

## EN MEMOIRE D'HENRI SALVADOR

Ingrid Muller, Frédéric Palermini, Christian Legrève, permanents à l'intergroupe liégeois des maisons médicales (IGL).

Le 28 octobre dernier, le groupe RE-GERM de l'IGL recevait Jean-Marie Léonard pour une rencontre autour d'une enquête dans les maisons médicales au sujet des actions entreprises par elles pour diminuer les inégalités, et de celles de leurs dispositions qui pouvaient les aggraver.

Jean-Marie Léonard est aujourd'hui retraité. Il était permanent national du SETCa non-marchand pendant la période de négociation de l'organisation de la délégation syndicale des maisons médicales.

C'est aussi un membre fondateur et actif de la plateforme d'action santé solidarité, qui a organisé le forum à l'occasion de l'anniversaire de la déclaration d'Alma-Ata. Il a raconté, à l'IGL, l'exercice démocratique auquel s'est aussi livrée la plateforme, pour déterminer des priorités d'action pour la santé. Une des pistes opérationnelles qui se dégagait de cet exercice est l'articulation entre le monde de la médecine *en général*, et celui de la médecine du travail, pour une action politique concertée sur les conditions de travail des gens et leurs conséquences sur la santé. Cette perspective a suscité un grand intérêt.

Il y a une autre articulation qui doit être faite, c'est celle entre les conditions de travail des patients et usagers et celles des travailleurs de la santé en général, et des maisons médicales en particulier. Nous ne sommes pas dans une bulle, et la détérioration du bien-être au travail nous touche aussi. Bien souvent, le travailleur de santé est amené à laisser de côté ses propres attentes, besoins ou revendications au nom du patient, de l'équipe, du projet, du service. Ou pire, au nom des normes d'organisation et de l'insuffisance de moyens.

On peut faire un parallèle avec l'aliénation à la productivité, au bénéfice et au marché. Dans un cas comme dans l'autre, les conditions de travail deviennent la variable d'ajustement. Au prix du bien-être des travailleurs.

A l'occasion de la préparation d'une rencontre plénière consacrée au point de vue des travailleurs des maisons médicales, l'IGL a mené une enquête par questionnaire écrit sur l'organisation du travail dans les centres. Ce sont les personnes en charge des états de prestations qui y ont répondu.

Les résultats concernent 17 équipes, et 280 travailleurs. 74 % des travailleurs sont des travailleurs à temps partiel. 74 % des travailleurs sont des femmes. La moitié des travailleurs sont des parents en charge d'enfants. Près de 40 % des travailleurs sont âgés entre 31 et 40 ans ; les tranches de moins de 31 ans, de 41 à 50 ans et de plus de 50 ans sont ensuite réparties de manière quasiment égale. 40 % des travailleurs ont moins de 5 ans d'ancienneté. 12 % des travailleurs exercent sous le statut d'indépendant et représentent 11 % du temps de travail dans les maisons médicales de la région. Les fonctions les plus représentées en nombre de travailleurs sont, sans surprise, les médecins (27 %), les accueillants (18 %), les kinés (12 %), les infirmiers (10 %) et les administratifs (10 %).

#### POUR ÊTRE TRANQUILLE AVEC ÇA

Du recueil d'information détaillé déjà publié dans le périodique de l'IGL, il ressort un constat évident : c'est encore un peu la jungle, dans les maisons médicales ! Pour de nombreux aspects qui touchent aux conditions de travail, il est très difficile de dégager une norme commune. La rémunération des gardes, la prise en compte des heures supplémentaires, des temps de formation, des prestations hors journée, l'application des normes barémiques, ... font l'objet d'accords particuliers, pas toujours facile à décrire, dans chaque équipe. La loi est respectée, mais au-delà de la loi, les conditions de travail dans notre secteur sont peu définies.

On peut rattacher ça à une culture des soignants, rétifs à la norme, à ce qui ressemble à de la bureaucratie. On peut aussi le relier à notre attachement à l'autonomie, à notre identité d'initiatives privées, à notre histoire égalitaire et autogestionnaire. Il y a sûrement un peu de tout ça. Mais ça n'aide pas ! Comment fait-on, quand on assure des gardes, quelques heures supplémentaires et une consultation le samedi matin, pour savoir, en fin de mois, si on est payé correctement ? Et si on travaille dans plusieurs maisons médicales, ou qu'on passe d'une à une autre ? Ou qu'on cherche un remplaçant ?

Et si on n'est pas d'accord ? Ou qu'on ne comprend pas ? Comment fait-on ? Où en parle-t-on ? A qui ? Et au nom de qui parle-t-on ? On ne se préoccupe que de son propre sort ?

Certaines fonctions se déroulent, par principe, dans des cadres très réguliers. Mais quand on est... tiens ! Médecin, par exemple, au hasard. Qu'on est encore au travail à 8 heures du soir, et qu'on n'a pas envie, et qu'on trouve qu'on est sous payé, et qu'on n'est pas tout à fait certain que ces heures supplémentaires sont réglementairement reconnues... Qu'on reçoit un patient, par exemple, qui a besoin d'être mis à l'écart de son boulot, parce qu'il pète les plombs. Comment reste-t-on loyal ? Professionnel ? Motivé ? On compte sur la vertu ? Sur l'héroïsme ? L'abnégation ?

Il faut se demander si la relative imprécision de la norme sur certains points ne constitue pas un danger d'arbitraire, et, partant, de conflit interne. Est-ce que les lieux existent, dans les équipes, pour discuter des conditions de travail. Pour en discuter calmement, comme il est normal, *pour être tranquille avec ça*. Pour ne pas que le souci du travailleur sur ses propres conditions de travail empêche le soignant de se soucier du patient. Pour ne pas que les légitimes attentes du travailleur soient aliénées par le Projet, le Patient ou l'Equipe.

Ce n'est peut-être pas simple de créer cette possibilité à l'intérieur de chaque équipe, à cause de la densité et de la complexité des relations, à cause de l'autogestion. Ce n'est pas, non plus facile de le créer entre les équipes, parce que chacune reste très attachée à son autonomie.

Cette action pour de meilleures conditions de travail, non pas au détriment, mais au service des missions, des patients et du projet politique, c'est un des sens qu'on peut donner à la délégation syndicale intercentre, qui tente de prendre sa place depuis quelques mois. Rose-Marie Laurent (SETCa) et Michel Jacob (CNE) vont à la rencontre des équipes et des personnes, et construisent patiemment une relation de confiance.

## NORMES

Nous ne voudrions pas donner à penser qu'il n'y a pas de normes, au milieu de cet imbroglio. Ce n'est pas le manque de cadres de références qui explique la situation que nous décrivons.

Les maisons médicales sont rattachées à la commission paritaire 330 des établissements et des services de santé, et, en particulier, à la sous-commission 330.01.

Une commission paritaire est un organe où se réunissent les représentants des employeurs et des travailleurs du secteur pour établir ensemble les normes générales d'organisation des relations de travail (fonctions, barèmes, conditions de travail, primes, congés, avantages, ...).

Pour les maisons médicales, le représentant patronal est désigné par la fédération des associations sociales et de santé (FASS), à laquelle est affiliée la fédération des maisons médicales, les travailleurs étant représentés par les organisations syndicales (CNE, SETCa, CGLSB). CNE (centrale nationale des employés) et SETCa (syndicat des employés, techniciens et cadres) sont les centrales syndicales des employés, affiliées respectivement à la CSC et à la FGTB.

Des conventions collectives de travail (CCT) sectorielles peuvent définir des conditions supplémentaires ou complémentaires dont les représentants d'un secteur particulier conviennent.

Toutes les CCT enregistrées par le service public fédéral (SPF) emploi et formation peuvent être trouvées grâce à un moteur de recherche accessible sur la page <http://www.emploi.belgique.be/defaultTab.aspx?id=7182>. À titre d'exemple, on y trouve des CCT organisant la délégation syndicale dans les maisons médicales, les taux et mode de remboursement des frais de déplacement, les aménagements de fin de carrière, ...

La commission paritaire a validé une classification des fonctions qui sert de cadre à la définition des barèmes. C'est à cette classification que les maisons médicales doivent se référer. Elle est disponible, ainsi que les barèmes correspondants aux fonctions, par exemple, sur le site de la fédération des maisons médicales, à l'adresse <http://www.maisonmedicale.org/-Documents-a-telecharger-.html>. Pour rappel, les employeurs sont tenus de respecter au moins les conditions définies dans ces barèmes et dans les CCT. Ils peuvent néanmoins offrir des conditions meilleures ou supérieures.

En 2005, les maisons médicales, et d'autres institutions du secteur sont « entrées » dans les accords du non-marchand. C'est-à-dire que les partenaires sociaux et le gouvernement fédéral ont signé une convention octroyant, à certaines conditions, des moyens publics aux employeurs pour améliorer les conditions de travail, les salaires, la formation et l'emploi dans le secteur. Cette convention est arrivée à échéance en septembre 2010. Les accords du non-marchand sont en cours de renégociation.

## MODÈLES.

Nous avons évoqué, pour expliquer la situation un peu confuse en ce qui concerne les conditions de travail dans les maisons médicales, leur histoire marquée par l'autogestion. On peut admettre, a priori, que le contexte autogestionnaire constitue un cadre particulièrement complexe pour traiter ces questions. Comment peut-on dépasser cette contradiction, entre le principe de l'autogestion et la réflexion sur les conditions de travail de gens qui se décrivent volontiers comme « à la fois travailleurs et patrons » ?

Pour comprendre une situation complexe, le fonctionnement d'un système, ses apports, ses limites, ses contraintes et ses enjeux, il est utile de le confronter à des modèles. Ainsi, il nous a paru utile de confronter le fonctionnement des maisons médicales à différents modes de gestion participative, pour ne pas que l'*incantation autogestionnaire* nous brouille la vue.

En effet, dans différents contextes dans l'histoire, des modèles de la participation des travailleurs ont été construits. Au bout, ce qui semble pareil l'est moins, et on peut espérer qu'on comprend mieux ce qu'on fiche là, et pourquoi ça marche. Ou pas.

## **Le contrôle ouvrier**

Pensé par les structures syndicales au milieu du 20ème siècle, le contrôle ouvrier se définissait dans les années 70 comme *le refus d'intégration dans la société capitaliste*. Il se positionnait comme *une participation des travailleurs, contestataire et transformatrice*. Il s'agissait de limiter les effets du capitalisme en remplaçant l'intérêt général comme finalité (plutôt que l'intérêt prioritaire des actionnaires), tout en refusant d'assumer les responsabilités de la gestion patronale.

En incitant les travailleurs à dépasser le stade des revendications salariales, le contrôle ouvrier voulait intéresser les travailleurs à la gestion de l'entreprise et ce faisant, transformer les rapports entre travailleurs et patrons.

Le but ultime, en rendant les travailleurs capables de gérer l'entreprise par eux-même, était d'aller vers l'autogestion ouvrière qui remettrait en question le pouvoir des patrons sur les hommes et les machines, ou encore la socialisation de la production - autrement dit le socialisme.

Pour quelqu'un comme Ernest Mandel<sup>1</sup>, l'autogestion ne s'envisageait qu'une fois que la société socialiste aurait pris le pas sur la société capitaliste.

La stratégie du contrôle ouvrier passait notamment par l'accès aux livres de comptes, la transparence sur le calcul des rémunérations, le contrôle par les travailleurs des cadences de travail, ...

Petite précision d'importance : le contrôle ouvrier ne consiste pas à s'appliquer les critères de rentabilisation capitalistes, cela reviendrait à de l'auto-exploitation !

## **L'autogestion**

On retrouve l'autogestion dans beaucoup de mouvements de gauche. Elle s'y définit en réaction à des pratiques hiérarchiques, autoritaires, verticales de certains modes d'organisation. On peut donc dire qu'elle est liée à des projets de transformation sociale, économique, politique par la transformation des rapports sociaux.

Autogestion signifie *gérer soi-même*. Une entreprise autogérée est une entreprise dont les propriétaires sont les travailleurs. L'autogestion sous-entend la non hiérarchie, la transparence des décisions, la non appropriation des richesses produites par la collectivité.

Basée sur un principe d'égalité entre les gens et de respect des différences, l'autogestion ne saurait se mettre en œuvre que dans une certaine diversité de structuration ! Une diversité que l'on retrouve notamment en maison médicale<sup>2</sup>. Si l'autogestion y est un fondement, on a parfois tendance à penser que la non hiérarchie est un but en soi et pas un moyen au service d'un projet de transformation des rapports sociaux.

## **La co-gestion**

Dans le monde du travail, la co-gestion signifie que l'entreprise est gérée à la fois par le patron et par les travailleurs. Des instances sont créées où les représentants des deux parties ont un pouvoir de décision égal.

C'est dans l'industrie minière allemande qu'elle s'est le plus développée comme une réponse à l'insatisfaction des travailleurs par rapport à leurs conditions de travail.

---

1 1923-1995 - Economiste trotskyste, penseur du contrôle ouvrier, proche de la FGTB

2 Voir le mémoire de Coralie Ladavid disponible sur : <http://www.fmm.be/Le-systeme-autogestionnaire-en.html>

C'était au début du 20ème siècle. Dans les années 50, elle a trouvé place dans la législation. Elle s'appuie sur des syndicats puissants.

La co-gestion ne vise pas à la transformation des rapports sociaux mais simplement (si on peut dire) à garantir que les intérêts des travailleurs soient préservés face à ceux des patrons et actionnaires.

## CONCLUSION

En conclusion, pas de conclusion ! Le sujet est loin d'être clos. On retire de cette analyse la conscience que les maisons médicales peuvent être un laboratoire des relations de travail égalitaires, et que, même si c'est un peu fatiguant, il y a grand intérêt à ce que ça continue. Notre expérience est précieuse, pour nous et pour les autres. Nous avons la responsabilité de l'assumer, de la raconter, d'essayer de la comprendre et de la confronter.