

« Travail, changements : expertises et actions syndicales... »

L'engagement syndical a-t-il pris des forces à l'hôpital public ces 5 dernières années ?

Michel ROSENBLATT

Si l'hôpital change, et que le travail change, il est nécessaire, que le syndicalisme évolue lui aussi. Mais l'engagement syndical a besoin d'un cadre de référence, de repères institutionnels, c'est-à-dire d'un droit et d'un espace pour exister. C'est le cas pour celui du personnel non médical, de l'ASH au directeur. Il est reconnu, à travers des lieux de dialogue social et des instances. Malgré une syndicalisation et une participation aux élections professionnelles perfectibles, il dispose de moyens matériels et de militants mis à disposition. Cette reconnaissance est loin d'être établie pour le syndicalisme médical.

S'il existe des syndicats, et même pléthore de syndicats et d'inter syndicats médicaux, ils ont d'abord eu une reconnaissance au niveau national, ou au sein de certaines spécialités, en tout cas avec une action largement extérieure aux établissements. Cette réalité tient à des causes diverses, mais il est clair que l'absence d'instance interne aux établissements ne permet pas l'exercice régulier de l'action syndicale. Chacun a le droit d'être syndiqué, mais ce droit a vocation à s'exercer aussi, et peut-être d'abord, sur le lieu de travail.

Si c'est de longue date que cette aspiration s'est faite jour, l'appétence du corps médical pour un syndicalisme, au sens où nous l'entendons, n'a pas toujours été si développée. La prise de conscience que le salariat nécessite l'organisation des salariés paraît évidente. Mais il fallait d'abord que les médecins soient effectivement des salariés, puis qu'ils se vivent pleinement comme tels. Les évolutions de l'hôpital y ont contribué.

Pardonnez-moi cette introduction qui énonce des évidences. Aujourd'hui, il y a une forte aspiration. Les syndicats médicaux, ici présents, l'incarnent le plus parmi les médecins, mais cette aspiration ne fait pas l'unanimité. Un récent exemple, sur ce point, a été le groupe de travail du comité de suivi des GHT, consacré au dialogue social. Nous avons participé aux séances, restées non conclusives, et constaté le clivage opposant les tenants d'une action syndicale au sein des établissements et ceux qui restent arc-boutés sur une logique exclusive de CME. On en connaît les raisons. Mais ce désaccord est un frein important pour que l'engagement syndical se renforce. Le plus curieux est que ce débat se soit exprimé alors que la question n'était pas du tout à l'ordre du jour des GHT, puisque les médecins sont écartés de la conférence territoriale de dialogue social.

Parlons donc des cinq dernières années.

Je n'entrerai pas dans le détail des dossiers syndicaux de la fonction publique des cinq ans, mais s'il y a eu des discussions et parfois des accords, par exemple sur la qualité de vie au travail, sur des financements pour les conditions de travail, cela a été peu porté par l'Etat et il a fallu attendre la dernière partie du quinquennat pour qu'un accord, resté minoritaire de peu, soit appliqué unilatéralement par le gouvernement. Les discussions sur les statuts ont été surtout consacrées à l'application de décisions antérieures à 2012. Puis les mesures budgétaires, la décélération de l'ONDAM et le plan triennal, ont ralenti le dialogue social local, tout en pesant à la fois sur les effectifs et les conditions de travail.

Pour les médecins, 2012 s'est ouvert avec l'accord cadre du 23 janvier, qui avait des objectifs ambitieux, un calendrier irréaliste, des contenus parfois intéressants, parfois flous. Si certains points ont été abordés et traités, beaucoup d'axes prévus sont restés lettre morte. Ce que Xavier BETRAND avait signé en fin de législature n'a été guère repris par Marisol TOURAINE, qui a expliqué qu'elle devait d'abord vérifier si elle disposait des ressources. Curieuse manière d'assurer la continuité de la parole de l'Etat. Les syndicats de directeurs ont d'ailleurs vécu la même chose, avec le protocole d'accord du 29 juillet 2011 !

La période a aussi connu, sur presque les cinq ans, le gel de la valeur du point d'indice, pour les fonctionnaires et les médecins, et un ralentissement des mesures catégorielles, sous la pression des ministères de la fonction publique et du budget. Ce contexte pouvait stimuler l'engagement syndical, mais a souvent conduit à une logique défensive, à une négociation, le dos au mur. La pression n'est pas la meilleure formule, pour faire évoluer les organisations complexes de l'hôpital dans une logique gagnant/gagnant et cela rend parfois les évolutions impossibles. Le dialogue social en a souvent souffert. Et l'absence de conflit ne signifie pas que les relations sont apaisées ou l'ambiance sereine, les débats récents sur la souffrance et sur la qualité de vie au travail l'ont bien illustré.

En septembre 2012, la ministre a lancé la mission Pacte de confiance. Les discussions menées par Edouard COUTY ont souvent été intéressantes, nous y avons contribué, les uns et les autres. Le rapport final contenait des pistes positives. Il a permis de soulever la question de la place à permettre aux syndicats médicaux au sein des hôpitaux. Mais les missions se sont succédées, sans prise de décisions : DEVICTOR, COMPAGNON, notamment, et au bout de la démarche, beaucoup d'ambitions ont été sacrifiées, dont le service public territorial de santé, devenu service territorial de santé au public, avant de disparaître de la loi. Le temps passé sur les missions a révélé l'absence d'un projet initial et une volonté ministérielle focalisée sur quelques sujets précis, dont le tiers payant.

De fait, la longue concertation a masqué l'absence de projet politique, que les éléments de langage, sur la fin de la convergence tarifaire ou le rétablissement du service public hospitalier ne pouvaient pas compenser, faute de contenu suffisant. C'est pour cela que la loi de santé a connu une si longue préparation législative, avec des transformations de contenus qui en ont affecté le sens. Pour finir, il n'y a pas eu de pacte et il n'y a pas eu de confiance. L'hôpital en a souffert. L'engagement syndical aussi.

L'objectif était un rééquilibrage entre l'offre de proximité et l'hôpital, le second devant venir en recours de ce que la première ne sait pas faire. Mais au lieu d'une complémentarité des acteurs de santé pour organiser le parcours du patient, la loi a finalement retenu des organisations différenciées, d'un côté, des coopérations facultatives entre les acteurs de ville, de l'autre, une coopération/intégration obligatoire des seuls établissements publics de santé. Difficile de s'éloigner davantage du projet initial. Et pire : le montage retenu pour les GHT n'est pas au point et cela devient de plus en plus inquiétant.

S'agissant de l'engagement syndical, ces cinq ans ont permis des clarifications. Après les accords de Bercy de 2008 sur le dialogue social dans la fonction publique, la loi a modifié les conditions de la représentativité et les élections professionnelles ont abouti à une recomposition limitée de l'échiquier syndical. Au niveau national, la nécessité d'obtenir un des 20 sièges au Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière, soit 5% des voix, n'y a laissé que cinq syndicats au lieu de huit, et donc aussi à la table de négociation avec le ministère. Les élections des PH ont permis une certaine recomposition des équilibres syndicaux des médecins. Cela s'est constaté aussi pour les syndicats de directeurs. C'est la conséquence de l'engagement syndical des cinq dernières années.

La loi a apporté, dans son article 194, une innovation importante, qui reste à concrétiser : la création du Conseil supérieur des personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques des établissements publics de santé. Nous devrions savoir en cours d'année comment ce projet se concrétisera, avec un compte à rebours qui supposera sans doute un délai conséquent. Il s'agit d'un héritage positif que le gouvernement sortant laissera à son successeur. Mais il reste à savoir s'il s'inscrira dans une dynamique utile ou s'il sera le prétexte pour ne toucher à rien en matière de représentativité des syndicats médicaux au niveau des établissements, là où les sujets concrets se posent le plus.

Quel engagement syndical peut sortir de ces cinq ans ?

Il reste dans les tablettes du ministère la mise en application de cet article 194, pour lequel le ministère sortant ne s'est pas précipité. Cela tient sans doute pour partie à la désunion syndicale, qui oblige le cabinet à faire un choix entre les options différentes défendues par les divers syndicats médicaux. Mais cela s'explique aussi par le fait que la DGOS est monopolisée sur le dossier GHT, qu'elle peine à faire entrer dans l'étape opérationnelle, en raison de contradictions de leur construction juridique.

Sur la qualité du dialogue social, les perspectives sont incertaines, tant la situation des prochains mois est floue sur le plan politique. Nous verrons quelles équipes seront au pouvoir et quels seront leurs projets. Les mêmes causes produisant les mêmes effets, il est probable que l'austérité prévaudra en matière de financement, mais la place de l'hôpital et donc de ses équipes variera selon les cas. Le contenu du dialogue social sera fonction de la pression budgétaire et de l'étendue des restructurations, mais aussi des évolutions du temps de travail, des paramètres du dossier des retraites et de bien d'autres facteurs. Ces sujets concerneront les personnels médicaux et non médicaux.

Si les GHT aboutissent à une redistribution des effectifs médicaux entre établissements, il sera nécessaire d'apprécier quel part des personnels seront concernés, et à quel point cela affectera les exercices professionnels, ou l'éloignement des lieux de travail. Mais gardons le sens des nuances : les conséquences peuvent aussi être appréciées par les intéressés, correspondre aux attentes, améliorer ou sécuriser des pratiques. Il y a trop de paramètres pour anticiper les situations. Si dialogue social il peut y avoir, bien entendu, il s'appliquera à ces sujets prioritaires, que les responsables hospitaliers auront à négocier avec les syndicats et les équipes. Le thème de la modernisation négociée nous ramène, à la CFDT, 20 ans en arrière, puisque c'était un mot d'ordre de notre syndicat : accepter le changement, mais en négociant son contenu et en obtenant des garanties.

Encore faudrait-il, dans le cas des GHT notamment, disposer de lieux de négociation. Ils n'existent pas, car la conférence territoriale de dialogue social n'est qu'un lieu d'information et elle exclut les personnels médicaux. Cette volonté ministérielle de ne rien prévoir rejoint les positions syndicales : il n'était pas possible de prévoir une instance, dans ce qui n'est qu'un groupement lié par une convention constitutive, sans personnalité juridique et donc sans capacité d'engagement. Nous y vivrons donc de prochaines périodes incertaines.

Une clé pour renforcer l'engagement syndical sera évidemment la possibilité d'un partage d'information, de réflexion et d'action entre syndicats médicaux et non médicaux. D'une part, cela serait bien utile pour peser davantage face aux pouvoirs publics et pour intervenir au sein des établissements. D'autre part, le dossier de l'organisation interne de l'hôpital et de la coordination interne aux GHT est structurant, pour gagner quelques marges dans les cas où cela est encore possible, ou pour démontrer, dans les autres cas, que le niveau d'efficacité des organisations se trouve atteint. Ces chantiers nous mobiliseront, mais supposent d'être menés en commun, directions, médecins, cadres et autres personnels. Et bien sûr, avec l'engagement des syndicats médicaux et des syndicats non médicaux...

En conclusion, quelques pavés dans la mare.

Toute organisation syndicale a sa légitimité, fondée sur ses valeurs et sur l'adhésion des professionnels. A ce jour, le syndicalisme médical a des obstacles à surmonter, mais l'absence d'instance interne à l'hôpital et le manque de reconnaissance à travers un droit syndical ne sont pas les seuls freins. La dissonance des discours est un prétexte pour le ministère pour ne pas faire bouger les lignes. Les PH sont 45 000. Les médecins travaillant à l'hôpital sont entre 100 000 et 120 000. Les personnels non médicaux sont 900 000.

Je sais que les dossiers ne sont pas mûrs et que les esprits n'y sont pas prêts aujourd'hui. Mais le moyen le plus assuré de l'engagement syndical de tous serait que les médecins appartiennent à la

grande famille de la fonction publique hospitalière. Qu'ils partagent le statut général de la fonction publique ouvrirait de nombreuses portes. Et bien que les deux ne soient pas directement liés, un autre moyen serait qu'ils se retrouvent, avec la place qui y devrait être la leur, dans les confédérations interprofessionnelles : cela en ouvrirait de nombreuses autres. C'est un débat. Il n'est pas au programme de ce colloque. Mais il serait intéressant de pouvoir en débattre à l'avenir. L'avenir hospitalier, bien sûr...

Je vous remercie de votre attention.