

## Les relations sociales au travail dans la fonction publique hospitalière : le cas italien

Jean-Olivier MALLET \*, Martine GAYRAL-TAMINH\*\*

---

Ce texte, qui concerne spécifiquement le secteur hospitalier, est un complément à l'article de Mimmo Carrieri sur la fonction publique italienne<sup>1</sup>. Le secteur public en général se présente comme un laboratoire d'innovations sur l'organisation du travail et sur la productivité, modèle et moteur dans le domaine des relations salariales où la négociation occupe une place centrale. Le sous-secteur de la santé illustre ces évolutions originales des années 1990.

Sur le modèle du *National health service* britannique de 1948, l'Italie a engagé en 1978 une réforme sanitaire ambitieuse substituant aux assurances sociales professionnelles un système de soins universaliste (voir encadré). 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 été un élément caractérisant ce nouveau système. Parallèlement, la rhétorique développée sur la participation a légitimé pendant la décennie des années 1980 la gestion politique notabiliaire des Unités sanitaires locales (USL) créées par la réforme<sup>2</sup>. Après le retrait des organisations syndicales de la cogestion des assurances maladies publiques

---

\* Université Paul Sabatier – Toulouse 3.

\*\* INSERM unité 558, Toulouse.

1. Cf. dans ce numéro.

2. Les unités sanitaires locales (Unità sanitarie locali) constituent la circonscription de base du Service sanitaire national. De 1979 à 1992, les USL, qui desservaient une population comprise entre 50 000 et 200 000 personnes, regroupaient les services publics hospitaliers et ambulatoires et passaient convention avec des prestataires privés. Depuis 1993, les agences sanitaires locales (*aziende sanitarie sociali* – ASL), qui desservent un bassin de population beaucoup plus large (souvent une province, c'est-à-dire un département), regroupent les services sanitaires publics et financent à l'acte ou à l'activité les prestataires de service accrédités. Toujours depuis 1993, les agences hospitalières (*aziende ospedaliere* – AO) sont constituées de certains grands établissements autonomes publics.

lors de leur dissolution en 1977, la forte syndicalisation des personnels et la défense homogène (égalitariste) des opérateurs ont marqué cette nouvelle période des politiques de santé caractérisée par la mise en place difficile d'un service sanitaire national.

### **Un Service sanitaire national (SSN) hégémonique dans le système de soins**

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 la nouvelle réforme de la réforme (réforme de celle antérieure de 1978) sur le modèle de la réforme britannique entreprise par Margaret Thatcher à partir de 1989 : la maîtrise des dépenses relevait désormais pour l'essentiel du niveau régional à la suite d'un processus de décentralisation et la gestion managériale des unités sanitaires locales était confiée à des gestionnaires contractuels<sup>1</sup> cependant que la concurrence entre offreurs de soins (« *managed competition* ») était promue comme productrice d'efficacité économique. Des procédures d'accréditation des établissements ont alors été mises en place tandis qu'un financement des hôpitaux à la pathologie s'est substitué au budget global antérieur. La concentration sur le métier et les qualifications a remodelé les relations professionnelles à l'hôpital dans le sens du dispositif général alors appliqué à l'ensemble de la fonction publique et décrit par Mimmo Carrieri.

Une réaction modérée du gouvernement de centre-gauche envers la réforme économiste de 1992 a provoqué la réforme ter de 1999 toujours sur le modèle de la réforme britannique cette fois mise en place par Tony Blair à partir de 1997. L'universalisme du Service sanitaire national y est réaffirmé mais surtout, le contrôle communal désormais délibératif sur les unités sanitaires locales est ré-institué cependant que la rhétorique insiste davantage sur la coopération et les réseaux de soins que sur la concurrence économique entre acteurs. Surtout, le fédéralisme sanitaire financé par des ressources fiscales régionales est décidé, au risque peut-être que la régionalisation accrue ne mette en cause l'orientation universaliste du Service sanitaire national. C'est à cette période, à la fin des années 1990 et au début des années 2000, que la légitimation nouvelle de la représentation du personnel hospitalier par

---

1. Les directeurs généraux, administratifs et sanitaires des agences sanitaires locales et des hôpitaux publics autonomes (AO) sont nommés par l'exécutif du conseil régional sur une liste d'aptitude nationale et bénéficient d'un contrat temporaire : ils peuvent être issus du secteur privé comme du secteur public. Ce sont eux qui recrutent le directeur administratif et le directeur sanitaire (médical), qui les secondent. Leur situation rappelle celle des managers du NHS britannique ou encore celle des directeurs d'agences régionales d'hospitalisation françaises.

## Encadré

### **Un système de soins d'Europe du Sud : universalisme, régionalisation et privatisation**

Le Service sanitaire national italien, qui constitue encore, au niveau du financement comme au niveau de la production des soins, la colonne vertébrale du système de soins de santé italien, est caractéristique des systèmes de soins des pays d'Europe du Sud (Ferrera M., 1998). Au contraire des modèles historiques de la Grande-Bretagne et des pays scandinaves, il est marqué par la forte présence de producteurs de soins privés indépendants ou conventionnés et de ce fait soumis à l'influence des professions de santé face à des pouvoirs publics moins légitimes et moins structurés que dans les pays du Nord.

Les principes d'universalisme et de solidarité exprimés lors de la réforme initiale de 1978 ont été appliqués partiellement. La première phase (1978-1992) a débouché sur un dispositif imparfait, privé d'instruments de régulation économique et sociale satisfaisants. La seconde phase (1992-1999), marquée par une réforme économiciste et managériale, a introduit certains de ces instruments mais au prix d'un affaiblissement de l'impératif de solidarité. La troisième phase (1996-2001) a été caractérisée par une réaffirmation de cet impératif solidaire et universaliste, mais dans le cadre d'un compromis avec le management public introduit précédemment.

La décentralisation est une préoccupation précoce, antérieure même à la mise en place du SSN en 1978. Le mode de financement est longtemps resté centralisé et le mode de gestion longtemps appuyé sur la périphérie. Enfin, dans le cadre de la réforme de 1992-93, la responsabilité en santé est presque entièrement passée à la région. La décentralisation croissante des compétences au cours des années 1990 débouchera sur une régionalisation du prélèvement fiscal sous le signe du fédéralisme sanitaire, c'est-à-dire une autonomie forte des collectivités régionales dans le secteur de la santé devant anticiper des transferts de compétences et de ressources dans d'autres secteurs. Cette régionalisation encore inachevée pose le problème de l'équité territoriale, déjà caractérisée par l'évolution divergente de modèles régionaux particuliers qui menace, selon certains observateurs, l'unité du service public de santé. Dans ce processus de différenciation spatiale, deux modèles distincts se détachent en particulier dans des régions financièrement favorisées. La Lombardie, région de centre-droit, a valorisé la liberté économique des acteurs dans une logique de « concurrence organisée », en organisant les agences locales en acheteuses de soins à des prestataires accrédités publics et surtout privés. L'Emilie-Romagne et la Toscane, régions de centre-gauche, ont privilégié le recueil et l'analyse des besoins de santé à partir de systèmes d'information épidémiologique et économique et ont, dans une logique d'allocation administrée, organisé des dispositifs de planification concertée de leurs services majoritairement publics.

les élections aux représentations syndicales unitaires (RSU) de 1998 puis 2001 s'affirme réellement.

## **Au sein du SSN, des hôpitaux publics prédominants avec un personnel nombreux et hétérogène**

Historiquement, depuis le début du XX<sup>e</sup> siècle, le personnel hospitalier public était géré par des organismes publics hospitaliers indépendants. A la suite de leur dissolution en 1977, le personnel s'est accru numériquement par vagues de titularisation massive avant d'être incorporé dans un statut commun dans le nouveau SSN créé en décembre 1978, dont les médecins et les autres figures dirigeantes se sont autonomisés au cours des années 1980.

La réforme de 1978 a intégré les hôpitaux publics <sup>1</sup> dans les 650 Unités sanitaires locales initialement gérées par des comités de gestion collégiaux, puis à partir de 1991 par des commissaires extraordinaires. A la suite de la réforme de 1992, cette formule de collectif managérial <sup>2</sup> a été développée à l'intérieur des 220 agences sanitaires locales, qui réunissent petits et moyens hôpitaux et services de soins primaires et de service de santé publique, et à l'intérieur des 90 agences hospitalières, grands hôpitaux publics redevenus désormais autonomes. Le secteur hospitalier public ordinaire, hors CHU et instituts de recherche, est donc partie prenante majoritaire d'un secteur sanitaire public plus large, comprenant des services ambulatoires (dispensaires), des services de soins à domicile et de santé publique. En outre, le secteur sanitaire public passe des conventions avec des prestataires privés accrédités.

La densité de lits hospitaliers par rapport à la population est un peu inférieure à la moyenne OCDE et varie du Nord au Sud, mais inversement au taux d'occupation de ces mêmes lits (de nombreux méridionaux se font soigner dans les régions septentrionales, voire à l'étranger) : comme la démographie professionnelle Nord-Sud n'est pas aussi divergente que l'activité, on peut en déduire que les régimes d'hospitalisation, les rythmes et conditions de travail y diffèrent profondément.

La démographie professionnelle dans le secteur hospitalier public regroupe des professions médicales, paramédicales, administratives, techniques et de service exerçant dans différentes catégories d'établissements. Il s'agit d'un personnel nombreux (690 000 personnes pour le SSN hors IRCSS, chercheurs CNR <sup>3</sup> et personnels de statut universitaire), hétérogène,

---

1. A l'exception des 32 hôpitaux de recherche (Instituts de recherche et soins à caractère scientifique – IRCSS), de statut national, et des 10 hôpitaux universitaires.

2. Le directeur général est nommé par l'exécutif du conseil régional et les directeurs administratifs et directeurs sanitaires qu'il désigne sont contrôlés par un comité de garants.

3. Les chercheurs du CNR (Consiglio nazionale delle ricerche) titulaires ou non peuvent exercer leurs activités de recherche mais aussi de soins selon des protocoles expérimentaux dans des laboratoires situés dans l'enceinte des hôpitaux publics (comme des unités INSERM ou certains laboratoires CNRS en France).

<b>Les hôpitaux publics : établissements ressources et activités</b>	
Etablissements du SSN	- 96 grands hôpitaux autonomes (AO) - 722 hôpitaux dépendants d'ASL
Nombre de lits et évolutions	- 250 000 lits dont 20 000 de longs séjours et de rééducation (diminution de 10 % entre 1991 et 1999) soit : - 4,3‰ habitants, dont 0,3‰ pour le long séjour, auxquels s'ajoute 1‰ pour le secteur privé - Taux inférieurs au Nord et supérieurs au Sud - Taux d'occupation des lits de 70 % au Nord et seulement 60 % au Sud
Personnels	- 690 000 soit 25 % de la fonction publique dont 98 000 médecins et 250 000 infirmiers - Correspondant à 100 pour 10 000 habitants ou 2,3 par lit
Equipements plateaux techniques	- Ecographes 6 800 - Scanners 825 - RMN 250

Sources : ISTAT Service statistique public et ministère de la Santé, 2001.

dont le plus grand nombre exerce en milieu hospitalier. En effet, malgré l'orientation de santé publique et préventive à la suite de la réforme sanitaire de 1978 et malgré l'affirmation de la nécessité de revaloriser les soins de santé primaire et la médecine générale lors de la réforme de 1999, l'organisation des soins en Italie est encore fortement marquée par l'hospitalo-centrisme. Le transfert de soins vers le territoire reste souvent faible et en retard par rapport à la programmation des districts (regroupements de services sanitaires et sociaux publics au niveau territorial) dans la plupart des régions. Cette situation surcharge l'institution hospitalière de missions de continuité des soins et d'urgences médicales. Ainsi, la place significative accordée aux urgences hospitalières est moins due à des raisons financières de prise en charge qu'aux carences de la continuité des soins dans le secteur ambulatoire.

Pendant plusieurs décennies, en raison de l'absence de *numerus clausus* pour les étudiants et de limitation de l'exercice ambulatoire conventionnel, on a observé un excédent de personnel médical, titulaire ou non, au sein de l'hôpital, à côté d'une pénurie de personnel infirmier professionnel. Parallèlement, la croissance quantitative du personnel technique s'est accompagnée de la redéfinition difficile de frontières professionnelles (Tousjin W., 2000). Récemment, depuis le milieu des années 1990, avec une conception de l'hôpital passant progressivement de la bureaucratie professionnelle à l'hôpital-entreprise, on observe une tendance à l'externalisation des tâches périphériques (logistiques) vers des entreprises sous-traitantes et encore davantage des soins vers des associations et coopératives. Par ailleurs, em-

ployés de sous-traitants, contractuels et emplois atypiques ne sont pas pour la plupart concernés par les conventions collectives du secteur.

### **La fonction publique sanitaire dans les années 1990 : un champ essentiel de la contractualisation des relations professionnelles dans le secteur public...**

Au cours des années 1990, l'évolution des relations de travail a été négociée de manière relativement peu conflictuelle : les procédures de détermination des partenaires, d'élaboration de concertation et de médiation, ont joué efficacement sur un fond de convergence entre les confédérations représentant surtout les personnels paramédicaux, techniques et administratifs. Les observateurs notent en effet la forte adhésion de ces personnels, la forte participation aux élections des Représentations syndicales unitaires et le faible émiettement des votes exprimés entre les trois confédérations interprofessionnelles CGIL, CISL et UIL<sup>1</sup>, même si les médecins et les dirigeants sont surtout représentés par des syndicats autonomes catégoriels (catégorie « Autres » dans le tableau ci-dessous). L'ensemble de ces facteurs a pu jouer en faveur d'une moindre conflictualité, à la différence des mouvements sociaux hospitaliers français, en particulier de celui historique des infirmières en 1988 et de ceux récents issus de la mise en place des 35 heures, placés sous de fortes pressions financières et de démographie professionnelle. Bien sûr, l'Italie connaît aussi de telles contraintes structurelles et une compétition entre organisations syndicales, mais elles n'aboutissent pas à des conflits et des blocages aussi nombreux.

<b>Elections des RSU dans le secteur Santé *</b>		
	<b>Elections 1998</b>	<b>Elections 2001</b>
CGIL	31,3	28,6
CISL	27,5	29,3
UIL	18,3	17,2
Autres	22,9	24,9

\* Taux de participation aux élections de 80 % des inscrits.

Source : ARAN, 2001.

1. Les trois confédérations historiques, la CGIL autrefois proche du parti communiste et aujourd'hui encore assez liée aux démocrates de gauche et aux refondateurs communistes, la CISL jadis liée à certains courants de la démocratie chrétienne, et l'UIL proche dans le passé des petits partis laïcs de centre-gauche, ont connu une importance déterminante dans les premières années de la décennie 90 lors de la mise en place des pactes sociaux, alors que les partis politiques subissaient une forte crise de légitimité. Si la fin de la décennie a été marquée par la consolidation d'un nouveau système de partis politiques réduisant ainsi le rôle régulateur du syndicalisme, au cours de la période actuelle, où depuis mai 2001 le gouvernement Berlusconi est appuyé sur une coalition disposant de la majorité absolue au Parlement, le contre-pouvoir syndical CGIL-CISL-UIL semble avoir été renforcé.

L'administration du personnel sanitaire public (et en particulier hospitalier) rattaché au SSN a vu l'organisation des relations sociales transformée à partir de 1993. Tandis que les ministères, les collectivités locales, les agences publiques et l'université regroupent des effectifs assez réduits, ceux du Service sanitaire national comme ceux de l'Education nationale sont importants.

Le succès de la contractualisation des relations sociales dans le secteur public sanitaire et l'adhésion massive des agents concernés (taux de syndicalisation d'environ 50 % des personnels, taux élevé d'environ 80 % de participation aux élections pour les RSU) ne peut cacher les limites du processus et particulièrement le cloisonnement à l'égard de la programmation des ressources. Par exemple, les quotas à l'entrée aux écoles de formation d'infirmières (infirmières professionnelles, par opposition aux aides-soignantes – OTAA) et la médiocre attractivité du métier ont été l'un des facteurs du déficit démographique professionnel contraignant les autorités centrales à chercher une main d'œuvre qualifiée complémentaire en Espagne et dans les pays de l'Est.

### **...mais des interrogations sur la cohérence future avec la politique sanitaire**

L'ARAN, l'agence chargée des conventions collectives du secteur public, a été créée en 1993 : composée en particulier de techniciens juristes, statisticiens et comptables, elle a vocation à être un organe neutre, désamorçant les conflits antagoniques antérieurs qui s'expriment dans les relations sociales au travail. En application du projet de pacte social, plus encore ici que dans le secteur privé, elle a permis d'institutionnaliser une interface entre le pouvoir politique et les personnels de la fonction publique. Cette « dépolitisation » (Carrieri M., dans ce numéro) a ainsi autorisé un processus concerté de représentation démocratique appuyé régulièrement sur des élections ouvertes aux organisations syndicales, qui doivent atteindre au moins 5 % des votes exprimés pour être représentées, à laquelle est adjointe une représentation syndicale directe minoritaire. Néanmoins, spécifiquement dans le cas du secteur de la santé, on observe une tension majeure. D'un côté, la contractualisation centralisée nationale concerne le cadre général des normes statutaires et des rémunérations salariales et implique les fédérations sectorielles concernées des syndicats et est complétée au niveau des ASL et des AO d'une déclinaison locale intégrative de la négociation visant certains éléments salariaux (primes...) et surtout la mobilité des personnels. De l'autre côté, la régionalisation approfondie en cours sous le signe du fédéralisme sanitaire implique en revanche, face aux collectivités territoriales, le niveau ré-



gional confédéral des syndicats (Mallet, 2002). Cette tension entre la dimension opérationnelle nationale et locale des relations sociales au travail en santé et celle toujours plus régionale des politiques de santé peut contraindre demain à refonder les mécanismes mis en place dans les années 1990. Elle est certes partiellement régulée par la conférence Etat-régions, qui gère les conflits entre les deux niveaux national et régional et qui permet ainsi une certaine coordination institutionnelle. Mais cette tension traverse aussi les partis de la coalition actuellement au pouvoir à la fois dans plusieurs régions depuis les années 1997-2000 et au niveau national depuis mai 2001. C'est aussi cette dimension régionale qui a prédominé notamment dans les mesures de restructurations hospitalières des années 1990 en Emilie-Romagne et en Toscane. Ces restructurations n'ont donné lieu qu'à peu de conflit entre d'une part, la logique de négociation entre la région et les organisations syndicales confédérales pour permettre les restructurations hospitalières et d'autre part, celle de la politique du personnel mise en place par l'ARAN et déclinée par la négociation intégrative dans les agences locales ou hospitalières : les résistances aux regroupements et aux transformations d'établissements sont davantage venues de la population que des personnels eux-mêmes. En fait, au niveau local dans ces deux régions, malgré les rationalités différentes portées par les protagonistes et à côté des formes institutionnalisées de négociation intégrative (comme les tables rondes agence locale-RSU pour la politique du personnel ou les conférences régions-communes-syndicats confédéraux pour les recompositions hospitalières), on observe le rôle majeur de relations informelles qui irriguent les précédentes, facilitant la construction de compromis en routine comme dans l'innovation publique. Le poids de procédures souvent régionalisées s'en est trouvé allégé et c'est la politique en santé de la région Toscane qui a anticipé et inspiré la loi de « réforme ter » nationale de 1999. De plus, la qualité de la négociation locale entre collectivités territoriales, personnels et, pour une part, usagers, à travers le monde de l'action associative et les syndicats de retraités, à la fois concentrée sur certains partenaires et assez représentative de la pluralité des acteurs, en sort renforcée (Mallet, 2002).

Cependant, l'hétérogénéité des capacités financières des régions devenues fiscalement en grande partie autonomes (processus dit de dévolution des prélèvements liés aux compétences nouvelles) peut renforcer les inégalités régionales historiquement existantes, au point que le fédéralisme sanitaire pourrait à terme générer des politiques de relations sociales régionalisées et ainsi réduire la mobilité inter-régionale du personnel : cette crainte de l'éclatement du cadre de la négociation et du statut national de la fonction publique hospitalière est récurrente chez les syndicats.



Cette brève présentation des évolutions de la fonction publique hospitalière italienne dessine un mode de gestion sectorielle des relations sociales, qui a régulé celles-ci pendant les années 1990. Faisant le constat d'une intensification des rythmes de soins, qui entraîne une transformation des conditions de travail assez similaire en Italie et en France, le groupe de travail syndical CFDT-CISL franco-italien sur les conditions du travail hospitalier dirigé par Philippe Mossé <sup>1</sup> en 2001 (Mossé, 2001) a en revanche opposé la récente culture italienne de concertation et de négociation dans les relations sociales à celle française du conflit et de l'affrontement.

Aujourd'hui, le retard à renouveler la convention collective nationale entre 2001 et 2003 manifeste la difficulté à prolonger le type de contractualisation décrite par Carrieri M. (dans ce numéro) : pour le secteur privé, le moindre intérêt de la Confindustria, l'organisation patronale italienne, et une politique plus unilatérale du gouvernement Berlusconi depuis 2001 peuvent expliquer cet apparent effritement de la politique centralisée de contractualisation entre employeurs publics et organisations syndicales représentatives. Les tensions fortes autour de l'article 18 du Statut des travailleurs réglementant les licenciements jusqu'à une grève générale à l'initiative de la seule CGIL en 2002 puis, en 2003, autour des retraites défendues cette fois par les trois confédérations manifestent cette dégradation de la contractualisation des relations sociales. En particulier, la pression accentuée du rationnement financier sur le Service sanitaire national et surtout la transformation des instituts de recherche sanitaires publics (IRCSS) en fondations mixtes, perçue par certains comme une privatisation larvée destinée à s'étendre à l'ensemble du secteur hospitalier public <sup>2</sup>, ont contribué à affaiblir le processus de contractualisation.

---

1. Dans le cadre d'un programme européen, Philippe Mossé, économiste au LEST-CNRS à Aix-en-Provence, a piloté un groupe de responsables syndicaux français de la CFDT et italiens de la CISL sur les conditions de travail hospitalier.

2. L'actuel ministre de la Santé du gouvernement Berlusconi, Girolamo Sirchia, ancien maire adjoint de Milan chargé de la santé de 1997 à 2001, a appuyé une politique de la région Lombardie de mise en concurrence des services sanitaires publics et privés que les syndicats ont perçu comme un désengagement des pouvoirs publics. Aussi, leur méfiance à son égard a-t-elle été forte lors de sa nomination au portefeuille de la santé en 2001.

**Références bibliographiques :**

- Ferrera Maurizio (1998), *Le trappole del welfare. Uno stato sociale sostenibile per l'Europa del XXI secolo*, Bologna, il Mulino.
- Mallet Jean-Olivier (2002), « Italie : les syndicats face aux restructurations hospitalières », in C. Vincent et P. Volovitch éd. *Les syndicats face aux restructurations hospitalières : entre défense des personnels et gestion des systèmes de santé*, Rapport pour la DREES/MIRE, IRES, Noisy, pp. 61-76.
- Mossé Philippe (2001), « Autonomie de l'hôpital, autonomie dans l'hôpital », Contribution au Colloque de l'Association latine d'analyse des systèmes de santé, 13 septembre, Lyon.
- Tousjin Willem (2000), *Il sistema delle professioni sanitarie in Italia*, Il Mulino, Bologna.