



Les analyses du Centre Jean Gol

SECOURONS LE SECTEUR INFIRMIER



FÉDÉRATION
WALLONIE-BRUXELLES



Une analyse réalisée par
VIOLAINE HERBAUX

Daniel Bacquelaine, Administrateur délégué du CJG
Axel Miller, Directeur du CJG
Corentin de Salle, Directeur scientifique du CJG

2021

Avenue de la Toison d'Or 84-86
1060 Bruxelles
Tél. : 02.500.50.40
cjb@cjb.be
www.cjb.be

*SECOURONS LE SECTEUR
INFIRMIER*



INTRODUCTION

Ils sont environ 150.000 en Belgique. Ils ont affronté la pire crise sanitaire de ce 21^{ème} siècle. Ils ont été applaudis mais aussi, parfois, incompris face à la détresse des citoyens affectés par la crise de la Covid-19. Ce sont les infirmiers. Des « blouses blanches » qui ont permis de sauver des vies et d'assurer une continuité et une qualité de soins même dans les circonstances les plus difficiles.

La création, à la fin de l'année 2019, du « Fonds Blouses Blanches » et de l'enveloppe annuelle de 402 millions d'€ témoigne de la prise de conscience de l'importance de la profession dans notre système de soins. Ces moyens n'apporteront néanmoins pas toutes les solutions à différents problèmes pourtant déjà connus et pointés du doigt depuis plusieurs années : normes d'encadrement non adaptées aux besoins actuels à savoir :

- « fuite » des infirmiers vers d'autres secteurs professionnels,
- double filière de formation,
- faible revalorisation financière,
- non représentation des associations professionnelles dans les organes décisionnels
- ou encore difficultés relationnelles avec d'autres acteurs du système des soins de santé.

Nous tentons, au travers de cette étude, de mieux comprendre les maux de la profession.

Tout d'abord, la question de la formation et de la coexistence de deux filières menant à des titres différents mais permettant l'exercice d'actes similaires dans la vie quotidienne. Cette organisation de la formation est-elle tenable ? Peut-on continuer à former différemment des infirmiers ? Une autre proposition est-elle possible ?

La pénurie ou plutôt la « fuite » des infirmiers constitue un enjeu majeur du maintien de la qualité des soins dans notre pays. Quelles en sont les conséquences sur l'encadrement des patients et sur la qualité de travail des professionnels du secteur ?

La problématique du financement des hôpitaux et du personnel infirmier hospitalier est également abordée. Quel budget pour financer les infirmiers ? Quelles sont les impacts du système sur la rémunération, la considération et l'organisation du personnel infirmier ?

Enfin, nous revenons sur la mise en place du nouveau modèle salarial de l'IF-IC et ses conséquences pour le secteur infirmier.

LA RÉMUNÉRATION DES INFIRMIERS

LA FORMATION DES INFIRMIERS DANS NOTRE PAYS

En Belgique, **deux niveaux de formation donnent accès à la profession d'infirmier** :

1. le niveau de **bachelier** (Bachelier Infirmier Responsable de Soins Généraux), autrefois appelé « formation A1 » ou « Infirmier gradué »
2. le niveau de **brevet d'infirmier hospitalier (Communauté française)** ou **HBO-5 (Flandre)**, autrefois connu sous le nom de « formation A2 ».

Est ensuite arrivée en 2016 la question de la transposition de la directive 2013/55/E. Celle-ci visait à **harmoniser les formations en soins infirmiers dans toute l'UE et à faciliter la mobilité des professionnels**. Cette directive impliquait l'obligation d'avoir :

- au moins trois années d'études ;
- 4600h d'enseignement théorique et clinique ;
- une durée de l'enseignement théorique représentant au moins un tiers de la durée minimale de la formation ;
- une durée de l'enseignement clinique correspondant au moins à la moitié de la durée minimale de la formation (soit 2300h).

L'application de cette directive n'a pas été facile car si les 2 formations « bachelier » et « brevet » permettent d'accéder au même titre « Infirmier en soins généraux » et permettent de pratiquer la même liste d'actes, les niveaux de formation permettant d'obtenir le brevet et le bachelier diffèrent.

Les salaires (hors IFIC) sont, par contre, différents et la rémunération **d'un infirmier breveté est, toute proportion gardée, inférieure à celle d'un infirmier bachelier**. Notons qu'il y a en Flandre davantage d'infirmiers brevetés qu'en Fédération Wallonie-Bruxelles (entre 60% et 70% en Flandre et 30% et 40% en Wallonie).

La transposition de la directive 2013/55/E a donc réorganisé la formation de la manière suivante :

POUR LES BREVETÉS :

- En Communauté flamande et en Communauté germanophone, les infirmiers HBO-5 suivent une formation professionnelle de **trois ans relevant de l'enseignement secondaire**. Ces diplômés brevetés ne sont par conséquent pas considérés comme des « euro-mobiles » puisque leur formation ne répond pas aux directives européennes 2013/55/E.
- En Communauté française ce brevet s'obtient en 3 ans et demi dans l'enseignement secondaire professionnel complémentaire (4ème degré) ou 5 ans dans l'enseignement de promotion sociale. **La durée de la formation d'infirmier hospitalier breveté a été allongée de 6 mois.**

POUR LES BACHELIERS :

- Cette filière est organisée en Hautes Écoles
- **Depuis l'année académique 2016-2017, la durée normale du programme d'études est passée de 3 à 4 ans.**



- Depuis la rentrée académique de septembre 2021, après le bachelier, les infirmiers peuvent entamer un Master en Sciences infirmières de 2 ans, organisé conjointement par les Hautes Ecoles et les universités. Notons que ce nouveau Master ne permet pas, à ce jour, d'obtenir le titre d'Infirmier de Pratique Avancée. En effet, si le titre d'infirmier en pratique avancée apparaît dans la Loi du 22/04/2019 portant modification de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à **l'exercice de professions des soins de santé, il n'y a pas de fonction ou de cadre légal décrit actuellement.**

Depuis cette directive et selon le KCE (Centre Fédéral d'Expertise des Soins de santé), il n'existe aujourd'hui en Belgique pratiquement aucune différence entre les deux niveaux de formation en termes de compétences et de pratique quotidienne. En effet, sur le terrain, les mêmes tâches peuvent être confiées aux infirmiers bacheliers et brevetés. Il y a toutefois des différences importantes entre ces deux niveaux d'études. D'une part, le programme du brevet est moins théorique que celui du bachelier ; il fait donc plus de place à l'enseignement pratique et les stages peuvent débiter dès la première année.

Ces deux diplômes renvoient cependant à **des échelles barémiques différentes et donc à des réalités salariales différentes. Enfin, si l'attestation de réussite de la première année des deux filières donne accès au titre d'aide-soignant, le bachelier offre plus de possibilités de spécialisations que le brevet.**

Néanmoins, si des différences existent, ces deux filières de formation (le Brevet et le Bachelier), mènent à la même qualification professionnelle. Un système qui pose question en termes de cohérence, de niveau de qualification et par conséquent de qualité de soins. C'est pourquoi, nous plaçons depuis plusieurs années pour une suppression progressive du 4^{ème} degré de l'enseignement secondaire (professionnel paramédical) qui mène au titre d'infirmier(ère) et tel qu'organisé actuellement au profit d'une transformation du brevet en un maillon intermédiaire entre l'aide-soignante et l'infirmière qui serait en quelque sorte un « assistant infirmier ».

LA PROFESSION D'INFIRMIER DANS LES HÔPITAUX

Quelques constats **généraux** :

- la Belgique compte en 2018 un total de 11,1 infirmier/infirmière par habitant, ce qui la place à la 10^{ème} position des pays de l'OCDE et à la 5^{ème} position des pays de l'Union Européenne.
- selon l'étude RN4CAST, **le ratio moyen patient / infirmier en Belgique était de 10,7 en 2010**, ce qui est un chiffre élevé par rapport aux autres pays européens (moyenne pour l'UE-12 = 9). Seules l'Allemagne (13,0) et l'Espagne (12,6) ont des ratios plus élevés. En Norvège, il est de moitié (5,4)
- D'après la mise à jour du KCE, le ratio moyen patient/infirmier s'est légèrement amélioré en 2019 en descendant à 9,4.
- **la majorité des infirmiers en Belgique travaillent en milieu hospitalier** et leur nombre a augmenté au cours de la dernière décennie, mais ils travaillent en moyenne à 80%. Le nombre d'heures de personnel infirmier par patient varie considérablement d'un hôpital à l'autre.
- Les infirmiers belges vieillissent : plus de 1 infirmier sur 3 est âgé de plus de 50 ans.

Dès lors, bien que le nombre d'infirmiers(ères) par habitant soit en Belgique supérieur à la moyenne des pays de l'OCDE, le ratio patients/infirmier reste trop élevé. Les difficultés d'engagement et de pérennisation du personnel existent bel et bien.

En effet, malgré un nombre élevé d'infirmiers diplômés (même si l'attractivité diminue fortement actuellement, par exemple en Hautes Ecoles), une pénurie est constatée depuis plusieurs années et spécifiquement dans le secteur hospitalier. Cette pénurie est, devenue clairement visible durant la crise sanitaire du Covid-19.

Une large part du personnel soignant quitte la profession après 5 ou 10 ans. Certains arrêtent de pratiquer le métier pendant plusieurs années pour ensuite y revenir, d'autres se reconvertisent dans l'enseignement ou d'autre encore décident un changement radical de milieu professionnel.

Une enquête menée par l'Union Générales des Infirmières de Belgique (UGIB) auprès de 2822 infirmiers dans notre pays révèle que 82,1% d'entre eux estiment que leur lieu de travail est en sous-effectif, tandis que 82,9% parlent d'une charge de travail élevée, ce qui a des conséquences sur la qualité des soins et la sécurité des patients. Une charge de travail élevée causée par une diminution des effectifs, une mauvaise répartition des tâches et une communication insuffisante aux soins des équipes sont les principales difficultés évoquées.

LE BUDGET DES HÔPITAUX CONSACRÉ AU PERSONNEL INFIRMIER

Le budget alloué aux infirmiers a deux impacts :

- le niveau de rémunération des infirmiers
- les normes d'encadrement dans les services infirmiers.

Les hôpitaux reçoivent pour le personnel infirmier :

1. **un budget de base** qui est déterminé en fonction **des normes en personnel par type de service infirmier** (p.ex. 12 ETP par 30 lits justifiés pour les services infirmiers de médecine interne et de chirurgie).
2. **un budget supplémentaire déterminé en fonction de l'intensité des soins infirmiers (évaluée en se basant sur les données infirmières enregistrées dans le Résumé hospitalier minimum ou DI-RHM), du type d'hôpital, des conventions collectives de travail (CCT) et d'autres mesures** (ex : financement des équipes mobiles, financement de projets)¹.

¹ KCE, *Dotations infirmières pour des soins (plus) sûrs dans les hôpitaux aigus, 2019*, https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_325B_Dotation_infirmiere_synthese_2nd_edition.pdf, p. 9

QUELLES SONT LES CONSÉQUENCES DE CE SYSTÈME SUR LES RÉMUNÉRATIONS DES INFIRMIERS ?

Tout d'abord, depuis des années, **le budget alloué à un hôpital par ETP infirmier est inférieur aux coûts réels. Les hôpitaux sont donc obligés de réduire leurs effectifs, d'engager du personnel moins qualifié et moins coûteux ou d'utiliser d'autres moyens financiers pour payer leurs infirmiers, tels que des suppléments (plus élevés) facturés aux patients et/ou des retenues sur les honoraires médicaux.**

Par ailleurs, pour diverses raisons techniques, **il est difficile de savoir quelle partie du budget hospitalier (BMF) est réellement consacrée à la dotation infirmière.** Selon les conclusions de l'étude du KCE, étant donné l'absence d'un budget global clairement identifié pour la dotation infirmière et la complexité des règles de calcul et d'attribution du BMF, il est difficile de répondre à la simple question « quel est le budget accordé aux hôpitaux pour la dotation infirmière ? ». Et il est encore plus difficile - voire impossible - de répondre à la question « les hôpitaux consacrent-ils réellement au personnel infirmier le budget destiné au personnel infirmier ? »². **Ce qui est tout simplement très alarmant en termes de transparence.**

CE SYSTÈME A-T-IL DES CONSÉQUENCES SUR LES NORMES D'ENCADREMENT³ ?

En Belgique, **en moyenne 1 infirmier était chargé des soins de 9,4 patients⁴.** La charge de travail des infirmiers belges est **dès lors supérieure à la moyenne européenne de 8,3 patients par infirmier⁵.**

Par ailleurs, il est important de préciser, qu'au cours des 10 dernières années, le nombre de patients pris en charge par infirmier a diminué. Cette réduction, en soi positive, est néanmoins trompeuse car **l'intensité des soins infirmiers a augmenté en raison d'une diminution de la durée de séjour et d'un glissement de l'hospitalisation classique vers l'hospitalisation de jour⁶.**

De plus, tant les études belges que les études internationales ont également démontré que **quand le nombre de patients par infirmier est plus élevé et que la proportion d'infirmiers bacheliers est plus faible, les risques de mortalité et d'infections nosocomiales (entre autres) augmentent chez les patients, de même que les risques de burnout et d'insatisfaction au travail chez les infirmiers.** De plus, il est reconnu que les infirmiers sont obligés de négliger certaines tâches lorsque leur charge de travail devient trop importante.

Or, il existe un consensus international selon lequel un ratio de plus de 8 patients par infirmier pendant la journée représente une situation dangereuse. Cela ne signifie pas pour autant qu'un ratio de 8 patients/infirmier soit toujours une situation sûre ou optimale. Néanmoins, tous ces éléments indiquent le besoin de diminuer le ratio du nombre de patient par infirmier.

2 KCE, Dotations infirmières pour des soins (plus) sûrs dans les hôpitaux aigus, 2019, https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_325B_Dotation_infirmiere_synthese_2nd_edition.pdf, p.22

3 Notons que depuis le 1er juillet 2014, dans le cadre de la 6e réforme de l'État, les communautés sont devenues responsables de la définition, de l'attribution et du contrôle des normes d'agrément des hôpitaux, tandis que l'autorité fédérale reste responsable du budget hospitalier. Cette dernière garde néanmoins un droit de veto contre les normes qui ont un impact négatif sur le budget de l'autorité fédérale ou de la sécurité sociale.

4 Dotation infirmière pour des soins (plus) sûrs dans les hôpitaux aigus - synthèse (fgov.be), p. 25

5 KCE, Dotations infirmières pour des soins (plus) sûrs dans les hôpitaux aigus, 2019, https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_325B_Dotation_infirmiere_synthese_2nd_edition.pdf, p.25

6 KCE, Dotations infirmières pour des soins (plus) sûrs dans les hôpitaux aigus, 2019, Dotation infirmière pour des soins (plus) sûrs dans les hôpitaux aigus - synthèse (fgov.be), p.33

CE SYSTÈME INFLUENCE-T-IL LES RELATIONS INTERNES ET HIÉRARCHIQUES EN MILIEU HOSPITALIER ?

C'est un constat parfois tabou, qui peut amener débats et questions et pourtant toujours d'actualité : les relations entre les médecins et les infirmiers se caractérisent par un rapport d'autorité des premiers envers les seconds. Les demandes pour plus d'horizontalité entre les professions se font pourtant entendre, notamment pour mieux gérer la complexité croissante des soins.

L'un des éléments qui participe, peut-être inconsciemment, au maintien de cette relation hiérarchique réside dans l'organisation du financement des hôpitaux et plus particulièrement dans la contribution indirecte des médecins dans la rémunération des infirmiers. En effet, les rétrocessions d'honoraires des médecins provoquent des tensions entre les gestionnaires, les médecins et les praticiens de l'art infirmier.

Par ailleurs, les modalités pratiques de ces rétrocessions passent par des négociations ardues entre les gestionnaires de l'hôpital et le staff médical. Une manière pour les médecins de participer et de collaborer avec les gestionnaires sur les objectifs et les stratégies des hôpitaux. Ce mécanisme permet par conséquent une présence des médecins dans les comités hospitaliers exécutifs⁷. Là où ne sont généralement pas représentés les infirmiers. Nous plaçons par conséquent pour une meilleure intégration des représentants des infirmiers dans les organes décisionnels des hôpitaux afin de pallier, en partie, au manque de reconnaissance et d'estime du secteur.

Ce lien hiérarchique se retrouve également d'une certaine manière dans les organes de négociation et de consultation des politiques des soins de santé. La composition des commissions de stakeholders n'a que peu évolué ces dernières années et certaines voix, telles que celle des infirmiers mais aussi des patients, sont manifestement sous-représentées. Nous plaçons par conséquent pour que le secteur infirmier soit davantage et mieux intégré aux organes consultatifs et décisionnels tels que le Comité de l'assurance des soins de

santé de l'Institut National (qui ne compte actuellement qu'un seul représentant infirmier pour 7 médecins). Notons que c'est l'équilibre global qui doit être recherché au sein de ces organes afin d'éviter une emprise d'un secteur professionnel en particulier.

LES RÉMUNÉRATIONS DES INFIRMIER(ÈRES) : DE QUOI PARLE-T-ON ?

Les salaires des infirmiers d'hôpitaux varient entre le secteur public et le secteur privé. Comme toutes **rémunérations**, celles-ci varient également en fonction de nombreux critères : l'ancienneté, l'unité de travail, le temps de travail, les avantages éventuels proposés par l'employeur, les suppléments, etc. L'objectif de ce point n'est donc pas d'établir avec précision les barèmes de rémunération du secteur infirmier mais de soulever les problématiques liées à la coexistence de 2 systèmes de rémunération, à savoir les salaires liés aux Conventions Collectives de Travail et à l'IF-IC. Nous verrons également que de nombreuses questions se posent sur les conséquences du nouveau système appelé « IF-IC » pour le secteur des soins de santé et plus particulièrement pour l'attractivité de la formation d'infirmier.

En effet, à la fin de l'année 2017, les partenaires sociaux ont signé deux conventions collectives de travail concernant l'introduction **d'un nouveau modèle salarial pour les travailleurs des services fédéraux des soins de santé, dont les infirmiers**. Cette nouvelle classification appelée « IF-IC » est désormais d'application dans les hôpitaux privés et publics.

Le système définit 218 fonctions de référence classées en 6 départements, 14 familles et 20 classes. Chaque fonction (infirmier dans différentes disciplines médico-chirurgicales, infirmier en urgence, en pédiatrie, au bloc-opératoire, ... mais aussi secrétaire, logopède, bref, tous les salariés d'un hôpital) est décrite suivant 6 critères généraux choisis par les partenaires sociaux, auxquels des barèmes ont été attribués.

⁷ KCE, *Cadre conceptuel pour la réforme du financement des hôpitaux*, p. 10, *Cadre conceptuel pour la réforme du financement des hôpitaux – Synthèse* (fgov.be)

Chaque fonction correspond à une classe. Une rémunération de base est liée à chaque classe et évolue avec l'ancienneté.

Selon les syndicats, cette nouvelle classification a été mise au point après des années de réflexion, à partir d'une étude de la réalité de terrain, d'une démarche analytique basée sur les connaissances modernes de classifications de fonctions, en impliquant largement les représentants du personnel et les directions des ressources humaines des institutions de soins.

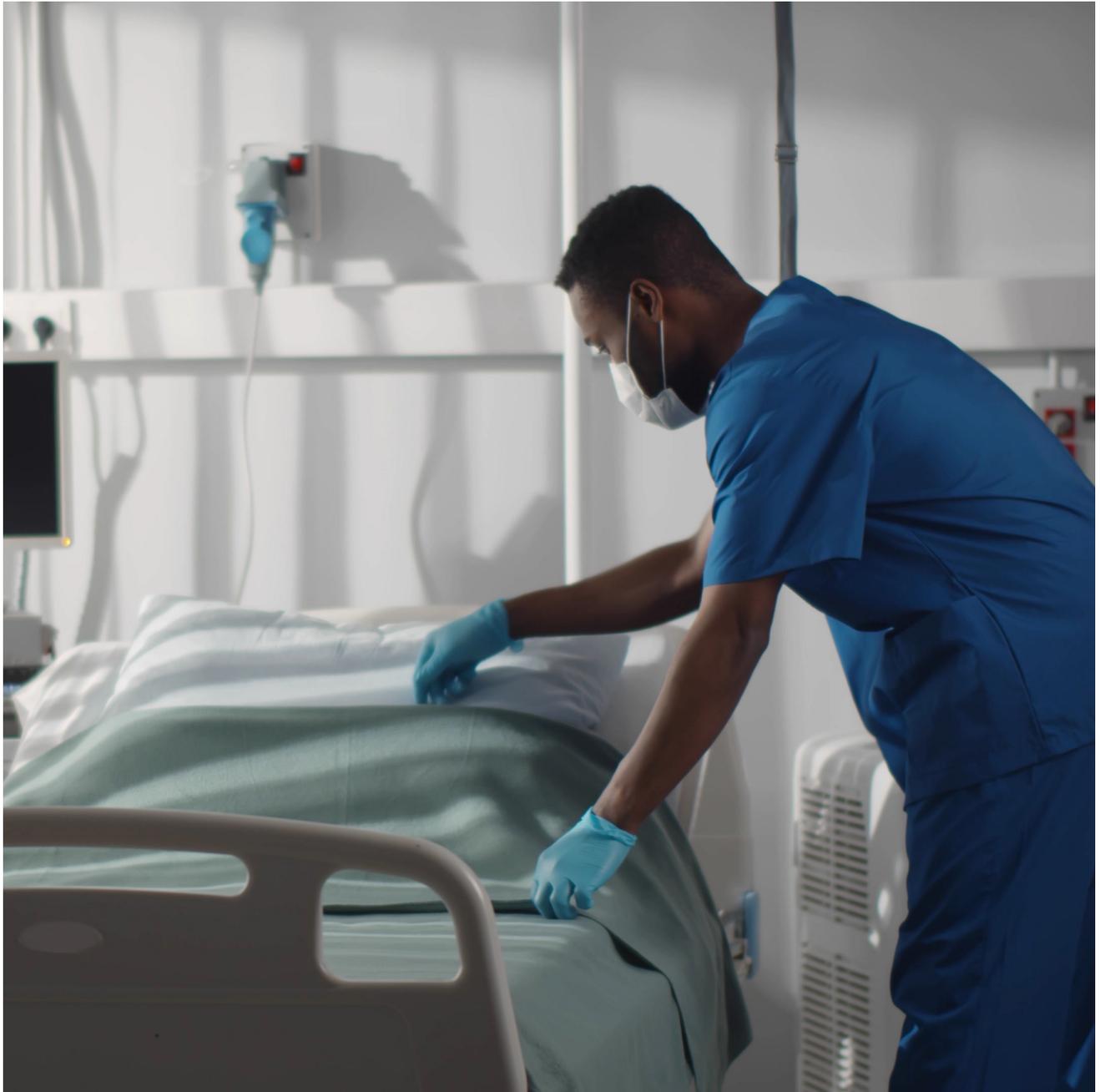
Les objectifs visés par ce nouveau système sont **l'établissement d'un système de rémunération neutre et objectif ainsi que la mise en place d'un système qui définit une rémunération en fonction de la fonction et non plus du diplôme du travailleur.**

Ce système est aujourd'hui d'application et son implémentation se réalise par phase. A chaque phase, le travailleur déjà actif peut choisir de basculer ou de ne pas basculer dans le nouveau système. Notons que tout nouveau diplômé est soumis au nouveau système IF-IC. Le barème IF-IC est par ailleurs le résultat d'un calcul spécifique pour chaque travailleur. Un simulateur barème IF-IC existe d'ailleurs afin d'aider chaque infirmier à y voir plus clair. Cela signifie que les montants indiqués ci-dessous sont indicatifs.

À titre d'exemples (montants indexés au 01/09/2021)⁸:

	Ancienneté	Salaire mensuel brut	Remarque
Infirmier dans un Service Oncologique Cat : 14 ou 14B	0	2.563,51€ ou 2.772,65€	La plupart de infirmiers sont dans la cat 14 ou 14b
	10	3.266,48€ ou 3.583,03€	
	30	3.846,20€ ou 4.307,97€	
infirmier en urgence/en soins intensifs/SMUR/ Bloc opératoire Cat : 15	0	2.969,84€	
	10	3.837,85€	
	30	4.614,36€	
infirmier hygiéniste Cat : 17	0	3.501,67€	
	10	4.493,41€	
	30	5.301,19€	
infirmier en chef cat : 16	0	3.238,74€	
	10	4.214,84€	
	30	5.106,32€	

⁸ Commission paritaire des établissements et des services de santé, [MergedFile \(if-ic.org\)/ Barèmes cibles - index 01-09-2021.pdf \(if-ic.org\)](#)



Il est important de souligner que le modèle IF-IC constitue une avancée importante. Il constitue une augmentation globale de 6% de la masse salariale et est avantageux pour plus de 80% des travailleurs en service⁹.

Contrairement au système IF-IC, **les rémunérations basées sur les CCT font une différence entre les infirmiers brevetés et les infirmiers bacheliers**. De cette manière, les infirmiers brevetés sont généralement rémunérés selon l'échelle D6 tandis que les infirmiers bacheliers sont rémunérés à l'échelle B1. D'autres échelles barémiques, B4/B4.1/B6 sont également attribuées aux infirmiers chefs.

À titre d'exemple, le barème appliqué à un infirmier en chef adjoint à l'hôpital Vivalia¹⁰, soit B4, avec 10 ans d'ancienneté est de 45.230,01 brut/an. Selon le système IF-IC, la fonction d'infirmier en chef adjoint d'hôpital correspond à la catégorie 16, soit une rémunération mensuelle après 10 ans d'ancienneté de 4.214,84€.

La profession a par conséquent été, financièrement, revalorisée au travers de l'IF-IC. Les salaires des travailleurs de la santé ont été augmentés via ce nouveau système. Notons néanmoins que certaines primes ont par contre été supprimées. Et ce n'est pas la seule conséquence négative de ce système.

En effet, les associations professionnelles représentatives du secteur infirmier regrettent tout d'abord de ne pas avoir été associées au groupe de travail de l'IF-IC. Les négociations se sont faites entre représentants des syndicats et des employeurs. Certaines **réalités de terrain ont visiblement été oubliées**.

Ensuite, et il s'agit du principal problème de l'IF-IC, ce ne sont plus les formations qui sont déterminantes pour le salaire, mais les fonctions. En d'autres termes, la rémunération ne prend plus en compte les titres, diplômes et niveaux d'études et les compétences professionnelles (générales et spécialisées) ne sont plus valorisées. À travail égal, salaire égal et ce, quel que soit le niveau de formation.

Les enjeux sont évidemment importants et les associations professionnelles craignent que des pénuries dans certaines catégories, moins bien valorisées, n'apparaissent.

Pour les associations représentantes du secteur, la spécificité de la fonction doit être reconnue et valorisée. Le besoin de formation pour une pratique qualitative est également soulevé et la reconnaissance de l'infirmier spécialisé est mise en danger. Or, leurs fonctions sont fondamentales pour garantir la qualité des soins de qualité. Il ne s'agit pas uniquement de poser un acte mais bien d'être en mesure, pour l'infirmier, d'avoir une démarche intellectuelle « autour » de cet acte, c'est-à-dire d'identifier le pourquoi, le comment ou encore à quel moment, poser cet acte. L'infirmier spécialisé doit également continuer à percevoir sa plus-value au sein d'un service et doit donc recevoir la considération qu'il mérite. Les spécialisations doivent être davantage soutenues et une solution doit être trouvée pour les spécialisations encore non classées en catégorie 15 de l'IF-IC.

Dès lors, nous pensons que le système de l'IF-IC doit être adapté afin de valoriser la spécificité de la fonction et de soutenir la spécialisation.

9 UGIB, Webinaire: Informatie over de volledige implementatie van het IFIC loonmodel/Information sur la mise en œuvre complète du modèle salarial de l'IFIC, Awwb - Ugib - Akvb - Informatie over de volledige implementatie van het IFIC loonmodel/Information sur la mise en œuvre complète du modèle salarial de l'IFIC | Facebook
10 bareme_site_web_0(1).pdf

CONCLUSION

Plusieurs questions ont été abordées via cette étude et plusieurs actions peuvent être mises en place pour contribuer au soutien du secteur professionnel des infirmiers.

- Un pas important en termes de valorisation financière de la profession a été franchi grâce à la mise en place du modèle salarial de l'IF-IC. S'il n'est pas parfait, il a pour avantage de revaloriser près de 80% des travailleurs des soins de santé en service. Pour le rendre perfectible, nous soutenons l'appel des associations de professionnels des soins infirmiers qui réclament, à juste titre, une prise en considération des spécialisations dans le modèle.
- Celui-ci doit également rester ouvert aux évolutions et les actes intellectuels doivent davantage être récompensés, au même titre que les actes techniques.
- Par ailleurs, l'allongement du bachelier à 4 années d'étude n'a pas été accompagné d'une revalorisation financière. Le modèle salarial doit également intégrer cette mesure visant à renforcer la qualité de la profession.
- La coexistence des 2 filières de formation « breveté » et « bachelier » continue d'engendrer d'importantes difficultés sur le terrain dans l'organisation des soins. Nous continuons de soutenir que la suppression, à termes, de la filière en soins infirmiers organisée dans le secondaire professionnel au profit de la mise en place d'un statut d'assistant infirmier (avec une description claire et modernisée des actes confiés) fait partie de la solution.
- La valorisation de la profession passe également par des initiatives de terrain visant à davantage impliquer le personnel infirmier dans les décisions relatives non seulement au suivi des patients mais aussi dans l'organisation interne des structures de soins.
- Cette même représentativité doit être davantage garantie au sein des structures consultatives des politiques de soins de santé telles que le Comité de l'assurance des soins de santé de l'INAMI ou encore auprès de la Commission de Convention.
- Un point d'attention doit également être porté à la parité linguistique.
- Enfin, et si le constat peut sembler évident, voire redondant, c'est tout le modèle du financement hospitalier qui doit être réformé afin d'assurer un encadrement adapté aux besoins, une qualité des soins garantie et une transparence nécessaire au bon fonctionnement des structures et au bien-être de ses travailleurs.



*Avenue de la Toison d'Or 84-86
1060 Bruxelles*

*02.500.50.40
info@cjg.be*

www.cjg.be



FÉDÉRATION
WALLONIE-BRUXELLES