



**MR-MRS
COMPLÉMENT DE SPÉCIALISATION POUR LES INFIRMIERS
VALORISATION IFIC DES DIRECTEURS
ET DU RÉFÉRENT POUR LA DÉMENCE
NOTE AU COMITÉ DIRECTEUR - OCTOBRE 2022**

Jean-Marc Rombeaux,
Conseiller

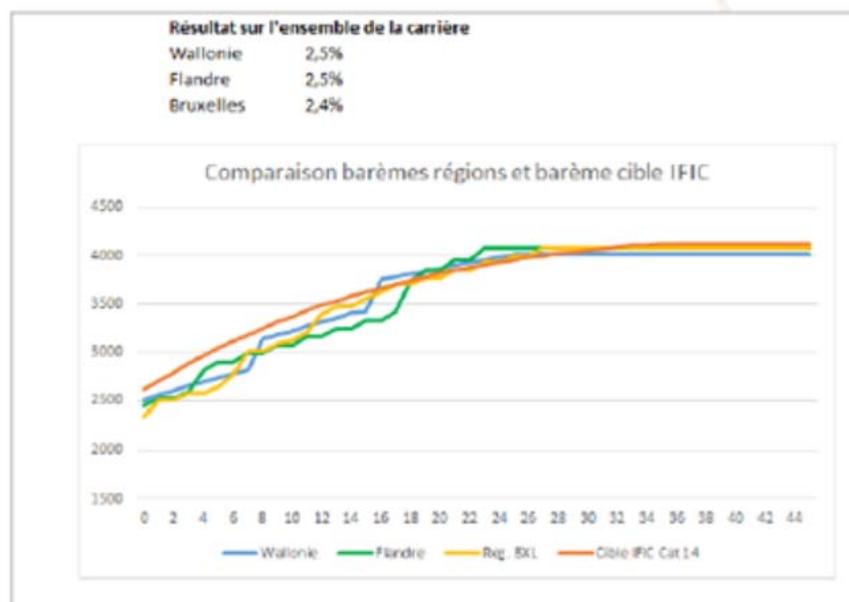
Contexte

Les primes pour titres et qualifications professionnelles ont été supprimées à l'échelon fédéral, mais vont être renouvelées avec une forme différente en hôpital (1).

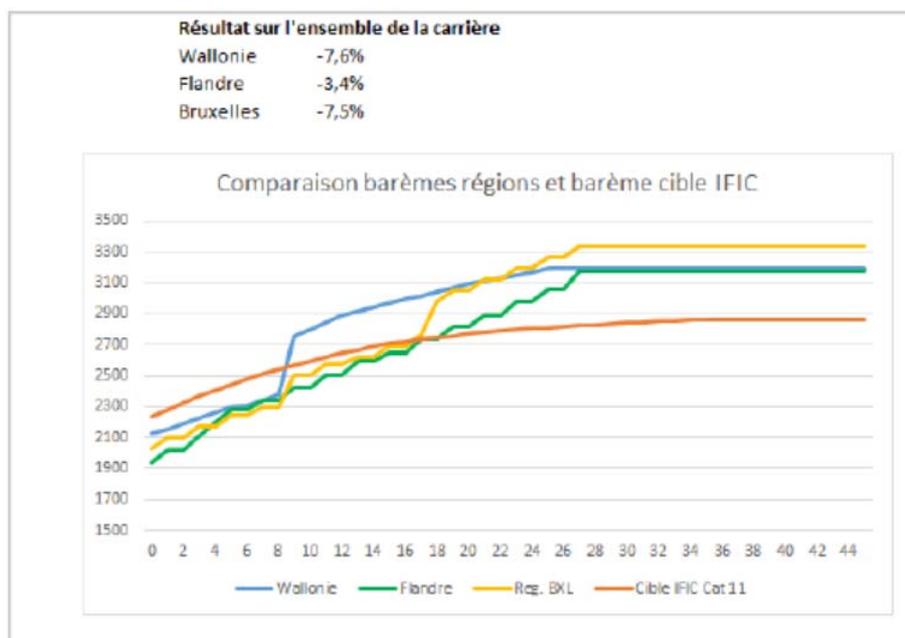
Pour les barèmes des travailleurs, l'Ific est pratiqué dans les hôpitaux publics depuis le 1^{er} juillet 2022. La question du périmètre de son application en MR-S de secteur public donne encore lieu à débat vu que l'on travaille à enveloppe fermée. L'Ific est en train de faire un chiffrage tant pour le secteur public que privé.

Toutefois, sauf à connaître de grosses difficultés pour attirer les jeunes aides soignants et infirmiers diplômés, le secteur public devra bon gré mal gré au minimum embrayer pour le personnel de soins, car l'Ific est sensiblement plus avantageux en début de carrière, à une période où les coûts pour les jeunes sont plus élevés (maisons à payer, langes, frais de pédiatres...).

Infirmier en hôpital (6170) – Catégorie 14 Bachelier (sans prime TPP/QPP)



Aide-Soignant (6172) – Catégorie 11



A Bruxelles, le projet est d'appliquer l'Ific au seul personnel de soins des MR-S de CPAS.

En Flandre, ce serait pour le personnel de soins et logistique, mais pas pour le personnel administratif. Ces limitations au Nord et au Sud du Pays visent bien entendu à limiter les tensions suite à la réforme entre les services centraux et les maisons de repos pour des catégories de fonction « analogues ».

Il n'y a pas d'échelle pour les Directeurs dans l'Ific. Le problème est connu de la Fédération des CPAS qui a demandé qu'une solution soit trouvée. Elle a interpellé en ce sens au premier trimestre 2022 l'Ific et a obtenu un engagement de principe des partenaires sociaux. Elle a réinterpellé par courriel l'Aviq et le Cabinet en ce sens début septembre avec une première orientation sur base de ce qu'esquisse la VVSG. L'association sœur flamande va prendre position pour la Flandre le 19 octobre (2)

Un problème analogue existe quant à l'échelle du référent pour la démence (2).

1.1. Complément de spécialisation et Ific en MR-S

Pour que le secteur garde son attractivité, il est indispensable que les infirmiers qui choisissent l'Ific aient le même accès aux **primes/compléments titre ou qualification** que s'ils œuvraient au niveau fédéral.

Pm, l'application de l'Ific devait s'accompagner de la suppression de prime pour titre (4 500 €) ou qualification (1 500 €¹) notamment en gériatrie et soins palliatifs.

Si l'agent ne passe pas à l'Ific, c'est le statu quo. Par contre, s'il passe à l'Ific il devrait avoir les mêmes primes que s'il prestait en hôpital.

Au niveau fédéral, pour les hôpitaux, il a été décidé à partir de janvier 2023 de prévoir en plus de l'Ific un complément de spécialisation brut par an et par ETP de :

- 2 500 euros pour les infirmiers spécialisés avec un titre professionnel particulier agréé ;

¹ Montants hors indexation

- 833 euros pour les infirmiers spécialisés avec une qualification professionnelle particulière agréée.

La Fédération des CPAS demande, en cas d'application de l'Ific, des compléments de fonction en MR-S financés et équivalents à ceux prévus à l'échelon fédéral.

1.2. Barème directeur de maison de repos

De longue date, la difficulté de recrutement des directeurs de maison de repos est un point qui préoccupe nombre de gestionnaires publics locaux. En Région wallonne, dans certaines zones, il devient très difficile de trouver des directeurs ayant l'attestation de connaissance spécifique et ayant satisfait aux épreuves de recrutement.

L'exercice de la fonction de directeur de maison de repos est une responsabilité importante en raison notamment :

- de la responsabilité morale du directeur à l'endroit de personnes souvent fragiles ;
- du fonctionnement en continu de l'établissement à gérer ;
- de la multiplicité, de la complexité et de l'évolution constante des réglementations à observer ;
- de l'ampleur et de la croissance des flux financiers en jeu ;
- de la taille grandissante des équipes à superviser et de la présence limitée de cadres intermédiaires².

Pour cette responsabilité, il faut de véritables managers sociaux qui s'investissent dans la durée. A défaut, le fonctionnement des maisons de repos publiques sera en péril, tant dans sa dimension qualitative que financière.

La Fédération des CPAS avait plaidé dès 2008 en ce sens dans un courrier adressé au Ministre des Pouvoirs locaux de l'époque, Paul Furlan. Elle avait notamment proposé une monographie de fonction³ et l'application des 11 % aux mêmes conditions que pour le personnel de soins.

A l'instigation de la Fédération des CPAS, un premier pas a été franchi en 2013. La tutelle a décidé de ne pas s'opposer à l'octroi des 11 % pour prestations irrégulières au directeur aux mêmes conditions que pour le personnel soignant si son impact financier est assumé dans le respect des balises.

Il n'y a pas de fonction et barème pour les directeurs au sein d'Ific. Dans le cadre de l'implémentation de cette classification, à l'instigation de la Fédération des CPAS, les partenaires sociaux publics ont exprimé leur volonté d'avancer en ce sens dès mars 2022⁴.

Réponse à question n°8207 - Extrait
(...)

Le contrat/acte de nomination concernant la fonction de direction ne sera pris en considération que pour le rapportage des données salariales dans un premier temps. En effet, **à ce stade, il n'y a pas de fonctions sectorielles ni de barèmes Ific spécifiques pour les fonctions de direction. La volonté des partenaires sociaux publics est néanmoins d'avancer en ce sens (volonté d'intégration future).**

² La Réglementation ne consacre que le rôle de l'infirmière-chef.

³ https://www.uvcw.be/no_index/files/1380-directeurmr.pdf

⁴ <https://www.if-ic.org/fr/faq/secteurs-regionalisés-wallons-publics>

Sur le terrain des MR-S, parmi les directeurs, cela « grogne » depuis des mois vu que le médecin coordinateur et conseiller a bien été revalorisé (10.2021) et que l'infirmier-chef va l'être en passant au barème 17.

Il ne serait point équitable que le directeur gagne moins que son infirmier-chef. Cela renforcerait les difficultés de recrutement. Sans compter l'aspect qualitatif : « *if you pay peanuts, you get monkeys* ».

Les éléments ci-avant ont déjà fait l'objet d'une communication courriel lors d'une concertation avec l'Aviq, l'Ific et le Secteur le 8 septembre 2022.

Pour revenir aux données de base technique, pm dans l'Ific :

<p>Administration</p> <p>20 19 1010 - Responsable du département administratif et financier 18 1040 - Attaché aux affaires juridiques</p>	<p>Psychiatrie</p> <p>20 19 18 6221 - Coordinateur habitations protégées</p>
<p>Revalidation / Maisons Médicales / Centres de transfusion sanguine</p> <p>20 6601 - Médecin généraliste maison médicale 19 18 6610 - Coordinateur général maison médicale</p>	<p>Hôpitaux généraux</p> <p>20 19 18 6111 - Infirmier en chef - coordinateur</p>

Côté VVSG, une proposition technique a été faite. Elle devrait être approuvée le 19 octobre. Elle est la suivante :

*Cette recommandation propose de classer les directeurs dans la classification des emplois de l'IFIC, dans la **catégorie 18, 19 ou 20**. De cette façon, la tension salariale négative existante est résolue par rapport au N-1.*

Le choix de la catégorie la plus adaptée dépend :

- 1) *la classification IFIC déjà effectuée du N-1 (par exemple IFIC 17, 18 ou 19). Si le N gagne plus que le N-1, une tension salariale désirée positive est obtenue.*
- 2) *la rémunération du N+1 (qui reste souvent dans la carrière fonctionnelle de Kelchtermans). Après tout, aucune nouvelle tension négative ne devrait surgir ici.*
- 3) *les responsabilités attribuées au poste de directeur de l'hébergement :*
 - *le degré de responsabilité ultime (ex : délégation de pouvoirs, le directeur rapporte directement à l'organe d'administration, etc.) ;*
 - *la taille de la MR-S et/ou la présence d'autres services (ex : centre d'accueil de jour/accueil de jour, groupe d'appartements de vie assistée, centre de courts séjours, restaurant social...)* ;
 - *si oui ou non la responsabilité financière (par exemple : la maîtrise du budget, le flux de revenus optimal de la protection sociale flamande...).*

Cette classification peut se faire via la procédure IFIC pour 'fonction manquante'.

Si c'est validé par la VVSG, cela doit encore être discuté avec les syndicats. S'il y a accord, une circulaire s'ensuivrait. Comme ce serait une recommandation, à notre estime sens rien n'empêcherait d'aller plus loin à l'échelon local.

En première analyse, il est peu probable que la 20 passe. Et même la 19. Il semble en effet difficile de mettre le directeur d'une MR-S sur le même plan que le responsable du département administratif et financier d'un hôpital. L'application de l'échelle 18 devrait dès lors être le principe de base.

Lors d'une réunion de concertation avec l'Aviq sur l'Ific le 23 septembre, en réaction du mail de la Fédération des CPAS du 8 septembre, l'Aviq a clairement dit qu'il était possible de financer le directeur comme le référent démence via des barèmes spécifiques au travers de l'Aviq sans attendre l'adaptation de l'éventail de fonction Ific.

Dans un courrier du 10 octobre 2022 à la Ministre de la Santé, le CPAS de Peruwelz a eu la bonne idée et le courage de s'exprimer sans ambages, en sens similaire et ce sans concertation préalable aucune. Il a fait suivre copie à Jean-Marc Rombeaux, Conseiller-Expert.

Extrait :

« Durant cette crise sanitaire sans précédent et ses conséquences renforçant le désintéressement pour les fonctions soignantes en maisons de repos et de soins, les directions ont fait preuve d'abnégation et de professionnalisme, passant de jour en nuit à épauler, motiver et manager le personnel, à être bien souvent le seul relais entre les familles et l'AVIQ.

Aujourd'hui, demain plus encore, la stabilité des MR-MRS est mise à mal par de multiples facteurs générant une pénurie criante de personnel. Les directions se doivent d'être inventives et attractives à ce sujet. Il est dès lors très interpellant de ne pas valoriser la fonction de direction de MR-MRS dans le protocole IFIC, il s'agit ici d'une réelle menace pour les structures publiques. Il est dès lors important, Madame la Ministre, que vous puissiez être sensibilisée à cette problématique engendrant un désintérêt et une migration du personnel de direction vers des établissements privés plus attractifs, mais dont le maintien de l'intérêt général via la satisfaction des intérêts particuliers des résidents n'a pas la même valeur que dans le secteur public.

En effet, il est ubuesque que le secteur public se trouve moins attractif que le secteur privé dans ce domaine de compétence où l'exemplarité et le maintien de la dignité humaine sont légion. Il est inutile de vous rappeler que bien souvent, un directeur de MR-MRS héberge plus de 100 résidents et autant de personnel.

Madame La Ministre, pourriez-vous accéder à notre requête, à la requête des maisons de repos et de soins publiques, en usant de votre analyse sociétale et de votre pouvoir décisionnel afin que les directeurs desdits établissements puissent également être valorisés dans le cadre du protocole IFIC, être intégrés dans le rapportage et in fine, bénéficier d'une fonction plus attractive ? Il en va, à notre sens, d'une variable cruciale au maintien de la qualité de nos établissements, et ce en particulier, au sein des CPAS. Nous interpellons également la Fédération des C.P.A.S en ce sens, qui est déjà très certainement consciente des conséquences de cette problématique. »

La Fédération des CPAS demande, en cas d'application de l'Ific, pour les directeurs :
- de prendre l'échelle 18 comme principe de base ;
- à titre subsidiaire, de laisser la faculté de la 19 si le directeur est responsable de plusieurs services (ex. : une maison de repos et une résidence-services et un centre de soins de jour) ainsi que pour les coordinateurs de plusieurs MR-S (à l'instar de Charleroi, Namur, Verviers, Isosl...)

1.3. Barème du référent pour la démence

Un problème analogue se pose pour référent pour la démence (« trouble cognitif »).

Ce n'est pas une fonction dans l'actuel éventail Ific. C'est par contre une fonction spécifique clairement décrite dans l'annexe 120 du Crwass au point 9.3.16.1.⁵

« Le référent pour la démence remplit les quatre missions suivantes :

⁵ A.G.W. 16.9.2021 modifiant l'annexe 120 du Code réglementaire wallon de l'Action sociale et de la Santé.

A. Promouvoir un environnement de vie adapté

1° proposer des adaptations de l'environnement de vie dans les espaces collectifs pour faciliter les déplacements et la prise d'initiative des résidents dans la réalisation des activités de la vie quotidienne ;

2° proposer des aménagements dans la chambre du résident pour maintenir ou réactiver son autonomie.

B. Accompagner les membres du personnel

1° participer à la sensibilisation, formation des membres du personnel en fonction des besoins exprimés ;

2° soutenir les membres du personnel dans la mise en place d'activités adaptées et porteuses de sens pour le résident ;

3° créer des supports pour répondre à un besoin au sein de l'établissement.

C. Accompagner les résidents qui présentent des troubles cognitifs

1° proposer des activités adaptées et porteuses de sens ;

2° réaliser des accompagnements individualisés et coordonner les projets de vie individualisés dans les unités adaptés ou unités de vie en journée ;

3° gérer et prévenir les troubles du comportement.

D. Accompagner les familles

1° participer à l'accueil des familles lors de l'entrée du résident dans l'établissement et dans les semaines qui suivent ;

2° être à l'écoute des familles et rester une personne de référence concernant l'évolution de la maladie du résident et de ses manifestations »

Dans la classification Ific, les infirmières de référence ont en hôpital l'échelle 15. L'échelle 16 est néanmoins pour les psychologues cliniques.

L'exercice de la simple fonction d'ergothérapeute, logopède, diététicien, infirmier (bachelier) ouvre le droit à la 14.

Vu que le référent pour la démence exerce une fonction plus spécifique que ces bacheliers, il est logique qu'il y ait une tension salariale entre cette fonction spécifique et leur simple fonction pour un motif d'attractivité.

En outre, le fait de côtoyer principalement des personnes avec troubles cognitifs majeurs implique une pression et pénibilité particulière, directe et indirecte. Directe avec les contacts avec les résidents. Indirecte car le personnel en difficulté nourrit de grandes attentes à l'adresse de ce référent qui n'est pourtant pas un deus ex machina vecteur de solution miracle. Cette pénibilité et cette pression justifient d'autant plus une échelle spécifique supérieure à celle d'un « simple bachelier. »

Dans cette optique, relevons que Jean-François Moreau, Docteur, Médecin coordinateur et Président de l'Aframeco nous a communiqué un « document ressource » très intéressant. Avec son bienveillant accord, il sera prochainement sur le site de la Fédération des CPAS⁶.

La Fédération des CPAS demande, en cas d'application de l'Ific, au bénéfice des référents pour la démence :
- de prendre l'échelle 15 comme principe de base ;

⁶ Les interventions non médicamenteuses pour la prévention et le traitement des troubles cognitifs et comportementaux en institutions de soins