

Italie

Les syndicats dans le débat public sur le système de santé

Jean-OLIVIER MALLET *, Martine GAYRAL-TAMINH **

En 1978 l'Italie passait d'un système d'assurance maladie basé sur le principe des assurances sociales à un Système national de santé universaliste. Cette transformation est entrée lentement dans les faits. La succession des majorités politiques et les effets d'une forte décentralisation font que l'organisation du système et son mode de régulation sont aujourd'hui assez différenciés suivant les régions.

Après avoir contribué au mouvement social, qui l'a générée, les syndicats italiens ont soutenu la réforme de 1978 dans une période où leur objectif principal était de se consacrer prioritairement à leur tâche de défense des personnels hospitaliers. Mais ils sont toujours présents dans les débats sur le système de santé. Ces débats portent en particulier sur le financement des soins, la décentralisation, le développement de nouvelles inégalités sociales et enfin sur l'organisation des soins, leur qualité et leur contenu.

Les réformes du système de santé italien

Le système de santé italien a connu plusieurs phases de réformes depuis la disparition des assurances sociales maladie sur une base professionnelle à la fin des années 1970.

Mise en place d'un service national de santé universaliste

La réforme de 1978 visait à remplacer un système d'assurance maladie basé sur le principe des assurances sociales par le Service national de santé (*Servizio sanitario nazionale*) assurant une couverture universelle et un financement budgétisé sur le modèle du NHS (National Health Service) britannique de 1948. Cette transformation ne se mit réellement en place que lentement et imparfaitement. Du fait du maintien prolongé de prélèvements par cotisations à côté de la fiscalisation, la répartition des responsabilités entre les

* Chercheur à LERASS – IUT - UPS Université Toulouse 3.

** Chercheure, Unité 558 INSERM Toulouse.

ITALIE

différents niveaux, national, régional et local, demeurait floue. Enfin la place importante du secteur privé dans la production des soins contribua à freiner la régulation.

La priorité affirmée aux soins de santé primaire et à la prévention, en particulier à travers des services territoriaux (médecine du travail, planning familial, centres d'hygiène mentale), a caractérisé ce nouveau système sanitaire. Parallèlement, le discours développé sur la « participation » a légitimé pendant la décennie 1980 la gestion politique par les notables municipaux des USL, unités locales d'administration de la santé (*unità sanitarie locali*) créées par la réforme¹. Après le retrait des organisations syndicales de la cogestion des assurances sociales maladie lors de leur dissolution en 1977, la forte syndicalisation des personnels et la défense statutaire (égalitariste) des « opérateurs » ont marqué cette nouvelle période où s'est difficilement mis en place le Service national de santé.

Managérialisme et régionalisation

Dans le contexte général des années 1990, les carences de la régulation du système de soins et l'insatisfaction de la population ont provoqué en 1992 une nouvelle réforme. La « réforme de la réforme » de 1992-93, inspirée des mesures « économicistes » introduites en Grande-Bretagne par Margaret Thatcher dès 1979, a mis l'accent sur l'autonomie et la responsabilité financière des régions.

Elle a réduit le nombre d'USL et les a transformées, ainsi que les grands hôpitaux indépendants, en agences autonomes. La réforme a renforcé la liberté de choix des patients. Et toujours dans l'objectif de développer un « quasi-marché » dans le domaine du soin, elle a mis en place une séparation entre les fonctions d'acheteurs et celle de producteur de soins. La maîtrise des dépenses relevait désormais pour l'essentiel du niveau régional. La gestion managériale des unités locales était confiée à des gestionnaires contractuels cependant que la concurrence entre offreurs de soins (*managed competition*) était vantée comme étant productrice d'efficacité économique. L'approche syndicale s'est concentrée sur les métiers et les qualifications et les relations professionnelles à l'hôpital ont été remodelées.

Coopération plus que compétition

La réticence du gouvernement de centre-gauche envers la réforme « économiciste » de 1992 provoqua la « réforme ter » de 1999 sur le nouveau modèle britannique mise en place par Tony Blair à partir de 1997. L'universalisme du Service national de santé y est réaffirmé, mais surtout le contrôle communal délibératif sur les USL est réinstauré. Les discours autour de la réforme ont insisté davantage sur la coopération et les réseaux de soins que sur la concurrence économique entre acteurs (*managed cooperation versus managed competition*).

1. Les USL constituent la circonscription de base du Service national de santé. Depuis 1993, elles desservent sous le terme d'agences locales de la santé (ASL) un bassin de population plus large de la taille d'un département, regroupent les services sanitaires publics et financent à l'acte ou à l'activité les prestataires de service accrédités. Toujours depuis 1993, certains grands établissements hospitaliers autonomes publics sont constitués en agences hospitalières AO (*azienda ospedaliera*).

Surtout, le « fédéralisme sanitaire », juxtaposant des Services régionaux de santé autonomes et financés par des ressources fiscales régionales, est mis en place, au risque peut-être qu'une régionalisation accrue ne mette en cause l'orientation universaliste du Service national de santé. La légitimation nouvelle de la représentation du personnel hospitalier par des élections professionnelles directes aux RSU (représentations syndicales unitaires) s'affirme progressivement.

**Introduction massive
d'acteurs privés dans le SNS**

A partir de 2001, avec le retour au pouvoir d'une coalition de droite autour de Silvio Berlusconi, le système de santé entre dans une nouvelle phase historique. La régionalisation se renforce faisant apparaître des modes de gestion différents d'une région à l'autre. Ainsi, alors que la Lombardie (Milan), région de centre-droit, valorise la liberté économique des acteurs dans une logique de « concurrence organisée », l'Emilie-Romagne (Bologne) et la Toscane (Florence), régions de centre-gauche, privilégient une logique d'allocation administrée de leurs services majoritairement publics à l'aide de dispositifs de planification concertée. Le discours actuellement dominant promeut la diffusion du « modèle lombard » et l'introduction massive d'acteurs privés dans le financement (« chèque santé » public couvrant partiellement les primes d'assurance privée), dans la gestion des services et dans leur distribution.

**Un système de soins
à la régulation fragile**

Nous sommes en présence d'un système de soins « beveridgien », avec certaines de ses caractéristiques : rationnement, files d'attente, possibilité

de « médecine à deux vitesses ». S'y ajoutent les caractéristiques des systèmes de santé d'Europe du Sud : forte autonomie pour les prestataires de soins et les assureurs privés, profession médicale longtemps excédentaire au rôle ambivalent (multi-exercice public et privé), usage plus ou moins « légitime » des dispositifs de protection sociale de la part des patients (Maurizio Ferrera, 1997).

Concernant les entrées, le système de soins italien, longtemps sous-financé par rapport aux autres pays européens (aujourd'hui 8,5 % du PIB lui sont affectés), est caractérisé par un niveau de dépense publique relativement stable. Cette dépense constitue encore environ 80 % de la dépense sanitaire totale. Alors que la part des assurances privées surtout commerciales n'augmente que lentement, celle provenant directement des ménages est en croissance régulière. Concernant les sorties, la dépense publique finance, pour les deux tiers, les prestataires de soins publics du Service national de santé, et pour un tiers des prestataires privés d'abord conventionnés et aujourd'hui accrédités.

En comparaison avec la Grande-Bretagne et les pays scandinaves, le système de soins italien est défini comme « universaliste imparfait ». Il s'est développé sous le signe d'un rationnement inégalitaire : la faiblesse du financement public s'accompagne, pour les acteurs disposant d'un tissu relationnel dense, d'opportunités de contourner les règles d'allocation des ressources. Les réformes successives au cours des 25 dernières années, toujours inachevées et sédimentées en strates, ont débouché sur un ensemble instable, dont la qualité, contestée, est jugée peu satisfaisante dans l'opinion publique. Le mécontentement des patients s'est confronté aux exigences des personnels, provoquant des ajustements parfois gérés

ITALIE

conjointement par les syndicats et les associations d'usagers. Le mouvement de décentralisation, intensifié depuis dix ans, a redéfini le rôle du syndicat en l'incluant dans les processus régionaux de concertation.

Les syndicats face au système de santé

Les trois grandes confédérations syndicales (CGIL, CISL et UIL), agissant souvent de manière coordonnée, sont bien présentes parmi le personnel de santé. Les élections aux « représentations syndicales unitaires » (RSU) de 1998 et de 2001 sur listes syndicales ont concerné l'ensemble du personnel (employé en milieu hospitalier et ambulatoire) régi par la convention collective de la santé. Elles ont été marquées par une faible abstention (environ 20 %). La validation officielle ouvre aux organisations syndicales le droit à la négociation des conventions collectives de secteur avec les ministères. Les syndicats autonomes (des personnels techniques et administratifs) occupent aussi une place importante (tableau 1). Le corps médical est représenté pour l'essentiel par des organisations propres.

Cette adhésion au syndicalisme s'appuie sur une légitimité des organisations dans la défense des personnels. Elle ne se confond pas avec l'image publique

de la pratique du syndicat confédéral sur des thèmes inter-catégoriels qui peuvent générer des conflits d'intérêt au sein des instances professionnelles.

Dans les premières années 2000 alors que le gouvernement Berlusconi concentrait les pouvoirs, politique, économique et médiatique, les syndicats ont constitué, bien au-delà de leurs adhérents salariés et retraités, un point de référence à la fois de résistance et de proposition. Leur implication dans la défense de « l'intérêt général » est un atout stratégique de légitimation. A un moment où les partis politiques subissent un affaiblissement temporaire (situation déjà rencontrée dans les années 1970 ou au début des années 1990), les syndicats prennent en charge un rôle institutionnel autonome face aux employeurs et à l'Etat.

Cogérer le système ou représenter les personnels ?

Avant 1978, les organisations syndicales siégeaient dans certaines caisses d'assurance maladie et dans les hôpitaux publics devenus autonomes (loi Mariotti de 1968). Mais leur rôle de partenaire dans la politique de soins était secondaire par rapport à leur rôle de représentation et de défense des intérêts des salariés mandants.

La réforme de 1978 a mis fin à toute participation formelle des organisations syndicales aux instances décisionnelles

Tableau 1. Résultats des élections aux RSU dans le secteur public de la santé en 1998 et 2001, en % des voix exprimées

	1998	2001
CISL	27,5	28,3
CGIL	31,4	28,6
UIL	18,3	17,2
Autres	22,8	25,9

Source : ARAN, élaboration CISL, 2001.

en matière de santé sauf à titre consultatif. Cette décision de retrait, qui résulte des mauvais souvenirs du corporatisme fasciste, mais surtout d'une volonté de clarification (« ne pas être juge et partie »), a entraîné plus tard à partir de 1997 le choix du désengagement des commissions techniques et disciplinaires paritaires où les organisations syndicales siégeaient auparavant. Aujourd'hui au niveau national, les organisations syndicales restent présentes dans les instances de concertation concernant les relations de travail (salaires, statut, carrière...) en relation avec l'ARAN¹ : elles y négocient les conventions collectives inspirées de la gestion du personnel dans le secteur privé (loi Bassanini de 1997). De même au niveau local, les organisations syndicales sont présentes dans les agences sanitaires (ASL) et les agences hospitalières (AO). Les personnels y ont une voix consultative dans les « conseils des personnels de la santé » mis en place récemment.

Les syndicats participent peu à la détermination de la politique de santé, leur représentation des intérêts des populations comme collectifs d'usagers potentiels s'étant considérablement réduite depuis vingt ans. Durant les années 1980, les partis politiques ont été temporairement en charge de la gestion locale (comités de gestion des USL). Depuis les années 1990 ils ont privilégié la définition des politiques nationales et régionales. Les organisations professionnelles se sont « recentrées sur leur métier », c'est-à-dire la défense des intérêts interprofessionnels des salariés du secteur industriel et éventuellement des services.

Si la cogestion et la codécision sont rejetées par l'ensemble des confédéra-

tions syndicales, la concertation est en revanche une référence essentielle. Elle concerne les traditionnelles relations professionnelles ou les conséquences de décisions structurelles. Cette concertation s'inscrit dans la lignée des pactes sociaux des années 1990. « Selon le modèle corporatif dominant, la norme de 1999 (réforme ter de la santé) prévoit des consultations de confédérations syndicales représentatives au niveau national et symétriquement elle assure l'expression des organisations syndicales de personnels régionaux en périphérie » (Sabino Cassese, colloque Confindustria, octobre 1999).

L'exemple des restructurations hospitalières est emblématique de ce recentrage des organisations syndicales. Ces processus concernant à la fois l'accès aux soins des usagers, l'emploi et les conditions de travail, ainsi que l'aménagement du territoire, ne peuvent manquer de susciter des réactions dans les organisations syndicales. L'accent mis dans certaines régions sur une structure de dépenses de soins trop favorable au secteur hospitalier est depuis longtemps un élément du débat public. L'attention portée à la mise en place de l'assistance à domicile intégrée (ADI, soins à domicile et aide ménagère), des résidences sociales pour personnes âgées (RSA, maisons de retraites médicalisées) et des hôpitaux de communautés (hôpitaux locaux) a relancé le processus de créations de districts socio-sanitaires. La nécessité de réallouer vers la médecine de base (médecine générale et pédiatrie, continuité des soins) et vers le médico-social des ressources actuellement dirigées vers les soins aigus du secteur hospitalier, devient de plus en plus d'actualité. Les

1. Agence de négociation des relations du travail dans le secteur public, créée en 1993.

ITALIE

syndicats restent des acteurs des relations dans les hôpitaux publics intégrés au sein des ASL et dans les organisations autonomes des agences hospitalières. Ils ont également cette fonction dans les organismes privés financés selon les tarifications à la pathologie par le Service national de santé ou rémunérées par des sources de financement privées. Depuis 1978 le rôle des syndicats tel qu'envisagé dans les textes se limitait à la négociation sur les seules conditions de rémunération et de travail. Mais la conception extensive de ce rôle (négociations sur les primes de mobilité notamment) et la proximité entre syndicats et pouvoir politique dans certaines régions ont de fait impliqué inégalement les organisations syndicales dans les décisions de restructuration. Entre 1993 et 2001, les organisations syndicales étaient prêtes, à travers les pactes sociaux notamment, à passer des compromis pour la défense de l'emploi. Dès lors qu'il y avait accord sur le principe de « modernisation » du système de santé, il fallait en discuter les modalités. Les résistances ponctuelles les plus fortes sont venues de la population. Ces résistances apparaissent lorsque dans des zones mal desservies la population se sent laissée pour compte dans les décisions politico-administratives qui peuvent être, le cas échéant, appuyées par le niveau régional de certaines confédérations. Les réactions sont alors venues d'agrégations informelles, non de comités de défense « à noyau syndical ».

« La décision des syndicats de se désengager des instances administratives des structures hospitalières peut être considérée comme une anticipation d'une ten-

dance plus générale dans les années 1980 et surtout 1990 concernant la réduction de la présence syndicale dans les organes administratifs, en particulier les commissions de concours et les conseils d'administration des administrations publiques (participation désormais interdite), en conséquence de la « privatisation » de l'emploi public, qui a offert aux syndicats d'autres voies de nature « contractuelle » pour influencer les décisions administratives et les contrôler. En Italie, les syndicats ont longtemps représenté des intérêts vastes et anonymes, traitant avec les pouvoirs publics et patronaux non seulement en qualité d'associations de travailleurs et de retraités, mais aussi de représentants de tous les citoyens. Malgré l'existence de diverses associations d'usagers des services de santé, les pouvoirs publics nationaux et régionaux se tournent souvent vers les syndicats pour ce rôle de représentation. »¹.

Néanmoins, des procédures de codécision ont pu être élaborées au niveau régional, comme en Emilie-Romagne en matière de restructurations hospitalières. En 1997 à Bologne, puis dans les différentes USL, des tables rondes de concertation ont regroupé les élus des collectivités territoriales et les organisations syndicales confédérales, pour discuter du plan de restructuration élaboré par la région. La CGIL, largement majoritaire, mandata les trois composantes : confédérale, fédérale de la fonction publique représentant les personnels (l'immense majorité des structures hospitalières pour soins aigus dans la région est publique) et celle du puissant syndicat CGIL des retraités, considéré comme représentatif de la majorité des

1. Entretien personnel avec Bernardo G. Mattarella, juriste à l'université de Sienne, 2002, traduction Jean-Olivier Mallet.

usagers de soins. Cette participation tripartite de la CGIL en Emilie-Romagne illustre la volonté de la confédération d'être l'expression de l'intérêt général au niveau confédéral, de celui des personnels au niveau fédéral et de celui des usagers (en particulier âgés) au niveau du syndicat des retraités. Les tensions internes entre personnels et retraités ont été arbitrées par le niveau confédéral.

L'implication syndicale dans les débats publics sur le système de santé

Les enjeux en terme d'objectifs renvoient au double rôle de défense de l'intérêt général et de représentation des intérêts catégoriels.

Les débats publics sur la progression des dépenses qui restent à la charge des patients eux-mêmes, sur la mauvaise qualité des soins, sur les stratégies régionales de régulation sont repris par les syndicats. Cette reprise s'articule d'une part sur une logique dominante de représentation des intérêts des salariés dans un secteur fortement syndicalisé, d'autre part sur une logique de défense et d'amélioration du service public (prévention collective, égalité d'accès aux soins, continuité des soins, reconversion des établissements, maintien d'une forte socialisation du financement). En particulier, les actions pour la prévention des risques au travail, redeviennent importantes, renvoyant à l'amélioration des conditions de travail. Ce thème central des années 1970 appartient de plein droit au répertoire syndical et est particulièrement approprié à certains secteurs (emplois précaires voire au noir), où les accidents du travail tendent de nouveau à progresser. Il correspond à la volonté syndicale renouvelée d'aborder la santé non seulement sous l'angle des soins mais aussi de l'amélioration des facteurs de santé.

La loi de 1978 avait évoqué le principe de participation des populations à la détermination des politiques locales de soins, mais dans les années 1980, ce principe a été monopolisé par le personnel politique local. Il réapparut à partir de la réforme « régionaliste-managériale », portée par des mouvements d'usagers de santé et de patients, proche d'une logique d'accréditation par la « satisfaction du patient » (des « chartes des droits du patient » ont été élaborées durant les années 1990).

En Emilie-Romagne, les différentes composantes de la CGIL ont participé aux tables rondes sur les restructurations hospitalières avec les pouvoirs publics. Les décisions de fermeture ont porté uniquement sur de petits hôpitaux périphériques, considérés comme sous-employés et à faible plateau technique. Une vingtaine d'établissements ont ainsi été fermés (et leur personnel transféré) ou convertis en maisons de retraite médicalisées, comme à Imola, où l'hôpital local est devenu pôle d'un réseau de médecine d'urgence de Bologne. En revanche, près de Ravenne (Comacchio), les décisions prises par les autorités régionales et provinciales, avalisées par le syndicat, se sont heurtées au refus décidé d'une partie de la population. Des usagers sont descendus dans la rue et ont séquestré le conseil municipal jusqu'à obtenir une révision partielle du projet de fermeture de l'établissement local. Les réactions de la population dans plusieurs endroits, sans avoir la même détermination, ont néanmoins appuyé le personnel, infléchissant des décisions régionales prises en concertations avec les syndicats.

Les grands thèmes en discussion

Les trois grandes réformes historiques du système de soins, ainsi que les actuel-

ITALIE

les évolutions depuis 2001, ont généré des débats publics récurrents. Le caractère majoritairement public du système a rencontré la défiance d'une partie de la population à l'égard d'une construction étatique à la légitimité imparfaite. Plus que des caractéristiques « culturalistes », ce sont des raisons historiques, qui expliquent la médiocre adhésion aux services publics et particulièrement au système de santé, et simultanément la vivacité du débat dans les arènes politique, médiatique ou académique. Sur fond de faible satisfaction de l'« opinion », les débats ont porté sur des thèmes étroitement liés au sein du Service national de santé : financement, accès aux soins, organisation des soins. L'inscription des syndicats s'y révèle variable.

Les débats portant sur le financement des soins sont pluriels. Le passage d'assurances sociales à cotisations bismarckiennes à un financement fiscalisé Beveridgien du Service national de santé (achevé en 1999) n'a pas suscité de conflits importants. Il faut cependant signaler les résistances des professions indépendantes en lutte dans les années 1980 contre l'introduction d'une fiscalité pesant sur leur activité et en particulier d'une fiscalité sociale. En revanche, les débats concernant la poursuite d'un financement public ou l'introduction d'un financement assurantiel privé commercial ont été chroniques. Le débat s'appuie ici davantage sur une insatisfaction forte à l'égard de la qualité des soins à financement public que sur leur coût longtemps maîtrisé dans la tradition « Beveridgienne ». La loi de réforme de 1992 prévoyait l'introduction d'un cofinancement assurantiel. Elle a été modifiée dès 1993 en faveur d'un financement complémentaire d'entreprise ou mutualiste sans but lucratif, dans lequel les syndicats seraient

intéressés à la cogestion. En fait, ce dispositif ne se met en place que lentement et partiellement, en raison de la priorité attribuée par les confédérations syndicales au service public « universel ». Celles-ci sont réticentes à l'égard d'une protection liée à l'emploi. Cette lenteur provient aussi des difficultés de la conception d'un « panier » public hors du périmètre duquel s'établirait une protection complémentaire privée.

Les débats portant sur la décentralisation ont relativement peu mis en lumière l'intervention des organisations syndicales. La régionalisation encore inachevée pose pourtant le problème de l'équité territoriale, caractérisée par l'évolution divergente de modèles régionaux particuliers. Cette évolution menacerait l'unité du service public de santé, c'est-à-dire l'égalité de traitement selon les régions des personnels comme des malades.

En revanche, les tensions ont porté sur les effets de la faiblesse chronique des ressources financières publiques destinées au système de santé. La difficile régulation et les modalités du rationnement ont généré des débats publics. Ils ont porté sur la part de la dépense qui demeure à la charge des ménages (tickets modérateurs, franchises, remboursements), sur la mauvaise qualité des soins et sur les délais d'attente. Ainsi, les tickets modérateurs, les franchises et les remboursements (notamment pharmaceutiques) ont fait l'objet de conflits menés en particulier par les organisations syndicales, en raison de l'atteinte au pouvoir d'achat des salariés. Ce fut le cas en 1989 quand les syndicats ont mené, sans succès, une grève unitaire contre les tickets modérateurs et en 1993 avec le mouvement contre les mesures limitant l'accès des retraités aux médicaments. Les pressions pour l'exemption des tic-

kets de certaines catégories (jeunes, handicapés, personnes âgées) ont été nombreuses de la part des syndicats. En 2003, pour les tickets régionalisés sur la pharmacie, on a observé une différence entre les régions choisissant une augmentation pour favoriser la régulation par la demande des patients et celles, appuyées par les syndicats, qui ont préféré réguler les prescriptions des médecins traitants.

Le débat autour de la définition d'un panier de soins (« niveaux essentiels de soins ») au niveau national puis régional pose un problème nouveau. La mise en place de ce panier s'est heurtée au constat d'évidentes difficultés éthiques et méthodologiques, ainsi qu'à des craintes de différenciation du contenu de ce panier selon les régions. La revendication prioritaire d'un panier public étendu l'a pour le moment largement emporté sur l'aspiration minoritaire à une cogestion d'assurances (mutuelles) complémentaires, malgré les avantages qu'une cogestion de fonds importants pourrait entraîner, en particulier dans une logique de syndicat des services (particulièrement présente à la CISL et à la UIL).

Le développement de nouvelles inégalités sociales a été récemment observé. L'ISTAT, l'institut national des statistiques, dénombre en 2004 près de 14 % de la population en dessous du seuil de pauvreté ainsi que 4 millions de travailleurs précaires, tandis que l'augmentation des catégories aux revenus élevés est aussi documentée. Au-delà de la baisse du pouvoir d'achat de certains ménages et des risques récessionnistes générés par le tassement de la consommation, les syndicats sont préoccupés par les conséquences de cette paupérisation sur l'accès aux soins et sur l'état de santé, donc sur les inégalités sociales de santé. La capacité des réseaux de solidarité familiale à amortir la

dégradation des conditions de travail et de vie, comme à procurer des soins moins professionnels, intervient ici comme facteur de la santé.

Les débats publics sur l'organisation des soins ne recourent que partiellement les débats précédents. Le secteur hospitalier public (250 000 lits dont 20 000 au titre du longs séjours et de la rééducation) a connu une diminution de 10 % du nombre de lits entre 1991 et 1999. Cette diminution est directement liée aux restrictions financières. Le rôle de défenseur des intérêts des salariés du secteur conduit les syndicats à agir pour éviter des licenciements ou à négocier des reconversions acceptables pour le personnel. L'attitude ferme dans la défense de l'emploi mais ouverte dans les modalités d'accompagnement des restructurations hospitalières a caractérisé cette stratégie dans les années 1990.

Le fonctionnement souple des filières de soins a permis aux malades et à leurs familles de contourner les conséquences du rationnement financier public sur l'organisation des soins. Des files d'attente réduites ont toujours existé dans le secteur public mais les effets des restructurations hospitalières en ont multiplié la fréquence ; la stagnation du pouvoir d'achat d'une partie de la population rend le recours à des solutions alternatives marchandes plus difficile. Ce thème des files d'attente devient plus prégnant dans les revendications des syndicats. Ici les intérêts des salariés du secteur et les intérêts des usagers des services se rejoignent.

Après la réforme de 1999 les organisations syndicales ont tenté de favoriser le développement du secteur privé au sein de l'hôpital public, afin de maîtriser le multi-exercice médical externe entre éta-

ITALIE

blissements publics et cliniques ou cabinets privés.

Enfin les scandales médiatiques, judiciaires et politiques à propos de la *mala-sanità* c'est-à-dire du fonctionnement mauvais ou délictueux du système de santé sont revenus avec régularité sur le devant de la scène. La responsabilité de membres du personnel hospitalier s'y trouve parfois impliquée, et les syndicats n'ont pas toujours une position claire sur ces scandales polymorphes.

Les débats publics sur la santé portent aussi sur la qualité des soins. L'insatisfaction chronique des patients à l'égard de l'organisation mais aussi à l'égard du personnel considéré comme incompetent et surtout trop peu disponible est un élément essentiel des rapports entre citoyens et système de santé plus encore que dans d'autres pays « beveridiens ». Elle provient d'un désenchantement historique à l'égard des services publics (administrations, transports, hôpitaux..) avec des spécificités dans le secteur de la santé. Cette insatisfaction a justifié l'introduction de méthodes de gestion dans les années 1980 puis l'instauration d'une approche favorable à la concurrence entre assurances d'une part et médecins de l'autre au cours des années 1990.

La défection relative des patients a eu deux conséquences. D'une part la protestation, sous la forme judiciaire à l'anglo-saxonne mais surtout sous la forme de mobilisations associatives pour l'amélioration des services (tribunal des droits des malades). Ces mobilisations ont débouché sur des chartes locales des droits et de la qualité qui ont été institutionnalisées à partir de 1999 et sont désormais, après une phase de conflits, souvent cosignées avec les syndicats des établissements concernés. D'autre part la

désertion vers les assurances privées, la médecine privée (y compris au noir) et les migrations sanitaires (du Sud vers le Nord, mais aussi de la péninsule vers l'étranger).

Une mention doit être faite à propos du traitement des problèmes de sécurité sanitaire : à la suite d'accidents, au cours desquels les intérêts des patients et du personnel leur paraissent liés, les syndicats ont quelquefois accepté les processus d'accréditation proposés par les directions.

Enfin, le grand débat public sur le contenu des soins en matière de cancérologie lors de l'affaire Di Bella entre 1997 et 1999, qui a vu un vaste mouvement social s'organiser autour de familles de malades en faveur de l'expérimentation massive d'une thérapie alternative en oncologie, a laissé les organisations syndicales hors jeu au profit des associations de patients.

Pluralité des missions du syndicat en santé

L'opposition initiale entre la mission de cogestion des caisses d'assurance maladie (avant 1978) et celle de représentation en défense des personnels (particulièrement après 1978) a évolué vers une nouvelle tension entre la représentation des personnels qui demeure l'objectif majoritaire des syndicats et la participation à la concertation préalable à la détermination de la politique régionale. Dans certains cas, les syndicats italiens ont ainsi pu produire, entre fédération professionnelle du secteur santé et syndicat de retraités (usagers), un débat public arbitré par la confédération régionale. Groupe de pression pluraliste, le syndicat se révèle directement contributeur du débat démocratique, au moins au niveau des

LES SYNDICATS ET LE SYSTEME DE SANTE

instances décisionnelles. En général cependant, son intervention dans les débats publics et médiatisés concernant la santé reste d'une visibilité modérée et semble d'autant plus forte qu'elle se rapproche des missions traditionnelles des organisations représentatives des personnels de santé.