



IF-IC : implémentation des descriptifs de fonctions et adoption d'un nouveau modèle salarial

1. Contexte historique

L'IF-IC est une ASBL créée paritairement en 2002 par les organisations patronales et syndicales. Elle a pour missions le développement et l'implémentation d'une classification de fonctions analytique¹ sectorielle pour le secteur non-marchand des institutions et établissements de soins de santé fédéraux². Le travail que nous effectuons est donc commun aux hôpitaux, aux centrales d'infirmières à domicile, aux maisons de repos et soins, etc. Depuis 2002 l'IF-IC a proposé un fonctionnement en 4 étapes :

Classification analytique des fonctions : qui a pour ambition de répertorier un maximum de fonctions déclinées dans les établissements et services de soins de santé et d'établir leur descriptif. Ce travail de recensement des descriptions s'est fait à partir d'enquêtes de terrain. Ensuite, chaque description est travaillée/développée systématiquement au sein d'un groupe technique IF-IC composé des organisations syndicales, des fédérations patronales et d'experts du terrain liés à la fonction en cours de description. « Analytique » signifie que les tâches et missions de chaque fonction sont observées et analysées avec un regard neutre, sans tenir compte du sexe, de la race ou du diplôme de la personne qui exerce la fonction. Ces descriptions sont ensuite classées, c'est-à-dire pondérées entre elles selon une méthode développée par l'IF-IC sur base de critères clairement définis de manière objective et neutre tels que la connaissance et le savoir-faire, la gestion d'équipe, la communication, la résolution de problème, la responsabilité et les facteurs d'environnement. Les mêmes instruments de mesure sont utilisés pour chaque fonction, dans chaque secteur. Le résultat de la pondération détermine la classe³ dans laquelle chaque fonction se trouve pour ainsi, au final, déterminer une échelle barémique correspondante où les fonctions d'une même classe bénéficieront d'une rémunération équivalente. Les descriptions des fonctions et leurs classes font systématiquement l'objet d'une seconde analyse et in fine d'une validation par le groupe de pilotage de l'IF-IC qui est composé des partenaires sociaux de la commission paritaire 330.

Le benchmark : il s'agit d'un étalonnage par comparaison dans les différents secteurs afin d'avoir une idée la plus juste possible des barèmes utilisés pour chaque fonctions. L'objectif était d'évaluer le financement à demander aux pouvoirs politiques pour la mise en œuvre concrète de cette « nouvelle maison salariale ».

L'implémentation : Une fois que le comité de pilotage aura validé l'entièreté des descriptions de fonctions et leur pondération, les institutions vont être invitées à attribuer à chaque travailleur la fonction de référence qui lui correspond le mieux (voir procédure reçue lors de la formation) et renvoyer à l' IF-IC les données salariales liées à chaque travailleur.

1 Cela signifie que chaque fonction est décrite et analysée sur base de critères décrits et fixés à l'avance contrairement à un système comparatif où une fonction est envisagée globalement, sans critères préalablement définis.

2 Hôpitaux généraux et universitaires, les hôpitaux psychiatriques, les maisons de soins psychiatriques, les habitations protégées, les maisons de repos et les maisons de repos et de soins, les soins à domicile, les maisons médicales/wijkgezondheidscentra, les centres de revalidation autonomes, les services de transfusions sanguines.

3 Classes qui vont de 3 à 20.



La mise en œuvre : cette étape nécessite de calculer le montant nécessaire à chaque institution pour appliquer la « nouvelle maison salariale » et de déterminer le chemin et les moyens pour y arriver.

Les objectifs de cette procédure : travailler un nouveau modèle salarial pour obtenir une politique de rémunération adaptée⁴. L'enjeu étant de barémiser les fonctions de soin pour permettre une rétribution équitable de chaque fonction, mais aussi permettre la mobilité des travailleurs entre secteurs en ayant des barèmes communs.

La procédure ne s'est pas faite sans mal :

- En 2011, faute de moyens financiers nécessaires à l'implémentation du nouveau système développé depuis 2002, qui en outre avait été jugé trop coûteux par le gouvernement en place, l'adoption d'un nouveau modèle salarial harmonisé pour l'ensemble des secteurs fédéraux de la santé n'a pu avoir lieu. Le processus s'est en quelque sorte endormi.
- En 2015, la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé publique, Maggie De Block, a décidé de débloquer des moyens nécessaires à un premier pas vers l'introduction de la classification analytique de fonction. Un budget structurel (c.-à-d. récurrent) de 50 millions d'euros au sein du budget INAMI est donc établi dès 2016 pour financer cette introduction. C'est ainsi qu'avec 5 ans de retard, l'IF-IC reprend son processus d'implémentation.

2. La Fédération dans le processus IF-IC

Grâce aux syndicats qui avaient pointés l'absence des maisons médicales lors des discussions, la Fédération est arrivée en cours de processus, au moment de la phase d'élaboration des descriptions de fonctions.

Le contexte ne nous a pas été favorable pour plusieurs raisons.

- Pour nous permettre d'entrer dans le processus, l'IF-IC a dû trouver des moyens financiers supplémentaires (plus d'1 million de francs belges +/- 25 000€). Nous entrons alors par la petite porte.
- Les acteurs en présence étaient tous dans une logique hiérarchique forte (tant de la part des syndicats que des employeurs) et notre réalité d'autogestion était absente.
- Nous ne siégeons pas au CA de l'IF-IC, là où les grandes directions du projet se décident. Les représentants des employeurs qui y siègent ne sont pas du tout dans la même culture que nous.
- Fédération des Maisons Médicales et VWGC (notre équivalent flamand) devons parler d'une seule voix. Or du côté néerlandophone, les maisons médicales ne fonctionnent pas tout à fait de la même manière que nous.

La stratégie de la Fédération à l'époque a été de mettre un pied dans la porte pour pouvoir faire connaître et reconnaître nos spécificités et ensuite faire évoluer les fonctions qui nous sont propres.

En arrivant dans le processus, notre demande a été de définir des fonctions spécifiques aux maisons médicales pour : l'accueil, l'infirmier, le psychologue, le médecin généraliste, le kinésithérapeute, le coordinateur général, le promoteur à la santé et l'aide-soignant.

En ce qui concerne les assistants sociaux, la VWGC et nous, n'étions pas demandeurs d'une fonction spécifique mais étant donné que la fonction transversale était vraiment éloignée de celle déclinée dans nos maisons médicales, cette fonction a fait l'objet d'un descriptif propre à notre secteur. Les demandes pour les fonctions de médecin généraliste, kinésithérapeute et psychologue en maison médicale ont été refusées.

⁴ Aujourd'hui, les barèmes de référence des maisons médicales sont ceux de la CP 330, basés sur une CCT (obsolète ou inappropriée à nos fonctions et métiers) qui lie le barème à un diplôme.



Sept descriptifs propres au secteur des maisons médicales / wijkgezondheidscentra ont alors été adoptés et classés :

- Employé accueil en maison médicale - classe 12,
- Infirmier en maison médicale - classe 14,
- Collaborateur au service social en maison médicale - classe 14,
- Coordinateur général en maison médicale - classe 18,
- Coordinateur de soins en maison médicale - classe 17,
- Promoteur à la santé en maison médicale - classe 15,
- Aide-soignant en maison médicale - classe 12.

Pour l'ensemble de ces fonctions, nous pouvons affirmer que nous n'avons pas tout obtenu. Mais des étapes positives et importantes ont été franchies en termes de reconnaissance de nos spécificités.

L'ambition du système IF-IC est de créer un tapis de fonctions et le modèle salarial adapté qui l'accompagne, le tout harmonisé pour l'ensemble des secteurs fédéraux de la santé (CP330).

Nos particularités sont difficilement valorisables dans ce système qui est également destiné à traduire au mieux les réalités de travail du secteur hospitalier, pour ne citer que cet exemple.

Comme écrit plus haut, la méthode IF-IC de classification se veut neutre et objective. Elle l'est, mais à l'échelle des soins de santé fédéraux. Cela signifie notamment que lors de l'élaboration d'un descriptif de fonction propre à notre secteur, les critères pris en compte pour la pondération et la classification de cette fonction sont les mêmes que ceux utilisés pour le secteur hospitalier pour ne reprendre que cet exemple.

Certains critères comme l'autonomie dans la prise de décisions et la gestion d'équipe non-hiérarchique nous sont favorables mais sans doute de manière trop peu significative.

Le système IF-IC n'a pas été pensé par et pour nous. Certains descriptifs sont jugés insatisfaisants ou incomplets, mais ils ont au moins le mérite d'exister⁵.

De par notre participation au système de classification analytique, nous avons eu la possibilité de faire adopter des descriptifs de fonction propres à notre secteur avec une relative maîtrise sur leur contenu. Aujourd'hui, nous avons pu faire reconnaître 9 fonctions qui nous sont spécifiques, le kinésithérapeute (classe 15) et le médecin généraliste (classe 20) venant tout récemment d'être ajoutés aux fonctions citées plus haut. À vouloir être plus spécifiques encore, nous risquons d'être contraints de sortir complètement du processus avec pour conséquence de n'avoir plus aucune visibilité ni reconnaissance de notre secteur.

En outre, le processus IF-IC prévoit une procédure d'entretien des descriptions qui ont été réalisées. Le fait que des descriptifs spécifiques à notre secteur existent nous octroie la possibilité de les améliorer et de rouvrir la discussion relative au descriptif d'une fonction jugé dépassé ou inadéquat le moment venu. Rien n'est immuable ou figé.

3. Aujourd'hui

Le modèle salarial, qui est encore en cours d'élaboration et vers lequel nous nous dirigeons, consistera en une amélioration du modèle actuel. Aujourd'hui, vu la vétusté des lois et l'absence de cadre, les maisons médicales se trouvent en tension entre elles ; au sein de leur propre équipe et les discussions salariales dans une organisation autogestionnaire, surtout collective, sont souvent source de conflit.

⁵ Si ce n'était pas le cas, nous devrions nous référer à une fonction approchante développée par et pour le secteur hospitalier ou par et pour un autre modèle que le nôtre.



Par ailleurs chaque institution reste libre de sa politique salariale en interne. Les barèmes demeurent le minimum applicable aux différentes fonctions. Neuf descriptions de fonctions ayant été adoptées et classées pour notre secteur, un barème (minimum) légal leur sera attribué. Ce qui n'est pas le cas actuellement. Des descriptifs spécifiques supplémentaires pourront en outre être développés par la suite.

4. Le processus tel qu'il est relancé

Depuis le début du processus, pour les partenaires sociaux comme pour les organisations patronales, il est hors de question que l'entièreté du processus mette en difficulté financière le travailleur ou l'employeur. C'est une condition sine qua non pour pouvoir avancer conjointement et sereinement sur tout ce projet.

À partir des données transmises par les équipes, tel que le prévoit la procédure, l'IF-IC va pouvoir réaliser une estimation la plus juste possible des coûts salariaux dans chaque secteur. Ensuite, l'enveloppe de 50 millions débloqués par Maguy De Block va servir à financer chaque institution pour la mise en application de cette nouvelle maison salariale.

Le budget ne couvrira pas l'entièreté de la mise en œuvre du nouveau modèle. Il s'agit d'une première étape dans son implémentation. Seul un pourcentage du différentiel entre les barèmes de référence actuels et les nouveaux barèmes cibles pourra être financé par ces premiers 50 millions. Les institutions ne devront, le cas échéant, augmenter les salaires de leurs travailleurs qu'à concurrence de ce pourcentage. Les futurs budgets que le gouvernement libérera par la suite viendront petit à petit compléter ce pourcentage pour atteindre, in fine, 100 % des nouveaux barèmes cibles.

Par exemple : la fonction de kinésithérapeute fait actuellement partie de la classe 14 (barème 1.55 - 61 - 77). Le descriptif de fonction kinésithérapeute en maison médicale qui vient d'être adopté a été classé en 15. Un nouveau barème va être lié à cette classe 15, nous l'appellerons le barème 1.75. Plusieurs cas de figure :

- Soit l'institution applique actuellement le barème 1.80 à ses kinés. Le barème 1.80 reste supérieur au nouveau barème 1.75. L'institution ne devra rien changer.
- Soit l'institution applique actuellement l'échelle barémique 1.55 :
 - o L'IF-IC calcule le montant nécessaire à l'institution pour augmenter son kiné à l'échelle 1.75
 - o Avec l'enveloppe de Maggy De Block et après avoir calculé pour tous les secteurs, l'IF-IC calculera le pourcentage dont pourra bénéficier la maison médicale qui sera tenue d'utiliser cet argent à cette fin. Dans notre exemple : après le calcul de l'IF-IC, la maison médicale ne pourra appliquer que 10 % du chemin vers l'échelle 1.75. Tant qu'elle ne recevra pas plus d'argent, elle ne sera pas obligée d'atteindre l'échelle 1.75. Par contre, elle aura le financement récurrent pour payer l'échelle 1.55 + 10 %.

Le nouveau modèle ne coûtera pas plus cher aux employeurs/institutions. Le budget dégagé par la ministre servira exclusivement à payer les salaires.

Il est également clair pour l'IF-IC et les partenaires sociaux que les travailleurs ne perdront pas d'argent. A l'échelle d'une carrière, les barèmes auront tendance à évoluer de quelques pourcents. Dans de rares circonstances possibles, un travailleur qui s'estimerait lésé par le passage dans le nouveau modèle pourra faire le choix de rester dans le modèle actuel.



5. Conclusion

Bien des questions restent ouvertes encore aujourd'hui. Les partenaires sociaux souhaitent mettre le nouveau modèle en œuvre dès 2017. Les négociations devront dès lors avancer bon train. Le travail d'implémentation du tapis de fonctions dans les institutions concernées et le rapportage de données qui l'accompagne sont d'une importance capitale pour le bon avancement du dossier. La Fédération des maisons médicales vous invite dès lors à y prendre part de manière sérieuse et consciencieuse.

La Fédération s'emploie d'ailleurs actuellement à la mise sur pied d'un comité d'accompagnement centralisé qui aura pour mission de vous appuyer dans ce travail d'implémentation. Il sera composé de manière paritaire par les membres de la délégation syndicale inter-centres et de représentant du banc patronal. Ce comité communiquera en temps voulu (dès que les CCT qui définiront la procédure auront été adoptées) vers toutes les équipes pour leur faire savoir ce à quoi il faut être attentif et quel soutien elles pourront solliciter auprès de ce comité.

Les deux conventions collectives de travail qui doivent initialiser le lancement et la définition du cadre de la procédure relative à l'implémentation du tapis de fonctions et du rapportage à l'IF-IC n'ont pas pu être adoptées à la commission paritaire 330 du 06 juillet 2016 faute de l'obtention d'un accord entre partenaires sociaux. Nous vous invitons dès lors à être attentif aux prochaines communications qui émaneront de l'IF-IC quant à la suite des événements. Il est probable que le travail d'implémentation auquel vous devrez vous prêter ne soit que reporté de quelques semaines, encore. Les équipes qui ont déjà éventuellement avancé dans cette démarche ne l'ont certainement pas fait pour rien. Ce qui est fait n'est plus à faire. Pour celles qui attendaient le feu vert lié à l'adoption des textes en commission paritaire, nous vous proposons d'attendre encore le temps nécessaire. La Fédération des maisons médicales essaiera de mettre ce laps de temps supplémentaire à profit pour organiser des moments d'échanges avec le terrain afin d'éclaircir les questions que suscitent cette démarche.

Nous vous rappelons que la Fédération défend depuis toujours que la mise en œuvre de nos finalités se traduise également au travers de nos modes de fonctionnement : la réduction des inégalités sociales et de santé se traduit notamment au travers d'une réduction des tensions salariales au sein de nos équipes.

Le processus IF-IC rejoint quelque peu ce principe dans la mesure où il a, entre autres, pour finalité d'octroyer « un salaire égal à travail égal », et non plus de déterminer des salaires subjectivement en fonction du genre, du diplôme (ou absence de diplôme) ; d'appliquer des barèmes différents au sein d'une même fonction ; de rémunérer davantage certaines catégories de travailleurs sans aucun contrôle ou critère objectif. L'IF-IC a, comme nous, cette volonté de réduire les tensions salariales existantes au sein de chaque secteur. À nous, à chaque maison médicale de continuer ce travail de réflexion en interne.

Nous vous encourageons à continuer à réfléchir à une politique salariale cohérente et en lien avec notre projet. Le processus IF-IC est pour nous un cadre officiel minimum légal et cela permettra à des équipes d'être plus objectives lors des débats touchant à la politique salariale.