

Grèves dans les services de la santé et services d'urgence au Canada

Le dilemme

JUDY HAIVEN et LARRY HAIVEN

Saint Mary's University
Halifax, Nouvelle-Écosse

Le secteur canadien de la santé a encore une fois été secoué par des grèves. Depuis 1999, près de 200 000 travailleurs de la santé ont exercé, partout au Canada, divers moyens de pression, ou menacé de le faire. Si les relations de travail au sein du secteur de la santé relevaient de la compétence fédérale et non provinciale et si tous les conflits avaient éclaté simultanément, ils auraient été perçus de part et d'autre comme le symptôme d'une crise démesurée d'envergure nationale – une crise des soins de la santé.

L'éternelle question du droit de grève ressurgit inévitablement à chaque conflit de travail. Les travailleurs dont l'emploi est jugé « essentiel » devraient-ils avoir le droit de faire la grève et leurs employeurs devraient-ils avoir le droit de les mettre en lock-out ? Cette même question reste posée à l'échelle du pays tout entier, même si les réactions des employeurs et des gouvernements varient considérablement à cet égard.

Les quatre dernières années présentent cette diversité des approches ainsi que certaines tendances :

- En février 2003, quelque 5 000 professionnels paramédicaux¹ de 40 hôpitaux de l'**Ontario** ont déclenché un débrayage d'une journée afin de dénoncer les graves pénuries

de personnel ainsi que les difficultés éprouvées lors des négociations collectives. Les lois de l'Ontario interdisant toute grève des travailleurs de la santé, plusieurs institutions affectées ont suspendu et réprimandé les grévistes, membres du Syndicat des employés et employées de la fonction publique de l'Ontario.

— *Judy Haiven est professeure adjointe et Larry Haiven est professeur associé au Department of Management, Faculty of Commerce, de Saint Mary's University. Tous deux sont chercheurs associés au chapitre de la Nouvelle-Écosse du Centre canadien de politiques alternatives et ont suivi de près, au cours des 25 dernières années, les relations de travail du secteur de la santé en tant que praticiens et universitaires. Le rapport complet, sur lequel se fonde le présent article, peut être consulté à : <http://www.policyalternatives.ca/publications/right-to-strike.pdf>.*

¹ Les travailleurs paramédicaux de la santé, autrement connus sous le nom de « paramédicaux » (à ne pas confondre avec les « ambulanciers paramédicaux ») exercent des fonctions diagnostiques et thérapeutiques et peuvent être des technologues de laboratoire et de radiologie, des inhalothérapeutes, des physiothérapeutes ou des travailleurs sociaux.

- En septembre et octobre 2002, les professionnels paramédicaux membres de la Health Sciences Association of Saskatchewan ont fait la grève pendant 29 jours – la plus longue grève en soins de santé de l'histoire de la **Saskatchewan** et aussi la première en 30 ans d'existence du syndicat. Les travailleurs de la santé de la Saskatchewan ont le droit légal de faire la grève et la prestation des services d'urgence est négociée sur une base volontaire entre le syndicat et la direction. Le gouvernement provincial du Nouveau Parti Démocratique a fait preuve de patience en refusant d'intervenir afin de mettre fin à la grève, comme il l'avait fait en 1999 avec les infirmières. À l'instar des autres « professionnels paramédicaux » dans tout le pays, ces 2 500 travailleurs s'étaient fait voler la vedette par les infirmières et ont subi une détérioration de leurs conditions de travail et une diminution de leurs salaires réels tout au long des années 90.
- Durant l'été 2002, le personnel infirmier des hôpitaux de Montréal, **Québec**, a déclenché de nombreux débrayages pour protester contre le surpeuplement des salles d'urgence. Le personnel infirmier de la salle d'urgence de l'Hôpital général de Montréal a effectué un second débrayage en été lorsque 62 patients se sont trouvés entassés dans une salle commune d'une capacité déclarée de 20 personnes. Le débrayage a pris fin lorsque des représentants de l'hôpital ont accepté de réduire à 47 le nombre de patients en transférant certains d'entre eux dans d'autres hôpitaux. Peu de temps après, le personnel infirmier de l'Hôpital Sacré-Cœur débrayait pendant trois heures et demie en invoquant le manque de personnel avant d'obtenir la promesse des représentants que la dotation augmenterait prochainement. Aucune mesure disciplinaire n'a été prise à l'endroit du personnel infirmier.
- Au cours du printemps et de l'été 2002, les infirmières et infirmiers de l'**Île-du-Prince-Édouard**, frustrés par la lenteur des négociations sous un régime où la grève est illégale, ont mené une campagne fructueuse de publicité dans les médias qui a effectivement poussé le gouvernement provincial à négocier plutôt que de recourir à l'arbitrage. La présidente du syndicat des infirmières et infirmiers se préparait à s'asseoir dans le bureau du premier ministre provincial afin de présenter les revendications de ses membres.
- Au printemps 2002, les infirmières et infirmiers de la **Saskatchewan** et du **Manitoba** ont obtenu, dans le cadre de négociations distinctes, des augmentations salariales de 20 % (sur une période de trois ans en Saskatchewan et de deux ans et demi au Manitoba). Dans les deux cas, le personnel infirmier disposait du droit de grève et les gouvernements provinciaux (tous les deux néo-démocrates) ont résisté à la tentation de leur supprimer ce droit (comme l'avait fait le gouvernement de la Saskatchewan en 1999). En Saskatchewan, les ententes sur les soins d'urgence sont conclues sur une base volontaire alors qu'au Manitoba, elles sont obligatoires. Les syndicats avaient lancé, dans les deux provinces, un avis de grève mais une entente est intervenue avant qu'un débrayage ne se produise. Pendant le conflit, le Manitoba Nurses' Union scandait le slogan, « Négocions pour l'avenir des soins de la santé ».
- Un an plus tôt, en juin 2001, la **Nouvelle-Écosse** était confrontée à une grève imminente de trois groupes : les infirmières et infirmiers autorisés, les infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés et les professionnels paramédicaux. Les travailleurs de la santé avaient subi une réduction de 10 % de leurs salaires réels depuis 1991 en raison de

diminutions et de gels salariaux. Les grèves des soins de la santé sont normalement permises dans cette province et en cas de grève, la prestation des services d'urgence est réalisée sur une base volontaire. Cependant, le gouvernement Progressiste-conservateur du premier ministre provincial John Hamm a introduit une mesure temporaire rendant illégales les grèves annoncées. Cette loi a également donné au gouvernement le pouvoir d'imposer les dispositions de la convention collective. Les professionnels de la santé ont tout de même débrayé pendant que la grève était encore légale. Suite à d'impressionnantes manifestations devant l'Assemblée législative, à une série bien orchestrée de publicités pro-syndicales à la télévision, à des lettres de démission signées par plus de 1 600 infirmières et infirmiers ainsi qu'à un changement dramatique de l'opinion publique en faveur des travailleurs, le gouvernement a retiré la *Loi* et a conclu une entente avec les syndicats et les employeurs du secteur de la santé afin qu'ils soumettent leurs différends pour « arbitrage des propositions finales ». L'arbitre a tranché en faveur des infirmières et infirmiers autorisés, mais en ce qui concerne les autres fonctions, les employeurs ont eu gain de cause.

- Au même moment, les infirmières et infirmiers et les professionnels paramédicaux de la **Colombie-Britannique** entraient en conflit avec leurs employeurs respectifs et le nouveau gouvernement libéral de Gordon Campbell. Les grèves étaient alors légales en Colombie-Britannique mais les ententes en matière de services d'urgence étaient obligatoires. Après une interdiction de temps supplémentaire de plusieurs semaines de la part des infirmières et infirmiers ainsi qu'un bref débrayage des

travailleurs paramédicaux, le gouvernement a adopté une loi interdisant les arrêts de travail pendant une période de trois ans et imposant les dispositions de la convention aux syndicats. La menace d'une démission massive d'infirmières et d'infirmiers (en Nouvelle-Écosse) n'a pas réussi à faire changer d'avis le gouvernement (qui détenait tous les sièges à l'Assemblée, sauf deux). Les infirmières et infirmiers ont reçu une augmentation salariale de 23,5 % sur trois ans mais les autres professions ont obtenu des gains inférieurs. Six mois plus tard, la loi gouvernementale a rejeté et modifié plusieurs dispositions relatives à la sécurité d'emploi stipulées par les conventions collectives du secteur de la santé.

- Toujours au cours du printemps 2001, une grève de cinq jours a été déclenchée par le personnel de soutien en soins intensifs du **Nouveau-Brunswick**². Elle débuta de façon légale bien que, en vertu des dispositions statutaires, 3 500 travailleurs sur 6 000 travailleurs aient été déclarés « essentiels » et contraints à travailler par la Commission des relations du travail. En dépit de cela, le gouvernement a adopté une loi interdisant complètement la grève tout en lui donnant le pouvoir d'imposer les dispositions de la convention. Le syndicat et l'employeur ont conclu une entente afin d'éviter la grève avant que cette loi ne puisse être appliquée. Quelques mois plus tard, une grève légale des employés des foyers de soins s'est terminée de la même façon, juste avant que la législation sur la prévention des grèves ne soit exécutée.
- En **Terre-Neuve-et-Labrador**, une autre grève implique environ 8 000 employés de soutien (infirmières auxiliaires autorisées, employés des services ménagers, diététiciens, préposés

² Le personnel de soutien comprend les préposés à l'entretien, diététicien(ne)s et infirmières et infirmiers auxiliaires.

à l'entretien), qui mènent une grève de cinq jours au cours du mois d'avril. Cette grève s'inscrivait dans le cadre d'un arrêt de travail de plus grande envergure au sein du secteur public, déclenché par 19 000 membres de la Newfoundland Association of Public and Private Employees et du Syndicat canadien de la fonction publique. Cette province autorise les grèves dans le secteur de la santé mais exige que les questions relatives aux services essentiels soient réglées par une tierce partie. Contrairement à ce qui s'est passé il y a deux ans, lors de la grève des infirmières et des professionnels de la santé, la province n'a pas adopté une loi rendant illégale la grève de l'hôpital, et les services d'urgence ont été assurés jusqu'au règlement du conflit qui a donné lieu à une augmentation salariale de 15 % sur trois ans ainsi qu'à des améliorations du régime de pension.

- Même en **Ontario** où les travailleurs d'hôpitaux n'ont aucun droit de grève, les infirmières et infirmiers qui participaient à la ronde de négociation de 2001 ont manifesté leur mécontentement face aux négociations en entamant une grève de zèle et en refusant d'effectuer des heures ou des quarts supplémentaires. De telles mesures peuvent avoir des conséquences tout aussi perturbatrices qu'une grève totale. Elles sont en principe considérées comme des grèves selon le droit du travail. Le fait que les employeurs n'aient pas imposé de sanctions légales démontre leur volonté de ne point aggraver la situation.
- Les travailleurs de la santé de l'**Alberta** n'ont plus le droit de grève depuis 1983. Cependant, au cours du printemps 2000, plus de 10 000 infirmières et infirmiers

auxiliaires autorisés et autres employés de soutien de 159 hôpitaux et institutions de soins prolongés de l'Alberta ont déclenché un débrayage illégal pendant 48 heures. La grève a été résolue suite à l'intervention personnelle du premier ministre de la province, Ralph Klein. Aux termes de l'interdiction permanente de grève, les syndicats du secteur de la santé et les membres ayant participé à des grèves illégales subissent des sanctions sévères qui, dans ce cas-ci, ont été chiffrées à 200 000 \$³ d'amendes et une suspension des cotisations syndicales pendant deux mois estimée à un montant additionnel de 400 000 \$. En dépit de ces pénalités, la grève illégale s'est avérée efficace : bien que l'offre initiale de l'employeur ait été de 9 % d'augmentation salariale sur trois ans, le syndicat a obtenu une augmentation de 16 % sur deux ans pour les infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés. Quant au personnel de soutien, ils ont conclu des clauses interdisant la sous-traitance.

- En 1999 et 2000, le secteur de la santé de la **Saskatchewan** a subi des grèves qui ont connu un dénouement différent. Bien que de telles grèves ne soient pas normalement illégales, le gouvernement est intervenu en avril 1999 afin d'interdire la grève de 8 000 infirmières et infirmiers dès qu'ils ont commencé à débrayer. Malgré les protestations des employeurs qui déclaraient ne pas être en mesure de faire face à une grève, les infirmières et infirmiers ont bravé l'interdiction pendant 10 jours et ont encouru une amende de 125 000 \$ imposée par les tribunaux. Les parties sont parvenues à une entente stipulant une augmentation de 13,7 % sur trois ans, ce qui dépassait l'objectif de 6 % sur la même période que s'était fixé le gouvernement. Un

³ La Cour avait imposé au départ une amende de 400 000 \$, ce qui était quatre fois plus élevé que la plus importante amende précédente encourue pour une seule instance d'outrage. L'amende a été réduite, sur appel, à 100 000 \$.

an plus tard, le même gouvernement, confronté à une grève de 12 000 employés de soutien, a *refusé* d'intervenir. Six jours plus tard, les parties ont conclu une entente stipulant une hausse de 9 % sur trois ans.

- Conformément à la loi de cette province, les ambulanciers paramédicaux de la **Nouvelle-Écosse** se sont mis en grève en octobre 1999. Nouvellement syndiqués, leur situation en matière de salaires, d'avantages sociaux et d'heures de travail était bien pire que celle des travailleurs de la santé. Le gouvernement conservateur a adopté une loi interdisant la grève, tout comme au printemps 2001 lors de la grève des infirmières et infirmiers et professionnels de la santé. Après 18 heures de grève, les parties ont décidé de soumettre le conflit à un processus de règlement par médiation-arbitrage. N'étant pas en mesure de résoudre le conflit par la négociation, l'arbitre accorda une augmentation de 20 % sur trois ans; les ambulanciers avaient espéré obtenir plus mais cette augmentation dépassait le montant que le gouvernement comptait leur offrir. Cette décision tombait tout juste avant le début de négociations avec d'autres syndicats du secteur de la santé et déconcertait le gouvernement qui éprouve depuis une extrême méfiance vis-à-vis de l'arbitrage.
- Deux grèves se sont produites dans le secteur de la santé de **Terre-Neuve-et-Labrador** dans l'intervalle d'un an et demi. Tout comme en Nouvelle-Écosse, les salaires réels des employés de la santé avaient diminué au cours des années 90 en raison de diminutions et de gels imposés par le gouvernement. Les grèves ne sont pas illégales dans le secteur de la santé de Terre-Neuve-et-Labrador, mais la

Commission des relations du travail peut considérer une certaine proportion des employés comme des employés « essentiels » et sans droit de grève. En mars 1999, les 4 600 infirmières et infirmiers de la province, à l'époque les moins bien rémunérés au pays, ont débrayé afin d'obtenir des salaires plus proches de ceux alloués dans les provinces de l'Atlantique, plus de postes à plein temps et une diminution de la charge de travail. Après neuf jours de grève, le gouvernement libéral de Brian Tobin a adopté une loi rendant illégale la grève, imposant les dispositions de la nouvelle convention collective et menaçant les grévistes individuels et leurs syndicats d'amendes sévères. Le syndicat a obtempéré à contrecœur. Les termes imposés n'ont pas amélioré la situation des grévistes mais le gouvernement a promis d'embaucher plus d'infirmières et d'infirmiers et de convertir des postes à temps partiel en postes à plein temps.

- En octobre 2000, environ 700 technologues de radiologie et de laboratoire de **Terre-Neuve-et-Labrador** ont débrayé pendant huit jours, en pleine négociation de leur convention collective. Comme partout au Canada, les « grèves sauvages » sont illégales dans cette province. Les grévistes se disaient frustrés par la lenteur du « processus de reclassement des emplois » visant à corriger l'écart grandissant entre leurs salaires et ceux des infirmières et infirmiers. L'association des employeurs a obtenu une injonction judiciaire ordonnant aux grévistes de retourner au travail et a intenté une action pour outrage au tribunal. La grève a été réglée lorsque le gouvernement a accepté de nommer un médiateur pour accélérer le processus de reclassement.

- La plus longue grève d'infirmières et infirmiers de l'histoire du Canada a eu lieu au **Québec** en juin et juillet 1999. Dans cette province, les grèves sont techniquement légales dans le secteur de la santé. Néanmoins, la *Loi* stipule que 90 % des travailleurs d'un établissement de soins de santé sont « essentiels » et ne doivent pas se mettre en grève⁴. Les sanctions pour toute infraction à cette loi sont sévères – allant de simples amendes à la perte de deux jours de salaire et d'un an d'ancienneté par jour de grève. Le syndicat perd 12 semaines de cotisations pour chaque jour de grève. Les syndicats ont tendance à percevoir cette loi comme équivalant à une interdiction complète de grève. La grève a commencé lorsque 47 500 syndiqués ont refusé d'effectuer des heures supplémentaires. Cette mesure a débouché sur deux débrayages d'un jour et le conflit s'est par la suite étendu à tous les établissements de soins de santé de la province. Incapable de faire plier les infirmières et infirmiers avec les lois existantes, le gouvernement péquiste de Lucien Bouchard a révoqué le droit de grève et augmenté les sanctions. Les syndiqués ont cependant continué leur grève, suscitant un formidable élan de sympathie générale, manifeste notamment dans des sondages faisant état d'un soutien public majoritaire et dans une pétition portant 120 000 signatures. Le gouvernement et le syndicat sont parvenus à un accord de principe le 18 juillet mais les syndiqués l'ont rejeté malgré les recommandations de leurs dirigeants. La grève s'est poursuivie pendant six autres jours et les infirmières et infirmiers épuisés sont retournés au travail, leur syndicat en proie à des dissensions internes.

Pressions sur les négociations collectives

Tout au long des années 90, des circonstances multiples ont exercé des pressions considérables sur les négociations collectives visant les travailleurs de la santé.

Régionalisation

Dans les années 90, tous les gouvernements provinciaux, à l'exception de l'Ontario⁵, ont commencé à diviser le domaine des soins de santé en régies régionales de la santé. Par exemple, la Saskatchewan a établi 32 (nombre réduit plus tard à 12) régies de la santé distinctes, et la Nouvelle-Écosse en a créé 4 (augmenté par la suite à 9 régies). Certains sous-secteurs précédemment indépendants ont été fusionnés géographiquement et la régie de santé de district est devenue l'employeur, au lieu des conseils d'administration des établissements de santé. Ces mesures ont donné lieu à une intégration des services à l'échelle du district. Ainsi, tous les soins de maternité pourraient, par exemple, être regroupés dans un même hôpital, les soins d'urgence dans un autre, et le district de santé prendrait en charge les hôpitaux de soins de longue durée. Les soins à domicile et la santé publique relèveraient alors du district. Les employés pourraient exercer plus facilement dans les différents établissements puisqu'ils ne perdraient pas leur ancienneté. Certains établissements de santé ont été carrément fermés.

Le pouvoir de traiter avec les syndicats s'est déplacé aussi bien vers le haut pour les institutions individuelles, et vers le bas pour les gouvernements provinciaux. Dans la plupart

⁴ La directive voulant qu'un nombre donné d'employés ait à assurer le service lors de grèves a parfois produit un résultat paradoxal où les employés se retrouvaient plus nombreux au travail pendant une grève que pendant une période normale.

⁵ L'Ontario est la seule province ayant résisté à cette tendance, bien que la fusion des hôpitaux dans certaines régions semble avoir eu le même effet.

des cas cependant, et particulièrement pour les groupes de travailleurs qualifiés, la négociation centralisée est de rigueur. Ce qui signifie que dans la plupart des provinces, lorsqu'un conflit survient dans le secteur de la santé, il implique l'ensemble des employeurs de la province dans ce secteur. Par exemple, il peut s'agir des professionnels de la santé en Colombie-Britannique ou des infirmières et infirmiers des soins de longue durée au Manitoba, ou encore des employés de soutien en soins à domicile au Nouveau-Brunswick.

La restructuration des soins de santé a entraîné certains changements déchirants, tels les déplacements et les pertes d'emploi pour les travailleurs de la santé, sans oublier la rivalité intersyndicale pour représenter les nouveaux groupements fusionnés d'employés. Cette compétition a mis à rude épreuve le processus de négociation collective.

Réduction des effectifs

La régionalisation et la restructuration ainsi que la récession du milieu des années 90 ont réduit le budget alloué à la santé. Les effectifs de travailleurs de la santé à travers tout le pays ont commencé à diminuer. La pénurie de travailleurs qualifiés a fait temporairement place à un surplus de main-d'œuvre. Dans plusieurs provinces, les employeurs ont réduit leurs effectifs en procédant à des mises à pied, des retraites anticipées et des paiements forfaitaires. Pendant une brève période, la grave pénurie d'infirmières et d'infirmiers et de technologues a semblé se résorber.

Puisque le secteur des soins de la santé avait été une industrie stable, sinon en croissance, le problème épineux de la réduction des effectifs n'était pas soulevé lors du renouvellement des conventions collectives. Contrairement aux industries forestière ou automobile, les syndicats et le patronat avaient très peu d'expérience et de moyens pour composer avec « l'adaptation de la main-d'œuvre⁶ », ce qui engendrait encore plus de tension lors des négociations collectives.

Cependant, cette situation allait changer vers la fin des années 90 tandis que l'économie s'améliorait et que les établissements rajustaient leur tir en fonction des demandes croissantes. Une pénurie criante d'infirmières et infirmiers et de technologues (ainsi que de plusieurs autres travailleurs spécialisés) survenait à nouveau, compliquant davantage les négociations collectives.

« Modèle hospitalier » vs « modèle d'hospitalité »

Pendant plusieurs années, ce qui pourrait être appelé le « modèle hospitalier » en matière d'emploi avait offert un abri du marché du travail où les travailleurs, particulièrement les moins qualifiés (toujours les premiers à se syndiquer), pouvaient négocier une meilleure sécurité d'emploi, une rémunération et des conditions plus avantageuses que leurs homologues à l'extérieur du secteur public. Les employeurs des soins de santé et les gouvernements percevaient les soins aux malades comme un continuum où de meilleures conditions de travail garantiraient des services de qualité. Une aide ménagère, une aide en diététique ou une préposée à l'entretien faisait partie, selon ce modèle, d'une équipe élargie de soins de santé.

⁶ Plusieurs provinces ont tenté d'aider les syndicats de la santé et les diverses administrations à composer avec l'adaptation de la main-d'œuvre dans les années 90 en établissant des régimes d'adaptation de la main-d'œuvre de la santé. Des caisses ont été établies afin d'aider au niveau du placement transversal, des conseils, du recyclage, des retraites anticipées, etc. Dans certains cas, des agences ainsi qu'un secrétariat ont été fournis. Le plus complet de ceux-ci était celui de la Colombie-Britannique (aboli plus tard par les Libéraux de Campbell).

Mais dès le début des années 90, sous les implacables pressions pour économiser, ce modèle commençait à s'effriter. Les normes en matière de qualité des soins intensifs devaient, en même temps, être maintenues. Pour composer avec ces exigences, les employeurs ont accéléré l'implantation de deux tendances qui s'étaient déjà amorcées : la subdivision des métiers spécialisés en gradation de compétences et de rémunération, une sorte « d'éminçage » de la main-d'œuvre interne. Ainsi, le corps des infirmières et infirmiers autorisés a fait place à une combinaison d'infirmières et infirmiers autorisés, d'infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés et d'aides-infirmières et aides-infirmiers⁷. Le corps de technologues et de thérapeutes autorisés s'est subdivisé pour englober les aides-soignants et techniciens non autorisés. Chaque groupe de compétences accomplirait différentes tâches au sein de la nouvelle division du travail. De plus, l'écart salarial entre les infirmières et infirmiers et les professionnels paramédicaux (p. ex. les technologues, physiothérapeutes, etc.), qui était plutôt négligeable dans les années 70, commençait à s'élargir au cours des années 80 et 90, au fur et à mesure que les infirmières et infirmiers usaient du pouvoir de négociation qu'ils avaient acquis grâce à leur homogénéité.

La seconde tendance consistait en un véritable assaut sur les conditions de travail des groupes moins spécialisés. En commençant à l'extérieur du sous-secteur des soins intensifs (et particulièrement dans les soins de longue durée qui se trouvent en majorité dans le secteur privé), les employeurs considéraient ces employés comme faisant partie de ce qui pourrait être appelé le « modèle de l'hospitalité ». En d'autres termes, les salaires, les conditions de travail et la

sécurité d'emploi des préposés au ménage, des employés en diététique et des préposés à l'entretien étaient comparés à ceux des travailleurs de l'hôtellerie⁸ qui touchent des bas salaires et connaissent une sécurité d'emploi précaire.

Les employeurs des services de soins actifs ont commencé à adopter le modèle de l'hospitalité pour les employés moins qualifiés. Alors que les négociations collectives avec les infirmières et infirmiers autorisés et auxiliaires, les technologues et les thérapeutes se déroulaient comme d'habitude (mais non sans conflits), les négociations avec les autres employés ont pris une toute autre tournure. Les hôpitaux ont, soit commencé à faire pression sur les modalités d'emploi de ces employés, soit carrément cherché à sous-traiter leur travail au secteur privé.

De vieilles conventions et ententes collectives ont rendu la conversion au modèle de l'hospitalité quelque peu difficile pour les employeurs du secteur de la santé. Pour leur venir en aide, certains gouvernements ont modifié les lois afin d'affaiblir la négociation collective, fait en sorte que l'arbitrage soit plus convivial pour les employeurs et, dans le cas de la Colombie-Britannique, ils ont déchiré et interdit légalement les ententes négociées sur la sécurité d'emploi.

Plus de travail

La régionalisation, la réduction des effectifs et la rationalisation ont intensifié le travail de plusieurs travailleurs de la santé, celui des infirmières et infirmiers en particulier. Non seulement ils étaient moins nombreux dans certains cas, mais les patients étaient admis à

⁷ La tendance à s'éloigner des infirmières et infirmiers autorisés vers les auxiliaires autorisés et les aides-soignants n'était pas universelle. Certains hôpitaux canadiens ont pu réaliser des économies tout en insistant sur un modèle « autorisé » en matière de soins infirmiers.

⁸ C'est en effet une stratégie que plusieurs dans l'industrie des soins de longue durée admettent ouvertement utiliser.

l'hôpital à un niveau d'acuité plus élevé et quittaient plus tôt qu'auparavant. Les employés ne tardaient pas à se plaindre de fatigue et de ne pas avoir assez ou pas du tout de temps à consacrer à des tâches importantes, telles les soins personnels des patients, le counseling, la formation et l'entretien de routine. Lors de la réduction des effectifs, l'un des premiers groupes à partir était celui des superviseurs de premier niveau non-syndiqués, et donc plus vulnérables. Loin d'être le bois mort du système, ces superviseurs étaient souvent le maillon essentiel au bon fonctionnement des opérations. Ils organisaient les tâches et les horaires, formaient les employés et remplaçaient les absents. Leur rareté était souvent ressentie comme un grand manque à gagner.

Salaires réels à la baisse

Les employés qui étaient restés après la réduction des effectifs et les sous-traitances devaient effectuer plus de travail et gagner moins. Tout au long de la récession du milieu des années 90, les salaires réels de la main-d'œuvre canadienne ont baissé pour la plupart. Pour les travailleurs du secteur public cependant, la situation était encore bien pire. Dans la plupart des provinces, les gouvernements ont gelé les salaires pendant plusieurs années. Dans certaines provinces, les gouvernements ont même diminué et/ou forcé les employés à prendre des journées sans solde (p. ex. l'Alberta, l'Ontario, la Nouvelle-Écosse). La majorité des travailleurs canadiens avaient réussi, en l'an 2000, à récupérer ce qu'ils avaient perdu, mais pas les travailleurs de la santé. En Nouvelle-Écosse, par exemple, le salaire réel de la plupart des travailleurs de la santé avait baissé de 10 % entre 1991 et 2000. En revanche, la productivité nationale avait augmenté de 25 % au cours de cette même période.

En fin de siècle, alors que les conditions économiques s'amélioraient, la situation avait engendré un énorme besoin de remédier à cet écart, particulièrement parmi les groupes d'employés les plus aptes à profiter de leurs rôles essentiels au sein du système des soins de la santé. Les médecins de soins généraux, les infirmières et infirmiers et autres professionnels autorisés étaient décidés à freiner la baisse de leur niveau de vie.

Résumé

Ces aspects du marché du travail ont créé conjointement des pressions qui ont rendu inévitable les conflits. Ce qui est surprenant, ce n'est pas combien de conflits ont éclaté mais plutôt pourquoi il n'y en a pas eu davantage. La raison réside peut-être dans l'engagement des travailleurs de la santé envers leurs patients et clients.

Trois modèles de résolution de différends et de gestion des services d'urgence

Lorsqu'il est question de services d'urgence et de grèves dans les soins de la santé, on s'intéresse généralement à deux sous-secteurs : les soins actifs et les soins à long terme⁹. C'est dans ces domaines que les grèves peuvent avoir les effets les plus déplorables. Au Canada, les gouvernements ont adopté trois modèles distincts pour gérer les conflits de travail et les services de santé d'urgence. Ces modèles se fondent sur le régime législatif *permanent*. Tel que mentionné par la suite, les gouvernements peuvent également introduire des mesures législatives *temporaires* pour faire face aux grèves et aux lock-out ainsi qu'aux services d'urgence. Dans tout conflit de travail, il est normalement question de grèves et de lock-out¹⁰; mais dans le cas présent, seules les grèves seront traitées, puisque les lock-out

⁹ Bien que ce soit une grève dans les soins à domicile à l'échelle de la province qui ait poussé le gouvernement du Manitoba, conservateur à l'époque, à adopter une *Essential Services Act* draconienne en 1996.

ne se produisent pratiquement jamais dans le secteur des soins de la santé. Le terme « grèves » peut se référer aux deux cas.

Modèle d'interdiction permanente de grève

Certaines provinces ont adopté des lois permanentes interdisant totalement les grèves dans les sous-secteurs essentiels des soins de la santé. C'est le cas en Ontario depuis 1964 en vertu de la *Hospital Disputes Labour Arbitration Act*. L'Alberta a modifié son *Labour Relations Code* en 1983 afin d'interdire les grèves dans les hôpitaux, et l'Île-du-Prince-Édouard a également adopté une telle disposition dans sa *Labour Act*.

Dans ces trois provinces, le droit de grève a été remplacé par l'arbitrage de différends ayant force exécutoire. À savoir, si les parties ne parviennent pas à une entente, toutes les questions en litige seront soumises à une tierce partie qui rendra une décision devant être exécutée. Les solutions convenues au préalable et les décisions de l'arbitre constitueront la nouvelle convention collective.

Le type d'arbitrage le plus commun, dit « conventionnel », donne à l'arbitre une latitude considérable pour établir une entente. Celle-ci pourrait contenir certaines propositions formulées par le syndicat et par l'employeur ainsi que quelques compromis. Un autre type d'arbitrage, « l'arbitrage des propositions finales », ordonne au syndicat et à l'employeur de soumettre leur proposition d'entente globale au juge-arbitre qui ne choisira que l'une ou l'autre des propositions. Il n'y aura qu'un seul gagnant.

Étant donné que les grèves ne peuvent être prévues, les lois ne comportent aucune disposition en matière de services d'urgence. Il existe

cependant des sanctions pour toute infraction aux clauses interdisant les grèves. Premièrement, les grévistes perdent leur protection juridique contre le licenciement. Deuxièmement, les employeurs peuvent demander au Conseil des relations de travail de déclarer la grève illégale. Cette déclaration peut alors être soumise à une cour supérieure provinciale avec force d'une ordonnance d'un tribunal. Toute désobéissance à l'ordonnance peut entraîner une accusation d'outrage au tribunal à l'endroit du syndicat et des employés en grève. Les sanctions pour outrage au tribunal peuvent être civiles (amendes) ou pénales (amendes et emprisonnement). De plus, en Alberta, le *Labour Relations Code* permet la suspension des cotisations versées au syndicat contrevenant pendant une période allant de un à six mois (qui équivaut à une amende) ainsi que la révocation du droit du syndicat à représenter les employés. Le Québec, qui interdit pratiquement les grèves, est doté de sanctions sévères similaires.

Modèle non réglementé de grèves

À l'exception de l'Alberta, de l'Ontario et de l'Île-du-Prince-Édouard, toutes les autres provinces permettent les grèves et les lock-out dans le secteur des soins de la santé. La plupart de ces provinces possèdent des dispositions législatives qui rendent obligatoire la prestation des services d'urgence. Toutefois, la Saskatchewan et la Nouvelle-Écosse n'ont pas ce type de dispositions; ce qui signifie qu'à l'échéance des conventions collectives, les syndicats de la santé peuvent déclencher une grève et les services d'urgence doivent faire l'objet de négociations *volontaires* entre les syndicats et les employeurs.

¹⁰ Un lock-out se produit lorsqu'un employeur, plutôt qu'un syndicat, initie un arrêt de travail. Tout comme les syndiqués peuvent refuser de travailler afin de faire valoir leur position pendant un conflit de travail, un employeur peut refuser de fournir du travail aux syndiqués.

Modèle réglementé de grèves

Dans toutes les autres provinces où les grèves sont permises, il existe des dispositions légales obligeant le syndicat à assurer un certain niveau de prestation de services d'urgence. Ces dispositions peuvent être de types différents :

- Dans certaines compétences (fédérale, Colombie-Britannique, Nouveau-Brunswick), les syndicats et les employeurs doivent être les premiers à négocier une entente en matière de services d'urgence en désignant les employés qui seront de service pendant une grève. S'ils ne parviennent pas à une entente, une tierce partie, comme le Conseil des relations de travail (Labour Relations Board) ou un arbitre indépendant, prendra la décision. Au niveau de la fonction publique fédérale¹¹, le syndicat peut débrayer avec une telle désignation ou se soumettre à l'arbitrage obligatoire.
- Dans certaines compétences (p. ex. le Manitoba, Terre-Neuve-et-Labrador) l'employeur désignera en premier les employés « essentiels ». En cas de désaccord, le syndicat peut en appeler devant le Conseil des relations de travail.
- Au Québec, la loi désigne au préalable entre 60 et 90 % des employés des établissements de soins de la santé (selon le type d'établissement) comme étant « essentiels ». Le Conseil des services essentiels de la province aide à interpréter les différends par rapport à ces lignes directrices. Ce modèle réglementé de grèves est tellement restrictif que certains critiques affirment qu'il s'agit en réalité d'une interdiction permanente.

Mesures temporaires

Nonobstant les mesures *permanentes* décrites ci-dessus, tous les gouvernements canadiens ont le pouvoir d'y déroger et d'imposer d'autres mesures afin de faire face aux grèves et aux questions des services d'urgence. Plusieurs provinces (p. ex. la Colombie-Britannique) permettent au Cabinet ou à un ministre de décider si une grève constitue un danger pour la santé ou la sécurité publiques. Le cas échéant, des mesures d'urgence peuvent être imposées afin de limiter ou de mettre fin à la grève. Tous les gouvernements ont le pouvoir de modifier la législation et d'adopter une nouvelle loi limitant pendant une certaine période ou mettant fin à une grève en cours ou imminente. Il existe de nombreux exemples récents à cet égard. Généralement, la législation ad hoc rend la grève illégale. À plusieurs reprises dans le passé, la législation a instauré l'arbitrage obligatoire afin de régler les conflits. Cependant, ces dernières années, les lois ont une fâcheuse tendance à préciser les conditions de règlement ou à mettre la décision entre les mains du gouvernement.

Conclusions

Considérant ces facteurs, et les grèves déclenchées au cours des quatre dernières années et celles qui ont eu lieu durant les 25 dernières années, nous en venons aux conclusions suivantes :

Les grèves sont inéluctables ! Le genre de lois qu'un gouvernement adopte pour réglementer les conflits de travail n'a aucun impact sur ce fait. Même le fait d'interdire complètement les grèves (de façon permanente ou temporaire) n'empêche pas celles-ci de se produire. Des

¹¹ Ce sont là des employés directs du gouvernement à la différence d'employés du secteur privé assujettis à la compétence fédérale.

amendes importantes et d'autres sanctions n'ont pas empêché les travailleurs de la santé de faire la grève. En matière de prestation des soins de santé, les pressions du marché et du milieu de travail sont devenues si litigieuses qu'il est impossible d'éviter les conflits. Même les syndicats et les employeurs qui entretiennent d'excellentes relations de travail seront confrontés à des questions qu'ils ne pourront trancher sans passer par un conflit. Mais, les bonnes relations aident énormément à atténuer les querelles. Il faut retenir que le conflit constitue souvent un ingrédient nécessaire à la résolution des conflits de travail. Il ne peut être éliminé d'un coup de baguette magique législative.

Au Canada, il existe plusieurs modèles de réglementation des arrêts de travail. Les grèves sont parfois permises, parfois interdites ou simplement « contenues ». Aucun de ces modèles n'est parfait, chacun comporte des avantages et des inconvénients. Il n'y a pas de solution facile au problème mais on fait valoir que le fait de supprimer ou de limiter le droit de grève est inefficace et contre-productif.

Il est faux de prétendre que les employeurs et les syndicats du secteur des soins de la santé sont à peu près à égalité pour ce qui est de leur pouvoir de négociation et il est encore plus erroné d'assumer que les syndicats bénéficient d'un avantage. Même lorsque les employés en grève sont des intervenants clés du service des soins directs prodigués aux patients, les employeurs conservent un avantage en matière de pouvoir et les événements jouent largement en leur faveur. Même lorsque les grèves sont permises, les syndicats n'obtiennent pas forcément « gain de cause ».

Les interventions des tierces parties dans les conflits de travail peuvent être utiles si elles ne constituent pas un règlement exécutoire et permanent. Cependant, le volontarisme représente l'un des éléments clés incontournables dans la réussite des relations industrielles.

Les arrêts de travail dans le secteur des soins de la santé ne sont jamais complets. Premièrement, les travailleurs de la santé sont rassemblés dans différents groupes de négociation qui traitent séparément avec les employeurs. Il est rare que plus d'un groupe soit en grève à un moment donné. Deuxièmement, même dans les conflits les plus profonds, les syndicats des travailleurs en grève s'arrangent pour fournir les services d'urgence pendant les arrêts. Lorsque les grèves sont légales, la *Loi* stipule parfois comment les services d'urgence doivent être maintenus; sinon, la question est réglée par des négociations volontaires entre les employeurs et les syndicats. En cas de grèves illégales, il n'existe, bien sûr, aucune disposition relative au maintien des services d'urgence. L'ironie réside dans le fait que l'interdiction des grèves qui est censé éliminer l'incertitude finit par l'engendrer et souvent, par l'exacerber.

La nouvelle tendance des gouvernements à imposer ce que l'on pourrait appeler les « règlements par décret » représente un signe de mauvais augure. Un des fondements d'une démocratie industrielle moderne est la négociation collective ou libre. Et pourtant, même si cela va à l'encontre de tous les préceptes de négociation collective volontaire, les gouvernements contournent de plus en plus le processus de négociation afin d'éviter les arrêts de travail et rendent de plus en plus les grèves illégales. Dans le passé, les gouvernements imposaient l'arbitrage obligatoire de différends par une

tierce partie¹² en guise de substitut, mais à présent, ils sont en train de franchir une étape périlleuse. De plus en plus, lorsque se produit une grève, non seulement les gouvernements adoptent des lois mettant fin à la légalité de la grève, mais établissent également les salaires et avantages précis ainsi que les termes de la convention collective que les parties seront tenues de respecter. Ces mesures sont loin d'être l'apanage des gouvernements de droite, tels le gouvernement libéral de la Colombie-Britannique ou les Conservateurs de la Nouvelle-Écosse ou du Nouveau-Brunswick, car les gouvernements du centre et du centre-gauche ont aussi eu recours aux mêmes procédés. En effet, les exemples les plus récents de règlement par décret ont été promulgués presque simultanément au printemps 1999 sous les Libéraux de Tobin à Terre-Neuve et les Néo-démocrates de Romanow, en Saskatchewan.

Fait ironique, les gouvernements se rendent compte que les solutions draconiennes décrites ci-dessus ne réussissent pas à éradiquer leurs problèmes syndicaux. En effet, ces pratiques attisent souvent la colère des groupes de travailleurs et sont perçues par le public comme une injustice manifeste. Les syndicats impliqués sont d'ailleurs souvent incités à braver les ordonnances de retour au travail. Même si les grévistes cèdent, une stratégie encore plus agressive émerge – des groupes

d'employés essentiels menacent de démissionner – une forme de suicide industriel en quelque sorte. Bien que les démissions en masse servent plutôt de menace et qu'elles ne se soient jamais produites, très peu de Canadiens rationnels désirent tenter l'expérience.

Les conflits de travail dans le secteur des soins de la santé reflètent un autre point de litige – l'avenir du système canadien de santé publique. Les Canadiens sont profondément préoccupés par la capacité du système de santé de fournir la quantité et la qualité de soins dont ils ont besoin quand ils en ont besoin. Le manque de confiance envers les gouvernements va croissant quant à leur gestion du système de santé et les syndicats imputent de plus en plus leurs conflits de travail à la qualité de ce système. En ce qui concerne les infirmières et infirmiers, ils réussissent plutôt bien à défendre leur cause auprès des gouvernements gestionnaires du système. En effet, la Manitoba Nurses' Union a fait directement appel aux inquiétudes du public en mettant en avant son slogan utilisé pour le conflit de 2002. Les gouvernements qui déclarent la guerre aux travailleurs de la santé risquent d'être perçus comme hostiles aux soins de santé.

¹² Il existe deux types d'arbitrage dans les relations industrielles. Au niveau de l'arbitrage de « *droits* », un arbitre prend une décision contraignante lors d'un différend concernant l'application, l'interprétation ou la violation d'une convention collective existante. Dans l'arbitrage « *d'intérêt* », l'arbitre résout un différend concernant les termes et conditions qui feront partie d'une convention collective en négociation.

Un exemple d'arbitrage de droits : une convention collective existante stipule que les employés seront rémunérés pour le temps supplémentaire après 7¾ heures. Un employé n'est pas payé conformément à cette stipulation et elle ou il initie un grief déclarant que la convention collective a été violée. Si les parties ne peuvent résoudre la question, un arbitrage de droits décidera s'il y a bel et bien eu violation de la convention.