

International Review of Community Development Revue internationale d'action communautaire



Le mouvement syndical et la réforme du système de santé The Unions Movement and the Health Care Reform El movimiento sindical y la reforma del sistema de salud

Gisèle Cartier et Lorne Huston

Numéro 1 (41), printemps 1979

La prise en charge communautaire de la santé

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1034819ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1034819ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Lien social et Politiques

ISSN

0707-9699 (imprimé)

2369-6400 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce document

Cartier, G. & Huston, L. (1979). Le mouvement syndical et la réforme du système de santé. *International Review of Community Development / Revue internationale d'action communautaire*, (1), 37–42.
<https://doi.org/10.7202/1034819ar>

Résumé de l'article

La responsable du dossier santé-sécurité à la Confédération des syndicats nationaux raconte l'évolution des débats qui ont eu lieu à l'intérieur du mouvement syndical sur la question de la participation syndicale aux conseils d'administration des hôpitaux et explique comment les syndicats en sont arrivés à la décision de ne plus y participer.

Elle soulève ensuite les difficultés que rencontre le mouvement syndical à développer des luttes pour la transformation des pratiques médicales en soulignant que c'est d'abord par le biais des luttes pour la santé et la sécurité au travail (autant dans les usines que dans l'hôpital même) que l'on peut commencer à démystifier la neutralité du pouvoir médical.

Malgré les tendances au cynisme et au corporatisme que le milieu hospitalier encourage chez les travailleurs, et en tenant compte du fait que la première priorité du syndicat doit être d'abord et avant tout de protéger les intérêts immédiats de ses membres, on constate néanmoins des indices d'une volonté croissante chez les travailleurs de la santé de démystifier le pouvoir médical.

Tous droits réservés © Lien social et Politiques, 1979

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

<https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

érudit

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

<https://www.erudit.org/fr/>

Le mouvement syndical et la réforme du système de santé

par Gisèle Cartier

Gisèle Cartier est premier vice président de la Confédération des syndicats nationaux et responsable de l'ensemble du dossier santé-sécurité pour cette centrale syndicale. Technicienne de laboratoire jusqu'à son élection au poste de vice-président en 1978, elle a participé aux premières luttes de syndicalisation dans le secteur hospitalier au début des années soixante et a milité à divers niveaux du mouvement syndical depuis.

Cette interview fut accordée dans le cadre d'une discussion informelle et ses commentaires sont livrés ici à titre personnel.

L.H. — Quel bilan fait le mouvement syndical de la réforme du système de santé et plus particulièrement des effets de la loi 65 ? Je pense ici notamment à la réorganisation qui s'est faite aux niveaux de la distribution des soins, et à la "participation" que la réforme encourage officiellement.

CARTIER — La loi a été essentiellement une réforme de structures. Il y avait une intention de faire participer les divers "agents" aux processus décisionnels, comme par exemple les travailleurs, les médecins, les usagers, aux conseils d'administration. A ce moment-là j'étais au niveau de la Fédération des affaires sociales¹ et on a beaucoup travaillé cette question. On a commencé avant les premières élections aux conseils d'administration, en 1973, si je me rappelle bien. Au moment de la formulation de la loi déjà, on a présenté un mémoire et le comité d'action politique de la Fédération des affaires sociales a mis beaucoup d'énergies sur toute cette question. On a discuté largement dans les diverses instances en particulier sur le principe même de la participation, en nous demandant s'il fallait participer aux conseils d'administration et à quel titre, qu'il s'agisse d'hôpitaux ou de CLSC. On a eu de larges débats

au niveau des congrès, au niveau des divers comités sur le principe même de la participation. On ne parlait pas tant de la question des soins comme tels mais plutôt de l'opportunité de participer aux structures mises en place par la loi.

Notre démarche a évolué dans le temps. Au début on s'est interrogés et on a conclu à l'opportunité de participer, mais à notre façon, en faisant en sorte que les postes soient occupés par des représentants syndicaux. La loi ne parlait que d'une représentation individuelle et elle faisait une distinction entre les représentants professionnels et non professionnels. Nous n'avons jamais été d'accord avec cette distinction. De plus, en ce qui concerne les non-professionnels la loi ne faisait aucune distinction entre les cadres et les travailleurs. Donc, parmi les non-professionnels on pouvait retrouver aussi bien le directeur du personnel que le préposé à la buanderie ! De toute façon, une fois la loi passée, on s'est dit qu'il ne nous restait qu'à s'organiser pour que le directeur du personnel ne soit élu nulle part et que ce soit plutôt notre candidat qui soit élu.

On a alors fait une grande campagne au niveau syndical. Même si on ne se faisait aucune illusion

sur le pouvoir qu'on pouvait exercer aux conseils d'administration, puisqu'on était absolument minoritaires, on se disait pourtant que ça pouvait permettre d'aller chercher de l'information et peut-être d'exprimer notre point de vue aux conseils qui, sinon, ne l'entendraient jamais. Chaque syndicat a mis sur pied des comités pour s'occuper des candidatures et pour organiser les élections ; puis on s'est efforcés d'assurer un contrôle syndical de nos représentants une fois élus dans la perspective où ils auraient des mandats syndicaux à défendre et devraient faire rapport régulièrement au syndicat etc... Par ailleurs, on insistait sur le fait que cette action ne devait absolument pas remplacer l'action syndicale comme telle, devenir une voie parallèle de l'action syndicale, ou un super comité de griefs.

La campagne a très bien fonctionné. Elle a suscité beaucoup d'intérêt, des centaines et des centaines de militants y ont participé. Dans à peu près 90 % des cas où on a présenté des candidats, on s'est fait élire. Mais c'était une situation un peu particulière. En fait, la partie patronale s'était fait prendre de court ; elle était mal organisée, sauf peut-être les communautés religieuses dans certains hôpitaux qui avaient fait voter les soeurs en grand nombre.

Les résultats de cette stratégie ont été très inégaux. Il s'est passé deux grands phénomènes. Dans les cas où l'action militante était forte, les candidats qui étaient vraiment suivis par les syndicats et qui jouaient le jeu de la représentation syndicale dans le but d'avoir des renseignements, se sont trouvés complètement isolés par les autres membres du conseil d'administration. Il y a eu des réunions parallèles, des documents auxquels ils n'ont pas eu accès, etc. Dans d'autres cas, les représentants ont été complètement récupérés, en particulier quand ils étaient mal préparés ou quand ils avaient une mentalité de "petit boss".

En 1974, après cette première expérience, la Fédération des affaires sociales a organisé un congrès spécial entièrement consacré à cette question. Si un certain nombre de participants ont remis l'expérience en question, la volonté de la poursuivre a été tout de même réaffirmée, mais la dissidence était assez importante. On disait : "on l'a essayé, ça ne sert à rien, c'est un cul-de-sac ; il y

a eu des expulsions dès que des militants ont soulevé des débats névralgiques." Comme cette dissidence était principalement le fait des militants les plus actifs, ceux-ci n'ont plus fait de cette question une priorité personnelle, de sorte que ça s'est éteint tranquillement dans plusieurs cas.

Pour les deuxième élections, les patrons étaient prêts. Comme on se sentaient isolés, on a fait un effort très particulier pour rejoindre les "usagers"². On s'est dit qu'on ne voulait pas avoir n'importe qui aux conseils. Les usagers ça ne veut pas nécessairement dire que c'est du monde "correct". On est alors allé chercher des usagers parmi les comités de citoyens, là où on avait des contacts. C'était très difficile. On a eu énormément de difficulté d'abord parce que, à tort ou à raison, et probablement à raison si on regarde le processus dans lequel se seraient insérés les comités de citoyens, les comités de citoyens se méfient énormément des syndicats. Comme les comités de citoyens sont souvent mal organisés, ils ont peur de se faire contrôler. L'alliance ne s'est donc pas vraiment faite. Dans certains cas, il y a eu des erreurs monumentales. On a appuyé des candidats qui par la suite ont viré complètement de l'autre bord. Ça a été un échec. On s'est aperçu que c'était très difficile, qu'il y avait une indifférence très grande même parmi des groupes de militants de comités de citoyens. Ils se méfiaient énormément de cette participation et ils ne voulaient pas embarquer.

L'expérience de la première année a suscité une réaction de la part de la partie patronale. Comme beaucoup d'employés d'hôpitaux sont également usagers de ces hôpitaux, ils étaient allés voter. Nous avons même fait une grande campagne à ce sujet. En 1974 la loi a alors été changée pour empêcher cela, en sorte qu'un employé dans un hôpital n'a pas le droit de vote comme usager. L'intérêt a alors diminué considérablement. Les employés qui n'avaient plus le droit de vote se sont dit qu'ils ne voulaient pas organiser ces élections à la place des autres. Et puis tout cela se déroulait dans le contexte des négociations provinciales de la fonction publique, le front commun, les grèves etc... où ces questions de participation ont évidemment pris le deuxième rang.

La dernière fois où on en a parlé, c'était encore à un congrès spécial et de nouveau il y a eu une grosse remise en question de cette politique. Une fois de plus, le congrès a décidé de poursuivre mais cette fois avec un vote extrêmement serré. Il y a eu dix votes de différence sur 500 votes au total. C'était un bon débat mais très émotif pour certains. Les gens qui voulaient y aller n'avaient pas beaucoup d'arguments. Leur seul argument était que si ça n'avait pas réussi c'était parce qu'on n'avait pas formé les gens, qu'on ne les avait pas suivis etc... A quoi les autres répondaient : "oui, mais est-ce que c'est ça nos priorités de formation ; n'y a-t-il pas d'autres priorités de formation etc..."

Alors officiellement, on s'en occupe toujours mais en pratique...

LH — Quel genre d'action les représentants syndicaux aux conseils d'administration ont-ils pu mener ? Ont-ils pu faire quelque chose en rapport avec la santé, la médecine qui se pratique dans les hôpitaux ?

CARTIER — Je pense que dans le meilleur des cas ça été des actions sur le plan organisationnel, sur les conditions de travail, l'aménagement des horaires, pas sur le plan médical comme tel. Là, on peut poser le problème de fond : les employés d'hôpitaux s'intéressent-ils à la médecine ?

Oui, ils s'intéressent à la médecine mais ils sont très cyniques sur la médecine qui se fait dans les hôpitaux. Il y a beaucoup d'employés d'hôpitaux qui ne se feraient jamais hospitaliser dans l'hôpital où ils travaillent. Sauf qu'ils ne sont pas encore convaincus qu'ils connaissent ça. Ils racontent des choses terribles qui se passent dans les hôpitaux, ce que font certains médecins, mais ça ne les amène à peu près jamais à s'impliquer publiquement.

Cela tient à ce qu'ils sentent qu'ils n'ont pas la confiance pour le faire. Ils sont écrasés par le professionnalisme qui veut que seul un médecin puisse juger un autre médecin. Ils ne se sentent pas en mesure d'affronter cette situation. Ça serait probablement possible pour des infirmières parce qu'au niveau professionnel, une infirmière est capable dans beaucoup de cas de questionner un médecin. Mais il y a un autre phénomène, dans le cas des infirmières : l'espèce de corporatisme et

de professionnalisme à ce niveau aussi. Elles ne remettent pas formellement en cause le genre de médecine qui se pratique, sauf lorsque ça touche à leurs propres conditions de travail.

L.H. — On dirait presque qu'on assiste à un phénomène à première vue paradoxal où ce sont les ouvriers d'usine, qui n'ont aucune "compétence" reconnue dans les questions de la santé, qui sont les plus radicaux dans leur remise en question de l'appareil médical, davantage même que ceux qui y sont impliqués directement.

CARTIER — En ce qui concerne le domaine spécifique des conditions de travail, les travailleurs d'hôpitaux sont aussi critiques que les travailleurs d'usine. Il y a eu des grèves là-dessus. Le conflit à l'hôpital Notre-Dame en 1974 portait en grande partie sur les médecins de l'hôpital. Les médecins d'hôpitaux sont aussi compromis que n'importe quel médecin de compagnie des grandes entreprises. Sur le plan spécifique de leur propre santé au travail, les travailleurs d'hôpitaux mènent des batailles comme les autres travailleurs. Il y a un réveil sur cette question. On a découvert des statistiques où le taux d'augmentation des accidents et des malades dans les hôpitaux est absolument astronomique. Alors que dans certaines industries ça diminue, dans les hôpitaux ça augmente. Mais c'est sur ce point précis qu'il y a une remise en question et non pas sur les pratiques médicales en général.

En ce qui concerne une lutte contre le professionnalisme, on l'aborde par le biais de la lutte contre le corporatisme et le professionnalisme à l'intérieur même de nos syndicats. C'est un sujet qui est fort débattu et très émotif. On y va tranquillement. On n'est pas rendu à une déprofessionnalisation de la médecine dans le sens d'amener chacun à s'approprier sa propre santé parce qu'on aurait un doute généralisé sur la médecine d'aujourd'hui. D'ailleurs la population en général est loin d'être rendue là. Il y a des expériences marginales qui se font mais ça n'a pas ouvert des brèches importantes dans le monopole médical.

L.H. — Que pense-t-on actuellement des CLSC à l'intérieur du mouvement syndical ?

CARTIER — Les CLSC auraient pu devenir quelque chose d'intéressant et il y a eu des tentatives de s'opposer à la volonté absolue du gouvernement

de les récupérer mais maintenant il y a un resserrement du contrôle gouvernemental ; qu'est-ce que les CLSC peuvent faire d'autre que des choses traditionnelles ? Le gouvernement leur refuse des budgets s'ils n'exécutent pas un certain nombre de programmes. Les CLSC sont en train de devenir tout simplement des salles d'urgence des hôpitaux, alors qu'à l'origine ils étaient perçus tout autrement. Le Rapport Castonguay prévoyait un peu plus que ça quand même. Il ne faut pas se faire d'illusions : ce n'est pas d'une médecine populaire dont on parlait mais il y avait quand même une vision différente de la médecine traditionnelle. Tout cela a été complètement récupéré dans certains cas et écrasé dans d'autres.

L.H. — A l'intérieur du mouvement syndical, on débat des questions très importantes au niveau des orientations et des implications politiques du travail syndical. Par exemple, on essaie de démasquer toute la vision bourgeoise du chômage. Mais en ce qui concerne la critique du système de santé, on dirait qu'elle se fait complètement en dehors du processus de préparation des négociations avec le gouvernement Y a-t-il une place dans le mouvement syndical où on peut agir sur les choix politiques du Gouvernement en ce qui concerne le système de santé ?

CARTIER — Il y a une place dans le mouvement syndical pour faire ces débats. Ils ont eu lieu en partie lors du projet de loi 65. Mais je suis d'accord, ça n'a pas vraiment été un débat large. Les gens n'étaient probablement pas prêts ou peut-être même que les dirigeants syndicaux n'étaient pas prêts. Il y a eu des débats ; on a eu des groupes de discussion mais pas de façon assez structurée ; notre analyse n'est pas aussi lucide et cohérente qu'elle peut l'être sur le chômage.

On commence à faire cette analyse et on va continuer à la faire par le biais des luttes pour la sécurité et la santé au travail. Là on peut démystifier ; on connaît ça. La santé au travail, les effets des conditions de travail, on commence à les connaître. On a notre propre expertise. Je pense que ces luttes peuvent déboucher sur une remise en question de la santé. En tout cas, je pense que c'est par ce biais que ça commence.

Mais ce n'est pas facile. Il faut voir ce qui s'est passé à Sorel dans le cas de la QIT³. Tout l'appareil

médical et patronal a foncé sur nous à bras raccourcis. Tout le monde a fait front commun contre nous lorsqu'on a invité les médecins de la Clinique Normand Bethune à examiner les ouvriers : c'était la crédibilité de la médecine actuelle qui était en cause. Pourtant aucun médecin sérieux ne peut remettre en cause le dossier qui a été publié. Ce qu'on a touché avec cette lutte c'est pire pour eux que si on avait critiqué leurs privilèges économiques. C'est leur pouvoir, leur compétence qui ont été touchés.

On a souvent peur de critiquer son propre médecin. On se dit si je m'engueule avec lui, va-t-il me soigner correctement ? C'est déprimant à dire mais c'est la réalité. Même en santé-sécurité, le débat est loin d'être clair. Beaucoup d'ouvriers disent qu'il faut faire bien attention et qu'il nous faut des spécialistes de toutes sortes. Ils ne font pas encore une analyse politique qui reconnaît que les médecins, en tant que classe, ne sont pas de notre bord. Donc, il faut questionner cette "compétence objective" à laquelle beaucoup croient encore. C'est un travail de longue haleine mais c'est bien ce travail là qu'il faut faire d'abord : démystifier la question de la compétence. Il va nous falloir des médecins engagés pour nous aider à faire ça, même si on peut compter sur les doigts de la main ceux qui sont prêts à se compromettre.

D'une autre façon, je pense qu'il y a une place à l'intérieur des négociations collectives avec le gouvernement pour soulever les questions relatives au système de santé. Je pense à la question très actuelle des coupures de budget. Bien sûr ça ne prend pas la forme d'un discours politique et les luttes pour le maintien des postes peuvent avoir deux aspects : ça peut avoir l'air et être en fait, une lutte bien "égoïste" pour conserver sa job. Mais ça peut être, et dans beaucoup de cas ça l'est, une révolte contre la détérioration de la qualité des soins. Dans les instances de la FAS, il en est très souvent question. Des employés se disent : "je suis tout seul pour donner des bains à des vieillards handicapés ; je n'ai pas le temps ; ils ne sont pas bien ; ils sont mal soignés ; il faut faire quelque chose". Mais là encore, ils ne sont pas rendus au point de faire une alliance avec la population. Il y a beaucoup de difficulté à convaincre des travailleurs d'hôpitaux de rendre des dossiers publics. Il y en

a encore beaucoup qui s'identifient à leur institution de sorte que s'ils attaquent ça, ils s'attaquent eux-mêmes. Des fois aussi s'ils n'arrivent pas dans leur travail, ils se sentent coupables personnellement.

L.H. — Est-ce qu'on poursuit actuellement, à l'intérieur de la FAS, une réflexion sur la stratégie gouvernementale des coupures. Le gouvernement ne sabre pas n'importe où. Quelle politique guide ces coupures ?

CARTIER — Il y a d'abord le contexte de crise. Le gouvernement coupe pour des raisons économiques et politiques ; il coupe dans le secteur public pour pouvoir renforcer le secteur privé, ce que tout le monde connaît partout dans le monde occidental actuellement. Le gouvernement coupe, mais il ne coupe pas par poste ; il coupe une portion du budget global de chaque hôpital et c'est l'administration locale qui doit s'arranger avec ces réductions. Les choix locaux sont différents d'un endroit à l'autre. Il y a pourtant une certaine stratégie : on coupe surtout dans les soins aigus de courte durée sous prétexte qu'on est trop gâté dans ce domaine. Les administrations disent : "on ne coupe pas vraiment, on dirige les fonds là où il y a les plus grands besoins c'est-à-dire les soins chroniques". En réalité c'est la meilleure façon de couper les budgets parce que les chroniques disent-ils exigent moins de personnel. C'est faux. Si on s'occupait vraiment d'eux, on devrait leur accorder autant de soins. Il faudrait du personnel pour les aider à la réadaptation, du personnel pour s'occuper d'eux sur le plan psychologique, etc.

L.H. — Ce type d'argument m'inquiète. Si on suit cette logique d'un encadrement de plus en plus complet, on contribue au renforcement de la médicalisation de la vie, à la gestion de nos vies par des professionnels. Il me semble que cela va à l'encontre d'une prise en main collective et sociale de nos conditions de vie. Le maintien et le développement de postes de travail est sûrement la responsabilité du syndicat mais en même temps on encourage un type d'organisation de la santé qui entretient la dépendance. Je sais que ces questions sont difficiles mais elles sont difficiles même à discuter à l'intérieur du mouvement syndical. Souvent, dans les instances syndicales, il y a une espèce d'autocensure qui se produit où l'on se

dit : si on soulève ces questions, nous diviserons nos membres. Et puis on a assez de peine à garder simplement nos emplois...

CARTIER — Je pense qu'on va finir par être capables d'aborder ces questions. On ne sera peut-être pas capables de les aborder très rapidement dans des assemblées générales ou dans des congrès. Mais sur les lieux de travail la réflexion commence à se faire. C'est sûr que la révolution n'est pas en route. Il y a beaucoup de cynisme. Pas grand monde a aidé les travailleurs d'hôpitaux à se poser ce genre de question. Mais je me demande aussi si c'est véritablement un rôle syndical que de poser ces questions. Je n'en sais rien.

On ne peut pas demander aux employés d'hôpitaux de mener ce débat indépendamment de leur propre situation en mettant en cause par exemple leur sécurité d'emploi. C'est utopique de penser cela. Il faut que ça s'insère à travers leur sécurité aussi. Ils ne font pas de philosophie quand ils négocient leur convention collective ; ils se défendent. C'est sûr que ça peut avoir l'air d'un frein à des transformations. Cette remise en question doit venir d'eux-mêmes. Les transformations imposées d'en haut rencontreront toujours de la résistance. C'est comme toutes les résistances ouvrières devant les changements technologiques. Ça a souvent l'air très réactionnaire. Mais lorsqu'on ne contrôle pas l'implantation de ces changements et que de toute façon ce n'est pas à toi que ça va profiter, tu as trop de chances d'être laissé sur le carreau pour ne pas te défendre. La défensive devient donc la seule réaction. Dans une période de chômage comme celle qu'on connaît, on commence par défendre nos jobs. Ça me paraît parfaitement normal. Mais à l'intérieur de ces marges, il y a moyen de transformer certaines choses. Dans le quotidien concret d'un hôpital, le médecin ce n'est plus le dieu qu'il a déjà été. Il y a des remises en question, ça évolue avec le temps, ça commence. Il faut aussi que les patients remettent en question le monopole du savoir médical. Il faut exiger de voir notre dossier médical et de se le faire expliquer tant qu'on n'a pas compris ce qui se passe. Je pense que c'est d'abord sur cette question qu'il faut commencer la démystification.

(Interview recueillie par Lorne Huston)

notes

¹ La Fédération des affaires sociales (F.A.S.) constitue l'instance syndicale de la Confédération des syndicats nationaux (C.S.N.) où sont regroupés tous les syndicats locaux travaillant dans le secteur des Affaires sociales (hôpitaux, CLSC, centres d'accueil, foyers pour personnes âgées etc...). Elle est la fédération la plus importante de la CSN avec quelques 70 000 membres sur un total de 180 000.

² Selon la définition de la loi 65, ce n'est pas la population habitant la région desservie par les institutions sanitaires qui a droit de vote lors des élections au conseil

d'administration mais bien les "usagers" ou clients qui ont eu recours aux services de l'institution au cours des deux années précédentes.

³ Les ouvriers de la Compagnie Québec Iron and Titanium (Q.I.T.), filiale de la multinationale Kennecott Copper des Etats-Unis, ont occupé l'usine au cours de l'été de 1977 afin de réclamer de meilleures conditions de santé et sécurité au travail. Entre autres choses, ils avaient gagné le droit de se faire examiner par les médecins de leur choix et ce aux frais du gouvernement. Ils ont choisi la Clinique Normand-Bethune composée de médecins progressistes dont plusieurs maoïstes.

revue internationale d'action communautaire international review of community development

PROCHAIN NUMÉRO

LES PROCESSUS D'ÉDUCATION POPULAIRE

Parution : novembre 1979