

IFIC : Où en est-on ?



Octobre 2020

Introduction

L'ASBL IFIC (Instituut voor Functieclassificatie – Institut de Classification de fonctions) a été fondée en 2002 par les partenaires sociaux, sur base paritaire. Elle s'est attelée à la lourde tâche de moderniser la classification des fonctions existantes au sein des secteurs qui relèvent de la commission paritaire 330 (= Commission Paritaire des établissements et services de santé).

On utilise le mot « IFIC » pour parler de l'ASBL, comme pour parler de la nouvelle classification en elle-même.

Dans la méthode « IFIC », la rémunération est basée davantage sur la fonction exercée que sur le diplôme. La lourdeur de la fonction est évaluée sur base de 6 critères : la connaissance et le savoir-faire, la gestion d'équipe, la communication, la résolution de problèmes, la responsabilité et les facteurs d'environnement. Le résultat de cette évaluation détermine la position de la fonction dans l'échelle de classement. Concrètement, 218 fonctions sont prévues actuellement. Celles-ci sont classées en 6 familles (Administration - hôtelier, logistique et technique - médicotechnique et pharmacie - paramédical - psycho-social - infirmier/soignant) et en 20 catégories qui correspondent chacune à une échelle salariale différente. Dans cette méthode, la politique salariale est aussi modifiée pour payer des salaires plus élevés en début de carrière avec une dégressivité des augmentations liées à l'ancienneté.

L'IFIC est un système évolutif, qui prévoit un mécanisme de révision des fonctions. Cela permettra d'une part, d'adapter les descriptions de fonction à l'évolution rapide des métiers et de revoir leur pondération en conséquence et d'autre part, d'intégrer au fur et à mesure les fonctions qui sont manquantes à ce jour.

L'IFIC focalise sur la description des fonctions les plus fréquemment attribuées, il n'a ni pour mission ni pour objectif de réaliser des descriptions de fonctions pour 100% des fonctions. Chaque institution garde la possibilité de créer des fonctions qui répondent à ses besoins spécifiques. Les fonctions qui ne font pas l'objet d'une description de fonction doivent être classées par analogie aux fonctions existantes.

Implémentation de l'IFIC

L'implémentation de l'IFIC débute par la phase d'attribution des nouvelles fonctions à l'ensemble du personnel. Dans une seconde phase, les travailleurs doivent poser un choix éclairé qui consiste à accepter le barème IFIC ou pas. Chaque travailleur reçoit une projection individualisée sur l'ensemble de sa carrière qui compare son salaire actuel et celui auquel il pourra prétendre avec l'IFIC.

À l'instar de la situation actuelle, le nouveau barème IFIC est un barème sectoriel minimal obligatoire.

Dans les hôpitaux privés

Les différentes conventions collectives de travail signées entre partenaires sociaux en 2016 et 2017 au sujet de la nouvelle classification de fonction et du nouveau modèle salarial ont prévu que l'IFIC soit implémenté dans le secteur des hôpitaux privés¹ à partir du **1er janvier 2018**. Concrètement, les employeurs ont eu jusqu'au 30 avril 2018 pour attribuer une fonction à chaque travailleur, à l'exclusion du personnel de direction et des médecins². Les travailleurs qui n'étaient pas d'accord avec la fonction attribuée pouvaient introduire un recours. Ce recours éventuel a été traité par une Commission de recours interne à l'institution et le cas échéant, en appel, par la Commission de recours externe.

¹ Sont aussi concernés les soins infirmiers à domicile, les centres de révalidation fédéraux, les maisons médicales, les centres de psychiatrie légale et les services du sang de la Croix-Rouge qui relèvent de la CP 330. Seul le secteur résiduaire au sein de cette CP 330 n'est pas concerné à ce stade.

² Seuls les médecins salariés des maisons médicales sont concernés par l'IFIC.

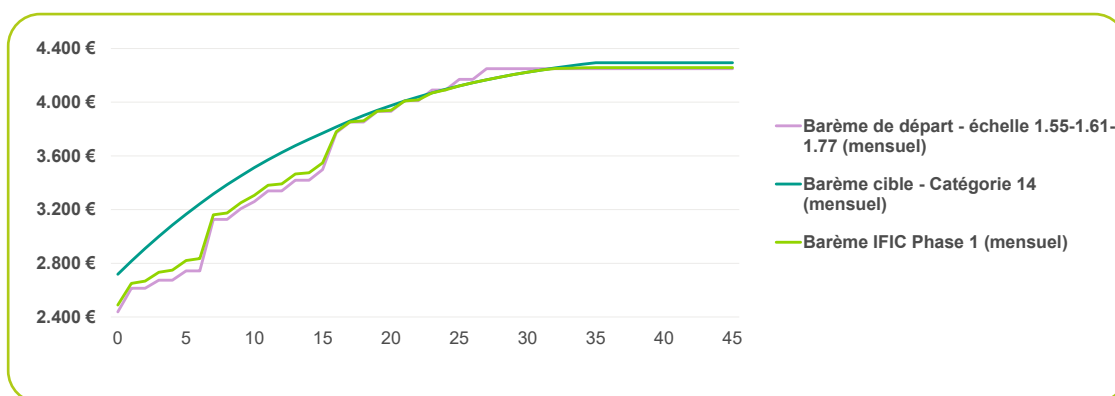
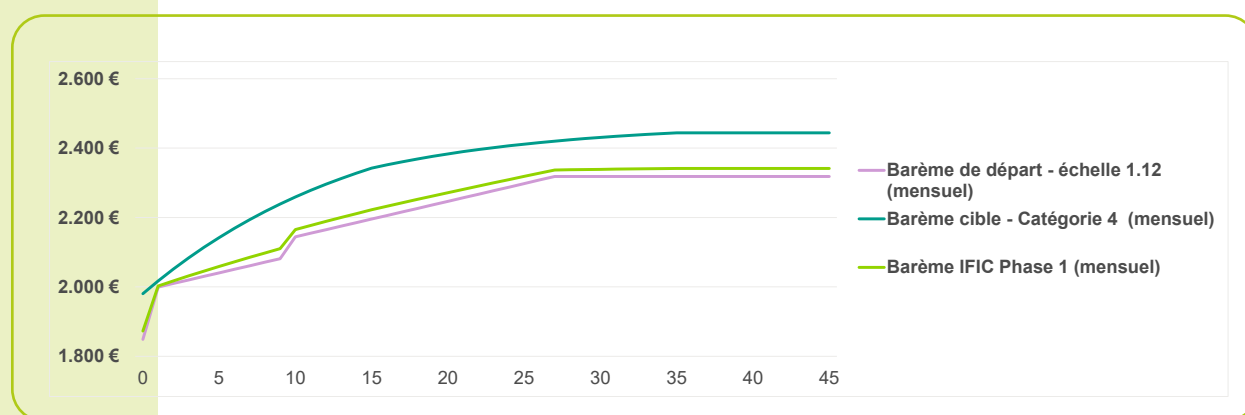
Le tableau suivant donne un aperçu des budgets consécutifs prévus à l'époque pour implémenter l'IFIC dans ce secteur.

(en millions d'euros)	2017	2018	2019	2020	Structurel dès 2020
Budget IFIC Hôpitaux Privé	50	65	15	15	95

Le budget disponible en 2018 n'était pas suffisant pour l'implémenter directement à 100%. Il a donc été décidé de phaser l'implémentation de l'IFIC et de prévoir une première phase dans laquelle le nouveau barème IFIC (soit le barème « IFIC Phase 1 ») correspondait au barème perçu par le travailleur (soit le barème de départ), augmenté de 18,25% de la différence entre le barème perçu à l'époque et le barème IFIC à 100% (soit le barème cible).

Les graphiques suivants illustrent des exemples de projections individualisées. Dans chacun de ceux-ci, le travailleur visualise son barème actuel, la courbe IFIC à 100% et le barème « IFIC Phase 1 » sur 45 ans de carrière. Il faut savoir que lorsque, pour une année d'ancienneté, le barème de départ est supérieur au barème IFIC à 100%, c'est ce dernier qui correspond au barème valable en Phase 1 (pas de calcul de delta).

Dans le 1^{er} exemple, on voit que le travailleur a intérêt à choisir l'IFIC, peu importe où il se situe dans sa carrière. Ce qui n'est pas forcément le cas dans le 2^{ème} exemple. On observe que si le travailleur est en milieu de carrière, il pourrait préférer à garder son barème de départ, à conditions inchangées.



Ce choix n'est pas proposé aux nouveaux travailleurs (engagés à partir du 1^{er} mai 2018) ou aux travailleurs qui changent de fonction. Pour ceux-là, le barème IFIC est imposé.

Fin 2019, il a été décidé de procéder à un rapportage pour faire un état des lieux de la situation, évaluer le coût réel de l'implémentation de la phase 1 et simuler les possibilités de démarrage de la phase 2. Ce rapportage consiste à fournir pour toutes les institutions concernées, une liste de tous leurs travailleurs en service (à l'exception des médecins et du personnel de direction) avec, pour chacun, leur titre dans l'institution, leur grade FINHOSTA³, leur date de naissance, leur date d'entrée en service, leur temps de travail contractuel, leur niveau de formation, les conditions salariales initiales (échelle salariale, ancienneté barémique, primes, etc.), leur fonction IFIC ainsi que leur choix effectif.

Les données issues de ce rapportage ont été traitées par l'ASBL IFIC durant le 2^{ème} trimestre de l'année 2020. Celui-ci concernait un peu plus de 122 000 travailleurs, tous secteurs des soins de santé fédéraux relevant de la CP330 confondus.

3 FINHOSTA est le nom donné à une application informatique qui permet au SPF Santé Publique de récolter les données statistiques et financières auprès des hôpitaux. Le grade FINHOSTA est une manière de catégoriser les travailleurs dans les données de type RH.

On y apprend notamment que 19% des travailleurs recensés n'avaient pas le choix de l'IFIC (entrés en service après le 30 avril 2018 ou ayant droit à une prime TPP/QPP⁴), que 41% ont opté pour l'IFIC et que 40% ont décidé de garder leur barème de départ. Pourtant, parmi ces derniers, presque la moitié des travailleurs avaient quand même un intérêt à choisir l'IFIC, au regard de leur barème effectif (et pas seulement sectoriel).

Il en ressort également que le coût annuel total de l'implémentation de l'IFIC à 100%, pour tous les secteurs de la CP330 concernés, est estimé à environ **447 millions d'euros**, sur base d'une extrapolation pour l'année 2020. Ce montant représente une augmentation moyenne de la masse salariale de 6%.

Au niveau du financement, un budget provisionnel a été octroyé aux hôpitaux privés via le BMF, depuis 2018, sur base d'une simple répartition du budget national disponible, au prorata d'un nombre d'ETP global historique. Outre l'octroi du 3ème montant provisionnel dans le BMF notifié au 1er juillet 2020, un arrêté paru le 9 septembre dernier définit enfin **les modalités de révision des provisions octroyées depuis 2018**. A partir de 2022, l'intention est de financer les hôpitaux sur base de la révision de l'année 2020 et d'actualiser le nombre d'ETP tous les deux ans.

La Ministre a opté pour un **financement forfaitaire** en révision : un montant forfaitaire spécifique est associé à chaque fonction IF-IC. En règle générale, un seul forfait est prévu par code fonction IF-IC (indépendamment par exemple de l'ancienneté pécuniaire réelle du membre du personnel concerné). Pour certaines fonctions IF-IC spécifiques, le diplôme sera pris en compte (gradué/bachelier). Le calcul de ces forfaits est basé sur la différence entre les barèmes de référence de la CP330 (éventuellement augmentés d'une allocation de foyer/de résidence et d'un supplément de fonction) et les barèmes cibles IFIC correspondants.

L'hôpital privé recevra en révision ce montant forfaitaire pour chaque ETP (de la fonction IF-IC visée) qui se sera vu offrir la possibilité de rejoindre le nouveau modèle de rémunération, indépendamment du choix effectif de l'employé.

Dans les hôpitaux publics

Santhea a posé comme condition à la mise en œuvre de l'IFIC dans le secteur privé qu'il n'y ait pas de discrimination à l'encontre du secteur public. Un budget fédéral (d'un montant de 43 millions en récurrent à partir de 2020) a donc été octroyé pour implémenter la classification de fonctions IF-IC dans les hôpitaux publics à l'instar des hôpitaux privés. Pour entamer cela, une étude barémique préparatoire avec quelques hôpitaux publics a été menée en 2019. Neuf institutions membres de santhea se sont portées volontaires : le CHR de Huy, le CHUPMB, l'hôpital psychiatrique de VIVALIA et le CHU de Liège en Wallonie, ainsi que les Hôpitaux Iris Sud, le CHU Saint-Pierre, le CHU Brugmann, l'Institut Jules Bordet et l'HUDERF à Bruxelles. Cinq hôpitaux flamands ont complété l'échantillon.

Cette étude préparatoire avait pour but d'objectiver l'impact réel de l'IFIC dans les hôpitaux publics afin de dégager les pistes les plus réalistes possibles pour que les hôpitaux publics puissent à leur tour mettre en œuvre cette nouvelle classification de fonction et bénéficier du financement qui l'accompagne. L'objectif est d'éviter ainsi qu'un écart se creuse entre l'évolution des rémunérations des travailleurs des hôpitaux privés et publics.

Les participants à l'étude préparatoire ont dû procéder à l'attribution théorique de fonctions pour chacun de leurs travailleurs et ensuite réaliser un « rapportage » dans un fichier Excel. Santhea est alors intervenu dans l'audit et le traitement des données de ses membres. La complexité dans ce secteur vient de la très grande diversité de barèmes entre institutions, malgré les références communes aux échelles barémiques régionales (RGB, Charte sociale bruxelloise, ...) et à celles du secteur privé.

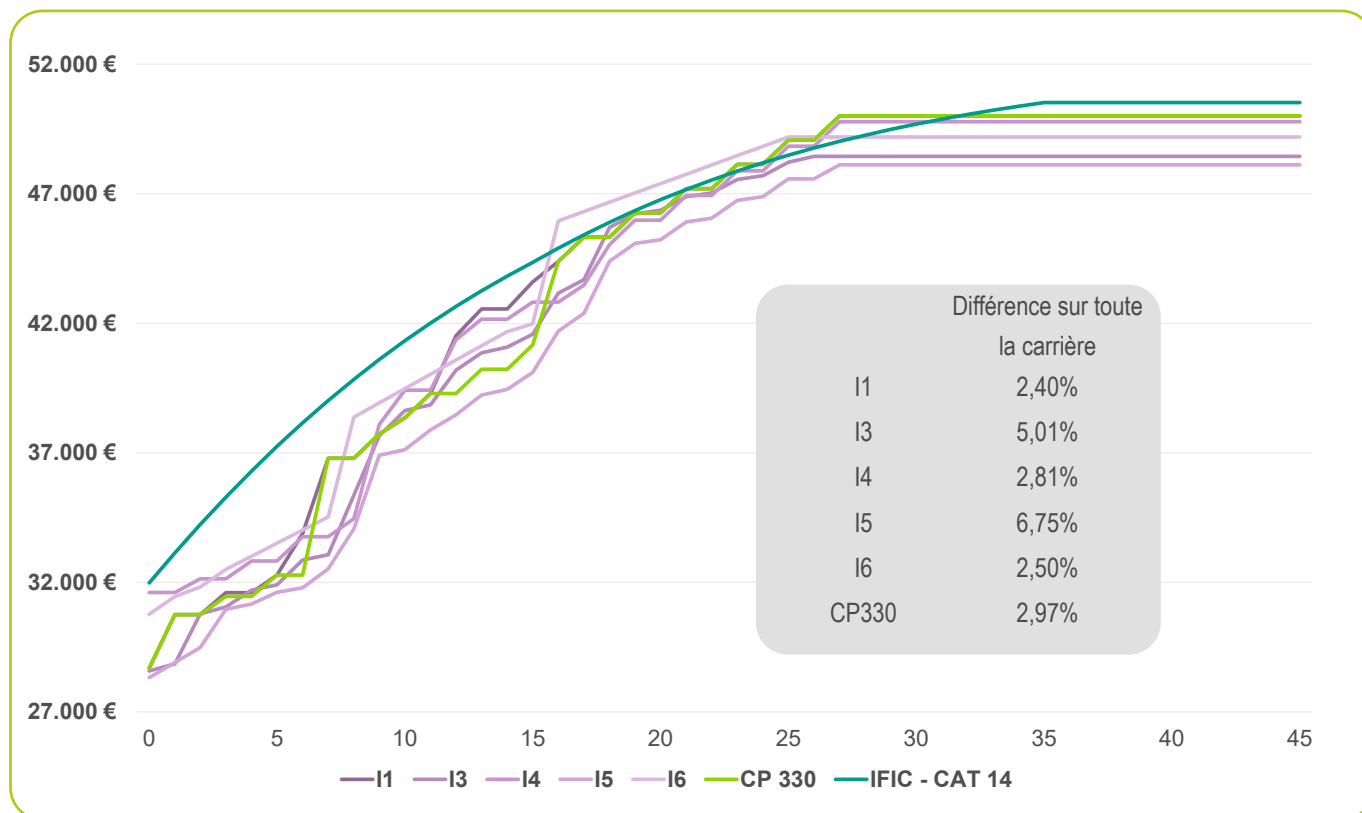
Nous avons comparé, pour chaque fonction IFIC, les barèmes actuels octroyés dans nos hôpitaux au barème IFIC de la catégorie correspondante (à 100%). Le graphique et le tableau ci-dessous illustrent cette comparaison pour la fonction infirmière⁵ en particulier, en incluant le barème de la CP330 correspondant (échelle 1.55-1.61-1.77). Les montants repris dans le graphique sont les montants annuels indexés⁶ (y compris une allocation de résidence) valables théoriquement sur une carrière de 46 années.

Dans cet exemple, on constate que l'IFIC est favorable pour les travailleurs de toutes les institutions publiques de l'échantillon et du secteur privé, sur l'ensemble de la carrière. Ce n'est pas le cas pour toutes les fonctions de l'éventail. Nous avons constaté, par exemple, que la situation était souvent inverse pour les fonctions administratives. Il faut donc maintenant définir les orientations à prendre et ensuite entamer l'attribution de fonctions dans tous les hôpitaux publics du pays.

4 *TPP = titre professionnel particulier et QPP = qualification professionnelle particulière. Les infirmiers bénéficiaires d'une prime TPP/QPP avant le 1er septembre 2018 qui travaillent dans un hôpital relevant du champ d'application de la CP330 conservent leur droit à la prime s'ils continuent à exercer une fonction d'infirmier au sein d'un hôpital, et ne peuvent à ce titre pas être rémunérés selon les barèmes IFIC.*

5 *Les barèmes repris dans le graphique correspondent à ceux des infirmières graduées. Les infirmières brevetées sont, elles, associées à la catégorie IFIC 14B (seule catégorie qui serait doublée pour tenir compte d'une différence de diplôme).*

6 *À l'index valable entre le 1/09/2018 et le 1/03/2020 (coefficient 1,7069).*



Dans les autres secteurs

Pour les **secteurs régionalisés flamands privés**, l'implémentation d'une nouvelle classification sectorielle de fonctions a fait partie de l'accord social régional en avril 2019. Les agents travaillant dans les hôpitaux catégoriels, les maisons de repos, les maisons de repos et de soins, les centres de soins de jour, les logements à assistance, les centres de court séjour pour personnes âgées, les MSP, les IHP ainsi que dans certains centres de revalidation se sont vus attribués une fonction IFIC et ont dû faire le choix de leur barème pour le 31 octobre 2019 au plus tard. Pour les travailleurs entrés en service ou qui exercent une nouvelle fonction depuis le **1^{er} novembre 2019**, les barèmes IFIC s'appliquent automatiquement. Ils ont porté une attention particulière à augmenter les barèmes à l'identique du fédéral, soit 18,25%, pour conserver exactement le même niveau salarial et éviter ainsi toute perte d'attrait pour le personnel des institutions régionalisées.

À Bruxelles, les accords non-marchands régionaux ont prévu de mandater IFIC, pour réaliser une étude salariale préliminaire pour les **institutions bruxelloises ressortissant de la CP330 et dépendant de de la Commission communautaire française et de la Commission communautaire commune**, à savoir les MR-MRS, les centres de soins de jour, les MSP, les IHP et les centres de rééducation fonctionnelle. À ce stade les institutions publiques ne sont pas incluses dans cette étude.

Perspectives

L'avant-projet d'accord social « post covid » conclu le mardi 7 juillet 2020 entre le gouvernement fédéral et les partenaires sociaux du secteur des soins de santé fédéraux prévoit un financement supplémentaire de **500 millions d'euros**, qui s'ajoute aux 138 millions déjà accordés par l'accord social 2017, pour financer l'application intégrale à 100% des barèmes cibles IFIC, au cours de la période 2021-2022 dans les secteurs privés fédéraux de la santé et la mise à disposition de l'équivalent budgétaire proportionnel pour le secteur public. Pour ce dernier, l'idée est d'implémenter les mêmes descriptions de fonctions et barèmes IFIC que dans le secteur privé, tout en tenant compte des spécificités de ce secteur qui impliqueront une mise en œuvre adaptée dans l'esprit du texte de l'accord social de 2017-2020.

Le gouvernement wallon vient de décider de consacrer 260 millions pour financer un nouvel accord non marchand qui permettra de revaloriser les salaires des travailleurs des secteurs de la 1^{ère} ligne et d'améliorer leurs conditions de travail par la création d'emplois complémentaires. Concrètement le gouvernement va négocier avec les partenaires sociaux la part de ce budget qui sera consacrée à mettre en œuvre un IFIC wallon, afin d'éviter une disparité trop importante entre les barèmes des institutions de soins régionalisés et les institutions fédérales de santé qui rendrait encore plus difficile le recrutement de personnel au niveau régional. Ce budget serait phasé durant la législature de telle sorte que 100 millions serait disponible en 2021, 50 millions en 2022 et 2023 et encore 60 millions en 2024.

Editeur Responsable : Y. Smeets, Directeur général