaux et leurs conséquences.

8. FORMATION ET EMPLOI – CONTINUITÉ DES PROJETS EXISTANTS

8.1

Les parties signataires conviennent de donner exécution à la Loi relative au travail faisable et maniable en ce qui concerne la formation des travailleurs.

8.2

Les parties signataires s'engagent à prendre prioritairement les mesures suivantes dans le Fonds de Sécurité d'existence :

- Modernisation des projets 600 et 360 suite aux évolutions sur le marché du travail et la réglementation ;
- Renforcer les formations stress, agression et risques psycho-sociaux.

8.3

Le dispositif Maribel a été renforcé, ce qui a permis de créer plus d'emplois. Mais aussi de mieux financer les emplois Maribel existants grâce aux mesures prises dans le cadre du Tax Shift. En 2016, les institutions qui ressortissent de la Commission Paritaire (CP) 330 ont reçu une enveloppe Maribel supplémentaire. En 2018, 2019 et 2020, de nouveaux moyens seront également mis à disposition par tranches. En ce qui concerne les hôpitaux, et sans porter préjudice aux compétences des organes de concertation locaux, comme prévu dans le régime du Maribel social, et sans préjudice des dispositions de l'AR Maribel, les moyens supplémentaires du Maribel social issus du Tax Shift seront utilisés pour renforcer les équipes mobiles (remplacement de travailleurs absents : maladie, vacances, formation, etc.), le renforcement des effectifs dans les services en sous-effectif, l'engagement d'un expert agression,... pour ainsi pouvoir répondre aux besoins prévisibles et imprévisibles des services (cf. point relatif à l'emploi). Une CCT sectorielle sera conclue à cet effet. Dans les autres secteurs un dispositif similaire est applicable.

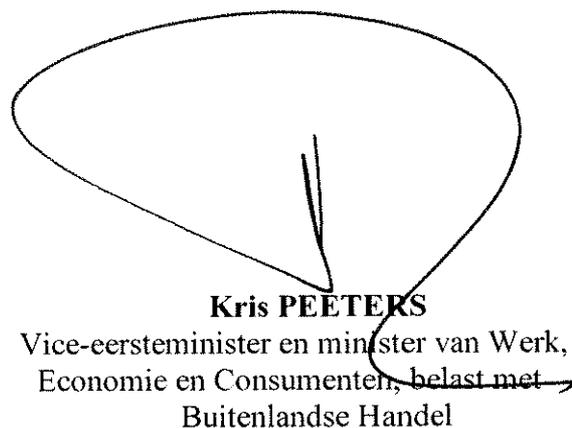
9. DURÉE DE L'ACCORD

Cet accord est conclu pour une durée de 4 ans, du 25/10/2017 au 31/12/2020.

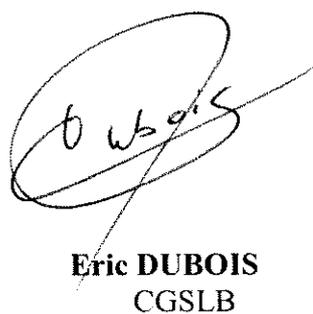
Bruxelles, 25 octobre 2017,



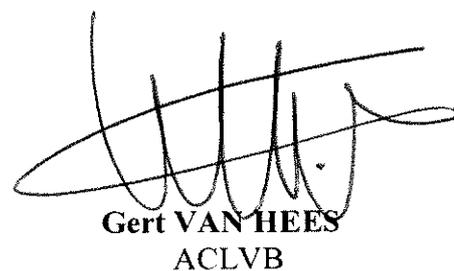
Maggie DE BLOCK
Minister van Sociale Zaken
en Volksgezondheid



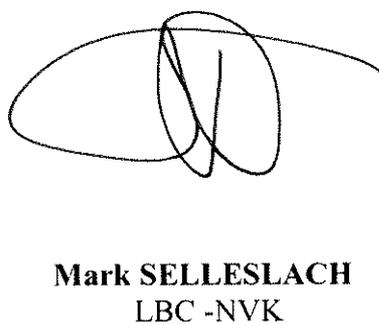
Kris PEETERS
Vice-eersteminister en minister van Werk,
Economie en Consumenten, belast met
Buitenlandse Handel



Eric DUBOIS
CGSLB



Gert VAN HEES
ACLVB



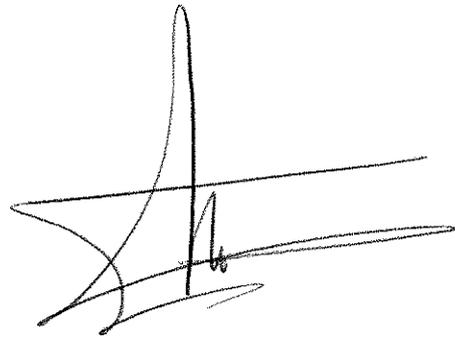
Mark SELLESLACH
LBC -NVK



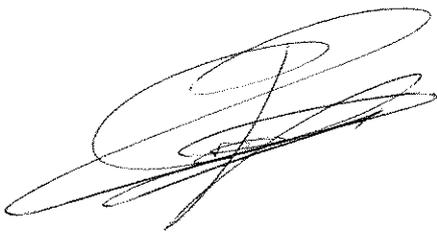
Yves HELLENDORFF
CNE



Jan-Piet BAUWENS
BBTK Federaal



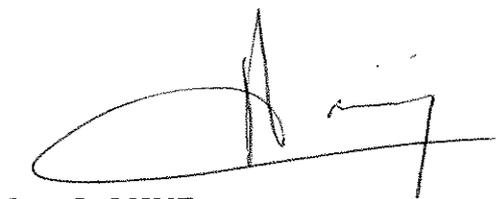
Christian MASAI
SeTCa Fédéral



Jeremie RAFALOWICZ
FASS



Gert DE ROY
Wit-Gele Kruis Vlaanderen



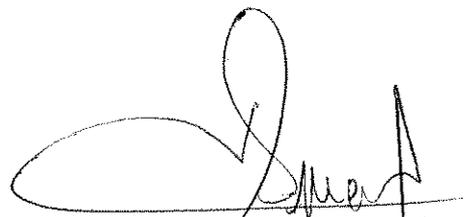
Luc JAMINE
SOM



David LEFEBVRE
FNAMS

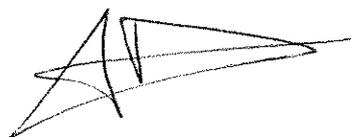


Christian DEJAER
GIBISS



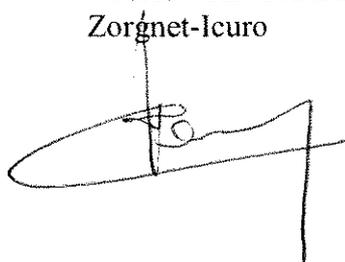
Yves SMEETS
Santhea

Myriam HUBIN-DAUBY
FIH

A stylized handwritten signature consisting of several overlapping lines that form a shape resembling a triangle or a pointed arrow.A handwritten signature consisting of a few sweeping, curved lines that form a shape resembling a wing or a stylized letter 'P'.

Edgard PETERS
FASD

Veerle VAN ROEY
Zorgnet-Icuro

A handwritten signature consisting of a large, rounded loop on the left, followed by a vertical line and a horizontal line that ends in a small circle.

Claudio COLANTONI
FCSD

A handwritten signature consisting of a large, rounded loop on the left, followed by a vertical line and a horizontal line that ends in a small circle.

Annexe I

Accord-cadre sectoriel général pour la prévention et la réduction du stress, du burn-out, de l'agression et d'autres risques psychosociaux au travail et pour favoriser la réintégration et la reprise progressive du travail après maladie ou accident

Introduction

Travailler dans le secteur des soins signifie veiller à la santé (physique et mentale) et au bien-être d'autrui : cela peut être très gratifiant, mais c'est également un job exigeant qui demande beaucoup des gens qui l'exercent corps et âme.

Souvent, il est question d'une charge (mentale ou physique) supplémentaire, lorsqu'on est confronté à des gens (parfois exigeants), des situations difficiles ou des agressions verbales ou physiques, et que le job ne se termine pas toujours automatiquement aux portes du lieu de travail, que certains aspects du travail posent des défis sur le plan technique ou demandent beaucoup de concentration lorsque les erreurs peuvent avoir des conséquences graves, que les conditions de travail ne sont pas toujours évidentes en raison du travail de nuit, du travail par équipes, d'une charge de travail élevée et du stress, etc.

Les travailleurs qui ne se sentent pas bien peuvent atteindre l'épuisement, tombent plus facilement malade ou peuvent même se retrouver en incapacité de travail prolongée.

Objectif

Le présent accord-cadre vise à créer pour le secteur des soins un cadre général qui apporte un certain nombre de principes pour l'élaboration d'une politique sur deux plans :

- D'une part, la **prévention et la réduction des risques psychosociaux au travail**, dont le stress et l'agression, de manière à éviter, dans toute la mesure du possible, les cas de burn-out et d'absence prolongée et à faire en sorte que les gens puissent travailler plus longtemps dans des conditions sanitaires satisfaisantes ;
- D'autre part, **favoriser la réintégration et les possibilités de reprise progressive du travail** après maladie ou accident, afin que les gens qui se retrouvent quand même en incapacité de travail puissent reprendre au plus vite un travail sur mesure.

L'objectif est que toutes les institutions élaborent une propre politique sur ces deux plans, et ce pour le 31/12/2017 au plus tard, les principes du présent accord-cadre tenant dans ce cas lieu de lignes directrices. Lorsqu'une politique a déjà été élaborée sur ce plan au niveau local, elle peut évidemment être intégrée dans la politique élaborée en application du présent accord-cadre.

Principes pour l'élaboration d'une politique en matière de prévention et de réduction des risques psychosociaux au travail et pour favoriser la réintégration et les possibilités de reprise progressive du travail

- **Respect du cadre légal** – Tant pour la lutte contre les risques psychosociaux au travail que pour la réintégration de travailleurs en incapacité de travail, il existe un cadre légal dans la loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs et le Code sur le bien-être au travail. Cette législation doit évidemment être respectée, et il ne peut y être dérogé dans des situations

individuelles. Ces principes généraux offrent uniquement un cadre, et laissent aux employeurs et travailleurs la liberté de le concrétiser conjointement. Dans ce processus, le comité pour la prévention et la protection au travail, qui doit être en mesure d'exercer pleinement ses compétences en la matière, joue un rôle central (voir aussi 3.).

- **Politique proactive** – Ici également, prévenir vaut mieux que guérir est un principe important : il vaut mieux ne pas attendre jusqu'à ce que certaines situations se présentent, mais réfléchir de manière proactive sur une politique, tant sur le plan des risques psychosociaux que sur le plan de la réintégration. Voilà pourquoi toutes les institutions devraient élaborer une politique proactive dans ces deux domaines.
- **Concertation sociale et dialogue** – Une bonne politique n'est possible que si elle est soutenue de manière suffisamment large, et voilà pourquoi il est important qu'elle ne soit pas imposée d'en haut, mais qu'il y ait dès le début une concertation adéquate entre l'employeur et les travailleurs, et ce dans une atmosphère constructive, par le biais des organes existants comme le comité pour la prévention et la protection au travail ou, à défaut, la délégation syndicale.
- **Evaluation et adaptation de la politique** – Une politique n'est pas statique, puisque les conditions sur le lieu de travail sont en constante évolution. La politique doit dès lors être évaluée à intervalles réguliers et doit, si nécessaire, être adaptée ou complétée. Tout comme au cours du processus de formulation de la politique, l'évaluation et l'adaptation de la politique doit également être discutée avec les travailleurs (voir 3.).
- **Egalité de traitement & prévention de tout arbitraire** – Un cadre général doit veiller à ce que les travailleurs ne soient pas traités de manière différente, sans aucune justification valable, et que cela soit également clairement expliqué à toutes les parties concernées. Il est aussi important d'en discuter en toute liberté. L'égalité de traitement ne veut en effet pas dire que toutes les situations doivent être traitées de la même façon : des exceptions sont donc possibles. Ce point est aussi lié au point 6.
- **Travail sur mesure** – Dans la mesure du possible, il faut chercher une solution à la mesure du travailleur, et ce au sein de la structure plus importante de l'équipe ou de l'organisation. Il n'est pas toujours nécessaire ou possible d'accorder le même régime à tout le monde ou de conserver des droits acquis, mais il faut évidemment bien éviter tout arbitraire (voir aussi 5.). Le travail à domicile ou à temps partiel peut p.ex. s'inscrire dans le cadre d'un trajet temporaire de réintégration qui vise spécifiquement les travailleurs qui réintègrent le marché du travail, sans que tout le monde y ait droit ou que cette situation soit maintenue en permanence.
- **Confiance et autonomie** – Une culture de confiance et d'autonomie suffisante contribue à ce que les travailleurs se sentent bien au travail et prestent mieux. Dans ce contexte, les cadres et l'organisation ont un rôle important à jouer : ils doivent évidemment donner des consignes et fixer des limites, mais, en plus, ils doivent être disposés à être confiants que les travailleurs s'acquitteront bien de leurs devoirs. Ici également, de bons accords sont donc indispensables.

- **Formation et apprentissage** – Tout au long de leur carrière, les travailleurs doivent avoir suffisamment de possibilités de formation et d'apprentissage. Si possible, cette formation peut également être proposée en interne. La formation peut être axée sur les compétences professionnelles, mais également p.ex. sur d'autres aspects du travail, comme la gestion de l'agression ou du stress, la prévention du burn-out, la direction, etc.
- **Aide d'une tierce personne** – Chaque fois que c'est nécessaire ou utile, il peut être fait appel à l'aide d'une tierce personne, tant au sein de l'organisation qu'en dehors, p.ex. lorsqu'il y a des tensions entre un travailleur et son supérieur, une personne de confiance ou un conseiller en prévention psychosociale peut apporter une solution. Dans ce cadre, un coach du burn-out ou du stress peut être désigné (tout en respectant les compétences des personnes de confiance p.ex., et des conseillers en prévention aspects psychosociaux et comités pour la prévention et la protection au travail). (A ce sujet, des initiatives seront prises au plan sectoriel, p.ex. à partir du fonds de formation)
- **Collaboration et partage de connaissances** – Il faut davantage d'expertise dans certains domaines, comme la gestion de l'agression dans l'environnement de travail, p.ex. lorsque des membres du personnel sont confrontés à des cas d'agression physique, verbale, ..., de la part de patients, de clients ou dans l'environnement de travail. L'agression cause parfois du préjudice matériel ou physique, mais peut certainement aussi donner un sentiment d'insécurité et provoquer du stress psychique et émotionnel chez les membres du personnel victimes ou témoins. Il serait utile de pouvoir disposer de codes de conduite ou de bonnes pratiques (p.ex. sur des protocoles d'intervention, des ajustements matériels et organisationnels, l'enregistrement et le suivi d'incidents, l'accueil et la réparation, ...), qui pourraient être partagées, en raison du gain de temps et d'une efficacité améliorée, via un centre de connaissances ou d'expertise sectoriel contre l'agression à créer (cf. ce qui existe en Flandre au niveau intersectoriel pour la CP319).

Eviter une charge administrative disproportionnée – Le but n'est pas de créer ainsi une charge administrative disproportionnée ou supplémentaire, mais bien de créer une plus-value à partir d'un objectif commun (voir plus haut).