

Bruxelles, le 30 avril 2018

A l'attention :

Du Premier Ministre Charles Michel et du gouvernement fédéral
De la Ministre de la Santé Publique Maggie De Block
De la Présidente de la Commission Santé Muriel Gerkens
Des ministres signataires du protocole d'accord (9 ministres à reprendre)
Du Ministre de l'Enseignement supérieur de la Communauté Française Jean-Claude Marcourt
C/o les responsables des partis politiques des parlements fédéral, communautaires et régionaux

Objet : Réforme des fonctions hospitalières – dossier IF-IC (Institut de Classification de Fonctions) et Commission paritaire 330 Employeurs / partenaires sociaux – secteur privé :

Craintes et réactions des Praticiens de l'Art Infirmiers concernant la nouvelle Classification de fonctions et la nouvelle grille de barèmes et niveaux salariaux en une première phase pour les hôpitaux privés, puis en une deuxième phase, pour les hôpitaux publics

Monsieur le Premier Ministre,
Madame la Ministre de la Santé Publique,
Monsieur le Ministre du Travail,
Madame la Présidente de la Commission Santé,
Mesdames et Messieurs les Ministres,
Mesdames et Messieurs les députés,

La FNIB (Fédération Nationale des Infirmières de Belgique) et l'acn (Association Belge des Praticiens de l'Art Infirmier) sont des associations professionnelles représentant plus de 12 000 membres, dont un grand nombre d'infirmières employées dans les institutions hospitalières tant privées que publiques. Nos associations ont été interpellées et relaient les inquiétudes tant du personnel infirmier que des directions des départements infirmiers face aux réformes initiées par le Gouvernement Fédéral et le Service Public fédéral Santé Publique.

Ce projet, dont la mise en place est prévue dès ce 1^{er} mai 2018, entraîne divers risques et difficultés :

- Discriminations entre les praticiens de l'art infirmier selon les services dans lesquels ils travaillent, et dans une première étape entre institutions privées et publiques créant une concurrence déloyale ;
- Création d'iniquités entre les fonctions reconnues légalement non valorisées par le nouveau modèle salarial et d'autres fonctions non réglementées valorisées au sein du département infirmier ;
- Dévalorisation de certains services hospitaliers par l'IF-IC, alors qu'il s'agit de secteurs spécialisés et d'avenir dans les soins de santé, induisant un risque de pénurie pour ces unités de soins ;
- Dévalorisation de la formation initiale de niveau supérieur, de la formation continue et des spécialisations, entraînant un risque pour la survie des sections concernées dans les

institutions de formation et induisant à moyen terme l'impossibilité aux hôpitaux de répondre aux normes ;

- Obstacle à la mobilité infirmière dans la même institution qu'elle soit à la demande de l'intéressée ou de l'employeur et donc à la polyvalence, aux réorientations pour raison de santé ou pour des aménagements de fin de carrière.
- En conséquence des points qui précèdent, diminution des compétences des infirmiers entraînant un risque pour la qualité des soins et la sécurité des patients ;
- Manque de clarté concernant les fonctions actuelles et futures (différenciation de fonctions telles que discutées actuellement au CFAI et au CTAI).

Pour toutes ces raisons, la FNIB, l'acn et leur commission conjointe des directions de département infirmier réclament **un salaire identique pour un diplôme identique utilisé dans la fonction correspondante, à employabilité égale**. Une telle résolution peut être mise en œuvre soit directement via le diplôme et les titres associés, soit indirectement via la description de la fonction associée au diplôme (et des tâches correspondantes). Les modalités liées à la différenciation de fonctions à prévoir au sein du secteur infirmier, au sens large et en regard des différentes obligations légales, sont également à clarifier dans le même sens.

Les questions, craintes et mécontentements fusent de toutes parts. Aucune discussion réelle ni rencontre avec la Ministre De Block ne semble possible. Les associations professionnelles infirmières veulent donc se mobiliser. Elles continueront donc de questionner et de réagir auprès des instances politiques concernées tant que des réponses claires, précises et satisfaisantes ne seront pas apportées aux inquiétudes légitimes exprimées. Et elles continueront à faire savoir à leurs membres comment le gouvernement et les responsables politiques les considèrent et les entendent.

En annexe figure une description plus détaillée des questions et des motifs de mécontentement expliquant la position défendue dans ce courrier.

En l'attente de vos réactions que nous ne manquerons pas de transmettre à nos membres, nous vous prions de recevoir, Monsieur le Premier Ministre, Madame la Ministre de la Santé Publique, Madame la Présidente de la Commission Santé, Mesdames et Messieurs les Ministres, l'assurance de toute notre considération.

Delphine Haulotte,
Présidente acn

Alda Dalla Valle,
Présidente FNIB

Adrien Dufour,
Président Commission acn-FNIB des
Directions des Départements Infirmiers

Annexe au courrier ACN-FNIB du 30 avril 2018 : argumentation des revendications concernant l'IF-IC

Le 11 décembre 2017, les partenaires sociaux ont signé deux conventions collectives de travail ayant rapport avec l'introduction d'un nouveau modèle salarial pour les travailleurs des services fédéraux des soins de santé. A partir du 1^{er} mai, cette nouvelle classification IF-IC sera d'application dans les hôpitaux privés. Les hôpitaux publics devraient suivre dans les six à huit mois.

Avant le 30 avril 2018, chaque employeur concerné doit attribuer l'une des 218 fonctions de référence décrites. Pour arriver à 218 fonctions de référence classées en 6 départements, 14 familles, 20 classes, il a fallu passer par différentes étapes : (1) réaliser un inventaire de toutes les fonctions existantes dans le secteur ; (2) décrire chaque fonction ; et (3) les pondérer. Il sera possible pour les employés de contester la fonction qui leur sera attribuée par l'employeur et d'introduire un recours.

Chaque fonction (infirmier dans différentes disciplines médico-chirurgicales, infirmier aux urgences, infirmier en consultation, en gériatrie, au bloc-opératoire, aide-soignant, ... mais également secrétaire, logopède, diététicien, bref, tous les salariés d'un hôpital), est décrite suivant six critères généraux choisis par les partenaires sociaux, auxquels des barèmes ont été attribués (à savoir connaissance et savoir-faire, gestion d'équipe, communication, résolution de problèmes, responsabilités, facteurs d'environnement). Le système de classes constitue la base d'un système de rémunération dit « neutre et objectif ». C'est la classe qui définit la rémunération et non le diplôme du travailleur. Autrement dit, quel que soit le diplôme et/ou titre ou qualification obtenu, si les infirmiers d'un secteur effectuent la même fonction, telle que décrite dans la classification IF-IC, ils auront le même salaire. Cela pourrait par exemple induire la situation suivante : une infirmière brevetée travaillant aux urgences aurait un salaire supérieur à une infirmière bachelière et spécialisée travaillant en oncologie.

Tout signataire d'un nouveau contrat est soumis au nouveau système. Chaque agent précédemment engagé a le choix d'entrer ou non dans la première phase du nouveau modèle salarial. Après avoir accepté la nouvelle « fonction » telle qu'attribuée par l'employeur, chaque agent (engagé sous l'ancien système) devra prendre une décision importante concernant son salaire : soit maintenir ses conditions salariales actuelles, soit passer aux nouveaux barèmes IF-IC liés à la fonction. Toutefois, en cas de changement de fonction ou d'employeur, l'agent bascule d'office dans les nouveaux barèmes. Ceci posera un réel problème de mobilité des agents à l'intérieur des institutions et entre institutions, cette mobilité s'accompagnant potentiellement d'une perte de salaire.

Concernant les primes pour les titres professionnels particuliers (TPP) et les qualifications professionnelles particulières (QPP), dans un premier temps, elles devraient être maintenues telles quelles pour ceux qui la reçoivent déjà. Dans une phase ultérieure, elles devraient être intégrées au nouveau système des barèmes IF-IC. Cependant, les critères IF-IC actuels ne reprennent pas les spécialisations mais uniquement les lieux de pratique (où peuvent se côtoyer des infirmiers spécialisés et non spécialisés, selon des normes d'agrément dont nul ne sait si elles seront maintenues). En outre, la Ministre De Block a déjà décidé, de nouveau sans concertation, que plus personne ne rentrerait dans le système des primes dès le 1er janvier 2018 (décision reportée au 1er

mai 2018). Les primes ne seraient donc plus financées pour les nouveaux infirmiers spécialisés, quelle que soit la spécialisation, dans le secteur privé (et dans le secteur public dès 2020).

1. Aspects relatifs à la méthode utilisée pour décrire les fonctions et aux instances consultées

Lors de diverses séances en présence de protagonistes de la classification (représentants de l'IF-IC, syndicats, Santhea), ceux-ci ont indiqué que les professionnels ont été questionnés, ainsi que les institutions de soins, selon une approche « scientifique » destinée à valider les décisions prises. Mais il a été impossible d'obtenir des informations concernant le devis de recherche suivi pour cette enquête, le nombre exact de personnes interrogées, l'échantillon d'institutions hospitalières, les lieux exacts de pratique... Face à des réponses très vagues et non argumentées, la méfiance s'est installée.

Les réactions des participants à ces séances d'information ont été particulièrement vives et fermes, démontrant que la profession et ses représentants associatifs avaient été gardés totalement ignorants de la situation et (volontairement ?) exclus de la préparation de cette réforme, et n'avaient eu aucune possibilité de s'exprimer au cours de la préparation de celle-ci.

Madame la Ministre clame que les partenaires syndicaux et patronaux ont été invités à la table. Certes, ils l'ont été, mais nous mettons en cause leur représentativité car les partenaires syndicaux sont des représentants de tout le personnel et de tous les secteurs hospitaliers. Un faible nombre d'infirmiers sont syndiqués, et les infirmiers ne représentent qu'une faible proportion des affiliés des syndicats. Pour les employeurs, ils représentent l'ensemble du personnel hospitalier dont ils ont la charge et la responsabilité, mais ils ne représentent en aucun cas les professionnels de santé et les praticiens de l'Art Infirmier. Comment pourraient-ils répondre de notre profession ? Pourquoi, de nouveau, et comme dans d'autres dossiers importants de réformes des soins de santé (le Protocole d'accord signé le 21/12/17, par exemple), les associations professionnelles n'ont-elles pas été concertées et impliquées dans le processus alors que ces réformes les concernent directement ?

Que deviennent les beaux discours et journées d'études destinés à valoriser et promouvoir la profession infirmière et la rendre attractive alors que, dans les faits, les textes sont préparés sans concertation réelle avec la profession ?

2. Questions en suspens

Les deux principaux aspects restant peu clairs sont (1) les fonctions existantes omises de la classification et les fonctions futures discutées dans les organes d'avis de concertation de l'art infirmier mais non présentes dans la classification ; et (2) les modalités de financement des futures étapes de la réforme.

Concernant les **fonctions actuelles**, la liste proposée est incomplète. Certaines fonctions existantes aujourd'hui ont été omises, par exemple l'AIA (aide infirmière administrative), l'infirmier de recherche (*data manager*), l'infirmier perfusionniste, l'infirmier de liaison, l'infirmier algologue et l'infirmier de salle de réveil. Elles seraient ajoutées ultérieurement, mais il n'est pas encore possible de savoir dans quel barème et selon quelles modalités décisionnelles. La situation des personnes pouvant réaliser des actes infirmiers sous le statut de l'article 54bis n'est pas plus claire, puisqu'il s'agit d'aides-soignantes pouvant réaliser certains actes infirmiers (donc avec une fonction pouvant

être considérée comme intermédiaire, avec des différences d'une personne à l'autre ?). Les ASH (assistants en soins hospitaliers), eux, ne sont pas du tout repris.

La situation est également complexe pour les infirmières appartenant à l'équipe mobile, et changeant d'unité (donc potentiellement de fonction) chaque jour. Les infirmiers mobiles ou intérimaires accepteront-ils encore de travailler dans des unités reprises au barème 14 ?

Une différence est faite entre les infirmiers en chef d'une petite ou d'une grande unité, la taille de l'unité dépendant d'un critère nommé « unisite » qui est peu clair (de 1 à 13 pour une petite unité, de 14 à 26 pour une grande unité). De manière générale, la structure même du Département Infirmier, dépendant de la Loi sur les Hôpitaux, n'est pas prise en compte : la fonction de cadre intermédiaire n'est pas décrite clairement. L'infirmier hygiéniste n'est plus considéré comme un cadre. La volonté (cachée) est-elle de revoir la loi et cette structuration ?

Pour toutes les fonctions, y aura-t-il un contrôle sur les fonctions attribuées par l'employeur, et quelles seront les modalités de recours ?

Comment l'effort à se former des personnes qui obtiendront un titre professionnel particulier/ une qualification professionnelle particulière à partir de juin 2018 sera-t-il valorisé ?

Comment mettre en corrélation les "normes d'agrément" qui imposent des niveaux de diplômes différents et la classification IF-IC, qui supprime cette différence ?

Concernant les **fonctions futures**, comment la différenciation de fonction annoncée par la Ministre et actuellement en discussion au CFAI (Conseil Fédéral de l'Art Infirmier) s'intègre-t-elle dans ce plan ? Qu'est devenu le projet de la ministre de valoriser les infirmiers dans cinq domaines (soins aigus, soins chroniques, soins pédiatriques, soins de santé mentale, soins transversaux de première ligne) sur base d'un portfolio basé sur l'expérience ET les formations (cf. note conceptuelle des soins infirmiers du cabinet De Block de mars 2017) ?

Concernant le **financement** de la réforme, sa première phase est financée, à hauteur de 18,25% du montant nécessaire uniquement, mais les phases suivantes ne le sont pas encore et dépendront des choix politiques ultérieurs. Des budgets sont prévus jusqu'en 2020 ; la situation est tout à fait floue à partir de 2021. Et qu'advient-il si le financement phasé n'a plus lieu après 2021 ?

3. Aspects relatifs aux discriminations potentielles

La classification IF-IC engendre de graves discriminations entre les services d'une même institution et a fortiori entre les diverses institutions (secteurs public/privé). Ainsi, le travail aux soins intensifs, aux urgences ou au bloc opératoire sera mieux rémunéré que l'exercice des soins infirmiers, pourtant tout aussi complexe et spécialisé, dans des unités d'oncologie, pédiatrie, gériatrie, psychiatrie, etc. Une compétition inutile pourrait être engendrée entre unités et entre structures de soins.

Il existe une deuxième source de discrimination : une différence est faite entre bachelier et breveté dans le barème 14, alors qu'aucune différence n'est prévue dans le barème 15. Une infirmière brevetée travaillant actuellement dans une unité reprise au barème 15 n'en sera que plus hésitante à changer vers une unité au barème 14.

Il existe également une discrimination entre les infirmiers en chef, qui privilégieront les « grandes unités ».

4. Aspects relatifs au risque pour la formation de niveau supérieur

La classification des fonctions IF-IC décrit les fonctions infirmières d'après six critères généraux et ne prend plus en compte les titres, diplômes et niveaux d'études requis pour ces fonctions. Les compétences professionnelles générales (Infirmier Responsable de Soins Généraux) et spécialisées ne sont donc plus valorisées. Au contraire, pour des niveaux d'études et des titres différents, les barèmes salariaux sont lissés et « fondus » en un seul barème, en tout cas au barème 15.

Dans ce système « à travail égal, salaire égal » (et l'égalité ou les différences de fonctions restent à démontrer), quel sera désormais l'intérêt de privilégier une formation initiale plus longue et de plus haut niveau, de suivre des formations continuées et de poursuivre des études post-baccalauréat, des formations ou des spécialisations ? Comment de telles formations seront-elles encouragées et valorisées ?

5. Aspects relatifs au risque pour la qualité des soins et la sécurité du patient

Il a été démontré de longue date que le niveau de qualification infirmier (= le niveau des études) influence fortement les résultats de santé, notamment la morbi-mortalité des patients et leur satisfaction (Aiken *et al.*, 2014 ; CII, 2016 ; SIDIIIEF, 2011). Dans un contexte défavorisant le choix d'études de haut niveau, il est à craindre que la qualité des soins et la sécurité des patients ne soient plus assurées, malgré les affirmations de la Ministre qui ne cesse de dire qu'elle défend celles-ci.

Il est à craindre également que les praticiens de l'art infirmier privilégient les fonctions leur permettant d'accéder au barème 15. Les soins aigus à des types spécialisés de patientèle (pédiatrique, oncologique, gériatrique, psychiatrique, etc.) pourraient être désertés malgré l'importance de ces secteurs. Et quel est le plan pour les soins de première ligne, malgré le virage ambulatoire qui s'annonce et la complexité prévisible de ceux-ci ? Les institutions hospitalières risquent en effet de privilégier les quelques bacheliers et spécialisés qui resteront, ne laissant pour ces secteurs que des profils moins bien formés. C'est même la santé publique qui risque d'être mise à mal par l'ensemble des mesures prises.

Sans valorisation des titres et diplômes, il existe donc un risque de pénurie dans certains secteurs. L'agrément de ces services hospitaliers, tel que demandé à ce jour, pourrait ne plus être rencontré, notamment pour les services d'oncologie et de gériatrie. Les ministres prévoient-ils un changement de la législation ? Ce changement sera-t-il favorable à la qualité des soins, dans des secteurs où la spécialisation était reconnue comme nécessaire ?

Que devient l'excellente réputation des soins de santé belges et des soins infirmiers en particulier, vantés à l'étranger, si toutes ces réformes nient la valeur de la formation, des titres et diplômes obtenus, et des compétences professionnelles requises malgré leur plus-value démontrée dans la littérature scientifique ?

L'affirmation des protagonistes de la classification selon laquelle celle-ci serait « moderne, sociale, en phase avec la réalité des secteurs et l'activité des prestataires de soins » nous semble pour le moins

incorrecte. La classification nous semble au contraire discriminante, entraînant un nivellement par le bas et totalement inappropriée aux futurs défis auxquels le système de santé devra répondre.

En conclusion, Mesdames et Messieurs les politiques, comment pouvez-vous expliquer la situation actuelle et, surtout, comment pouvez-vous y remédier ? Ce sont ces informations que nous souhaiterions transmettre à nos membres, en espérant que votre réaction sera à même de promouvoir une profession si importante pour la santé de la population, et de garantir durablement la qualité des soins et la sécurité des patients.

Références

Aiken L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., ... et Sermeus, W. (2014, 26 février). Nurse Staffing and Education and Hospital Mortality in Nine European Countries : a Retrospective Observational Study. *The Lancet.com*. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8)

CII Conseil International des Infirmières. (2016). *Synthèse de politique du CII. La pratique avancée, une composante essentielle des ressources humaines nationales pour la santé*. Repris du site de l'association : www.icn.ch

SIDIIEF Secrétariat International Des Infirmiers et Infirmières de l'Espace Francophone. (2011). *Analyse et mise en contexte des profils de formation infirmière dans différents pays francophones*. Westmount, Québec : SIDIIEF.