

# Le syndicalisme dans le non-marchand

*Le non-marchand, et plus particulièrement les soins de santé privés, s'est transformé au cours des trente dernières années et il est marqué par l'influence de logiques relevant du secteur marchand. La concertation sociale s'effectue dans le secteur des soins de santé de manière spécifique, mais elle a permis une amélioration lente des conditions de travail et de rémunération et une reconnaissance publique.*

## Jean-Marie Léonard

Jean-Marie Léonard est secrétaire fédéral du Setca-FGTB.

### PLANTER LE DÉCOR

La politique de santé dans le pays a connu bien des transformations tout au long de ces trente dernières années. Peu après le *compromis historique Leburton-mutuelles-Wynen* de 1963 qui a confirmé le modèle d'une médecine de type libéral et financée « à l'acte » jumelé à un système de remboursement des prestations par les mutuelles, on a vu naître des mouvements visant à mettre en place un autre modèle de santé. Ce fut le cas du Germ, d'hôpitaux où l'on pratiquait une médecine forfaitaire, de groupe (disait-on à l'époque) sur la base d'un dossier médical. C'est

aussi l'époque de la naissance des maisons médicales. Deux politiques de santé s'affrontaient. Mais le Germ a disparu, les hôpitaux en question sont rentrés dans le rang, les maisons médicales se sont développées, mais leur action reste relativement confidentielle même si elles sont davantage tolérées et si elles sont sorties de l'état conflictuel aigu qu'elles ont connu à une certaine époque avec les autres médecins.

Autre phénomène : d'un *système hospitalo-centrique*, on est passé à une diversification des structures telles que les maisons de repos, les maisons de repos et de soins,

les soins à domicile avec l'appui des services d'aide à domicile. La motivation politique était de permettre aux citoyens de trouver des réponses à leurs besoins plus appropriées à la recherche d'autonomie et d'une certaine convivialité, et à un mieux-être dans des services de proximité. Telle était la motivation exprimée d'une part, mais camouflant d'autre part, des mesures de rationalisation pour des raisons budgétaires.

Le phénomène du *vieillissement de la population* et le développement souvent anarchique et concurrentiel des *nouvelles technologies* sont par ailleurs deux éléments qui caractérisent de manière essentielle l'évolution de ces dernières années.

*La santé est un droit, un bien, une valeur essentielle, mais la santé a un coût.* Constat proclamé, je crois, par le ministre de l'époque, Philippe Busquin, et qui est devenu plus qu'un slogan. On comprend bien ce que ce slogan veut dire, mais on peut aussi mal le comprendre. Ce slogan a donné une connotation plutôt négative à tout un secteur. Il reflète pourtant le choix politique d'une société qui considère que la santé est un bien fondamental pour ses citoyens, mais il met aussi au second plan un fait économique non négligeable. Le secteur des soins de santé est aussi producteur de richesses économiques quand on sait que les 18 milliards que représente le budget des soins de santé ne s'envolent pas en fumée, mais sont dépensés en salaires, honoraires, achats, services divers, horeca, constructions et dans des organismes bancaires et d'assurances, etc. Cet impact économique

n'échappe pourtant pas à tout le monde. Il a eu des conséquences fondamentales sur le budget de l'État, sur le financement et la gestion de la sécurité sociale. Il a induit dans le secteur de la santé *des comportements et des logiques relevant des secteurs marchands*. Ce n'est pas une critique. Nous serons les premiers à souhaiter que les cotisations des travailleurs salariés et indépendants, et l'impôt soient gérés en bon père de famille, avec compétence et professionnalisme pourvu que l'on ne confonde pas les moyens et les objectifs.

Planter le décor, c'est aussi et quand même redire, nous l'avons évoqué ci-avant, que le secteur de la santé reste toujours et malgré tout construit sur le modèle d'une « médecine libérale » dont les prestataires principaux sont financés à l'acte, même si l'on a développé par-ci et par-là des systèmes de remboursement au forfait pour stopper la folle hémorragie créée par les labos, les services de radiologie et, oserais-je dire aujourd'hui, par le secteur du médicament ?

Le décor est-il complet ? Certes non. Nous n'avons pas la prétention d'être exhaustif et de toute façon cette brève présentation est purement schématique, voire caricaturale à certains moments.

## CONFLICTUALITÉ

J'ai été invité à traiter de conflictualité (le mot n'est pas dans mon petit *Larousse*). Conflit oui : antagonisme, opposition d'opinions, d'intérêts entre des individus et des groupes...

J'ai voulu planter le décor, ce n'était pas innocent. Parler de l'action syndicale

dans le secteur des soins de santé, c'est la placer dans son environnement social, économique et politique décrit plus haut où, on l'aura deviné, les rapports de force, les antagonismes et les conflits d'intérêts sont monnaie courante. On aura compris que, dans ce contexte-là — médecine libérale, dépenses peu contrôlées, marchandisation, sous-financement de la sécurité sociale —, le fait même de déposer un cahier de revendications, c'est entrer en conflit !

Il n'y a rien d'original à énumérer les revendications qui ont alimenté les cahiers de revendications de ces quinze dernières années. Elles concernent en fait cinq chapitres principaux :

*Le pouvoir d'achat.* Est-ce une revendication impertinente dans le contexte économique décrit plus haut, dans le cadre de la contrainte budgétaire de l'État et d'une sécurité sociale en mal d'équilibre ? « Les travailleurs du non-marchand et de la santé en particulier doivent quand même savoir que, s'ils ont choisi ce métier, ce n'est pas pour s'enrichir. Il y a plutôt un engagement social prioritaire et donc une part de bénévolat », sous-entend-on ! Ce n'est évidemment pas le point de vue syndical pour qui la valorisation et la reconnaissance des métiers ainsi que leur utilité sociale justifient un juste salaire. Des études ont montré que ces salaires se situent déjà 12 % en dessous de la moyenne des salaires dans le secteur marchand. Le caractère féminin du secteur et le taux de temps partiels avec l'émergence des familles monoparentales augmentent la pertinence de cette revendication d'un

pouvoir d'achat adéquat durant la carrière compte tenu des conséquences pour le calcul de la pension. La création récente d'un fonds de pension sectoriel tendra-t-il, à tort ou à raison, à pallier cette situation ? Le débat a été ouvert.

*L'emploi dans ses aspects quantitatifs.* Être en suffisance de personnel est impératif pour assurer la continuité des soins vingt-quatre heures sur vingt-quatre, sept jours sur sept, trois-cent-soixante-cinq jours sur trois-cent-soixante-cinq et pour garantir des conditions de travail satisfaisantes. Cela passe par le respect de la législation sociale notamment en matière de durée du travail. On en est loin dans bien des cas. Poser la question de l'emploi, c'est permettre de gérer le fameux équilibre tant revendiqué aujourd'hui entre vie au travail et vie privée, surtout dans un secteur à 70 % féminin avec plus de 50 % de temps partiels. C'est pouvoir gérer les carrières et notamment les fins de carrières. Les dispositifs mis en place ces dernières années ont plutôt été mis à mal que développés par le récent Pacte de solidarité entre générations et on verra comment, pour ce secteur, sera prise en compte la notion de « métiers lourds ». Considérer l'emploi dans ses aspects quantitatifs — et nous touchons déjà ici les aspects qualitatifs —, c'est aussi revendiquer la prise en compte de la santé au travail, qu'elle soit physique ou psychique. Maux de dos, stress, *burn-out*, etc., toutes maladies qui, à ce jour, ne sont pas reconnues comme maladies professionnelles. Ces difficultés sont amplifiées par le manque de personnel.

*L'emploi dans ses aspects qualitatifs.* Nous évoquons plus haut la volonté de sortir du bénévolat pour faire reconnaître les métiers et la professionnalisation. Le développement des nouvelles technologies et l'essor des sciences humaines conjugués à l'évolution des besoins imposent de nouvelles compétences. La diversification des secteurs, répondant autrement aux besoins, induit l'émergence de nouveaux métiers, mais aussi une nécessaire formation continuée des professionnels de santé. Il s'agit ici comme dans d'autres secteurs d'un enjeu fondamental.

*Une revendication idéologique:* celle de maintenir l'usager au cœur des politiques de santé et d'assurer le « service au public » en même temps qu'une accessibilité à tous. Autrement dit, il s'agit de revendiquer que le secteur ne tombe pas aux mains du marché et de la privatisation. Les travailleurs de la santé sont des témoins privilégiés de cette dérive qu'ils dénoncent au quotidien. Les enjeux économiques évoqués plus haut sont loin de laisser le secteur à l'abri de ces dangers. L'actualité autour de la directive Bolkestein et de la libéralisation des services a donné une ampleur supplémentaire à cette question. On ne sera pas étonné d'apprendre qu'une maison de repos a fait son entrée en Bourse il y a quelques semaines, tout comme un service de soins à domicile. Mais, à côté du danger de « marchandisation », nous n'ignorons pas non plus celui d'autres dérives liées à des objectifs d'extension de patrimoine ou aussi d'occupation de terrain en termes d'outils de pouvoir, au niveau politique certainement, mais aussi au niveau de

diverses forces qui s'articulent dans une société qui reste encore polarisée. Nous devrions évoquer également les rapports de force communautaires qui apportent des contraintes supplémentaires dans la gestion de ces secteurs.

*La démocratie sociale.* La question de la diminution des seuils pour la représentation des travailleurs dans les entreprises de moins de cinquante personnes est posée depuis des années dans les secteurs de santé. Elle pourrait trouver son épilogue prochainement. La problématique se pose particulièrement dans le secteur des maisons de repos « commerciales » qui représentent en Wallonie 55 % des lits. Au-delà des missions classiques, dans le non-marchand, la délégation a aussi comme mission de produire le droit à la parole dans l'élaboration des politiques menées. Les travailleurs de la santé, de par leur qualification, leur compétence acquise, parce qu'ils sont les acteurs des politiques menées, certes dans le rôle qui est le leur, doivent avoir leur mot à dire dans la définition des politiques et ce, tant au niveau des institutions et services qu'au niveau sectoriel où cette mission leur est plus facilement reconnue.

Toutes ces revendications rapidement énumérées sont reconnues par tous comme légitimes. Le gouvernement a chiffré notre dernier cahier de revendications. Nous l'avons fait avant lui: 3,9 milliards. De la folie! Un accord a finalement été conclu en avril 2005: il prévoit 471 millions au terme de six ans. Mais des chiffres, surtout de cette ampleur, doivent toutefois être relativisés, par exemple en les com-

parant avec ceux de la réforme fiscale ou avec ceux d'une économie potentielle par l'application des lois du marché au secteur du médicament.

Dans le secteur non marchand, les motifs de conflit ne manquent pas. En effet, les syndicats voulaient du pouvoir d'achat et de l'emploi; le gouvernement ne voulait que de l'emploi et les ministres entre eux dans un gouvernement tel qu'on en connaît la composition géraient leurs propres divergences à propos de leurs propres priorités. Les gestionnaires de la gestion globale de la sécurité sociale (y compris les syndicats dans leur rôle interprofessionnel) voulaient rester dans la norme fixée à 4.5 % par le gouvernement. Les revendications coutaient plus cher. Les médecins et le secteur du médicament venaient de subir des restrictions et attendaient le moment de négocier à leur tour; les infirmiers indépendants guettaient les salariés des services et préparent peut-être à nouveau un recours au Conseil d'État sous prétexte d'iniquité. Les directions des hôpitaux, des soins à domicile, des maisons de repos déclaraient n'avoir déjà pas les moyens de boucler leur budget sans ces nouveaux accords et considéraient et considèrent encore avoir été trahis.

Enfin, les différents secteurs lorgnent les uns sur les autres, les différents syndicats (privés/publics, francophones/flamands) ont leurs propres priorités et se soumettent continuellement à des arbitrages entre leurs priorités, et les travailleurs entre eux n'échappent pas à des arbitrages difficiles: les infirmières et les autres par exemple.

Vous avez dit conflictualité? Oui avec raison et ne croyez pas ceux qui vous disent que le non-marchand est toujours dans la rue par plaisir et parce que ce sont des gais lurons ou des farfelus! Car pour être entendus, être reçus et commencer à négocier des revendications reconnues par tous comme légitimes, il a toujours fallu aller dans la rue à plusieurs reprises, souvent pour revendiquer une seconde fois l'application de ce qui avait déjà été acquis.

### **LA CONCERTATION ET LE MODE DE RÉOLUTION DES CONFLITS**

La concertation sociale se caractérise dans le secteur non marchand par le fait qu'elle se réalise toujours en tripartite, mais souvent en deux étapes. Tripartite: gouvernement, employeurs et syndicats. Deux étapes: syndicats et gouvernement, et ensuite pour le privé en commission paritaire ou pour le public dans les « comités » qui leur sont propres. Le mode de résolution des conflits est influencé par la volonté politique des différents ministres de la Santé, des Affaires sociales et de l'Emploi. On peut rappeler quelques paires: Busquin-Vandenbrande en 1991; Moureau-Smet en 1995; De Galan-Smet en 1997; Onkelinx, Alvoet-Vandenbroucke en 2000; Demotte-Vandenbossche en 2005.

L'axe principal de la concertation, c'est le front commun syndical face aux ministres compétents.

Les partenaires en commission paritaire, employeurs et syndicats — donc sans le gouvernement cette fois — entérinent les

conventions. Cela se fait toujours difficilement, les employeurs ayant à tort ou à raison le sentiment d'être mis devant le fait accompli et en tout cas de n'avoir pas les moyens suffisants pour financer le contenu des accords. Cela conduit pratiquement à rédiger un article additionnel dans toutes les conventions sous la forme d'une clause conditionnelle: « Dans la mesure où le gouvernement en donne les moyens ».

Nous voudrions souligner deux autres caractéristiques de la concertation sociale dans ces secteurs. D'une part, la volonté des partenaires de restructurer la commission paritaire en l'adaptant à la fois à la réalité des nouvelles structures de l'État et à la nouvelle configuration de la représentativité des employeurs. Les débats étaient en cours bien avant 2000. La décision figure dans l'accord de 2000. La réalisation est toujours en attente à ce jour. Cette situation est emblématique quant au temps nécessaire pour aboutir à des résultats dans le non-marchand.

D'autre part, nous avons évoqué l'introduction de logiques marchandes dans la gestion des institutions de soins. Un phénomène similaire s'est développé aussi dans le chef des « négociateurs patronaux ». D'un patronat issu des œuvres caritatives, héritier des congrégations religieuses ou, côté laïc, militants fondateurs, leaders syndicalistes ou mutualistes, on est passé à des négociateurs respectables certes, mais dont le profil est plutôt celui de techniciens, choisis pour leurs compétences juridiques, mais jamais avec un mandat ferme, capables de se positionner clairement. Sauf... sauf quand il s'agit

de rencontrer les ministres: alors les vrais « patrons » apparaissent. Comme d'ailleurs bien souvent, ce sont eux qui siègent personnellement dans les organes où on parle « argent » ou « partage des zones d'influence ».

Et pourtant, la concertation a permis un certain nombre d'avancées. Tout d'abord, une amélioration lente, douloureuse mais réelle des conditions de travail et de rémunérations. Elle n'est pas terminée. Nous l'avons fait, soit dit en passant, au niveau fédéral, c'est-à-dire flamand et francophone, malgré les fréquentes allégations d'un certain patronat à une défédéralisation de la concertation sociale. Ensuite, une harmonisation de ces conditions de travail et de rémunération entre les secteurs fédéraux de la santé, mais aussi par osmose avec tous les secteurs dits du non-marchand dans les Régions et les Communautés, avec un problème toutefois en Communauté française. En outre, des tas de projets de formation par le biais de fonds de sécurité d'existence « groupes à risque », qui eux-mêmes ont passé des accords de coopération avec le Forem, la promotion sociale, etc. Enfin, la création de 15 000 emplois par le biais du « Maribel social » géré en commun par les partenaires sociaux et la mise à disposition de mille infirmières supplémentaires en permettant à des non-qualifiés de suivre la formation d'infirmier. Pour ce faire, les partenaires sociaux se sont dotés de plusieurs associations sans but lucratif réunies au Quai du Commerce à Bruxelles et avec l'appui de quelque septante travailleurs. Ce lieu est parfois connu sous l'appellation « Afosoc, Apéf

ou Febi ».

## CONCLUSIONS

Le non-marchand a aujourd'hui un visage et une reconnaissance.

En interne, par une prise de conscience identitaire des travailleurs eux-mêmes d'appartenir au non-marchand, qu'ils ont acquise, sans doute, par leur participation directe ou indirecte à l'action collective du secteur; au sein des organisations syndicales (je parle en tout cas pour le Setca et la FGTB); aux yeux des différents gouvernements par rapport auxquels les partenaires sociaux sont devenus des interlocuteurs reconnus et pour la population en général par le biais du rôle non négligeable joué par les médias depuis une bonne dizaine d'années.

La concertation est possible. Elle est difficile, elle prend un temps infini pour aboutir — c'est dire si c'est long —, mais au fil des ans, elle débouche sur des résultats intéressants. Ces résultats ne tombent pas du ciel, ils sont toujours issus d'un rapport de forces organisé par les

centrales syndicales sectorielles dans un environnement donné. Le rôle du front commun syndical dans la stratégie a été déterminant. Mais, celles et ceux qui se battent pour y parvenir, ce sont les travailleuses et les travailleurs. En fait, ce qu'ils revendiquent, c'est de la reconnaissance pour le métier qu'ils ont appris, qu'ils apprennent et qu'ils exercent, souvent dans des conditions difficiles, pour le bien-être de leurs concitoyens en difficulté dans leur propre vie et/ou dans la société. Ceux qui ont à y gagner, ce sont les usagers et les usagers, c'est nous.

Améliorer les conditions de travail du personnel, faire en sorte que les travailleurs soient « bien dans leur peau », c'est aussi améliorer la qualité des services. ■