HAL
open science

Réduction du temps de travail, efficacité de l'hôpital et participation des salariés

Philippe Mossé

To cite this version:

Philippe Mossé. Réduction du temps de travail, efficacité de l'hôpital et participation des salariés. [Rapport de recherche] PL 9800 71, Laboratoire d'économie et sociologie du travail (LEST); CFDT, Fédération Santé Sociaux. 2002, pp.218. halshs-00084562

HAL Id: halshs-00084562

https://shs.hal.science/halshs-00084562v1

Submitted on 7 Jul 2006

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

RAPPORT DE RECHERCHE - L.E.S.T.- CNRS – UMR 6123

Université de Provence (U1) et Université de la Méditerranée (U2) - 35 avenue J. FERRY - 13626 AIX-EN-PROVENCE CEDEX
Tél. : Standard : 04.42.37.85.00 - Fax : 04.42. 26.79.37 email lest@univ-aix.fr

Réduction du temps de travail, efficacité de l'hôpital et participation des salariés

FINAL REPORT

CONFIDENTIAL

***Project Coordinators* : Scientific : Philippe R. MOSSE (Lest/CNRS)**

Financial : Michel BRILLU (CFDT, Fédération Santé Sociaux)

March 2002

CONTRACT : SOE2 - CT98 - 1123 DGXII SOLS

Project N°: PL 9800 71

REFIPAR

Partners :

CISL - FIST (Roma) ;

Apotema (Milano) ;

Cfdt, Fédération Santé - Sociaux (Paris) ;

Lest / Cnrs (Aix en Provence).

Reference period : From February 1999 to February 2002

Starting date : February 1999 Duration : three years

Date of issue of this report : March 2002

Project funded by the European Community under

the Targeted Socio-Economic Research(TSER)

Table of Contents

Abstract p.3

1 Executive summary p.4

1.1 Scientific results p.4

1.2 Discussion and policy implications p.10

2 Background and objectives of the project p. 13

2.1 Des contextes organisationnels mouvants

2.2 Hypothèses de l'efficience à l'autonomie p.19

3 Scientific description of the project results and methodology p.23

3.1 Cogestion et comparaison p.23

3.2 Les formes du changements p.46

3.3 Les salariés et les organisations syndicales :
un rôle à définir p.61

4 Conclusion and policy implications p.69

4.1 Contribution au débat scientifique p.69

4.2 Les principaux résultats p.77

4.3 Implications et recommandations p.84

5 Dissemination and/or exploitation of results p.90

6 Acknowledgments and references p.92

7 Annexes p.99

Abstract

Depuis une dizaine d'années, la France et l'Italie, à l'instar de la plupart des autres pays européens, ont engagé des réformes structurelles de leur système hospitalier. Celles ci affectent plusieurs dimensions de l'activité, du financement et de l'organisation des hôpitaux ; elles en modifient, en profondeur, les rapports professionnels internes et externes. Elles font de l'hôpital un lieu **ouvert** et **rationalisé** dans lequel les relations hiérarchiques traditionnelles font place à des relations contractuelles.

La recherche " Refipar " s'est donnée pour objectif d'analyser les modalités de mise en œuvre et l'impact de différents changements dans les hôpitaux français et italiens. Il s'est agit de cerner les attendus et les conséquences de ces changements tant au plan des relations industrielles, qu'économiques ou sociales.

En effet, pour accompagner ces réformes et les légitimer, il est fait appel, dans les deux pays à la mobilisation, à l'**implication**, voire à l'engagement des personnels soignants, médicaux, administratifs ou logistiques.

En France les lois de 1991 et les ordonnances de 1996 ont encadré cette dynamique en renforçant les lieux de la confrontation formelle (conseil de service, projet d'établissement, contrat d'objectifs et de moyens). En Italie, les hôpitaux transformés en entreprises hospitalières, ont acquis une autonomie de gestion au sein d'un système de santé national rénové.

Pour analyser ces évolutions et tester l'hypothèse d'un lien entre participation et efficacité, la recherche repose, principalement, sur six monographies d'établissements (trois en Italie, trois en France). Celles-ci (réalisées en collaboration avec des syndicalistes) portent sur l'ensemble des changements récemment mis en œuvre. Elles privilégient, d'une part, les **démarches qualité** et, d'autre part, l'organisation du **temps de travail.** Le matériau recueilli est notamment constitué d'enquêtes par questionnaires, d'interviews, de focus group et de nombreux documents.

Quatre thèmes, analysés sous forme de tensions, sont apparus décisifs : financement / organisation du travail ; structure du personnel / répartition du travail ; concurrence locale / choix des activités ; syndicat / gestion. De l'analyse il ressort que :

i/ Les charges de travail se sont accrues, notamment du fait de la réduction de la durée des séjours et de l'intensification des séjours en contenu technique.

ii/ Les démarches qualité sont ressenties comme étant en décalage par rapport aux pratiques. D'une part, ici comme ailleurs, elles induisent une forme nouvelle de taylorisation. D'autre part, elles vont à l'encontre de la spécialisation professionnelle qui caractérise le fonctionnement des hôpitaux.

iii/ La participation de chacun à la décision a été augmentée (et, en Italie, incitée par des modes de rémunération adaptés) ; mais le relais syndical s'en trouve marginalisé.

Sur ces trois points, les particularités nationales le disputent aux trajectoires singulières de chaque établissement pour modeler les écarts entre catégories professionnelles ou entre services.

Au plan conceptuel et opérationnel, cette recherche pose la question de la cohérence des organisations hospitalières face à un management public rénové. En effet, il s'agit, d'abord, de mobiliser des compétences sociales à la fois ouvertes sur l'environnement et orientées vers les missions de service public. Mais il s'agit aussi de promouvoir des outils de management centrés sur la performance mesurable d'une organisation identifié.

1/ Executive summary

1.1/ Scientific results

Sous l'acronyme *Refipar*, la recherche a été financée par la DG XII (Commission Européenne). Elle vise à analyser les effets des changements induits par les réformes en cours en France et en Italie, en s'appuyant, notamment, sur des observations réalisées dans trois hôpitaux italiens et trois établissements de soins français.

Les choix de méthodes et de terrains d'expérimentation ont été effectués en adéquation avec l'objet de la recherche. S'agissant de tester l'hypothèse d'une influence des dynamiques locales et nationales sur la manière dont se construit la relation entre participation des salariés et efficacité (économique) des systèmes de soins (Branciard et al., 1999 ; Bordogna et Winchester, 2001) à travers les réformes hospitalières, il a paru judicieux d'élaborer un dispositif de recueil d'informations harmonisé dans les six établissements. Afin d'approfondir la question de la place et du rôle des organisations syndicales dans le processus de changement il a été opté pour une méthode de recherche cogérée associant au sein d'un même groupe de travail des syndicalistes et des chercheurs italiens et français (Pinaud et al., 1999).

La comparaison des évolutions nationales et des réactions de chaque établissement hospitalier au changement a montré que cinq domaines de la vie de l'hôpital étaient concernés : l'ouverture des établissements sur leur environnement, les modes d'organisation et de division du travail hospitalier, les conditions et les horaires de travail des salariés, l'implication et la participation des salariés à la gestion et à l'organisation des soins, la place des organisations syndicales dans les changement en cours.

Mais, si les réformes hospitalières pénètrent l'ensemble des établissements de soins dans les deux pays étudiés, les modalités du changement et leurs effets revêtent des formes variables selon les contextes locaux ou nationaux. Ainsi en est-il en matière d'organisation du travail, de structure du personnel, de répartition des tâches entre les différents intervenants à l'hôpital ou encore de la place de chaque établissement dans son environnement.

Dans les deux pays étudiés, l'efficacité des changements (notamment ceux qui se jouent au travers des restructurations, réorganisations de services et démarches qualité) est réputée dépendre de la participation et de l'implication des salariés. Pourtant, l'enquête par

questionnaire conduite dans les six établissements révèle chez les salariés des perceptions assez différenciées des diverses dimensions du changement et du rôle qu'ils y jouent. D'ailleurs, la perception du changement par les salariés s'avère souvent en déphasage avec l'injonction à la mobilisation et à l'implication dont ils font l'objet (1.1.1). Leur opinion quant au rôle effectivement joué par les syndicats dans la régulation du changement est variable d'un pays à l'autre et d'un établissement à l'autre. Pourtant, si l'on observe de près le rôle de l'action syndicale et les modalités de participation mises en œuvre dans les deux pays, se dessinent deux " modèles " participatifs assez distincts (1.1.2).

1.1.1/ Des changements mal perçus quand les agents ne les maîtrisent pas

La recherche montre clairement que, dans les six hôpitaux, l'impact le plus fort des réformes concerne la réduction de la durée moyenne des séjours (DMS). Cette diminution, pour partie imposée par le financement par les DRG [1], a provoqué une augmentation de la rotation des patients et donc de l'intensification de la charge de travail des personnels. Dans plusieurs des cas, cette augmentation mesurée par le nombre des admissions et des actes a été spectaculaire.

Il n'est donc pas surprenant que le questionnaire administré aux personnes concernées ait pu ainsi mettre en évidence que, pour une majorité d'entre elles, la période actuelle était caractérisée par une augmentation de la charge et une dégradation des conditions de travail. C'est surtout le cas dans les hôpitaux où la réorganisation est la plus avancée (Itapa et Fralev [2]).

Le nouveau système de financement est aussi à l'origine d'une transformation de la profession infirmière. En France, on enregistre une tendance au glissement de tâches; celles ci devenant de plus en plus techniques, les dimensions relationnelles sont laissées aux Aides Soignants (AS) et quelques activités spécifiques sont l'apanage de spécialistes au sein de l'équipe soignante. En Italie, le même phénomène existe mais il est pour partie inversé. Les chiffres montrent en effet que le ratio infirmier / aide soignant est beaucoup plus élevé en Italie ce qui laisse à penser que les tâches effectuées par les aides soignantes françaises sont, en Italie, réalisées par les infirmières.

Cette situation s'explique notamment par l'opposition des associations d'infirmières professionnelles à la consolidation et à la reconnaissance d'une réelle profession d'AS (OTAA en Italie). La rationalisation économique combinée avec cette opposition corporatiste, contraignent les infirmières à s'occuper toujours plus de soins qui seraient de la compétence des OTAA et des auxiliaires.

Dans la plupart des six établissements, cette configuration augmente la mobilité interne sous la forme d'un transfert (définitif) d'agents d'une unité à l'autre. Mais la création de

[1] DRG, pour Diagnostic Related Groups. Techniquement, il s'agit de classer les patients (ou les séjours) en groupe homogènes du point de vue médical et de l'utilisation des ressources. Economiquement, ce dispositif est utilisé pour allouer les budgets hospitaliers en fonction de l'activité des établissements.

[2] Les noms des établissements ont été codés; les trois premières lettres permettent de repérer le pays d'implantation.

structures fonctionnelles d'une taille supérieure aux services traditionnels (e.g. les départements), comme c'est le cas dans trois établissements, conduit aussi à accroître la flexibilité temporaire par la mobilité d'une équipe à une autre selon les besoins de l'organisation. A Frapriv, Itasud et Itapa, cette forme de flexibilité est perçue de façon négative par les agents ("*fare i tappabuchi"*). Pourtant cette fonction de "bouche trou" peut aller de pair avec une forme de polyvalence qui, au moins dans certains cas, peut déboucher sur un enrichissement professionnel. Sur ce plan, la recherche a montré que la tendance à la flexibilité et à la polyvalence pouvait être vécue positivement si et seulement si certaines conditions organisationnelles étaient remplies. Parmi elles, il faut noter la maîtrise par les agents eux-mêmes des finalités et des conséquences des changements.

Mais la recherche a également mis en évidence que l'impératif d'efficience peut conduire à modifier l'organisation du travail dans un sens opposé à cet usage flexible du personnel. C'est ainsi que l'on trouve dans les six hôpitaux, un nombre croissant d'activités morcelées et standardisées. C'est notamment le cas des techniciens de laboratoires à Fracou et à Itapa où la loi et le respect des normes et les démarches qualité conduisent à une *protocolisation* des actes. Ce morcellement, mis en place en réponse à l'accroissement des besoins de coordination, contribue à l'industrialisation des soins.

Les "focus group" organisés dans certains services et pour certaines professions, ont nettement fait ressortir que ces agents se plaignent de ce que leur travail est "devenu taylorisé".

Au total, il est difficile de conclure si la réorganisation a conduit à renforcer les tendances à la spécialisation ou si, au contraire, elle a favorisé une forme positive de polyvalence et de flexibilité. Mais dans la plupart des cas, les agents ne vivent pas ces changements comme des améliorations.

Quant à la qualité des prestations, il est probable qu'elle a bénéficié de ce qu'un militant a appelé une "vision d'ensemble".

Mais il reste à asseoir cette vision en adaptant la formation des personnels de telle sorte que la polyvalence / recomposition des tâches soient construite autour et à partir des besoins des patients et non pas, prioritairement, à partir des contraintes organisationnelles ou des savoirs techniques.

Ces évolutions et les jugements qu'elles provoquent de la part des personnels, interagissent avec le fait que les directions mettent de plus en plus explicitement l'accent sur la responsabilisation des agents. En Italie, ce phénomène est pour partie lié au système d'intéressement financier. Mais il dépend aussi de la manière dont se construit le travail en

équipe. Un des points cruciaux étant le nécessaire accroissement des négociations sur les objectifs à atteindre, laquelle concerne les personnels de tous les niveaux, *" fino all'ultimo arrivato* ", et pas seulement la hiérarchie.

Enfin, un aspect du changement signalé comme négatif concerne la forte procédurisation de l'activité sanitaire en général, et surtout, la nécessité d'augmenter les activités à caractère bureaucratique, de classification et de contrôle. Il est remarquable que cette évolution touche l'ensemble des personnels, médecins compris (Robelet, 2001). Mais elle est moins souvent vécue comme une occasion de démontrer ses compétences (e.g. via les démarches qualité) que comme une contrainte.

1.1.2/ Des syndicats présents et réactifs

Dans les deux pays, les syndicats se trouvent confrontés à de nouveaux défis à cause de l'intense processus de changements en cours qui concerne l'ensemble des systèmes sanitaires. De manière générale et au risque d'une simplification extrême, on peut synthétiser ces défis par une séquence causale. Au départ se trouve la dimension institutionnelle de la réforme qui entraîne une modification des modes de financement et de régulation, laquelle conditionne le processus de rationalisation des hôpitaux qui, en ayant une influence directe sur l'organisation, les conditions du travail et les relations professionnelles conduit les syndicats à réagir.

Tous les cas analysés entrent dans ce schéma général. Mais les spécificités nationales tendent à construire différemment les stratégies et les réactions syndicales.

Dans les trois hôpitaux italiens le rôle des syndicats est clairement interpellé et se recompose dans le mouvement de rationalisation à travers sa dimension institutionnelle ; le processus dit "*aziendalizzazione*". Dans les cas français, c'est la rationalisation et la restructuration programmées qui est le moteur du changement de position syndicale. Dans l'établissement Fralev, c'est dans le cours d'un conflit avec l'ARH [3] que le syndicat a pu affirmer l'efficacité de son rôle en participant à la renégociation d'une rallonge budgétaire évitant la fermeture de certains services et un maintien du personnel. Dans l'hôpital Fracou, c'est la charge de travail en augmentation, liée à des restructurations internes, qui a provoqué l'action syndicale. Frapriv, constitue une exception : le syndicat majoritaire a eu un rôle actif pour imposer la réduction du temps de travail dans le cadre de la loi De Robien.

[3] Créées par les ordonnances d'avril 1996, les Agences Régionales de l'Hospitalisation sont les protagonistes de la décentralisation / déconcentration du système hospitalier français.

La différence essentielle concerne la propension au conflit ou à la coopération. Dans les cas italiens, la concertation entre la direction et les syndicats est continue alors que dans les cas français, le conflit ou la menace du conflit est toujours présente. Toutefois les protagonistes ne sont pas toujours ceux que l'on croit. En France, dans un conflit ponctuel et sur un sujet donné, syndicat(s) et direction peuvent faire cause commune contre la tutelle (régionale ou nationale). En Italie, la concertation d'entreprise est la règle.

Cette situation s'explique par les contextes institutionnels différents. En France l'absence de structure de concertation locale et intersyndicale rend nécessaire le recours à la menace de conflit. Pour le syndicat c'est la seule façon de se faire entendre et de montrer sa force. En Italie, au contraire, le syndicat tire sa légitimité et sa force de sa capacité à démontrer qu'il peut, dans le jeu de la négociation, régulé par la RSU (Représentation Syndicale Unitaire), peser sur des décisions prises en concertation (Bilous, 1998 ; Bilous, 1997 ; Rehfeldt, 1998).

Ces stratégies se développent dans des contextes contrastés au regard des équilibres intersyndicaux. De ce point de vue, les six établissements peuvent se classer en trois sous groupes comprenant chacun un établissement français et un établissement italien. A Frapriv et Itasud, dominent la Cfdt et la Cisl ; à Fralev et Itapa se trouvent à force égale ou assez comparable la Cfdt et la Cgt pour le premier et la Cisl et la Cgil pour le second. Enfin dans les hôpitaux Fracou et Itato, on trouve une repésentation syndicale plus diverse [4] (cf. Tableau 1).

Cependant, pour ce qui concerne les adhésions et de façon attendue, car observée au plan national, les syndicats italiens (environ 50% d'adhésions) sont plus présents que les français (chiffres non disponibles)[5], même si, au moment des élections, les taux de participation sont proches dans les deux pays.

En France, les différentes instances institutionnelles de représentation des travailleurs multiplient le nombre et la fréquence des réunions. De ce point de vue elles peuvent être peu efficaces car elles ne satisfont pas

[4] On note que la part des votes dédiés aux organisations syndicales autres que les trois principales est sensiblement plus importante dans les trois hôpitaux italiens que dans les établissements français où la dispersion de la représentation syndicale paraît moindre que dans le cas de l'Italie. Plus " pluraliste ", le syndicalisme italien joue néanmoins mieux que son homologue français le jeu de l'unité ou de l'alliance institutionnelle (par le biais de la RSU).

[5] En France, l'adhésion formelle au syndicat est peu répandue. Avec environ 9% dans l'ensemble du secteur public, le taux de syndicalisation y est l'un des plus faibles d'Europe. D'ailleurs, il s'est avéré difficile d'avoir des informations sur les adhésions, même au niveau local. En Italie, la cotisation syndicale est souvent retenue à la source sur le salaire moyennant la signature d'un pouvoir autorisant l'employeur à la verser à l'organisation syndicale dûment désignée (1% du salaire environ, pour les adhérents de CGIL, CISL ou UIL).

l'exigence d'un canal de communication bénéfique entre la direction et les syndicats. A l'inverse, les canaux abondent dans la réalité italienne autant sur le terrain contractuel que sur celui de l'information / consultation / concertation.

Tableau 1.

Représentation syndicale par établissement (% des suffrages exprimés)

Elections RSU 1998	**CISL**	**CGIL**	**UIL**	**Autres**	**Total**
Itapa	40,6	38,7	8,9	11,8	100
Itasud	54,7	8,6	15,8	20,9	100
Itato	16,4	44,4	11,6	27,6	100
Elections au CTE ou CE (*) 1999	**CFDT**	**CGT**	**FO**	**Autres**	**Total**
Fralev	37,6	53,7	0	8,7	100
Fracou	38,8	25,4	35,8	0	100
Frapriv (CE)	63,9	0	36,1	0	100

(*) CTE (Comité Technique d'Etablissement) dans le secteur public ; CE (Comité d'Entreprise), dans le secteur privé.

Au plan du processus de la négociation, les cas français analysés présentent le profil suivant : la direction formule une proposition de changement ; le syndicat s'oppose ; en appelle à la mobilisation ; la direction formule à nouveau sa propre proposition en tenant compte des requêtes du syndicat. Au contraire en Italie, il est improbable que la Direction formule ses premières propositions sans au préalable qu'elles aient été acceptées au travers des canaux - formels et informels – sous la forme d'un consensus qui regroupe la plus grande partie des syndicats. Dans le cas où le consensus n'est pas atteint, il est probable que s'installe alors une situation de paralysie plutôt qu'un conflit ouvert (c'est typiquement le cas à Itato).

A ces différences légales et institutionnelles des relations industrielles correspondent des différences de stratégies syndicales face au changement. En France, semble prévaloir soit des situations de contraste / opposition au changement, soit une forme de négociation (*contrattazione*) des conséquences de ces changements sur la situation de travailleurs. En Italie, il semble que le syndicat tende à négocier seulement les conséquences des changements, mais cette fois dans le but d'améliorer l'efficacité du changement lui même, voire en tant que partenaire stratégique de la direction.

D'autres différences ou similitudes se retrouvent dans les six établissements indépendamment du pays d'appartenance.

Le rôle du syndicat est, par exemple, conditionné par de nouveaux éléments liés à la concurrence inter établissements que la réforme favorise. Dans ce cas, la situation singulière de l'établissement dans son marché local est décisive. C'est le cas de Fralev ou de Itasud.

Dans les deux pays, ces éléments concurrentiels peuvent justifier que la direction exerce sur les syndicats une forte pression pour qu'ils adhèrent à son projet dans une forme inattendue de *concession bargaining*.

Un autre élément susceptible de conditionner la position du syndicat face au changement est l'existence de rivalités intersyndicales. Là où elle marquée, il est possible que le recours, ou la menace de recourir, au conflit soit une modalité pour affirmer la force d'un syndicat non seulement *contre* la direction mais aussi *vis à vis* des autres syndicats concurrents. En France, c'est le cas de Fracou. Dans les hôpitaux italiens, la rivalité intersyndicale peut aboutir à la paralysie décisionnelle plus qu'au conflit ouvert.

1.2/ Discussion on policy implications

Les systèmes de santé des pays industrialisés sont l'objet de réformes profondes impulsées par les gouvernements. L'objectif est en général d'assurer une meilleure maîtrise des coûts de la santé et d'ajuster au plus près, en quantité comme en qualité, une offre équitable de soins aux besoins sanitaires des citoyens dans un contexte de développement rapide des connaissances et des technologies médicales. Les systèmes hospitaliers européens se retrouvent en première ligne des politiques publiques de modernisation et de rationalisation de l'offre de soins.

Les moyens utilisés par les gouvernements pour réformer les systèmes hospitaliers et faire tendre les hôpitaux vers de nouvelles formes " d'excellence " économique paraissent, à première vue, un peu les mêmes partout en Europe : nouveaux modes de définition et de contrôle des objectifs ; introduction d'outils de gestion (économique et sociale) souvent empruntés à la panoplie de l'entreprise privée (démarches qualité, contrôle de gestion, rationalisation des coûts) ; appel à la participation directe des salariés à la réalisation des objectifs de l'hôpital ; mise en concurrence des établissements.

Mais leurs chances de succès dépendent largement de la manière dont ils réussissent à s'articuler aux logiques et aux dynamiques professionnelles, techniques et sociales qui sont également à l'œuvre au sein de l'hôpital. Ces dynamiques propres aux acteurs des systèmes de soins peuvent revêtir des formes variables d'un pays à l'autre en raison d'une histoire, de lois, de pratiques et d'institutions spécifiques. Mais, au sein d'un pays donné, ces dynamiques s'expriment par des voies différentes selon les contextes locaux.

C'est dans cette perspective que l'on a interrogé la manière dont se joue la relation supposée positive entre les nouvelles formes de participation des salariés et les nouvelles définitions économiques et gestionnaires de l'efficacité des systèmes de soins. Cette Interrogation met en jeu, d'une part, la diversité des conceptions de l'efficacité des soins portées par les protagonistes de l'hôpital (tutelles, directions, médecins, personnels, usagers) et, d'autre part, le degré de mise en œuvre effective de la participation des salariés.

C'est aussi dans ce contexte, que se pose la question de la place des organisations syndicales et des modes classiques de participation " indirecte " des salariés dans les changements en cours et en particulier par rapport aux nouvelles tendances vers une gestion plus " directe " et participative des ressources humaines.

En terme d'implications politiques, il faut donc tenir compte d'abord du poids du passé et de l'importance des modalités concrètes, détaillées de l'implantation des changements. De ce point de vue la recherche ne saurait déboucher ni sur des recommandations concernant les structures ou les stratégies syndicales ni sur le bien fondé théorique des réformes en cours.

En revanche trois suggestions d'axes d'actions pour le futur se dessinent :

- l'importance accordée à l'implantation du changement devrait conduire à renforcer les <u>instances formelles de la concertation</u>. Certes, celles-ci sont très présentes au plan de l'établissement mais elles le sont moins au niveau régional qui est pourtant devenu décisif. Avec l'ouverture des hôpitaux sur leur environnement, il est en effet devenu nécessaire d'articuler les décisions prises en raison d'enjeux internes avec les besoins et les contraintes d'une zone géographique étendue. Dans ce mouvement l'asymétrie d'informations est en faveur de la tutelle au détriment des partenaires potentiels de la décision (personnels et usagers).

- les changements en cours modifient les places respectives des métiers et, parfois, leur contenu même. Il y a donc nécessité à former les personnels, avant, pendant et après, la mise en

œuvre du changement (tant organisationnel que technique). Ce point est d'autant plus crucial que toutes les évolutions observées possèdent au moins deux caractéristiques qui exigent une actualisation des compétences. Il s'agit, d'une part de l'exigence de qualité (et le rapport aux demandes forcément évolutives des usagers) et, d'autre part, des appels à la participation et, plus encore, à l'engagement. Celui-ci ne peut être effectif sans une connaissance du contexte dans lequel il doit se déployer.

- enfin, il est apparu que les hôpitaux et leurs personnels inscrivaient leurs actions et leur pratiques dans une tension entre une planification de moyen terme et des ajustements de court terme. Pour alléger cette tension, ou pour faire en sorte qu'elle soit propice à l'implantation efficace des réformes, il est sans doute nécessaire que l'information stratégique soit diffusée et partagée. De ce point de vue, en effet, il n'est pas sur que la contractualisation (qui théoriquement pousse à la transparence) suffise à diminuer les risques de comportements opportunistes.

2/ Background and objectives of the project

Comme on l'a vu, la problématique de la recherche vise à la mise au jour des liens entre, d'une part, l'efficacité économique et sociale et, d'autre part, les dispositifs de participation. Or sur ces deux plans la recherche elle même s'inscrit dans une analyse critique des évolutions observées récemment dans les hôpitaux européens.

Pour décrire l'arrière plan et les objectifs initiaux de la recherche, il est donc d'abord indispensable d'évoquer les grandes lignes des réformes qui affectent les systèmes hospitaliers français et italien (2.1). Dans cette perspective, seront d'abord résumées les principales transformations de la régulation économique et politique (2.1.1), puis seront abordées les évolutions récentes de leur système de relations professionnelles (2.1.2).

A partir de ces constats, et compte tenu de la problématique de la recherche (la mise au jour des liens entre, d'une part, l'efficacité économique et sociale et, d'autre part, les dispositifs de participation) les quatre hypothèses initiales seront présentées (2.2).

2.1/ Des contextes institutionnels et organisationnels mouvants

Depuis une dizaine d'années, la France et l'Italie, à l'instar de la plupart des autres pays européens (Letourmy, 2000), ont engagé des réformes de leur système hospitalier que l'on peut qualifier de structurelles. Elles semblent converger pour faire de l'hôpital un lieu ouvert et rationalisé dans lequel les relations hiérarchiques traditionnelles se combinent avec des relations contractuelles. Pour accompagner ces réformes, il est fait appel, dans les deux pays à la mobilisation et à l'implication des personnels dont il est difficile d'évaluer la réalité et les impacts.

Dans les deux pays et depuis le début des années 90 la dynamique de rationalisation s'est notablement accélérée (Mossé, 2000). Elle s'est, notamment, traduite par l'apparition de nouveaux acteurs et de nouvelles institutions (2.1.1). L'hypothèse est ici que les modifications du Système de Relations Industrielles sont et seront de plus en plus décisives dans la recherche d'efficience micro et macro économiques (2.1.2).

2.1.1/ Rationalisation, contractualisation, régionalisation

En France, la loi de 1991, renforcée par les Ordonnances d'avril 1996, a mis l'accent sur la planification quantitative et qualitative ainsi que sur la collaboration entre l'Etat et l'Assurance maladie dans le but d'adapter l'offre et les besoins. Elle a surtout consacré la Région comme niveau pertinent d'organisation de la santé. Ainsi, la réforme de 1996 instaure-t-elle, un nouvel acteur, l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH). Dans chacune des 26 régions françaises, ces agences ont pour mission de réguler quantitativement et qualitativement les évolutions du système hospitalier.

L'outil principal en est la contractualisation. Celle-ci existait depuis 1991, mais les Ordonnances d'avril 1996 mettent en place une nouvelle procédure d'engagement entre chaque établissement et l'Agence Régionale l'Hospitalisation sous la forme d'un Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens [6].

Egalement créée en 1996, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) est, notamment, chargée de l'Accréditation, démarche qualité à la française à laquelle sont soumis tous les établissements de soins.

Dans cette dynamique, les personnels sont amenés à participer à la définition des termes du contrat, via le Projet d'Etablissement (obligatoire depuis 1991) et à se mobiliser autour d'objectifs et de démarches nouvelles (qualité, etc.).

Ce processus de rationalisation, interne et externe, renforce un mouvement de recomposition de l'offre hospitalière (Mossé, 2001). Ainsi, la période récente se caractérise par une diminution sensible du nombre de lits de court séjour. Au total, 40.000 lits d'hospitalisation complète dans le secteur public et 20.000 dans le secteur privé ont été fermés entre 1990 et 1997.

Ce panorama rapide ne saurait omettre, pour ce qui concerne les établissements publics ou non lucratifs (financés sur la base du budget global et des DRG), l'explosion des entrées en urgence et des consultations externes.

[6] Pour être valable, ce contrat doit être compatible avec les orientations du SROS (Schéma Régional d'Organisation Sanitaire) qui définit les besoins en termes d'équipements en les déclinant établissement par établissement.

Dans le privé, les évolutions quantitatives se traduisent, notamment, par un développement de la chirurgie ambulatoire au détriment de la chirurgie classique et par une diminution du nombre d'établissements à but lucratif (financés sur la base du prix de journée).

En Italie, c'est avec la création du Service de Santé National (SSN) en décembre 1978, que la réforme globale et unitaire de la santé s'est réellement amorcée. Elle confie l'offre de services hospitaliers et de prévention à des Unités Sanitaires Locales (USL). Elles ont comme référence directe la région d'appartenance chargée de la répartition du financement provenant du Fonds Sanitaire National alloué en fonction du nombre d'habitants et de diverses variables d'utilisation. L'organisation institutionnelle du SSN articule trois niveaux, le central/étatique, le régional et le local/communal (Unités Sanitaires Locales ou USL).

Les Régions peuvent augmenter le Fonds provenant de l'Etat avec des recettes propres lorsque la dépense sanitaire de ses habitants est supérieure à celle garantie par le Fonds National [7].

En 1992, le décret 502 introduit de nombreux éléments d'innovation afin de rendre compatibles le maintien du caractère public du Système de Santé et des éléments de concurrence. Cela se traduit notamment par la transformation des structures de santé en " entreprises " (les hôpitaux sont ainsi dénommés "*azienda*" ou " entreprises hospitalières ") les USL deviennent des ASL (*Aziende Sanitaria Locali*). Cette réforme introduit également un dispositif d'agrément / accréditation et organise la concurrence entre secteur public et privé, sur la base de la reconnaissance du principe du libre choix des patients (France, 2000 ; France, 1998).

A côté du secteur public, il existe en effet, des Etablissements sanitaires privés qui depuis la réforme, doivent respecter les standards de prestations afin d'obtenir le paiement des interventions aux mêmes tarifs que celles fournies par le public.

Les USL / ASL sont responsables de la fourniture des soins à la population. Elles possèdent en propre des structures de soins mais elles passent aussi des accords avec des hôpitaux et des services privés. On comptait en 1978 plus de 650 USL ; elles sont aujourd'hui au nombre de 220 qui couvrent l'ensemble du territoire.

La troisième réforme, mise en place par le décret 229/1999, prolonge, en les précisant les principes généraux de la réforme précédente. Le processus de régionalisation du système et la transformation des structures du Service de Santé National en entreprise s'en trouve renforcé.

[7] Depuis 1997, les hôpitaux sont, à 60% financés par la méthode des DRG.

L'accent est mis sur les aspects d'évaluation et de promotion de la qualité des soins par rapport auxquels on souligne l'importance de la formation des agents. Ainsi, chaque année, chaque établissement doit publier la liste des services qu'il est susceptible de fournir. Et, sur la base de standards requis, une procédure d'*accreditamento* est obligatoire pour tous les établissements. Pour l'heure, le dispositif d'accréditation est limité à certains services (laboratoires, radiologie, etc.), mais beaucoup d'établissements se sont lancés dans des procédures d'évaluation de la satisfaction des *cliente*. De plus, les rémunérations des personnels, médicaux ou non, sont, pour partie, liées aux résultats sous la forme de " prime de productivité " notamment prélevées sur les ressources dégagées par le passage au temps partiel de certains agents.

Cette rationalisation a eu un impact certain sur l'offre. Ainsi, le nombre de lits a diminué d'environ 10% entre 1992 et 1999, s'approchant de l'objectif d'une moyenne de 5,5 lits pour 1 000 habitants. Plus encore, le nombre d'hôpitaux, publics ou privés conventionnés (1465) est en cours de réduction, à la suite de la fermeture ou de la reconversion des structures de moins de 120 lits. On remarque toutefois une différence importante entre le Nord et le Sud de l'Italie. Au Sud, il existe moins de lits disponibles (4,8 pour 1000 hab.) et l'on note, pourtant, un taux d'occupation plus faible (70,2%). Ainsi les hôpitaux privés représentent-ils, dans le Sud, une véritable alternative aux établissements publics avec 20 à 25% du total des hospitalisations dans quelques régions (la moyenne nationale étant de 11%).

2.1.2/ Les relations industrielles : autonomie et représentation

En France, et du point de vue de la régulation interne et industrielle, le secteur de la santé correspond à deux mécanismes distincts pour le public et le privé. Dans le secteur public de la santé, comme dans l'ensemble de la fonction publique, les règlements et les conventions font l'objet de négociations avant que le gouvernement ne légifère en s'inspirant largement du *relevé de conclusion* sur lequel les partenaires se sont mis d'accord.

Dans le secteur privé lucratif, les partenaires sociaux, patronaux et syndicaux, mènent le jeu. Ils ne sont pas dans l'obligation de suivre les conventions collectives nationales mais pouvaient adopter deux conventions collectives, aujourd'hui fusionnées, celle de l'Union de l'Hospitalisation Privée (UHP) ou celle de la Fédération Française Intersyndicale des Etablissements de l'Hospitalisation Privée (FIEHP).

Depuis novembre 1988, année marquée par des mouvements sociaux d'ampleur, le secteur public hospitalier a fait l'objet de négociations intenses dans deux domaines principaux . Le premier est celui des conditions de travail. Un dispositif d'évaluation des initiatives en matière d'amélioration des conditions de travail a été mis en place. Cette nouvelle

démarche donne une nouvelle légitimité aux syndicats, ils sont reconnus comme la pièce maîtresse pour rapprocher les solutions des lieux où se posent les problèmes concrets [8].

Le second domaine concerne les classifications professionnelles, qui sont essentiellement régulées au plan national.

Dans chaque établissement, les négociations se déroulent généralement au sein d'instances formelles : comité technique d'établissement, comité d'entreprise ou délégué du personnel dans le privé. La tenue régulière du Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) est une obligation qui s'impose à toutes les entreprises, publiques et privées.

De plus, différentes modalités de participation directe ont été largement impulsées par les réformes successives. Celle de 1991 a permis la création de deux nouvelles instances : la commission de service de soins infirmiers (CSSI) et le Conseil de Service. La CSSI a été instaurée pour permettre la reconnaissance au niveau de l'établissement entier de la profession d'infirmière ; son impact sur le fonctionnement de l'hôpital (e.g. projet d'établissement) n'est pas négligeable. En revanche, le Conseil de Service, n'a pas encore trouvé sa place.

Par ailleurs, les syndicats sont parfois réticents devant cette émergence de participation directe instituée qu'ils considèrent souvent comme une menace.

Historiquement, le système de négociation est centralisé. C'est ce qui explique que le nombre d'adhérents, quoique plus élevé que dans le secteur industriel, soit relativement faible. Toutefois, la participation aux élections professionnelles est forte (autour de 80%) qui détermine la représentativité, locale et nationale, des syndicats. Le paysage syndical français est en effet marqué par la concurrence sinon par l'affrontement intersyndical. De ce fait des stratégies de distinction peuvent se mettre en place, notamment au niveau central (national et confédéral) qui viennent perturber les éventuelles velléités d'action locales concertées.

En Italie, le Système Sanitaire National comprend plus de 685.000 employés, soit 24% de la fonction publique. Dans ce secteur, le rapport à l'emploi et les relations syndicales sont régulés par des lois et des normes qui sont valables pour l'ensemble des secteurs de l'administration publique.

Aujourd'hui, tous les employés du Service Sanitaire National ont un contrat de travail défini par une convention collective.

[8] L'accord signé le 14 mars 2000 entre le ministre de la santé et les syndicats représentatifs, à l'exception de la CGT, a confirmé et renforcé cette politique.

Pour tous les corps de métier (employés, infirmiers, médecins, cadres administratifs), les contrats obéissent à une réglementation définie à deux niveaux.

Le niveau national est le pilier de la structure ; il correspond à la convention collective nationale. Au niveau de l'entreprise, les cadres peuvent également bénéficier de contrats particuliers touchant quelques services du secteur public.

Concernant les salaires, des variations locales sont possibles dans la mesure où ils peuvent être fonction des résultats économiques (productivité ; qualité ; compétitivité). Le salaire dit participatif correspond à cette part modulable et individualisée.

Du côté des employeurs et au niveau national, l'ARAN [9], instituée par la loi 29/1993, (dont les pouvoirs ont été renforcés par la réforme de novembre 1997) est l'organisme unique de représentation. Cette Agence a été créée dans le but d'éviter l'ingérence directe des partis politiques dans les affaires contractuelles. Elle suit des orientations formulées par le comité de coordination des employeurs (comité de secteur dans lequel siègent les administrateurs régionaux de la santé). Du côté des employés, les acteurs sont les syndicats représentatifs dans le domaine contractuel (branche) et les confédérations auxquelles ils sont affiliés (Bordogna, Dell'Aringa et Della Rocca, 1999).

Au niveau de l'entreprise, une instance de réflexion , la *Rappresentanza Sindacale Unitaria* (RSU), permet d'étudier dans chaque situation la position à tenir pour l'ensemble des syndicats.

La présence syndicale, est caractérisée par un taux de syndicalisation moyen d'environ 50%, avec des taux bien plus élevés pour les cadres et les dirigeants (de 65 à 70%). Ceux-ci sont souvent adhérents de syndicats professionnels ou " autonomes " alors que les autres salariés sont affiliés le plus souvent à l'une des trois grandes centrales italiennes (CSIL, CGIL et UIL). Au total, si les taux sont très élevés ils correspondent à la moyenne du secteur public. Mais la présence de syndicats non affiliés aux trois plus grandes confédérations trouble l'efficacité de la représentation.

Cette configuration a été modifiée par l'approbation de nouvelles règles sur la représentativité (voir L. 396/97). L'objectif est de ramener à environ 5 ou 6 le nombre d'organisations représentatives par catégories professionnelles (employés, médecins, etc.). A la fin 1998 eurent lieu les premières élections sous ce régime. Elles ont connu un taux de participation très élevé, d'environ 80% [10].

---

[9] Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni

[10] Lors des dernières élections dans les hôpitaux, la répartition des voix entre les principaux syndicats a été la suivante. En Italie: CGIL, 27.61%, CISL, 31.9%, UIL, 15.17%, Autres, 25.31%. En France : CGT, 30.59% ; CFDT, 28.63% ; FO, 23.69% ; Autres 15%.

2.2/ Hypothèses de recherche : de l'efficience à l'autonomie

En France les lois de 1991 et les ordonnances de 1996 ont accompagné la rationalisation en renforçant les lieux de la confrontation formelle (conseil de service, projet d'établissement, contrat d'objectifs et de moyens). En Italie, les hôpitaux transformés en entreprises hospitalières, ont acquis une autonomie de gestion au sein d'un système de santé national rénové.

Au plan de l'action publique, la dynamique de la régionalisation plus aboutie en Italie car construite sur l'Histoire " longue ", est le signe de cette autonomie. Mais les contraintes financières et réglementaires sont toujours définies au niveau national. Face à cette tension entre autonomie et contrainte, les syndicats se sont organisés différemment.

En France, il n'existe pas d'instance permettant de débattre de situations particulières pour donner une position syndicale commune. Tant au niveau local qu'au niveau national, chaque syndicat adopte une position qui lui est propre, mais souvent sur le mode de la distinction.

Au contraire, avec la RSU, l'Italie possède un système de relations professionnelles dont l'horizon local est la recherche du consensus ou à tout le moins d'une harmonisation à base de compromis intersyndical. La " culture " française du conflit semble donc s'opposer à la " culture " italienne du consensus.

L'objet de la recherche comparative est précisément d'analyser comment se concrétisent, dans chaque établissement, ces Systèmes de Relations Professionnelles à l'épreuve des changements.

Son objectif initial étant d'interpréter le lien efficacité / participation en mettant en évidence la diversité des situations locales, quatre hypothèse initiales ont été posées dans le but de guider la recherche de ce lien.

Hypothèse 1:

L'efficacité des organisations hospitalières dépend du dosage entre les différents types de Participations. Une hypothèse syndicale, fréquemment avancée, revient à postuler que l'avenir du syndicalisme repose sur sa capacité à intégrer la dynamique de la Participation Directe. Or celle-ci n'est ni inéluctable ni sans risques économiques et sociaux. Il ne faut donc pas négliger les effets potentiellement néfastes de la Participation Directe (exclusion des personnes non préparées, déréglementation, manipulation démagogique, attentes déçues faute

de moyens ou de continuité, etc.). L'hypothèse est ici que la performance des hôpitaux dépend de la cohérence entre, d'une part, les formes de participation (négociation collective classique, cogestion, co détermination, participation directe " organisationnelle ", participation financière) [11] et, d'autre part, les différentes conceptions de l'hôpital et de ses missions.

Hypothèse 2:

L'engagement syndical dans la Participation Directe dépend de conditions préalables, ne peut pas être le résultat d'une décision " politique ". Parmi les conditions qui pousseraient les syndicats dans l'arène de la Participation Directe, certaines se présentent comme des préalables (une forte présence syndicale, l'existence d'une " compétence sociale " partagée, etc.) ; d'autres dépendent des modalités pratiques de la Participation Directe. Ces conditions, autant que les dispositifs participatifs eux-mêmes, deviendraient ainsi les objets de la recherche.

En France, avec le développement des négociations au plan de l'entreprise, on assiste au passage d'un syndicalisme d'opposition à un syndicalisme de propositions. Mais le contexte de division syndicale, à connotation politique, exacerbe les oppositions. Pour la CFDT, syndicat perçu comme le plus favorable à la " cogestion ", la Participation Directe est à la fois une occasion et un test.

En Italie, l'unité syndicale s'accompagne d'une attention accrue aux impératifs gestionnaires et économiques. De plus l'autonomie de gestion des hôpitaux conduit des responsables syndicaux à adopter des positions proches de la cogestion (et parfois favorables à l'intéressement des personnels aux bénéfices). Toutefois, le déséquilibre Nord / Sud (en terme de densité de l'offre, de rapport public / privé ou de richesse économique) conduit vraisemblablement à nuancer toute velléité de stratégie nationale.

Hypothèse 3:

En l'absence d'un accord sur le type d'efficacité recherchée, l'accent mis sur les exigences de Qualité déstabilisent les personnels hospitaliers. Par rapport aux outils d'évaluation traditionnels, les démarches Qualité ont en commun de mettre au centre la prise en compte de l'interaction, de la coordination entre les intervenants. De plus, là où l'évaluation de la qualité des soins privilégie l'acte technique et son résultat, les démarches Qualité tentent d'introduire une auto réflexion sur les procédures. Pour l'heure, ces tentatives restent limitées à un service ou à une activité, mais la dynamique concurrentielle conjuguée au développement de l'agrément ou de l'Accréditation, devrait pousser à leur développement massif au niveau de

[11] Cette typologie est tirée de H. Pinaud et alii, 1995.

l'établissement tout entier. La première étape d'une démarche Qualité réellement participative et adaptée à la situation hospitalière, consisterait donc en la définition collective des finalités poursuivies par l'organisation. Par le biais de la qualité serait ainsi revitalisée l'idée de projet concerté.

Hypothèse 4:

Le temps de travail, sa réduction et son aménagement (révélateurs de tensions entre vie professionnelle et vie privée) traduisent la diversité des missions de l'hôpital, à la fois lieu de socialisation et de production technique.

Le temps de travail est devenu un des thèmes privilégiés des négociations et conflit dans l'entreprise. Touchant à la fois à la production et à la sphère domestique, les modes de régulation du temps de travail sont devenus en eux-mêmes des enjeux.

Cette situation aboutit à une grande diversité, d'une part, des horaires individuels (notamment dans les services de soins) et, d'autre part, des contrats de travail. Le plus souvent régulé au plan informel et individuel, cet éclatement, est perçu par les uns comme une garantie de qualité et d'engagement ; pour les autres il est, un facteur non négligeable de dysfonctionnements dans l'organisation.

Au plan des discours, se distinguent deux problématiques qui se présentent comme antagonistes: d'une part celle de l'efficience productive qui met l'accent sur l'adaptation et la flexibilité, d'autre part, celle du partage qui met l'accent sur les conditions d'une réduction concertée.

Chemin faisant, la problématique de la recherche s'est partiellement infléchie.

D'une part, la question du temps de travail s'est focalisée davantage sur l'organisation du temps que sur sa réduction ; d'autre part la question de la participation s'est muée en une réflexion sur le contenu et les conséquences de l'appel à la responsabilité et à l'autonomie.

Cet infléchissement est, en lui même, un résultat de la recherche puisqu'il résulte directement de la méthodologie mise en œuvre. En effet, c'est par le biais des contacts et des échanges à la fois fructueux et continus entre les acteurs de terrain, les syndicalistes et les chercheurs français et italiens que la question de l'autonomie a d'abord émergé, puis est devenue centrale.

Partie de la question de l'efficience, la recherche a donc questionné l'effectivité et les modalités de l'articulation entre deux dynamiques ; celle de l'autonomie de l'hôpital et celle de l'autonomie dans l'hôpital.

Sont alors apparus, outre les thèmes initiaux, des enjeux économiques et politiques nouveaux. Parmi eux citons, ici, les deux principaux qui feront l'objet d'analyse plus fines dans les parties suivantes. Tout d'abord, la question de la frontière des organisations hospitalières. Ici apparaît clairement un décalage entre les formes d'organisation des acteurs collectifs (syndicats, tutelle, professionnels, etc.) et les formes ouvertes des pratiques. Les premières restent figées sur des structures, des niveaux de décision et des façons de faire hérités de l'époque où l'hôpital était fermé sur lui même ; celles ci sont innovantes, mouvantes et renouvelées.

Vient ensuite la question de l'autonomie proprement dite. Ici apparaît clairement un décalage entre, d'une part, les appels incessants à toujours plus de responsabilité et d'autonomie de personnels au risque d'en mettre en péril la cohérence interne et, d'autre part, les appels à toujours plus de cohésion afin de permettre la transformation du modèle de la bureaucratie professionnelle.

3/ Scientific description of the project results and methodology

Introduction du chapitre 3

La méthodologie, qui sera décrite dans une première partie de ce chapitre (3.1) repose sur deux originalités qui ont rendu sa mise en oeuvre à la fois difficile et passionnante (la cogestion et la comparaison internationale). Bien que dans la réalité, les deux dimensions aient été affrontées simultanément, elle seront évoquées, ici, dans deux paragraphes différents (3.1.1 et 3.1.2).

Après que le choix des terrains aura été justifié (3.1.3), l'enquête par questionnaire et ses résultats feront l'objet d'un développement spécifique (3.1.4, pour la mise en place, et 3.1.5, pour les principaux résultats). . Ils sont placés dans cette partie consacrée à la méthodologie car, bien que l'enquête ait débouché sur des résultats spécifiques, elle a surtout été utilisée comme un matériau pour l'analyse et l'interprétation.

Celles-ci seront l'objet de la partie 3.2 (centrée sur l'analyse des formes de changements observées dans les six établissements) et de la partie 3.3 (centrée sur l'analyse de la place des syndicats dans la décision).

3.1/ Méthode, cogestion et comparaison

3.1.1.Une recherche cogérée .

C'est à la suite d'expériences françaises de recherches participatives réussies associant chercheurs et syndicalistes dans le cadre de deux programmes de coopération CNRS-CFDT (l'un de 1984 à 1989, le second de 1991 à 1995) que se sont construites les coopérations dont les résultats présentés ici sont le fruit (Chouraqui, 1991 ; Pinaud, 1997 ; Pinaud, Le Tron et Chouraqui, 1999).

Double coopération cette fois, entre syndicats et chercheurs d'une part, et entre syndicats italiens et français et chercheurs de ces deux pays d'autre part. Double complication également lorsqu'il a fallu, à partir de points d'expérience et d'intérêt communs, faire converger des

langues, des langages et des modes d'expression au départ assez naturellement éloignés les uns des autres, tout en préservant les spécificités et les centres d'intérêt de chacun. Ces difficultés ont été surmontées par la mise en œuvre d'un système efficace de cogestion de la recherche à base d'instances de pilotage associant étroitement à chaque étape syndicalistes, chercheurs et universitaires des deux pays. Double enrichissement de la recherche enfin, puisque la démarche a permis d'observer le changement à l'hôpital, ses modalités et ses effets dans deux contextes sociétaux à la fois proches et différents.

Les quatre partenaires de la recherche sont deux fédérations de deux Confédérations syndicales adhérentes à la CES, la CISL pour l'Italie et la CFDT pour la France, une équipe universitaire italienne (Apotema, Milan) et un centre de recherche français (le Lest, Aix en Provence). A divers titres, tous ces partenaires sont concernés et intéressés par les effets des réformes hospitalières sur les modes de participation des salariés au changement : les uns pour éclairer leur action et servir au mieux la cause de leurs adhérents et des personnels ; les seconds pour enrichir la connaissance du fonctionnement économique et social de nos sociétés et mettre à l'épreuve des faits les appels gestionnaires à la participation directe des salariés comme condition d'efficacité de l'hôpital.

Les retours d'expérience syndicale et les échanges de connaissances scientifiques entre chercheurs des deux pays ont constitué un moyen d'avancée précieux pour la recherche ; ils ont permis d'effectuer : d'une part un cadrage des systèmes hospitaliers et des systèmes de relations industrielles nationaux ; d'autre part une articulation des observations locales aux contextes sociétaux. Ils se sont déroulés au sein de dispositifs précis : un Groupe International de Recherche rassemblant tous les correspondants d'établissement, les syndicalistes partenaires du projet et les équipes de recherche (20 personnes) ; un Groupe International de Pilotage, comprenant au moins un chercheur et un partenaire syndical de chacun des deux pays ; deux Groupes Nationaux de Pilotage comprenant, chacun dans son pays respectif, au moins un chercheur et un syndicaliste.

On trouvera en annexe de ce rapport les comptes rendus de trois réunions de ces différents groupes qui montrent que les échanges entre chercheurs et syndicalistes ont été parfois difficiles, souvent fructueux, toujours constructifs.

3.1.2. Italie et France : des systèmes hospitaliers nationaux différenciés soumis à une même dynamique de rationalisation

La vertu méthodologique de cette comparaison internationale est d'enrichir l'étude des dynamiques locales qui sont en jeu au sein même de chaque hôpital dans chacun des pays par la prise en compte d'éléments extérieurs qui sont supposés conditionner l'action des acteurs locaux.

L'intérêt de faire porter la démarche comparative sur la France et l'Italie réside dans le fait que leurs systèmes hospitaliers sont suffisamment proches pour être comparés tout en respectant des cadres, des normes et des usages nationaux assez différents.

Ainsi les deux pays ont engagé à peu près simultanément des réformes structurelles de leurs systèmes hospitaliers : depuis le début des années 90, la dynamique de rationalisation s'y est notablement accélérée. Chacun a vu apparaître de nouveaux acteurs et de nouvelles instances de régulation, de nouveaux modes de financement, des formes élaborées de décentralisation de la régulation quantitative et qualitative de l'offre de soins. En France comme en Italie, on observe une diminution du nombre de lits, une réduction de la durée des séjours, le développement de soins ambulatoires, etc. Dans les deux pays, les outils de réforme ont été pratiquement les mêmes : l'autonomie de gestion de l'hôpital dans le cadre d'engagements contractuels pluri-annuels avec les instances de financement, l'appel à l'implication et à la mobilisation des salariés, une mise en concurrence des établissements.

Pourtant, les modalités concrètes du changement diffèrent sensiblement d'un pays à l'autre, en grande partie parce qu'il intervient au sein de trajectoires et d'environnements sociaux, politiques et juridiques différents.

Par exemple, si les réformes des systèmes hospitaliers italien et français opèrent sur la base d'une décentralisation de l'évaluation, du contrôle et du financement des hôpitaux en renforçant ou en créant des structures régionales, la régionalisation paraît aller plus loin en Italie qu'en France où la tradition centralisatrice des pouvoirs de l'Etat est plus forte et plus résistante. Ainsi, en Italie, la région est dotée de fonctions législatives plus élargies qu'en France, elle peut par exemple augmenter le fonds de financement de la santé provenant de l'Etat avec ses ressources propres ; d'autre part, la décentralisation est poussée jusqu'au niveau local des " Unités Sanitaires Locales " et des " Districts de base ".

Un deuxième exemple illustre assez bien la différence principale qui sépare l'Italie de la France en matière de décentralisation de la régulation économique et sociale : en France, c'est

une loi nationale, à l'initiative de l'Etat, qui impose (à l'hôpital comme ailleurs) l'aménagement et la réduction du temps de travail ; en Italie au contraire, l'absence de loi nationale, alliée à la pression locale pour des arrangements contextualisés explique que la réduction du temps de travail ne fasse l'objet que d'expérimentations disparates et négociées au niveau de l'établissement.

3.1.3. Choix des terrains

Au delà des données de cadrage qui ont pu être réunies sur les systèmes hospitaliers italien et français, il était nécessaire de se donner les moyens d'analyser au plus près du terrain les changements en cours dans les rapports qu'ils entretiennent avec les différentes formes de participation des salariés au sein des structures hospitalières. Pour cela, il convenait, d'une part, de choisir les lieux où faire porter l'observation ; d'autre part de sélectionner des types précis de changements observables ; enfin de déterminer des méthodes de recueil d'informations sur l'objet de la recherche.

Six sites d'observation et de recueil d'informations ont été retenus en concertation entre les chercheurs et les syndicalistes. Trois en Italie et trois en France. Ils concernent des établissements de soins de taille différente et à statut différent puisqu'une clinique privée figure dans l'échantillon (tableau 2).

Tableau 2

Caractéristiques des établissements de l'échantillon

Etablissements	**Entrées**	**Lits**	**Effectif total (hors médecins)**	**Entrées / Effectif**	**Effectif / Lits**
Fracou	30 462	1 028	1 845	16,5	1,8
Fralev	70 000	2 004	3 573	19,6	1,8
Frapriv (1)	9 816	197	268	36,6	1,4
Itapa	57 428	1 908	4 578	12,5	2,4
Itasud	54 245	1 274	2 763	19,6	2,2
Itato	70 936	1 950	4 641	16,6	2,4

(1) Etablissement privé lucratif commercial.

Au sein de chaque établissement, des services ont été sélectionnés en fonction de leur spécialité de façon à pouvoir réaliser des appariements aussi pertinents que possible par type d'activité entre établissements des deux pays. Deux réunions collectives ont été nécessaires pour arrêter le choix des services.

Il s'agissait en effet de respecter les exigences à la fois de la comparaison internationale, de l'accessibilité aux terrains et de l'intérêt des sites vis à vis des questions de départ (qualité et temps de travail). Chaque type de service retenu devait donc se retrouver dans au moins un hôpital de chaque pays. Mais, de plus, ces services devaient pouvoir rendre compte des questions centrales (ouvertures, coopérations, technicité, etc.) susceptibles d'être reliées aux hypothèses de départ.

Les cas, retenus en fonction de ces critères ont été les suivants :

Service des urgences : Itato, Fralev, Itasud
Hôpital de jour : Itapa, Fralev
Chirurgie cardio-vasculaire : Frapriv, Itasud
Laboratoire d'analyse : Itato, Fracou, Itapa
Service de Radiologie : Itasud, Fracou
Services d'ophtalmologie et de pédiatrie : Itapa, Frapriv.

Dans chaque établissement deux correspondants syndicaux (de la CISL ou de la CFDT selon le pays) ont été désignés (mais aussi informés et formés) pour piloter le travail d'enquête et faire remplir les questionnaires aux salariés.

Les cas de changement à observer, quant à eux devaient être suffisamment précis pour que les réponses obtenues des salariés puissent faire l'objet de comparaisons et d'analyses. Le choix d'un petit nombre d'" *événements d'innovation organisationnelle* " assez comparables était essentiel pour comprendre, de manière différenciée selon les établissements et selon les pays : les objectifs qu'ils servaient ; leurs modalités et procédures d'introduction et d'application ; les acteurs qu'ils impliquaient (à l'intérieur et en dehors du service) ainsi que leur rôle ; leurs effets sur les bénéficiaires des prestations et sur la qualité du service offert ; leurs conséquences sur l'organisation du travail, sur les conditions de travail et sur l'aménagement du temps de travail ; leurs implications en termes de compétences et de formation requises ; le rôle du syndicat et des instances de participation et de concertation dans le processus mis en œuvre et ses effets sur les relations syndicales.

Conformément au plan de départ, deux types de changements majeurs pouvant avoir des effets observables dans ces diverses directions ont été retenus : l'introduction de démarches qualité –ou d'innovations visant l'amélioration de la qualité des soins et du service rendu- et les modifications en matière d'organisation du temps de travail.

Afin d'analyser ces changements à la lumière des hypothèses de départ, les outils mobilisés et mis en œuvre dans la recherche ont été multiples et complémentaires.

Parmi eux, l'enquête par questionnaire a été le plus lourd à mettre en place et qui a le plus fait fonctionner le principe de la cogestion de la recherche. Pour cette raison, elle sera présentée d'abord et en détail.

3.1.4/ L'enquête par questionnaire : un exercice pratique de cogestion

Cette enquête a été réalisée dans les sites choisis : 236 salariés répartis sur les 6 établissements, et les 14 services, ont répondu à 33 questions ouvertes et 20 questions fermées permettant de caractériser les changements identifiés et leurs implications par rapport aux différentes dimensions d'analyse retenues comme pertinentes pour la recherche.

Fixés par les chercheurs; les principes de choix des personnes interrogées étaient les suivants. Tout d'abord, 18 personnes devaient être sélectionnés pour chacun des services. Un tiers de ces personnes devaient être extérieures au service considéré.

Parmi les personnes du service, l'échantillon devait comprendre un représentant pour chacune des 6 professions principales (par exemple : médecin, infirmière, aide soignant, agent de service hospitalier, agent administratif, cadre technicien, etc.) ; le reste de l'échantillon (soit 6 personnes) devait être réparti au prorata approximatif de chaque profession. De fait, ces critères ont été globalement respectés par les correspondants syndicaux dans chacun des services.

Parmi les personnes extérieures au service, l'échantillon comprend, par exemple : un agent technique, un agent administratif ou social, un agent médico-technique, un représentant de la direction ou de la gestion, deux infirmiers dans deux autres service. Dans chaque échantillon, le nombre d'adhérents syndicaux ne devait pas excéder 30%.

Le questionnaire lui même a été élaboré par les chercheurs, puis compléter par les membres du Groupe International de Pilotage et enfin, amendé par les membres du Groupe International de Recherche. Ces derniers ajustements répondaient à deux objectifs. Il s'agissait, d'une part d'améliorer la faisabilité de l'enquête et, d'autre part, de favoriser l'appropriation du questionnaire par les correspondants syndicaux d

Concrètement, deux séances de travail collectif, réalisées sous la direction d'un expert, ont permis de sensibiliser et de former les correspondants en charge de la passation des questionnaires.

Cette session a été précédée de plusieurs discussions portant sur le contenu et le sens de certaines questions. Certaines de ces discussions sont révélatrices de stratégies syndicales différentes ou d'appréciations diversifiées des évolutions professionnelles et organisationnelles parmi les membres du groupe de recherche. A titre d'exemples, seront citées ici les trois plus importantes.

A propos de la pluralité syndicale

Lors de l'élaboration initiale du questionnaire, les chercheurs avaient formulé la question n°26 de la façon suivante : " Quelle est la position du syndicat par rapport au changement étudié ? ". (réponses possibles : soutien ; neutre ; opposition ; je ne sais pas).

Dans la stratégie de recherche, cette question avait été formulée ainsi de façon à tester l'hypothèse fonctionnaliste concernant l'action syndicale. Dans cette perspective, le syndicat est un acteur unique dont le but est de maximiser son influence à travers l'augmentation du nombre d'adhérents.

A la lecture de la question, les délégués syndicaux français ont proposé de mettre le terme " syndicat " au pluriel car le fait de proposer une position unique pour l'ensemble des syndicats leurs paraissait correspondre à une vision archaïque du syndicalisme. Côté italien, en revanche, le singulier posait d'autant moins de problème que l'existence des RSU permettait d'assimiler le syndicat à cette institution, par nature, plurielle. Les uns réfutaient le singulier au nom de la singularisation ; mais c'est au nom du pluralisme que les seconds plaidaient pour le singulier.

A la fin de la discussion, il a été décidé que la question n°26 serait modifiée et que le terme " syndicat " serait mis au pluriel. De plus, le terme " contradictoire " a été rajouté dans la liste des réponses possibles afin de laisser à la personne interrogée la possibilité d'indiquer la pluralité des positions syndicales.

A propos de la division du travail

La deuxième question a trait à l'identité professionnelle, et singulièrement à celle des soignants. Dans plusieurs des questions le terme, courant en français, de " paramédical " était utilisé pour qualifier le personnel soignant non médecins. Pour les membres italiens du groupe

de recherche il est apparu que ce terme (comme le terme *“ mentione ”* pour *tâche*) pouvait être perçu comme péjoratif à l’égard des personnels soignants. En effet, ce terme en italien connote plus particulièrement la subordination des infirmières aux ordres du médecin et a donc été perçu comme inadapté.

Un texte issu de la section santé de la CISL (FIST)confirme cette opinion : “ Lorsque la capacité de guérir était le seul facteur à même de donner à ceux qui la possédaient la qualification de professionnels, à savoir des personnes ayant une complète autonomie vis à vis de leurs actes, cette qualité n’était reconnue qu’au médecin. Le rôle des autres opérateurs était de support à la réalisation du diagnostic et des soins avec des tâches et des fonctions ponctuelles marquées par une autonomie de choix limitée ou inexistante par ceux qui les réalisaient. La nécessité des usagers de pouvoir compter sur des services de santé de qualité de plus en plus élevée et la complexité accrue demandent de multiples prestations assurées dans différents domaines de connaissances et de compétences. Ces capacités permettent d’identifier d’autres professions ayant une autonomie de prise de décisions. Ces opérateurs exécutent de moins en moins de tâches exclusivement données par d’autres. Ils ... acceptent la responsabilité des actes produits. Ces caractéristiques .. ont besoin d’opérateurs infirmiers .. ayant des attitudes qui visent à revendiquer plus d’espace dans le cadre des organisations de santé. La nouvelle organisation devrait lui permettre (notamment) .. de développer une tendance à l’innovation et la quête de meilleures solutions aux problèmes ” (Fist, 1999).

Par contre, ni le terme de “ tâche ” ni celui de “ paramédical ” n’ont posé de problèmes particuliers aux représentants syndicaux français. Il semble que ces termes y soient compatibles avec la notion de rôle propre de l’infirmière. En effet, en France, après la seconde guerre mondiale, les relations entre infirmières et médecins ont changés. “ Jusque là, elles étaient calquées sur des rapports conjugaux : l’infirmière se comportait comme une bonne maîtresse de maison soumise à son époux ”[12]. La loi hospitalière du 31 décembre 1970 installe l’hôpital comme clé de voûte de l’offre de soins et donne un nouveau pouvoir aux soignants. Pour rendre effectif ce pouvoir, les infirmières s’engage dans une démarche d’affirmation de leur spécificité ; elles vont demander une définition juridique de leur fonction. “ Pour la première fois, apparaît la notion de soins infirmiers. Ils sont la fonction essentielle et originale de l’infirmière ; ils lui permettent de replacer une personne soignée dans son contexte de malade, d’analyser ses ressources à un moment donné, dans un cadre particulier, et d’en déduire sous sa

[12] C. Michelangeli, A. Branciard, Ph. Mossé “ L’infirmière ; de la gratitude à la reconnaissance ”, Revue Etudes, mars 1993, pp. 317 - 326.

responsabilité les actions à entreprendre tant sur le plan physique que psychologique. On se trouve dans une période “ humaniste ”centrée sur la personnalisation des soins. ” (Michelangeli, 1993).

La revendication de la prise en charge globale du malade est en partie satisfaite avec la nouvelle définition de la fonction infirmière (loi du 31 avril 1978).

Toutefois, si le groupe infirmier s’est structuré, a affermi son identité, il est en même temps menacé d’éclatement en raison notamment des spécialisations techniques, du cloisonnement des unités, des lieux d’insertion, d’une coupure enseignement-recherche, de la multiplicité des associations professionnelles. L’accumulation de ces insatisfactions aboutit aux mouvements de 1988 et de 1991. Depuis, le corps infirmier a connu de sérieuses améliorations dans les conditions de salaire et de déroulement de carrière.

La définition d’un rôle propre pour l’infirmière consacre une relative autonomisation pour la profession et la reconnaissance d’un champ de compétence propre. Les infirmières de leur propre initiative et en toute liberté se réfèrent à des valeurs centrales : la santé, l’homme, la société, pour chercher à définir leurs interventions et leurs pratiques, mais en même temps, elles interviennent dans une condition d’exécutante d’interventions déterminées par les médecins en référence, pour partie aux mêmes valeurs.

La difficulté actuelle des infirmières est d’arriver à tenir ensemble des rôles qui s’opposent : le rôle propre, l’exécution d’actes prescrits et la prise en charge globale. L’accent mis sur le rôle propre risque de faire oublier que les infirmières tirent aussi leur spécificité de leur fonction d’intermédiaire.

En France comme en Italie, l’évolution du statut de l’infirmière suit le même cheminement. Nous sommes dans des stratégies à la fois corporatistes et syndicales. Mais dans les deux cas, la manière dont on pense l’autonomisation de la profession, par une sur-spécialisation, mène à une impasse.

A propos des différents avatars de la qualité

La troisième question que la discussion collective sur la construction du questionnaire a soulevé concerne la qualité et ses définitions. Le thème de la qualité et les changements liés à l’implantation de démarche qualité est l’un des deux thèmes centraux de l’enquête par questionnaire. Son émergence dans le domaine de la santé est en effet un révélateur de deux dynamiques nouvelles et essentielles.

La première reflète une attention renouvelée à la notion d’organisation rationnelle du travail. Cette attention est induite par la technicité croissante et les interactions complexes au

sein de la prise en charge. La seconde traduit une volonté d'afficher que la finalité de l'intervention médicale est la satisfaction d'un patient. Celui ci désormais " éclairé " et en capacité de choisir (et donc de " voter avec les pieds ") serait devenu un client.

Ce dernier pose de multiples problèmes dans la mesure où l'expertise médicale a toujours reposé sur l'idée selon laquelle le médecin sait mieux que le patient ce qui est bon pour lui. Il existerait donc antinomie entre qualité perçue et santé publique. C'est l'existence de cet écart qui, en économie de la santé, explique le phénomène de l'induction de la demande par l'offre. Dans le domaine de l'éthique, cet écart justifie le paternalisme médical.

Malgré cette évidence, les forces concurrentielles, et la rhétorique qui l'accompagne, tendent à présenter l'usager / client comme souverain. Quelques soient leur performance technique ou leur périmètre de validité, les démarches qualité ne peuvent échapper à cette contradiction.

Dans la discussion autour de la constitution du questionnaire, cette contradiction est apparue et s'est focalisée sur l'énoncé de la question N°30. En effet cette question s'intéresse à l'influence du changement étudié sur le patient. Il s'agissait donc de savoir si le changement (aménagement du temps de travail ou introduction de la démarche qualité) avait influencé la qualité de la prestation. Légitimement, les syndicalistes français et italiens ont demandé si l'on considérait la " qualité perçue " par le malade ou la " qualité donnée " par le professionnel.

La discussion a confirmé que l'un des enjeux de la démarche qualité résidait bien dans le choix de la place que l'on occupe pour évaluer la prestation. Lorsque l'on privilégie la qualité perçue, c'est à dire la satisfaction de l'usager, on insiste sur l'importance à donner à l'amélioration des prestations dans un contexte de mise en concurrence des établissements. Par contre, si l'on s'intéresse à la qualité des soins donnés, on se base sur la reconnaissance et la compétence professionnelle ; ce faisant, on met implicitement ou non, l'accent sur l'existence d'un univers hospitalier monopolistique.

Les deux conceptions de la qualité et de sa mesure révèlent donc l'existence de deux modes antagonistes de régulation. La qualité perçue se réfère aux logiques marchandes ; la qualité donnée, aux logiques professionnelles.

En France, l'objectif de la démarche d'Accréditation qualité est de se conformer aux normes agrées et d'en profiter pour changer l'organisation dans les services. Pour le moment en sont exclues les interventions strictement médicales. Les référentiels et les protocoles concernent les aspects logistiques et les dimensions de sécurité liés à la circulation des informations et des patients entre les différents points de l'établissement.

En Italie, les hôpitaux se trouvent dans un contexte formellement et en apparence, concurrentiel. En conséquence, il serait rationnel que la qualité y soit jugée du point de vue de l'usager et en tenant directement compte de son appréciation.

On trouvera en annexe le questionnaire, résultats de ces négociations.

Dans chaque établissement les questionnaires ont été remplis dans le cadre d'entretiens prolongés entre les correspondants (eux-mêmes salariés de l'établissement) et les agents sélectionnés pour faire partie de l'échantillon. Cette expérience a également nourrit le caractère cogérée de la recherche. En ce sens elle est porteuse d'enseignements. Ceux-ci sont toutefois secondaires ou périphériques par rapport aux objectifs scientifiques *stricto sensu*. C'est pourquoi on trouvera en annexe, le compte rendu de la réunion qui s'est tenue en Italie (à Garde en juin 2000) et qui a été l'occasion pour les correspondants d'exposer les difficultés rencontrées et aussi les bénéfices qu'ils ont retiré de l'expérience.

Le tableau ci-dessous reprend la répartition du nombre de questionnaires par service et établissement.

Tableau 3

Répartition des questionnaires

SERVICES	ETABLISSEMENTS	QUESTIONNAIRES REÇUS
Urgence	ITATO	17
Urgence	FRALEV	20
Urgence	ITASUD	18
Hôpital de jour	ITAPA	17
Hôpital de jour	FRALEV	14
Laboratoire	ITATO	7
Laboratoire	FRACOU	18
Laboratoire	ITAPA	20
Radiologie	FRACOU	17
Radiologie	ITASUD	18
Ophtalmo.ou Pédiatrie	FRAPRIV	16
Ophtalmo.ou Pédiatrie	ITAPA	16
Chir. Cardio-vasc.	FRAPRIV	16
Chir.. Cardio-vasc.	ITASUD	18
TOTAL		242 (dont 236 exploitables)

Des restitutions des résultats de l'enquête ont été effectuées auprès des directions et des personnels ; les débats qui se sont noués à cette occasion avec les participants ont apporté des éléments supplémentaires d'information utiles à la recherche.

Les questionnaires ont été, dans un premier temps, exploités pour eux-mêmes, c'est à dire sans référence au contexte des établissements. Comme cette exploitation est, en elle même, riche d'enseignement il est nécessaire, avant d'aller plus avant dans la comparaison, d'en présenter les grandes lignes.

3.1.5/ L'analyse statistique de l'enquête par questionnaires

L'objet de cette recherche était de mettre à jour les opinions de différents acteurs quant à la participation à la décision et à la mise en œuvre d'un changement identifié et lié à l'organisation du travail dans les services.

Une synthèse des principaux résultats de l'enquête, basée sur les réponses aux 33 questions fermées et reposant sur des tris croisés, a été réalisée et a servi de base aux séances de restitutions sur les différents sites.

Dans un deuxième temps, le traitement des réponses aux questions ouvertes a été intégré à l'analyse. Le premier travail a consisté à synthétiser, sous forme d'items, les idées apparaissant le plus fréquemment dans les réponses à chacune des 20 questions ouvertes. Dans la mesure où les non réponses étaient très fréquentes sur ce type de questions, seules celles comptabilisant plus de 50% de réponses, ont été retenues pour faire l'objet d'une analyse. Ainsi les questions n° 6, 10, 11, 12, 13, 17, 19, 23, 24, 29, 30, 31, ne sont-elles pas évoquées dans les résultats ci-après.

Les résultats de l'enquête sont présentés, ici, en quatre temps.

Tout d'abord les **grandes tendances** des réponses sont données en mettant l'accent sur l'évolution du travail et son environnement. Ensuite les poids respectifs des **variables explicatives** sont présentés variable par variable. Puis, les **principaux tris croisés** seront interprétés pour mettre en évidence les différences entre les réponses aux questions considérées comme les plus importantes. Enfin les réponses aux **questions ouvertes** ayant obtenu plus de 50% de réponses seront commentées car elles éclairent et nuancent les réponses aux questions fermées.

Les grandes tendances

Au vu des réponses et de leur fréquence, trois tendances majeures apparaissent qui montrent sinon une certaine homogénéité, du moins des opinions majoritaires quant aux dimensions essentielles pour la recherche. Ces tendances concernent, pour les deux premières, le travail proprement dit et, pour la troisième, la place des syndicats.

Tout d'abord, à la suite du changement, la charge de travail individuelle est ressentie comme ayant été accrue. En effet plusieurs questions concernaient le rapport au travail et notamment à son intensité. Il apparaît que, 42 % des répondants estiment que l'activité a été accrue ; dans le même temps 59% observent que l'effectif n'a pas été augmenté. Ceci traduit, mécaniquement, une impression de surcharge. De plus si, pour beaucoup des personnes interrogées (65%) la qualité s'est améliorée, les conditions de travail, en revanche se sont dégradées pour une forte minorité (35%). Ce premier ensemble de résultats montre que, au moins aux yeux des personnels, les changements étudiés se sont traduits par un accroissement de la charge de travail et, d'une certaine façon, de la productivité.

Deuxième grande tendance, la pratique s'est peu modifiée. On pouvait penser que les changements étudiés étant liés à l'organisation du travail, la majorité des personnels interrogés allait constater un changement de leur propre activité. Cette hypothèse était d'ailleurs confortée par la première tendance. Au contraire c'est à 60% que les personnes interrogées annoncent que leur pratique personnelle n'a pas " connu de modifications réelles ". Dans le même ordre d'idée, ils sont 60% à n'avoir noté aucun changement dans leur relation avec l'environnement externe au service. Cette constatation est en contradiction avec les discours dominants sur les conséquences de l'ouverture de l'hôpital sur son environnement. L'enquête montre que la modification des pratiques organisationnelles (réseau, collaborations extérieures, etc.) ne touche pas en profondeur, c'est à dire au niveau individuel, les pratiques de travail.

Troisième tendance, une série assez longue de questions concernait la place des syndicats par rapport aux changements et, notamment, leur rôle dans la prise de décision et la mise en œuvre. Ainsi plusieurs questions avaient pour but d'évaluer, d'une certaine façon, *l'image* des syndicats auprès des personnels. Les réponses montrent que, globalement, les syndicats sont peu présents. En effet, si pour 50% des répondants les syndicats ont été " informés " des changements, ils ne sont plus que 32% à déclarer que les " syndicats y ont participé ". Plus encore, aux questions sur la position syndicale par rapport à ce changement, les personnels sont, selon les syndicats concernés, entre 40 et 60% à l'ignorer. De même pour

seulement 32% des personnes interrogées les syndicats CFDT ou CISL ont “ associé le personnel à la mise en œuvre du changement ” ; ce pourcentage tombe en dessous de 10% pour les autres syndicats. Cette troisième tendance fera, plus loin, l’objet d’une analyse spécifique et détaillée (3.3).

Ainsi, la visibilité du changement par les salariés passe plus souvent par le filtre d’analyse des modifications vécues dans leurs propres conditions de travail (charge, intensité du travail) que par l’évaluation objective des évolutions de leur environnement (variations des effectifs, modification des pratiques professionnelles, relations avec l’environnement externe au service, etc.). La “ qualité ”, en revanche est globalement perçue (statistiquement) comme le principal résultat du processus de changement, même si maints entretiens avec les personnels soignants révèlent une moindre disponibilité “ humaine ” auprès des patients[13]. Ces tendances se déclinent toutefois selon les pays et les établissements.

Des variables discriminantes

- Chaque variable explicative ayant été croisée avec les vingt principales questions, il ressort de ces tris que certaines variables s'avèrent plus souvent discriminantes que d'autres. Les huit variables sont présentées ici par ordre croissant de pouvoir discriminant.

Sexe : Cette variable n'est significative que pour deux questions ("qualité donnée" et "qualité de vie hors travail"). Dans ces deux cas les femmes observent plus souvent des changements que les hommes.

Profession : Les deux variables regroupant les professions ne sont significatives que dans 26 % des cas pour la première (lorsqu'il n'y a que deux groupes) et dans 47 % des cas pour la deuxième (lorsqu'il y a quatre catégories). Ces pourcentages s'expliquent notamment par le fait que les infirmières –qui sont les plus nombreuses (avec ou sans les aides soignantes)- sont souvent dans la moyenne des réponses. De ce fait, lorsque la question est discriminante, ce sont les autres catégories, et souvent les cadres/médecins, qui font la différence. Ils ont tendance à constater des changements concernant le service et son environnement ; en revanche, ils estiment que leur propre situation est restée stable.

[13] Ce qui engage fortement à conserver une distinction nette entre la “ qualité ” technique des soins et la “ qualité ” globale du service apporté au patient.

Ancienneté : Cette variable pouvait sembler intéressante en ce qu'elle indique le degré de connaissance plus ou moins grande du fonctionnement et donc des changements ; elle ne s'est avérée significative que dans 42 % des cas. En général, et comme on pouvait s'y attendre, les "nouveaux" répondent plus souvent : *non lo so*. Cela est particulièrement vrai pour ce qui concerne le rôle et l'image des syndicats.

Interne/externe [14]: La variable "appartenance au service" est significative pour la moitié des questions mais jamais lorsque les questions concernent les syndicats. Quant cette variable est discriminante, c'est le plus souvent parce que les personnes externes au service "ne savent pas" ou bien parce qu'elles disent que le changement n'a pas eu d'impact sur elles.

Conditions de travail : Cette variable est particulière dans la mesure où elle exprime à la fois une donnée du contexte et une appréciation sur ce contexte. Elle apparaît significative pour 52 % des questions. Les conditions de travail sont perçues comme ayant été améliorées par 30 % des répondants et dégradées par 35 %. Cette dégradation est corrélée avec le sentiment d'un accroissement de l'activité et de la réduction de la durée du séjour.

Pays : Globalement la variable "pays" est assez souvent discriminante (58 % des questions). Les Italiens voient plus souvent des changements qui vont dans le sens d'une intensification du travail. Les Français jugent plus fréquemment la situation inchangée voire améliorée. Par ailleurs, les syndicats sont jugés par les Français comme étant globalement actifs et globalement favorables, tandis que les Italiens, les jugent plus discrets ou plus contradictoires.

Etablissement : La variable Etablissement s'est révélée significativement liée aux réponses dans 79% des cas. Ce résultat a un côté positif. On peut penser qu'il existe un "effet établissement". Il reflète sans doute des "cultures d'entreprises", des histoires et des trajectoires propres à chaque établissement et qui transcendent les catégories (professionnelles, de services, d'âge, etc.…). Mais ce résultat peut aussi être lié à la méthode même de l'enquête. Par exemple, la modalité de passation de questionnaires a pu uniformiser les réponses au sein des établissements, tout en les distinguant des autres.

Type de service : La variable "type de service" s'avère significative dans 84 % des cas. Selon les variables, les types de service qui expliquent les différences ne sont pas les mêmes. D'une manière générale, les services de Chirurgie et les services d'Urgences sont différents des autres, notamment pour ce qui concerne les relations à l'environnement. Toutes choses égales par

[14] Par construction des échantillons, un tiers de la population interrogée est composée de personnes travaillant dans d'autres services que le service ayant été choisi pour l'enquête.

ailleurs on y note moins de modifications liées aux relations externes que dans les autres services.

Ce résultat, joint au précédent, confirme en partie les hypothèses de départ de la recherche qui ont impliqué les choix méthodologiques de comparer des établissements dans des pays différents : l'introduction d'innovations de même nature dans les domaines de la gestion, de l'organisation ou même de la technologie dans des organisations historiquement, socialement et institutionnellement structurées de manière différente peut être vécue, perçue, et donc plus ou moins portée par les acteurs de l'hôpital de façon, elle aussi, très différenciée. L'analyse d'un certain nombre de " tris croisés " (qui mettent en rapport entre elles les réponses à deux questions) confirme cette double implication de la perception du changement dans les trajectoires des hôpitaux et dans les contextes nationaux. Elle l'enrichit en attirant l'attention sur le rôle que jouent également (mais sans doute pas de façon autonome) la profession dans la manière dont est vécu le changement.

Commentaire des tris croisés sélectionnés

Une sélection a été effectuée afin de couvrir l'ensemble des thèmes tout en mettant en évidence les croisements significatifs. On entend par croisements significatifs les croisements qui font apparaître que la variable explicative (sexe, pays, profession, service, etc.…) est discriminante par rapport à la question posée ; c'est-à-dire que les réponses sont différentes d'une catégorie à l'autre[15].

Environnement externe et pays : Globalement, les relations avec l'environnement externe sont considérées plutôt inchangées surtout chez les personnels italiens. Les Français voient plus souvent des changements (48.5 %). L'hôpital français est-il en train de s'ouvrir sur l'extérieur ? L'hôpital italien était-il déjà ouvert avant les changements étudiés ou bien reste-t-il fermé ?

Environnement externe et service : Les relations des services avec l'environnement externe dépendent de leur place dans l'organisation et le processus de production. C'est donc sans surprise que l'on constate que, dans ce domaine, les personnels des Laboratoires notent plus de changements que les autres (50%). A l'opposé, ce sont les personnels des services de

[15] Classiquement, un test statistique permet de calculer le degré de signification de cette différence (ici le seuil a été choisi à $p<0.10$).

Chirurgie cardiaque (90 %) qui notent le plus souvent que ces relations sont restées inchangées ; viennent ensuite les personnels des Hôpitaux de Jour et de la Radiologie.

Durée du séjour et hôpital : Depuis plusieurs années, dans tous les pays développés, la durée moyenne de séjour diminue. Pourtant la perception de cette diminution est différente selon l'établissement auquel on appartient. A Frapriv et à Fralev, on estime majoritairement qu'elle est restée inchangée ; à Itasud on est également plus nombreux à le penser. Au contraire, à Itapa, 79 % pensent qu'elle s'est plutôt réduite. On trouve à Fracou et à Itato un nombre étonnant de “ ne sait pas ”.

Qualité donnée et participation au changement : Près de deux tiers des personnes interrogées pensent que la “ qualité donnée ” (c’est à dire, vue du côté des professionnels) s'est améliorée. Seulement 38 % des personnes interrogées jugent cette qualité inchangée. Il était attendu que les personnes ayant “ participé ” au changement aient un avis plus souvent favorable à propos de son impact sur la qualité. Ce n’est pas le cas ($p = 0.226$). Toutefois, il apparaît que les personnes déclarant avoir été associées au changement ont plus souvent que les autres une opinion positive en terme de qualité donnée (66% contre 58%).

Qualité donnée et professions : On l’a vu, la qualité est jugée meilleure après le changement, mais cette opinion est inégalement répartie selon les professions. Ainsi, le groupe des personnels administratifs (83%) et celui constitué des cadres et des médecins (72%) sont beaucoup nombreux à signaler cette amélioration. Les infirmières et les aides-soignantes sont moins souvent de cet avis (52 %).

Qualité donnée et appartenance au service : En ce qui concerne la perception de la qualité donnée, les personnels qui ne font pas partie du service concerné, la voient plus souvent augmentée (72%) que les personnels membres du service. Ce résultat est à rapprocher de celui concernant l’environnement ; il est aussi sans doute lié au fait que les personnes extérieures au service répondent souvent qu’elles ne savent pas ce qui se passe au sein des services étudiés.

Conditions de travail et durée de séjour : Conditions de travail dégradées et durée moyenne de séjour réduite vont de pair. Le discours dominant est confirmé qui évoque un travail de type flux tendu. Mais cette relation n'est pas mécanique ou systématiquement observée: seulement 35 répondants font le lien (soit 16 % du total des personnes interrogées). Le groupe le plus important (soit 40 personnes) correspond aux réponses “ inchangées ”.

Conditions de travail et hôpital : Selon l'établissement auquel on appartient, on ne perçoit pas l'évolution des conditions de travail de la même façon. En particulier, à Itapa, on

estime à 62 % qu'elles se sont dégradées ; à Itasud à 54 % qu'elles sont restées inchangées ; à Frapriv, les personnels sont plus nombreux à considérer qu'elles se sont améliorées. Dans les trois établissements français, les opinions sont plus souvent partagées qu'en Italie où une majorité se dégage .

Qualité de vie hors travail et service : La qualité de vie hors travail est ressentie comme ayant été modifiée pour 45.7 % des personnes. Mais cette opinion varie selon les services dans lesquels on travaille. En particulier dans les services de Chirurgie cardio-vasculaire on estime plus souvent (70%) que la qualité de vie hors travail s'est modifiée. A contrario, l'opinion des personnels de Radiologie et, plus encore, des Laboratoires (70%) est plus souvent qu'elle est restée inchangée.

Les questions ouvertes

Les questions ouvertes étaient, dans le questionnaire assez nombreuses. L'objectif était de laisser une place à la ;parole et au commentaire. Cependant, la durée de l'entretien, sans doute trop importante, n'a pas permis aux répondants de s'exprimer en dehors des réponses aux questions fermées. C'est la raison pour laquelle nombre de questions ouvertes ont obtenu moins de 30% de réponses. Pour l'analyse des réponses aux questions ouvertes, seules les questions recueillant un taux de réponses supérieur à 50% ont été prises en compte.

Question n°1 : Nommez et décrivez en quelques lignes le type de changement dans votre service. Deux tiers des agents ne citent qu'un seul changement ; parmi les changements cités, la réorganisation du travail regroupe 50,6% des réponses ; viennent en seconde position, la RTT et les nouveaux procédés techniques.

Question n°3 : Selon vous, au moment de la mise en place du changement, quel était l'objectif de : la direction, l'établissement, l'équipe du service, une autre instance (laquelle), pour vous ? A cette question, peu de non réponses, 15%. Globalement, la fréquence des items ne dépend pas du point de vue auquel on se place. Apparaissent comme partagés et dominants, l'amélioration de la qualité et l'augmentation de la quantité des activités. L'amélioration des conditions de travail est considérée deux fois plus souvent comme étant un objectif du service ou de soi-même qu'un objectif de la direction : 10% contre 4% . L'amélioration de l'efficacité apparaît aussi comme un objectif plus extérieur.

Question n°18 : Des membres de chacune de ces catégories ont-ils participé à la décision concernant l'adoption de ce changement ? Hors équipe (direction, CME, Infirmier général, etc.) ? A cette question, seule la moitié des agents répondent ; parmi les répondants ils sont 80% à citer la direction et les cadres ; le syndicat n'est cité que par une personne.

Question n°32 : Le changement a-t-il modifié votre qualité de vie hors travail ? Comment ?
Parmi les répondants, les réponses sont équilibrées entre aspects négatifs et aspects positifs.

Question n°33 : Le changement a-t-il apporté des modifications dans vos horaires de travail ? Si oui, de quels types ? Parmi les répondants, ils sont au moins 60% à noter une flexibilité accrue.

3.1.6/ Les autres outils : des monographies aux " focus groups "

Les autres outils ont été intégrés à l'analyse de façon compréhensive.

Il en est ainsi de six monographies. Elles ont été réalisées à partir de deux séries d'éléments d'information : un ensemble de documents écrits recueillis auprès des établissements et des entretiens menés auprès de trois acteurs clé sur chaque site. Ces entretiens ont été menés auprès d'un Directeur de l'établissement, d'un professionnel (généralement un médecin oui un cadre soignant) et d'un responsable syndical (de la Cisl ou de la Cfdt).

Le plan suivi pour rédiger les monographies légères est identique dans les six hôpitaux afin de permettre des comparaisons à la fois globales et terme à terme:

I- Le contexte général
- I-1) la situation générale
- I-2) l'évolution de l'activité
- I-3) le personnel

II- Les changements
- II-1) les réformes dans l'ensemble de l'établissement
- II-2) les changements dans les services étudiés

III- La présence des syndicats et les relations professionnelles
- III-1) le climat social

III-2) la présence syndicale

III-3) l'action syndicale

IV- La participation des salariés

V- Conclusion générale

Les monographies se présentent sous la forme de documents d'une trentaine de pages par établissement [16].

Au delà de l'éclairage puissant qu'elles fournissent sur les modalités d'introduction des réformes dans les établissements et sur leurs conséquences en termes d'efficacité et de participation des salariés, elles ont permis d'asseoir des comparaisons extrêmement précises autour de quatre thèmes : les rapports entre formes de financement et organisation du travail ; les rapports entre structure du personnel et répartition du travail ; les rapports entre concurrence locale et choix des activités hospitalières ; les rôles (formels et informels) du syndicat dans la gestion de l'hôpital et dans la conduite du changement.

Afin de compléter l'analyse et pour affiner l'étude des opinions et pratiques des acteurs engagés dans les changement, des focus-groups avec des personnes représentatives des différents personnels ont été réalisés par les chercheurs. Pour la mise en œuvre de cet outil méthodologique, les militants syndicaux ont au préalable préparé et organisé les visites.

La méthode du focus-group, basée sur les interviews, a pour but de dégager des informations qualitatives à partir d'un groupe de personnes limité, huit au maximum, et prédéterminé. Le focus-group est caractérisé par l'homogénéité (niveaux et qualifications comparables) et la variété des participants sélectionnés en fonction de certaines caractéristiques. Il est préférable de ne pas regrouper des participants ayant des situations très différentes (e.g. un dirigeant et ses subordonnés) les membres du groupe pouvant être réticents à exprimer le fond de leur pensée. Il est également préférable de choisir pour la rencontre, un endroit différent du lieu de travail des participants. Mais cela n'a pas été possible en ce qui concerne les sites français. Les participants doivent impérativement se réunir autour d'une table et il est nécessaire de prévoir au moins une heure de discussion. L'animateur joue le rôle du modérateur qui encourage et dirige le groupe : il précise les objectifs de la recherche et souligne

notamment qu'elle présente un intérêt général, sans viser un résultat ou un changement immédiat. L'animateur doit aussi s'assurer que tous les participants ont la possibilité de s'exprimer ; de son côté, il doit réduire au minimum ses interventions et éviter évidemment tout commentaire personnel, son rôle étant d'encourager les interventions des autres et de demander des précisions. Enfin, la discussion doit être limitée à quelques questions auxquelles il faut ajouter les questions initiales " préparatoires ".

Les questions suivantes ont été retenues pour les participants aux focus-groups :

- Au préalable, très brève présentation des objectifs généraux de la recherche et précision du type de changement que l'on veut analyser ;
- Présentations des personnes : chacun se présente en précisant le rôle et l'ancienneté dans le service ; cette question doit être traitée rapidement (7/8minutes) ;
- Question n°2 : " en général, croyez-vous qu'avec la mise en place du changement, la situation s'est améliorée ? " ; cette question est préparatoire, elle permet de porter l'attention sur les problèmes dont on veut débattre ; il faut laisser les participants s'exprimer librement (5minutes environ) et saisir le sentiment général ;
- Question n°3 : " En particulier, quels sont les changements dans l'organisation du service ? Et dans votre travail (activités, charge, horaires) ? " ;
- Question n°4 : " La qualité du service s'est-elle améliorée ? Et vos relations avec les patients ? " ;
- Question n°5 : " Avez-vous été impliqués (même de façon informelle ou par l'intermédiaire des représentants syndicaux) dans la décision initiale de changement ? Et dans sa mise en œuvre ? " ;
- Question n°6 : " Qu'auriez-vous fait si le changement dépendait de vous ? " ; les questions 3/4/5/6 représentant le cœur du focus : si le groupe est " indiscipliné ", il vaut mieux imposer un tour de table ; éviter aussi de dépasser 10 minutes par question.
- Questions n°7 et 8 : " Essayons de faire une synthèse des points essentiels de notre discussion (synthèse faite par l'animateur). La synthèse est-elle complète ? Avez-vous quelque chose à ajouter ? " ; les questions 7/8 sont des questions de " contrôle ".

[16] En annexe du rapport on trouvera deux exemples de monographies l'un pour l'Italie, l'autre pour la France.

Les interviews dans le cadre des focus-groups ont eu lieu entre les mois de décembre 2000 et janvier 2001... Les focus-groups ont été enregistrés et ont fait l'objet d'un décryptage.

Trois " focus-groupes " (entretiens collectifs avec des personnels de niveau homogène appartenant au même service) ont finalement pu être organisés : celui des personnels de laboratoire d'Itapa pour l'Italie et de Fracou pour la France. Un troisième groupe a pu être réuni en France à l'hôpital de jour de Fralev.

Dans l'encadré ci-dessous, on trouvera un résumé des *verbatim* du focus group qui s'est tenu à Fralev.

> Le changement qui a touché ce service et qui est étudié ici concerne l'obligation faite par l'Office Protection contre les Rayons Ionisants (OPRI) de dissocier l'Hospitalisation fonctionnelle de la Curiethérapie ; la mise en conformité a eu lieu en juillet 1999 et s'est traduite par le transfert des lits d'Hospitalisation de Jour au service Hospitalisation traditionnelle, la Chimiothérapie ne devant plus avoisiner la Radiothérapie (sauf pour les patients qui subissent les deux traitements). Il faut noter toutefois que les locaux qui actuellement reçoivent les patients d'Hospitalisation traditionnelle sont provisoires ; ils doivent faire l'objet d'un agrandissement significatif prochainement. Cette situation dite " momentanée " perdure depuis maintenant deux ans...
>
> Trois aides-soignantes du service Hospitalisation traditionnelle et une infirmière du service Radiothérapie, ont été interviewées ; leurs propos font ressortir un certain nombre de points essentiels en termes de conséquences liées au changement.
>
> *Pour les aides-soignantes*
>
> ***Une augmentation de la charge de travail*** : le transfert de lits dans leur service qui a eu pour conséquence un accroissement du nombre des patients, ne s'est pas accompagné de création de postes d'aides-soignantes, contrairement aux infirmière qui ont bénéficié d'un poste supplémentaire ; ainsi le nombre de toilettes à réaliser a augmenté ainsi que le nombre de courses à effectuer (bilans sanguins à apporter aux Laboratoires, nombreux déplacements vers la Pharmacie

relativement éloignée, accompagnement des malades dans certains services...) ; les aides-soignantes interviewées estiment que la création d'un poste de coursier à mi-temps ainsi que celle d'un poste d'aide-soignante le matin, destiné aux toilettes des patients d'Hospitalisation de jour, serait nécessaire.

Une situation plus complexe à gérer : le manque d'organisation et de concertation entre les deux services, Hospitalisation de jour, Hospitalisation traditionnelle, (" *les infirmières travaillent chacune de leur côté et nous on est au milieu* "), a pour effet une utilisation permanente dans l'urgence des aides-soignantes ; également un déficit d'informations : les patients de jour étant admis par une équipe d'infirmières de jour ne sont pas connus des aides-soignantes , les plannings ne sont pas correctement diffusés. Le retard dans les traitements et le changement d'avis des patients, rendent l'organisation des repas très difficiles : nombre d'entre eux sont préparés et finalement jetés...

Une baisse de la qualité des soins : les aides-soignantes notent qu'elles ont moins de temps à consacrer aux malades : l'aspect relationnel devient plus limité et elles sont fréquemment interrompues dans leur travail, notamment lors des toilettes qu'elles sont obligées d'arrêter avant de les avoir terminées, pour les reprendre ultérieurement.

Un sentiment de frustration accru : ces divers éléments : manque d'information, accroissement de la charge de travail, morcellement des tâches, échanges verbaux écourtés alors même que les personnels des soins palliatifs sont formés à l'écoute, entraînent un sentiment de frustration et de rancoeur.

Pour l'infirmière (intervient en remplacement dans le service des Hospitalisations traditionnelles)

Une situation intéressante mais plus complexe à gérer : certaines infirmières se retrouvent aujourd'hui sur deux services à la fois : leur ancien service de Radiothérapie qui leur est familier et, un nouveau service pour elle, les Hospitalisations traditionnelles. Elles y découvrent certains aspects intéressants en particulier le travail en équipe et un sentiment de sécurité qu'elles ne trouvent pas en Radiothérapie. Les deux infirmières se relaient, elles effectuent donc le travail seule avec des responsabilités plus grandes et, donc, plus de stress ; la charge de travail peut s'accroître facilement dans la mesure où les personnels ne sont pas

remplacés dans les petits services ; ainsi au moment des interviews, c'était le cas pour une aide-soignante en arrêt maladie.

Une baisse de la qualité du service : liée aux locaux provisoires, où le manque d'espace est flagrant et le confort pour les patients moindre " les malades qui ont connu le bas et qui aujourd'hui sont obligés de se faire soigner en haut sentent la différence "; selon l'infirmière interviewée, les locaux destinés à l'Hospitalisation traditionnelle devraient être différents des locaux d'Hospitalisation de jour. Certains problèmes d'organisation survenus depuis le transfert des lits sont également ressentis par les malades.

On trouvera dans les rapports intermédiaires de la recherche (Periodic Progress Reports) l'ensemble des informations sur le contenu, les modes d'exploitation et d'échanges autour de ces données ainsi que la méthodologie et les techniques suivies pour les exploiter.

Dans le cadre de ce rapport final il s'agit de fournir quelques axes de réponses aux questions auxquelles s'attachait la recherche.

3.2/ Les formes du changement et leurs effets sur l'organisation de l'hôpital.

De la diversité des situations d'observation choisies au départ découle logiquement une multiplicité des formes de changement observables. L'examen des matériaux recueillis est riche d'enseignements quant au caractère multiforme et interdépendant de ses conséquences, que celles-ci soient examinées en termes d'efficacité technique (productivité), d'efficacité " externe " (qualité des soins, accès aux soins, limitation des temps d'attente) et d'efficacité au regard des critères explicites de gestion (points ISA en France, respect des coûts moyens, réalisation des objectifs), ou qu'elles le soient du point de vue des conditions de travail et de vie des salariés (dans et en dehors de l'hôpital) ou encore du point de vue de la place des établissements dans leur environnement économique.

Sur la base des informations recueillies localement, on peut illustrer cette interdépendance à partir des conséquences de la rationalisation dans trois domaines : l'aménagement des relations de l'hôpital avec son environnement (3.2.1) ; l'organisation du travail (3.2.2) ; la structure du personnel et la répartition des tâches (3.2.3).

3.2.1/ Concurrence locale, réorganisation et choix des activités.

Si les réformes hospitalières initiées dans les deux pays pour rationaliser l'offre de soins ont des effets notables sur l'organisation et les conditions du travail au sein de l'hôpital, il est remarquable d'observer qu' elles contribuent au premier chef à transformer profondément la place même de chaque établissement au sein de son environnement. Désormais, en France comme en Italie, le rapport que chaque établissement entretient avec la concurrence locale est décisif pour la détermination du choix de ses activités.

Les études de cas illustrent la différence d'ampleur et de modalités que peut revêtir, d'un site à l'autre, cette recherche d'intégration des prestations fournies par les établissements hospitaliers dans leur environnement (local ou national).

A Fracou, la direction du Centre Hospitalier affiche sa volonté de construire une offre de soins communautaire de plus en plus structurée sur le bassin de population. Un travail autour de la notion de " communauté d'établissements " est engagé : des liens sont tissés avec les établissements de santé publics ou privés et les professionnels libéraux du secteur. Toutefois, la tradition de logiques d'établissements perdure ; elle entrave le fonctionnement optimal de la filière de soins : urgences - phase aiguë - soins de suite - domicile**.** Fracou est reconnu et désigné par les autorités de tutelle comme pôle de référence en matière sanitaire pour son secteur géographique, dans les domaines suivants : Médecine, Obstétrique, Soins de suite, Gérontologie, Psychiatrie. Grâce à son Plateau technique, l'hôpital affirme son monopole sur les lits " aigus ". Se dessine aussi pour l'avenir avec le vieillissement de la population, le développement d'une clientèle âgée de plus de 75 ans, en hospitalisation dans un premier temps, puis en long séjour. Ce qui remet en cause les préconisations des pouvoirs publics concernant la réduction de la durée d'hospitalisation et du nombre de lits. Mais de nombreuses coopérations se sont développées par ailleurs ces dernières années. D'autres sont en cours. 1/ Ainsi, Fracou se trouve-t-il renforcé dans sa mission d'hôpital de secteur avec son rattachement à un centre hospitalier voisin et à deux centres médico-psychologiques. Les projets de " Syndicat interhospitalier de santé mentale " pour le Département entre plusieurs hôpitaux et d'Office Central d'Hygiène Sociale, vont dans le même sens. 2/ En accord avec les orientations du nouveau SROS (deux établissements regroupés sur un même site géographique pour l'Obstétrique), Fracou et une polyclinique locale ont convenu

d'étudier les modalités de constitution d'un pôle Mère-Enfant unique, public-privé, dans un délai de quatre à sept ans. 3/ Trois structures de santé, publiques et privées, assurent à ce jour, une activité de Rééducation et de Réadaptation Fonctionnelle : une concertation sera engagée sur les modalités de création d'un Groupement de Coopération Sanitaire comme support de l'intervention commune et coordonnée des établissements concernés. 4/ La Conférence Nationale de Santé a retenu le diabète parmi les thèmes prioritaires. Compte tenu de l'augmentation régulière des besoins, un réseau inter-hospitalier pour la prise en charge des patients diabétiques traités par pompe à insuline, a été créé à l'initiative de Fracou et de deux autres centres hospitaliers 5/ En 1999, un GIE, Groupement d'intérêt Economique (50% public, 50% privé), pour l'implantation d'une IRM, a vu le jour ; en y adhérant Fracou est devenu partie prenante de l'investissement et de l'exploitation du nouveau matériel.

***Frapriv*,** clinique privée, exerce son activité dans un environnement très concurrentiel du fait du voisinage d'un Centre Hospitalier Universitaire et d'autres établissements privés de la région. La survie de l'établissement est passée par la réalisation de fusions. Ainsi, en 1996 Frapriv a effectué le rachat d'une clinique géographiquement proche ; mais la fusion entre les deux établissements s'est pratiquement arrêtée au stade judidico-financier. En 2000, les dirigeants de Frapriv et d'un autre groupe de cliniques privées travaillent à la fusion de leurs établissements, et tentent d'y associer d'autres cliniques privées, afin de constituer un seul pôle hospitalier privé sur la ville moyenne où ils exercent. Mais en termes d'activités, dans les domaines de la Chirurgie et de la Médecine, Frapriv arrive loin derrière le Centre Hospitalier Universitaire (public) qui exerce un quasi monopole sur la région. En revanche, en Obstétrique, la position de la clinique est bonne et a même progressé ; toutefois elle reste très concurrencée par le CHU qui détient le nombre d'entrées le plus important (près de 4000, soit près du double de Frapriv) et par une autre polyclinique privée. En Chirurgie ambulatoire, la clinique réalise le plus grand nombre d'entrées, 6 000 environ, soit près du double de son suivant direct, une autre clinique privée.

A Fralev la situation est assez particulière puisque le site est soumis à une forte concurrence à deux niveaux : dans la région même avec de nombreux établissements de santé et des redondances de plateaux techniques ; mais aussi au sein du CHR lui-même (regroupement d'hôpitaux de deux villes, A et B), avec une rivalité ancienne entre A et B.

Aujourd'hui, pour la direction du CHR comme pour les autorités de tutelle, l'Agence Régionale d'Hospitalisation en particulier, ce sont les complémentarités et les rapprochements avec l'environnement qui doivent être mis en œuvre. Par rapport à d'autres régions françaises, Fralev est situé dans un environnement concurrentiel : 9 lits pour 1000 habitants contre 8,5 sur le plan national en 1998. Sur les deux sites (A et B), éloignés d'environ 50km, les établissements (1 166 lits pour A, 838 lits pour B), s'organisent autour d'un hôpital à vocation généraliste, comportant des services de Médecine, Chirurgie, Pédiatrie, Maternité. Les deux pôles du CHR, se sont organisés séparément, au plan des synergies médicales, chacun dans son bassin de santé, la synergie globale de A et B apparaissant comme moins prioritaire par rapport aux enjeux liés aux complémentarités au sein de son bassin de santé. Ainsi, B renforce ses activités médicales dans les spécialités nombreuses et reconnues et transforme un de ses sites en établissement de moyen séjour avec la Gériatrie et la Psychiatrie. Pourtant, l'acquisition de parts d'activité vis à vis d'un pole régional voisin fait aussi partie des priorités du CHR. En termes d'activité, qui d'une manière générale a progressé, le CHR confirme sa mission dans le domaine des Soins de Suite et Réadaptation (+33% entre 1993 et 1998), des Urgences (+21%), des Consultations (+12%). En ce qui concerne l'Obstétrique, le site B maintient sa position à un niveau élevé et A progresse de 22%. Outre la réduction des lits en Médecine/Chirurgie/ Obstétrique, et parmi les changements les plus importants de ces dernières années, on note en ce qui concerne le site A : 1/ La centralisation de l'ensemble des Urgences sur l'hôpital, intervenue dans un contexte de réorganisation des SAU et SAMU sur l'ensemble de la région ; 2/ La restructuration de la Cardiologie, directement liée au choix d'un site d'accouchement unique créé après accord entre Fralev et une maternité privée ; les lits libérés par l'hôpital seront occupés par la Cardiologie en plein développement à A ; 3/ La restructuration de la Pédiatrie, qui est aussi la conséquence de regroupements et de fermetures de maternités. Sur le site B : 1/ Les services de Pédiatrie ont connu une baisse de leur capacité en lits qui a essentiellement bénéficié à des secteurs en hausse d'activité comme l'Hémodialyse, la Cardiologie ou les Soins Palliatifs ; 2/ Grâce à un accord avec Alpha Santé qui prévoit des opérations de cession et de regroupement des lits de deux établissements majoritairement SSR et long séjour, ce sont 100 lits de Gériatrie en court séjour et 150 lits de moyens séjours qui sont récupérés par l'hôpital.

Itato conserve le monopole des soins dans tous les domaines, pour sa région notamment, et cela malgré son statut d'entreprise, qui pour des raisons économiques, souhaite privilégier les prestations les plus sophistiquées, mais se heurte aux habitudes des usagers**.** Itato est une entreprise mixte qui accueille la Faculté de Médecine de l'Université de la ville et des Cliniques Médicales universitaires. L'université détient donc un pouvoir important sur les décisions de l'établissement, notamment en matière de restructurations organisationnelles et d'interventions immobilières. C'est l'un des plus grands centres hospitaliers italiens et le principal de sa région, dans la mesure où il dessert un bassin important représenté par plusieurs provinces comptant au total plus de 1 500 000 habitants. L'établissement doit également assurer des services de soins spécialisés à l'échelon régional et national, à savoir : l'Hospitalisation, des Soins spécialisés ambulatoires et des services d'Urgences. Cela l'amène à s'adresser à un bassin secondaire comprenant toute sa région, plus de 3 500 000 habitants, pour lequel il représente une véritable référence en matière de prestations sophistiquées. Parmi les spécialisations, Itato se distingue avec l'Orthopédie, l'Hématologie, la Cardiologie et l'Immunologie ; c'est l'hôpital qui fournit le plus d'organes à greffer sur le plan national. En 1998, sur les 76 936 admissions, 82% des patients provenaient des Usl du bassin principal, 7% du reste de la région et 1% d'autres régions italiennes, en particulier du Sud de l'Italie. Si la population non résidente du bassin principal s'adresse à Itato pour les spécialités dans lesquelles l'établissement est la référence régionale, elle le fait aussi pour des prestations de base qui devraient normalement être assumées par d'autres Usl, qui n'y parviennent pas : cela concerne en particulier la Traumatologie, l'Obstétrique, l'Oto-rhino-laryngologie. Avec la transformation des anciennes Unités Sanitaires Locales en Entreprises de la Santé, et dans ce cas, Hospitalières, les choix se sont orientés vers une utilisation plus performante des ressources disponibles et des prestations hautement spécialisées; par ailleurs le nombre de traitements de pathologies moins complexes pouvant être pris en charge en hôpital de jour ou par d'autres structures implantées sur le territoire, a été réduit. Toutefois la réduction des hospitalisations est très modérée par rapport aux objectifs établis par le programme régional, en raison d'un plafond calculé sur la base d'un bassin théorique pour les fonctions de base, très inférieur au bassin réel qui ne tient pas compte du fait qu'Itato continue à être la principale référence hospitalière de la ville et de la région. Ainsi, pour la période 1995/1998, l'entreprise est loin d'être autosuffisante au plan économique car la tentative de limiter les pathologies moins complexes et se destiner aux prestations hautement spécialisées et à l'hôpital de Jour, se

heurte au comportement des usagers et à l'absence d'alternatives en termes de structures sanitaires.

Itasud a pris l'orientation de conforter, dans sa région, son monopole de Médecine spécialisée, avec des compétences et des équipements technologiques pointus, et de réduire le poids du traitement des pathologies mineures orientées vers des prises en charge ambulatoires ou vers d'autres structures hospitalières moins spécialisées. Itasud porte le nom des trois grands établissements hospitaliers qu'elle réunit, le premier étant le plus important des trois. Cet établissement répond à la définition d'entreprise " d'envergure nationale " et " extrêmement spécialisée " car il figure parmi les principaux centres hospitaliers du Sud de l'Italie et le premier de sa région. Le bassin qu'il dessert se compose à l'ouest de deux provinces comptant 1 700 000 résidents pour lesquels les trois établissements ont toujours été un repère incontournable. Le bassin secondaire correspond à la région tout entière, soit plus de cinq millions d'habitants qui s'adressent également à lui pour toute pathologie exigeant des soins et des compétences spécialisées. En effet, l'Entreprise assure des prestations de médecine spécialisée que peu, voire aucun, établissement de la région n'est en mesure de fournir, comme par exemple, la Chirurgie plastique, le Traitement des brûlures, la Cardiochirurgie et la Neurochirurgie, la Thalassémie, la Fibrose kystique. Le premier objectif de l'hôpital aujourd'hui est de limiter la fuite des habitants de la région vers les structures de santé du Centre et du Nord du pays, lorsqu'ils sont atteints de pathologies complexes. Le second est de proposer une offre de prestations de médecine extrêmement spécialisée à l'adresse des habitants des autres régions du sud de l'Italie et des pays du bassin de la Méditerranée. Ainsi peut-on noter : 1/ la collaboration avec un institut génois en vue de l'optimisation des activités de médecine spécialisée d'un des établissements et de la mise en place de programmes de formation et de recherche ; 2/ L'ouverture de deux unités opérationnelles de Cardiochirurgie dirigées par des professionnels connus dans le monde entier ; 3/ La création de l'Institut Méditerranéen des Greffes et Traitements, extrêmement spécialisé, en coopération avec un autre hôpital du bassin de santé et le centre médical de l'Université de Pittsburgh. 4/ Cette volonté de s'inscrire comme pôle médical de haut niveau se traduit aussi par le projet de collaborer avec l'Université de la ville, qui accueille bon nombre de spécialisations en Médecine et Chirurgie et se charge de la formation des infirmiers ; elle s'illustre également par l'adhésion d'Itasud au projet

régional réalisé avec trois autres établissements sur l'adoption du Protocole de Révision de l'Utilisation des Hôpitaux.

A Itapa, la dynamique d'hyperspécialisation est freinée par la faiblesse de l'offre environnante ; la volonté de haute spécialisation s'accompagne d'une reconnaissance et d'une prise en compte de la concurrence locale**.** Depuis 1995, Itapa est un " établissement hospitalier d'envergure nationale hautement spécialisé " qui constitue une référence régionale, nationale et européenne. Ce vaste complexe est conventionné avec l'université pour les études, la recherche, l'enseignement, les soins médicaux et de santé. Une plus grande réglementation des rapports entre les deux entités a été mise en œuvre ces dernières années par la direction ; l'organisation future de l'hôpital semble privilégier une structure unique allant dans le sens de l'Université. Ces cinq dernières années, l'établissement s'est engagé sur la voie de la haute spécialisation ; les secteurs les plus réputés exerçant un fort attrait, y compris hors région, sont par exemple les Greffes multiorganes, l'Oncologie et la Chirurgie carcinologique, la Chirurgie du cœur et la Cardiologie interventionnelle, la Neurochirurgie. Cette orientation vers la spécialisation laisse au territoire le traitement des cas qui relèvent de la Médecine et de la Chirurgie générales, et devrait s'accompagner sur ce même territoire, d'un renforcement des structures de réadaptation, de long séjour, d'hospitalisation pour soins de suite, d'hébergement extra-hospitalier, des soins à domicile qui pour les personnes âgées constituent une alternative intéressante à l'hôpital. Actuellement pourtant, le réseau socio-sanitaire de la province n'est pas encore en mesure de répondre à ces besoins. Enfin, la concurrence locale (établissements publics et privés situés dans la province ou dans la région) est prise en compte de différentes façons par Itapa. Ainsi, cet établissement doit-il renoncer à certaines spécialités lorsqu'il estime ne pas être en mesure de rattraper son retard (en Ophtalmologie par exemple). Il doit aussi reconnaître la réelle supériorité historique de certains autres établissements hospitaliers (comme en matière de Chirurgie vasculaire notamment). Mais il peut aussi décider de rester en concurrence partielle avec certains sites s'agissant des traitements spéciaux, en particulier quand leur succès est essentiellement lié à la présence de grands spécialistes.

Ainsi, en France comme en Italie, les hôpitaux sont confrontés à une contradiction entre des logiques économiques et professionnelles qui tendent à les autonomiser et des logiques de financement (DRG, groupes homogènes de malades, points ISA) et de mise en conformité aux nouvelles normes d'efficacité qui les entravent,

les obligent à comparer leurs propres performances économiques et en matière de soins à celles d'autres établissements et les conduisent à restructurer leur offre à partir de leurs domaines d'"excellence". Même si tous les établissements de l'échantillon s'avèrent en situation de mise en concurrence, la façon de prendre en compte cette donnée est loin de se révéler homogène. Selon l'histoire locale (par exemple, selon l'accès à la ressource médicale), les stratégies d'établissement privilégient le regroupement, la fusion, l'hyperspécialisation (c'est à dire la recherche de positions monopolistiques), ou encore - comme cela est souvent le cas dans les situations italiennes observées - la " sélection " des patients.

Dans cette situation le rapport à la concurrence et les choix qui en découlent sont décisifs pour comprendre bon nombre des tensions qui pèsent sur l'organisation du travail hospitalier. Le changement est l'occasion d'une confrontation majeure entre les nouvelles logiques de gestion économique et financière, la logique médicale et les logiques professionnelles des différents intervenants dans les systèmes de soins. Ses conséquences en matière d'organisation et de division du travail ressortent nettement à travers les cas étudiés.

3.2.2/ Conséquences du changement sur l'organisation du travail

D'une manière générale la réforme et l'engagement d'un processus de rationalisation dans les établissements de soins se traduisent presque partout par la réduction du nombre de lits (sauf à Fracou) ; celle-ci n'allant pas de pair, bien au contraire, avec une réduction du nombre d'entrées (car les durées moyennes de séjour diminuent sensiblement), la densification des soins augmente. On peut dire en quelque sorte que partout l'hôpital chasse les " temps morts " (i.e. qui ne sont pas liés aux soins techniques) : ceux des patients comme ceux des salariés. Si ces évolutions permettent une meilleure rentabilisation des installations (locaux, lits, matériels), elles ont aussi des conséquences directes visibles en termes d'organisation du travail. Dans les trois établissements français et à Itapa en Italie, la charge de travail des personnels soignants s'accroît sensiblement . Par ailleurs, la mobilité interne des personnels d'un service à l'autre ou d'une activité à une autre est souvent convoquée comme moyen d'adaptation de la main d'œuvre aux besoins de l'organisation.

Quelques cas extraits des monographies élaborées au cours de la recherche illustrent la manière dont le changement a ainsi affecté l'organisation du travail sur les différents sites observés.

A Itasud, la tendance est à une utilisation plus flexible et plus " rationnelle " des ressources humaines ; les agents peuvent ainsi être transférés beaucoup plus aisément d'une unité à l'autre en cas de situations d'urgences. Outre les avantages financiers dégagés, cette évolution a pour conséquence un partage des pratiques et des

connaissances qui facilite la diffusion des innovations. Toutefois, ces changements ne se font pas sans difficulté, du fait d'une certaine résistance des personnels et des syndicats, et des conflits opposant coordonnateurs des départements et chefs de service. Pour des raisons économiques, la création du département des sciences radiologiques s'est traduite par l'unification des deux unités de radiologie. L'intégration des deux équipes semble être un succès : le personnel technique forme un groupe uniforme, en mesure d'intervenir en alternance sur les différents matériels, en fonction des exigences, en garantissant un service constant et flexible ; le professionnalisme des personnels s'est accru dans la mesure où il a été obligé d'apprendre à utiliser des matériels complexes. En chirurgie cardio-vasculaire, l'arrivée de spécialistes de renommée internationale, a encouragé une réorganisation du service avec embauche de nouveaux personnels, capables de s'adapter à différentes équipes.

A Itato, la direction de l'hôpital a organisé les unités dans le but d'assurer une planification et un emploi plus rationnel et optimal du personnel : en théorie, celui-ci peut être déplacé plus facilement d'un service à un autre en cas de besoin. Toutefois, les personnels et les syndicats s'opposent à cette tendance. Ces derniers contestent aussi une utilisation pratiquement interchangeable des aides-soignantes et des OTA (agents de service) et surtout des tentatives plus systématiques de confier à ces derniers des tâches, y compris thérapeutiques, à effectuer sur les patients. La centralisation des activités des Laboratoires n'a pas entraîné de réduction du personnel mais les questionnaires font apparaître que les agents perçoivent une augmentation de la charge de travail et de son intensité.

A Itapa, la productivité globale – calculée en recettes moyenne par unité de personnel- a diminué, en particulier celle du personnel médical ; celle du personnel chargé des soins a augmenté. Quoi qu'il en soit, le personnel estime que la charge de travail s'est accrue même si le nombre de lits a diminué, du fait de la baisse de la durée du séjour. Le personnel infirmier, celui des laboratoires notamment, subit une forte pression. La récente autonomie financière des laboratoires n'y est pas étrangère : elle a donné naissance à un statut quasi libéral chez les techniciens qui aujourd'hui adhèrent à un système de co-intéressement financier. Ainsi, 150 d'entre eux travaillent pour l'extérieur. La demande de mobilité au sein de l'établissement est très forte mais elle

n'est possible que pour certains types de professions et dépend du bon vouloir des chefs de service qui, en général, préfèrent " boucher les trous " par de nouvelles embauches.

A Fracou, les militants syndicaux constatent une augmentation de la pression qui s'exerce sur les opérateurs et un changement dans les contenus professionnels ; la restructuration et l'ouverture de nouvelles activités, à parité de coûts, entraîne une mobilité du personnel plus grande d'un service à l'autre. Dans les laboratoires, l'activité est devenue plus procédurière, en raison de l'adoption des démarches qualité. Cela a eu pour conséquences une amélioration de la qualité du service (résultats communiqués plus rapidement, et de manière plus fiable) mais une gestion du travail rendue plus difficile. On y déplore une multiplication et un morcellement des tâches alliée à une méconnaissance accrue des recherches demandées par les médecins. Globalement, une perte de sens dans le travail, est constatée par les techniciens de laboratoires, tandis que les infirmières qui travaillent avec les laboratoires se plaignent d'un manque de personnel, aide-soignant notamment, les obligeant à effectuer de nombreuses courses et à " abandonner " les malades.

A Fralev**,** la réorganisation de l'hôpital entraîne une redistribution des lits et des personnels vers les services dont l'activité augmente. Le personnel du service accueil des urgences doit faire face à une augmentation des heures supplémentaires, et à un accroissement des tâches administratives. Au service oncologie, la réorganisation imposée par les normes de sécurité et de qualité, a accru la charge de travail des aides-soignantes : l'augmentation du nombre de patients ne s'est pas accompagnée de création de postes ; la situation de travail est devenue plus complexe à gérer : morcellement des tâches, nombreuses courses, manque de disponibilité aux patients, problèmes d'organisation entre les deux modes de prise en charge : hôpital de jour et hospitalisation traditionnelle .

A Frapriv, la réduction du temps de travail et les procédures d'accréditation, ont rendu le travail plus dense, plus bureaucratique, plus technique ; moins de temps est consacré aux soins et à la relation au patient. Le travail de gestion (chef de salle) a pris de l'importance. Le personnel infirmier est utilisé de manière plus efficace dans les services.

Dans les six établissements les réorganisations liées à l'indispensable évolution des activités sont réalisées sous la forme de compromis entre une logique productive et une logique sociale et professionnelle. Il n'est donc pas étonnant que le contenu même des tâches et la répartition du travail entre les personnels soient fréquemment affectés. La prescription de nouvelles tâches administratives, parfois perçues comme " bureaucratiques " par les personnels, augmente ; généralement liées aux démarches qualité ou aux perspectives d'amélioration de la traçabilité des soins, elles empiètent sur le temps consacré à la relation avec les patients. Ceci pose à peu prés partout la question d'un décalage entre la conception de l'efficacité des soins portée par la réforme et celles dont se réclament les différents intervenants à l'hôpital, en particulier le personnel soignant.

L'objet du paragraphe suivant est d'évaluer, en tendance et établissement par établissement, la manière dont ces évolutions interagissent avec les changements dans la division du travail.

3.2.3/ Incidences du changement sur la structure du personnel et la division du travail.

Si la plus grande flexibilité du personnel est à mettre en relation directe avec les changements introduits dans les établissements, elle puise également son origine dans une tendance globale à la stagnation des effectifs dans un contexte de développement de l'activité hospitalière. Cette tension sur le volume de travail demandé à une population salariée en faible augmentation [17] se conjugue à une modification de la nature et de la structure des activités pour déboucher, assez généralement dans les établissements étudiés, sur une tendance au glissement des tâches entre les différentes catégories de personnels.

Ce glissement des tâches peut être perçu, par les salariés eux-mêmes, soit comme un enrichissement du travail lorsque les tâches confiées sont " supérieures " au statut de l'agent soit comme dévalorisant si les tâches à effectuer apparaissent " inférieures ". Ainsi, la polyvalence peut-elle être vue comme ambivalente ; mais elle est évidemment plus mal vécue quand elle est imposée sans concertation au personnel ; ce qui est souvent le cas.

De ce point de vue, une différence notable sépare les situations française et italienne.

[17] La stagnation globale des effectifs est en fait toute relative : elle peut s'accompagner d'une diminution de certaines catégories d'agents (agents de services hospitaliers en France, par exemple) mais d'un fort développement de la sous-traitance. L'analyse fine de ces évolutions nécessiterait d'intégrer au calcul l'ensemble des heures travaillées à l'hôpital : celles du personnel hospitalier mais aussi celles des intervenants extérieurs (confection et service des repas, nettoyage, entretien, etc.).

En France, les aides-soignantes ont tendance à remplir les tâches qui incombent aux infirmières ; en Italie c'est plutôt l'inverse qui se produit. Ce phénomène est en accord avec la structure des personnels soignants. Au plan de la division du travail, le glissement en France s'explique par le fait que les infirmières sont mobilisées par des tâches administratives, sinon bureaucratiques, et délèguent plus facilement des tâches techniques " subalternes ". En Italie, le glissement semble avoir pour origine le blocage lié à la définition et à la formation de la catégorie " aides-soignantes ". Le tableau suivant fait ressortir ces différences structurelles importantes entre les établissements français et italiens dans le poids des différentes catégories professionnelles de personnels soignants.

C'est ainsi que, globalement, le ration infirmier / AS est très largement supérieur en Italie. En revanche, e ratio AS / ASH est très supérieur en France et, notamment, dans les hôpitaux publics (Fracou et Fralev).Mais il révèle également une variabilité assez importante entre les établissements d'un même pays de la répartition des personnels soignants selon les qualifications professionnelles. Ces différences sont elles-mêmes pour partie liées au plus ou moins grand degré de spécialisation des soins ; mais elles relèvent aussi de l'autonomie organisationnelle des établissements face aux impératifs d'efficacité économique et de la construction historique de la division du travail en leur sein.

Tableau 4

Répartition des personnels soignants par catégories professionnelles

Etablissements	**Infirmières / Aides soignantes**	**Aides soignantes / Agents des service hospitaliers**
Fracou	0,97	2,49
Fralev	1,10	5,70
Frapriv	1,50	1,50
Itapa	11,20	0,70
Itasud	7,80	0,40
Itato	5,50	1,50

Ces différences de trajectoire entre les établissements sont illustrées par ces quelques extraits de monographies réalisées dans les établissements étudiés.

A Fralev, le nombre total des personnels diminue, alors qu'au plan national l'effectif d'agents hospitaliers non médecins a augmenté d'environ 2% entre 1995 et 1998. Avec une valeur de 1,10, le rapport infirmières/aides-soignantes est aussi plus faible que la moyenne nationale (qui est de 1,27), tandis que le rapport aides-soignantes/ASH est beaucoup plus élevé : 5,7 contre 1,91 en moyenne nationale. Le déficit en A.S.H. et en personnel technique (5% contre 12% au plan national) pourrait conduire à un glissement des tâches vers les aides-soignantes ; c'est ce qui semble se produire pour les aides-soignantes interviewées lorsqu'elles évoquent les nombreuses courses à effectuer chaque jour. L'évolution du personnel non médical se caractérise par une augmentation des postes permanents des personnels au lit du malade, tandis que les effectifs des secteurs logistiques régressent, notamment du fait des prestations externes. Cependant depuis 1996, le personnel soignant et éducatif a perdu 14 équivalent temps plein (ETP), tandis que le secteur administratif est en légère augmentation. Aux urgences, par exemple, la restructuration liée à l'amélioration de l'accueil, a conduit à une extension des horaires de travail, sans augmentation pourtant prévue des effectifs.

A Fracou, le nombre de personnels en activité à l'hôpital est resté stable, tandis que l'activité a augmenté régulièrement depuis 1995. Le rapport infirmières/aides-soignantes est aussi plus faible que la moyenne nationale. Le nombre de journées travaillées par des agents intérimaires reste limité mais son augmentation, de 18 en 1996 à 565 en 1998, témoigne d'une nouvelle politique de gestion flexible de la main d'œuvre et de la place occupée par la sous-traitance dans l'hôpital aujourd'hui.

A Frapriv, au contraire, sous l'effet de la réduction du temps de travail, les effectifs se sont accrus, ainsi que le nombre d'heures travaillées ; la part du personnel non soignant a diminué au profit du personnel soignant. Dans les charges du personnel, en 1998, la part du personnel soignant représentait 78,3% du total ; elle est passée à 81,6% en 1999. En outre, sous l'effet de la RTT, les contrats à durée déterminée (CDD) ont diminué car les personnels ont tous été embauchés en contrats à durée indéterminée (CDI). En 1996, on comptait 37 personnes en CDD pour 176 en CDI ; en 1998 on ne trouvait plus que 23 CDD pour 236 CDI. Si les heures de remplacement ont également baissé en 1999, confirmant la diminution du recours aux CDD, les heures supplémentaires se sont accrues en 1999 notamment pour les infirmières et les sages-femmes.

A Itato, le nombre des personnels et la compositions des effectifs n'ont pas changé depuis quelques années, mais la tendance vers la haute spécialisation a entraîné une réduction du personnel de base, compensée par la progression des soins intensifs, post intensifs, des actes diagnostiques et chirurgicaux. Durant quelques années, on a fait appel à des infirmiers/ères libéraux en CDD, pour faire face aux situations d'urgence, mais cette pratique a été abolie l'année dernière. Il est également question aujourd'hui, de réduire le nombre actuel des infirmières en les remplaçant par des OTA notamment la nuit. Indépendamment de l'économie que cela induirait, cette initiative serait une réponse au problème de l'important turn-over de cette profession ; celui-ci, en effet, perturbe le fonctionnement des services et rend difficiles les actions de qualification devenues indispensables avec l'accroissement des activités hautement spécialisées. Les OTA quant à eux y trouvent leur intérêt par la re-qualification de leur fonction et par la perspective de nouvelles embauches. D'autre part, l'apparition des " positions gradées " dans l'organisation, devrait favoriser une meilleure utilisation du personnel plus qualifié et expérimenté en le valorisant et en permettant un emploi plus approprié aux exigences des divers services et bureaux.

A Itasud, les effectifs n'ont quasiment pas changé ces dernières années ; entre 1998 et 1999 on constate toutefois une augmentation du nombre de médecins et une baisse de celui des infirmières, celle-ci étant provisoire puisque des recrutements sont en cours. Les nouvelles modalités de sélection, plus rapides que les concours qui, naguère tenaient lieu de dispositif d'embauche. Elles favorisent le recrutement d'un grand nombre d'infirmiers qualifiés pour couvrir les postes vacants, s'inscrit dans une revalorisation du rôle de cette profession. Grâce à l'externalisation des opérations de nettoyage, les ASH devraient pouvoir être affectés à des tâches (portage, inventaires...) qu'ils assurent aujourd'hui avec les aides-soignantes ; ces derniers devraient pouvoir se consacrer davantage à l'assistance des malades ; les infirmiers à leur tour, bénéficiant de ces retombées, pourront se concentrer sur les prestations liées au traitement des patients.

A Itapa, les effectifs se sont globalement accrus, entre 1995 et 1999, notamment ceux du personnel médical (en raison d'une augmentation de la complexité des cas traités), et du personnel administratif. Toutefois, ce dernier manque de certaines compétences, et il est envisagé d'externaliser des fonctions exécutives. Cette situation a

entraîné un roulement élevé du personnel et provoqué une dégradation de la qualité des services. Quant aux infirmières et aides-soignantes, si leur nombre a augmenté, il est resté insuffisant et les difficultés à poser des congés, à récupérer les heures supplémentaires, à remplacer le personnel malade exigent de faire appel au personnel en repos. Autre effet de cette insuffisance, l'inefficacité de la répartition de la charge de travail entre les infirmières, les aides-soignants et les agents des services hospitaliers. Les compétences sont sous-utilisées et il se produit fréquemment des superpositions entre les fonctions attribuées à chaque groupe. Les infirmiers confrontes à un nombre croissant de cas complexes, souffrent en outre d'un manque de formation. Néanmoins, le nombre des infirmiers et des aides-soignants est destiné à baisser considérablement en raison de la création de secteurs d'hospitalisation homogènes, du type de soins prodigués et de la réduction du nombre de lits ; celui des ASH (auxiliaires socio-sanitaires) devrait augmenter. En 1996-1997, l'un des changements les plus importants en matière d'organisation du travail, fut la " périphérisation " de la gestion du personnel infirmier. Auparavant, l'affectation du personnel infirmier était décidée de manière centralisée. Les accords récents ont affecté de façon définitive le personnel infirmier aux diverses unités opérationnelles. La réduction du temps de travail à 35H prévue, ne s'est pas réalisée ; celui-ci est passé à 36H théoriques et est resté à 38H effectives. Cette mesure devait servir à récupérer du personnel infirmier sans devoir recourir à de nouvelles embauches ; mais elle a seulement permis de diminuer la dette d'heures de l'établissement vis à vis de ses salariés.

Les six établissements connaissent donc des difficultés pour articuler les exigences nouvelles (création d'activités, démarche qualité, rationalisation, etc.) et les compétences ou les statuts hérités de la période précédente. Face au caractère stratégique de l'ouverture des établissements, la réorganisation du travail en interne apparaît donc comme une variable d'ajustement. Renforcer ses atouts, négocier avec l'environnement externe des complémentarités et des coopérations, garantir que sera fait " ailleurs " ce que l'on ne sait pas faire, ou ce que l'on fait à coût trop élevé : telles sont les issues des établissements hospitaliers, publics ou privés, dans les deux pays.

Cette recherche d'efficience et d'efficacité conduit ces organisations - autrefois repliées sur elles-mêmes et soumises à des fonctionnement plus routiniers - à multiplier la négociation avec les autres entreprises de leur environnement comme avec les pouvoirs publics

déconcentrés. Mais négocier et contractualiser avec l'extérieur suppose que l'hôpital se donne les moyens de s'engager et de tenir ses engagements. Il doit surmonter, pour cela, la diversité de changements parfois antagonistes (spécialisation, changement d'approche de la qualité des soins, densification et intensification des séjours, réduction du nombre de lits, fermeture et reconversion de services, voire de sites, etc.). Des procédures doivent donc être mises en place pour réaliser les aménagements d'organisation du travail et d'horaires de travail, les transformations de pratiques, de rôles et de contenus de tâches, et atteindre les objectifs de qualité conformes aux attentes internes et externes.

Si l'efficacité de l'hôpital devient en grande partie dépendante de son aptitude à négocier en externe et à s'engager par voie contractuelle, elle est donc également, plus que jamais, conditionnée par sa capacité de négocier, en interne, les changements requis. Ainsi, la participation, l'implication et la mobilisation des différents acteurs qui stratifient plus ou moins le corps social de l'organisation représentent une des clés de l'efficacité de l'entreprise plus autonome, plus ouverte et plus " engagée " qu'ont dessinée les politiques sanitaires des deux pays.

3.3/ Les salariés et des organisations syndicales : un rôle à définir.

L'appel à la participation directe des salariés et à leur implication dans le changement fait désormais partie de la panoplie classique des outils de gestion des ressources humaines dans les entreprises privées. Les réformes hospitalières ont tendu, dans les deux pays, à en faire aussi un des éléments pivots non seulement de la qualité des soins mais aussi de l'efficacité et de la réussite économique du projet d'établissement, qu'il soit public ou privé. La recherche a interrogé cette évolution de principe sous deux de ses aspects principaux.

D'une part, en examinant au plus près du terrain, la réalité de sa mise en œuvre : il s'est agi alors d'interroger les intervenants à l'hôpital sur leur propre perception du changement et du rôle effectif qu'ils y jouent. D'autre part, en cherchant à situer la place de l'action syndicale et des instances de négociation et de consultation traditionnelles dans la régulation des processus de rationalisation en cours.

3.3.1/ La perception du changement

Les monographies, les focus group et, au delà de ses apports évoqués plus haut, l'enquête par questionnaire ont fait apparaître deux dimensions de la perception des changements par les personnels des établissements.

D'une part, la perception dépend du service dans lequel exerce le répondant ; d'autre part, si la perception de la qualité de soins est globalement positive elle est diversifiée selon les contextes et les professions.

La perception des changements dépend de la place des services dans l'organisation et le processus de production. Ainsi, comme on l'a vu, les personnels des laboratoires notent plus de changements que les autres. A l'opposé, les personnels des services de chirurgie cardiaque notent plus souvent que les autres que ces relations sont restées inchangées. Ce résultat est confirmé par les enseignements que l'on a pu tirer des focus-groups organisés en parallèle dans les laboratoires d'analyse médicale de Fracou et d'Itapa : dans les deux cas, ces services se sont orientés –bien souvent avant tous les autres- vers des démarches qualité, des processus d'accréditation et ont redéfini les bases de leurs relations avec leurs " clients ", internes ou externes ; cette ouverture sur les usagers du service a impliqué des changements très importants, tant en matière d'organisation du travail (vers plus de taylorisation et de parcellisation des tâches), que de matériel (évolutions technologiques) et de conditions de travail (modifications d'horaires, travail par roulement, etc.)

Quant à la perception de la qualité des soins, prés de deux tiers des personnes interrogées pensent que la qualité donnée (c'est à dire, évaluée à partir de critères professionnels) s'est améliorée. En tendance, les personnes déclarant avoir été associées au changement ont plus souvent que les autres une opinion positive en terme de *qualité donnée*.

De plus, cette opinion est inégalement répartie selon les professions. Ainsi, les personnels administratifs, les cadres et les médecins sont plus nombreux à signaler cette amélioration que les infirmiers et les aides-soignants qui dispensent les soins au quotidien.

Ce résultat corrobore d'ailleurs les points de vue exprimés par les personnels de Fralev lors de la séance de restitution des résultats de l'enquête : *" plus on est proche du malade, moins on a l'impression que la qualité s'est améliorée "*. Ne faut-il pas alors se demander si la technicisation (et l'impression de " bureaucratisation ") croissante des systèmes de soin n'induisent pas, chez les personnels soignants, une impression de perte de substance et de sens de leur profession et de leur métier ?

Corrélativement, on observe que les personnels qui ne font pas partie du service concerné, voient plus souvent la qualité augmenter que les personnels membres du service.

Ce résultat est à rapprocher de celui concernant l'environnement : les personnes extérieures au service peuvent souvent ignorer ce qui se passe au sein des services étudiés ; ce qui ne les prive pas, lorsqu'on les sollicite, d'y porter leur propre regard et leur propre jugement. Au cours des focus groupes, il a pu être ainsi noté, en particulier dans le cas français, que les changement profonds qu'ont connu et ressenti les techniciens de laboratoire en matière d'organisation du travail peuvent rester " invisibles " aux yeux des infirmières appartenant à des services " clients " du laboratoire au sein du même hôpital. Dans les deux pays, les résultats de l'enquête soulèvent, de manière générale, la question de la relativité du contenu de la notion de " qualité " véhiculée par l'hôpital.

Elle est souvent liée à celle des conditions de travail dont on a vu qu'elles s'étaient, aux dires des répondants, sensiblement dégradées. C'est dire que l'accroissement de la qualité possède une contrepartie. Comme, par ailleurs dans cinq établissements sur six, la durée moyenne de séjour s'est réduite, se trouve confirmé le discours dominant qui évoque un travail de type flux tendu (particulièrement observable dans les laboratoires) et la multiplication des actes. Mais cette relation n'est pas mécanique, ni systématiquement observée.

Dans les trois établissements français, les opinions sont plus souvent partagées, alors qu'en Italie une majorité se dégage au sein de chaque établissement, soit pour considérer une amélioration (Itato, Itasud) soit pour estimer une dégradation (Itapa) des conditions du travail.

Finalement, si ils sont ainsi concernés par le changement dans ce qu'il implique de plus concret pour eux –à savoir des conditions et des rythmes, voire des horaires, de travail modifiés- la question se pose justement de savoir quelle place est faite aux salariés dans la détermination de la nouvelle donne à l'hôpital, soit directement, soit par l'intermédiation de la représentation syndicale.

3.3.2/ La faible visibilité de l'action syndicale dans le changement.

C'est sans doute dans les services de laboratoires que les procédures d'accréditation et de mise en conformité du processus de production à des normes strictes de qualité ont été le plus précocement mises en œuvre. Les focus group organisés avec les personnels de ces services à Itapa et à Fracou révèlent la fragilité de la notion de " participation directe " au changement et conduisent à ne lui reconnaître qu'une portée opérationnelle limitée : si, comme à Itapa par exemple, des réunions d'information sur le projet de qualité et des groupes de travail sont bien

mis en place, le rôle des opérateurs se limite bien souvent à tester les nouvelles procédures conçues par les médecins et la direction ; voire, dans le meilleur des cas, à donner un avis technique en vue de définir un cahier des charges pour les nouveaux matériels ; d'où le sentiment que leur rôle réel dans la prise de décision est tout à fait subalterne : *" Somme toute, nous nous sommes sentis un peu mis de côté, surtout par rapport au groupe des médecins, alors que ça nous aurait plu de participer plus à la décision. "*.

Par ailleurs, dans l'enquête, une série assez longue de questions concernait la place des syndicats par rapport aux changements et, notamment, leur rôle dans la prise de décision et la mise en œuvre. Certaines d'entre elles avaient pour but d'évaluer, d'une certaine façon, *l'image* des syndicats auprès des personnels. L'analyse des réponses fait ressortir que, globalement, les syndicats apparaissent aux personnels comme peu présents. En effet, si selon 50% des répondants, les syndicats auraient bien été *" informés "* des changements, ils ne sont plus que 32% à déclarer que les *" syndicats y ont participé "*. A la question sur la manière dont le syndicat a rempli son rôle par rapport au changement, près des deux tiers des agents ne répondent pas. En revanche, 17% signalent que les syndicats ont réalisé un travail de concertation.

Plus encore, aux questions sur la position syndicale par rapport à ce changement, les personnels sont, mais de façon variable selon les syndicats concernés, entre 40 et 60% à l'ignorer.

D'autre part, les syndicats semblent généralement perçus par les Français comme étant globalement actifs et majoritairement favorables, tandis que les Italiens les jugent plus discrets ou plus contradictoires.

Lorsqu'elle est connue, la position des syndicats à l'égard du changement est perçue comme une position de soutien à 39 %, mais 38 % des interviewés n'ont pas d'opinion. Selon le pays auquel on appartient, on répond un peu différemment : les Français sont plus nombreux, soit à trouver que la position des syndicats est favorable au changement observé (45,8 %), soit à ne pas connaître cette position (42,7 %). En revanche, les Italiens voient davantage de positions contradictoires (11%, contre seulement 4% en France).

Il apparaît aussi que pour seulement 32% des personnes interrogées les syndicats CFDT ou CISL ont *" associé le personnel à la mise en œuvre du changement "* ; ce pourcentage tombant en dessous de 10% pour les autres syndicats.

D'une manière générale, on ne sait pas ou on répond négativement au fait que la CGT, pour la France, et la CGIL, pour l'Italie, aient participé activement à la mise en place de l'innovation. De façon significative, les personnels dont l'ancienneté dans l'établissement est inférieure à cinq ans, sont encore plus nombreux à ne pas avoir d'opinion (83 % contre 47% pour les plus anciens).

3.3.3/ Participation et rôle des syndicats dans le changement.

Les processus de rationalisation engagés dans les établissements hospitaliers français et italiens affectent pour la plupart les conditions dans lesquelles travaillent les salariés qui dispensent les soins. Or la perception de leurs effets en termes de qualité des soins et de qualité du travail par ces mêmes salariés est pour le moins mitigée et contradictoire : souvent la charge de travail, son intensité, la répartition des tâches, les rôles professionnels évoluent de façon jugée défavorable ; les résultats du processus de changement, que ce soit en termes de qualité des soins ou d'ouverture de l'hôpital sur l'extérieur, restent souvent invisibles aux yeux de ceux qui le vivent au quotidien.

Un premier paradoxe naît de ce constat si l'on observe que les deux pays ont explicitement fondé l'atteinte des objectifs économiques visés par la réforme sur deux outils clé : d'une part un accroissement de l'autonomie (sous contrôle) de gestion des établissements hospitaliers ; d'autre part la mobilisation et l'implication des personnels sur les objectifs globaux (efficience) et intermédiaires (efficacité technique, qualité, satisfaction du patient, etc.). Or, au vu des informations analysées, l'implication des salariés dans les processus de changement ne ressort pas avec évidence : ceux-ci restent d'autant plus mal perçus que les salariés ne paraissent pas, bien souvent, les maîtriser réellement.

Un second paradoxe s'articule au premier : l'absence déclarée de maîtrise du changement par les salariés contredit l'existence, la mise en place, et parfois le renforcement, d'instances de participation (directe ou indirecte) des salariés dans les établissements hospitaliers.

En France, en dehors des lieux nationaux de régulation centralisée de la fonction publique hospitalière, les salariés de l'hôpital public sont appelés à se mobiliser sur les démarches nouvelles de qualité et à participer à la définition des objectifs du projet d'établissement, que ce soit au travers du Conseil de Service (qui, il est vrai, n'a pas encore véritablement trouvé sa place), de la Commission de Service de Soins Infirmiers ou de commissions d'accréditation plus ou moins informelles. Indirectement, par le jeu de la représentation syndicale, leur participation est assurée au sein des Comités techniques d'Etablissements, des Commissions Administratives paritaires, et surtout des Comités d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail ; en outre une loi du 14 mars 2000 renforce le rôle des syndicats dans les dispositifs d'évaluation des initiatives en matière d'amélioration des conditions de travail. Dans les établissements lucratifs privés, des instances comparables existent avec des spécificités : délégués du personnel, délégués syndicaux, comité d'entreprise. Toutefois dans le secteur public, où la négociation collective reste centralisée, aucune de ces instances n'a un rôle contractuel (rôles d'information / consultation / participation).

En Italie, la négociation et la participation indirecte au niveau des établissements hospitaliers relèvent de pratiques institutionnelles bien établies et plus anciennes : les deux niveaux de négociation (national et d'entreprise) sont consacrés par les textes. En particulier, une des différences essentielles avec la situation française réside dans le fait que l'hôpital peut négocier localement des variations de salaires par rapport à ceux de la convention collective nationale en fonction de programmes de productivité, de qualité ou de compétitivité. La possibilité y est donc ouverte de " salaires participatifs " fonction, notamment, de la situation économique de l'hôpital. Le financement de cette partie " accessoire " du salaire peut par exemple provenir d'un fonds de réserve pour les heures supplémentaires ou pour les travaux difficiles : ainsi, dans certains établissements les sommes correspondantes aux salaires des salariés passés à temps partiels (et non remplacés) vont alimenter un fonds dont une partie est redistribuée sous forme de primes incitatives. Il peut s'agir aussi d'un fonds de productivité collective. On rencontre d'ailleurs cette situation dans l'enquête chez Itapa, où les salariés des laboratoires peuvent bénéficier de tels salaires incitatifs [18] du fait d'un développement important de l'activité externe dans leurs services (et donc des ressources externes de l'hôpital).

D'une manière générale, un des aspects du changement signalé comme négatif concerne la forte procédurisation de l'activité sanitaire et surtout l'augmentation des activités à caractère bureaucratique, de classification et de contrôle, augmentation à laquelle ne sont étrangères ni les procédures qualité, ni la mise en place de nouveaux outils de gestion, ni la technicisation des soins. Comme on l'a vu à propos des démarches qualité, il est remarquable que cette évolution touche l'ensemble des personnels et qu'elle soit d'autant moins vécue comme une occasion de développer ses compétences que les normes sont subies et non négociées.

Il y a donc une distance apparente, dans chacun des deux pays, entre le projet de participation directe des salariés au changement, les moyens mis en œuvre pour l'atteindre et la manière dont le vivent les salariés eux-mêmes.

Ainsi, la recherche met en évidence deux modèles participatifs différents dans les deux pays.

En France, où la négociation reste hautement centralisée dans la fonction publique, placée sous le signe de la rivalité syndicale et inscrite dans la tradition du conflit, la multiplication des instances légales de participation – dont le fonctionnement réel reste loin du prescrit- ne suffit pas, apparemment pour donner aux salariés le sentiment d'être associés aux changements qui les concernent : tout se passe comme si la décision, venue d'ailleurs (hors de l'hôpital) n'attendait que le conflit pour recevoir (on non) un début d'inflexion.

En Italie, où l'espace d'intervention des organisations syndicales au niveau de l'établissement semble plus élargi, où l'unité syndicale au sein de l'institution de représentation locale (RSU) est la règle de principe, la négociation, plus décentralisée est assise sur une culture de recherche du consensus avant décision. En outre, si la participation directe des salariés paraît limitée, comme en France, à l'information sur les changements de procédure à l'occasion des démarches qualité, s'y développent des formes d'incitation financière à l'effort et à la performance.

[18] Toutefois, ce caractère " incitatif " est lui-même à relativiser puisque, dans ce cas précis, la prime de productivité peut aussi être perçue comme la juste compensation d'heures supplémentaires effectuées mais non rémunérées au moment de leur effectuation.

3.3.4/ Conclusion du chapitre 3

Fondée sur une méthode de recherche originale, car mobilisant un nombre imposant de partenaires et de correspondants ainsi que de nombreux matériaux, la recherche a mis au jour une série de résultats touchant à l'économie des relations professionnelles et à l'économie des systèmes hospitaliers. En guise de conclusion de ce chapitre, on se contente de revenir sur la dimension de comparaison internationale en regard de la question du lien entre participation et efficacité.

En France, des instances sont bien créées pour tenter de faire de la rationalisation de l'hôpital l'œuvre de chacun. Mais, à y regarder de près : le projet d'établissement se construit largement entre la direction de l'établissement et les médecins sur la base du projet médical ; les Conseils de Service, instances privilégiées de participation directe des salariés (assemblée générale), fonctionnent peu ; les Commissions de Service de Soins Infirmiers limitent sans doute la participation et l'expression directe des différentes catégories de personnels soignants, puisqu'ils sont représentés par un cadre infirmier nommé par la direction ; enfin, les commissions d'accréditation ne sont aucunement tenues à une représentation du personnel en leur sein. En Italie, au delà de procédures locales plus ou moins informelles de motivation, et nonobstant l'existence d'instances participatives plus ou moins formelles et opérationnelles (conseil sanitaire à Itapa, conseil des personnels de santé à Itasud) le mode privilégié d'implication directe des salariés aux résultats de l'entreprise semble bien être l'incitation financière à la productivité, à l'effort ou à la performance ; outils qui sortent de la panoplie des moyens de l'hôpital public en France.

Le chapitre suivant a pour objectif de tirer de cette recherche des implications politiques, notamment dans le contexte de la construction européenne.

4/ Conclusions and policy implications

4.1/Objet et questions de la recherche : la contribution au débat scientifique et politique

Comme on l'a vu dans les sections précédentes, l'objectif principal de la recherche consistait à analyser les progrès récents en matière de réorganisation des hôpitaux italiens et français dans le cadre des projets plus généraux de réforme entrepris par les deux systèmes de santé nationaux dans les années 90, et encore en partie en cours. La recherche s'est concentrée plus particulièrement sur les transformations opérées au niveau de la répartition et de l'organisation du travail, des relations syndicales et des pratiques de gestion des ressources humaines dans les établissements hospitaliers sélectionnés, et sur leurs effets en terme d'efficacité et de qualité du travail et (indirectement) de qualité du service.

Il a été décidé de se consacrer plus précisément sur ces trois aspects (l'organisation et la division du travail, les relations syndicales et la gestion du personnel) car ils comptent parmi les maillons les plus importants de cette chaîne qui relie le niveau plus général des réformes institutionnelles des systèmes de santé nationaux et de leurs critères de financement et l'efficacité et qualité du service, en passant bien sûr par satisfaction des usagers. Ils sont donc extrêmement importants puisque dans le domaine des services, et à plus forte raison les services aux personnes, il y a un rapport très étroit entre la qualité des prestations finales et celle du personnel qui les assure, comme l'indique depuis longtemps toute la littérature (pour tous, Normann, 1984).

En effet, on sait que dans le secteur traditionnel de la production industrielle et manufacturière, le bien fabriqué est – pour ainsi dire – séparé de l'activité même des travailleurs, et la relation entre celle-ci et le bien fourni est largement conditionnée par la technologie employée (l'intervention humaine étant de plus en plus limitée à un simple contrôle des " machines "), tandis que dans les services aux personnes, le " bien " mis à la disposition des usagers correspond à l'activité directement assurée par les professionnels. En forçant un tout petit peu les choses, on peut presque dire que le " bien " fourni et proposé aux destinataires *est* l'activité même des professionnels. Et même quand cette activité se fait à travers l'emploi de techniques et de matériels plus ou moins sophistiqués, elle est souvent assimilable - comme le rappelle le travail classique de Thompson (1967) – à des formes de technologie " intensive ", impossibles à standardiser, où la sélection/séquence/combinaison des techniques et des

opérations nécessaires sont sujettes à une grande variabilité car elles sont conditionnées par les réactions toujours différentes de l'être humain qui en est le destinataire [19].

Par conséquent, l'efficacité des organisations où la présence de telles technologies est massive et où les problèmes de gestion de l'incertitude se font particulièrement sentir dépend largement de la qualité de l'intervention humaine. Et ce que l'on entend par qualité, c'est certainement les compétences technico-professionnelles du personnel et, surtout dans notre cas, la motivation, les capacités relationnelles, le dévouement, le sens des responsabilités etc.

Mais ce n'est pas tout. La récurrence fréquente de situations d'interdépendance, et donc la nécessité de recourir souvent à des formes de coordination et d'adaptation mutuelle (pour reprendre encore une fois un concept de Thompson)[20], exige aussi la présence d'une culture partagée, de valeurs et de convictions communes, d'identification et d'un sens d'appartenance à l'organisation, bref, de relations de confiance entre les divers acteurs[21].Autant de ressources qui ne sont pas immédiatement disponibles ou données " naturellement " aux organisations, et qui ne sont pas non plus, pour ainsi dire, modifiables par décret, mais qui demandent beaucoup de temps pour se former et parvenir à des équilibres délicats pour pouvoir ensuite se conserver et se reproduire (Ouchi, 1980 ; Friedberg, 1993).

Tout ceci explique le fait que les réformes institutionnelles visant à améliorer l'efficacité des systèmes de santé nationaux européens - lesquels subissent, d'une part, des pressions économiques et financières de plus en plus fortes, et, d'autre part, sont appelés à assurer des services efficaces et de qualité face à une demande de plus en plus exigeante et diversifiée exprimée par les usagers - ont bien du mal à atteindre les objectifs établis sans une gestion appropriée des ressources humaines capable de promouvoir leur implication et leur participation active. Dans le cas qui nous intéresse, la participation des travailleurs n'est donc pas seulement une question de justice ou d'intérêt dans les rapports avec des syndicats qui, dans les deux pays, sont très représentatifs [22], mais c'est une forme d'organisation efficace des processus de réforme en cours, indépendamment des rapports avec les syndicats.

---

[19] Eu égard à cette forte interaction avec l'objet sur lequel elles interviennent, les technologies " intensives ", toujours selon la subdivision en trois parties de Thompson, sont, de par leur constitution, davantage exposées à une incertitude. Toutefois, il faut remarquer que certaines activités hospitalières plus techniques peuvent s'éloigner de ces caractéristiques pour se rapprocher en revanche de celles qui sont propres aux technologies à " enchaînement ", comme par exemple dans les laboratoires et les services de radiologie.

[20] Il s'agit là du type d'interdépendance le plus complexe, source de contingences critiques pour toutes les personnes concernées, et de la forme de coordination la plus onéreuse en terme de coûts de communication et de décision.

[21] Pour employer une terminologie plus moderne, nous pourrions parler de la nécessité de formes d'organisation en *clan* (Ouchi, 1979 et 1980), et de *capital social* (Coleman, 1990).

[22] Comme on l'a vu dans les études de cas et dans les sections précédentes, la force du syndicat italien révélée par le taux important de syndicalisation du personnel est également remarquable en France, comme l'ont montré la

Trait original de notre travail, nous avons tenté de ne pas séparer les trois thèmes de la recherche, alors qu'ils sont souvent traités séparément dans la littérature.

- le thème des systèmes nationaux de santé au niveau macroéconomique, de leurs bases institutionnelles et de leurs critères de financement, qui relève normalement de l'étude des politiques publiques en général et, plus particulièrement, des politiques socio-sanitaires (France, 1998 ; Garattini, 1998 ; Mapelli, 1999 ; Ferrera et Rhodes, 2000 ; OCDE, 1995b et 1996b ; Signorini, 2000 ; Letourmy, 2000 ; Maino, 2001 ; Vicarelli, 2001) ;
- le thème de l'organisation et de la gestion des hôpitaux et des services sanitaires et de la division professionnelle du travail, généralement traité dans des études de sociologie de l'organisation et de sociologie des professions (Freidson, 1970 et 1985 ; Hafferty et McKinley, 1993 ; Witz, 1994 ; Turner, 1995 ; Vassy,1999 ; Tousijn, 2000), ainsi que dans des études de management et de gestion des ressources humaines (Naschold, 1996 ; OCDE, 1995 et 1996 ; Bach et Della Rocca, 2001) ;
- le thème de la réglementation des rapports professionnels et des relations syndicales, notamment dans le secteur public, qui fait quant à lui l'objet des études portant sur les relations industrielles (Bach *et al* ., 1999 ; Dell'Aringa et Keller, 2001 ; Ferner et Hyman, 1998).

La stratégie adoptée pour la recherche, laquelle a rapproché deux pays en partie semblables pour ce qui est des processus de réforme de leurs systèmes de santé, a sélectionné trois sites hospitaliers et un groupe de services comparables pour chacun des deux pays ; en outre, elle a associé la méthode de l'étude de cas qualitatifs à une étude quantitative sur les comportements des salariés face aux changements en cours, ce qui a permis d'obtenir des résultats parlants tant du point de vue scientifique que normatif, ainsi que des implications politiques ; tout cela sera détaillé dans les paragraphes suivants.

Au plan scientifique, on a obtenu des réponses intéressantes concernant l'éternelle question de la convergence entre les systèmes nationaux, en dépit de caractéristiques propres à chacun des pays et de phénomènes de *path dependency* . Notre recherche a fait apparaître une configuration, qui ne se prête à aucune simplification : tout dépend des problèmes analysés et du niveau d'analyse.

---

capacité de mobilisation et la forte participation des salariés aux élections des différents organismes de représentation du personnel, malgré le faible taux de syndicalisation.

Au plan macroéconomique, on observe des éléments très semblables : les pressions pesant sur les systèmes de santé des deux pays (exigence d'une bonne maîtrise des coûts tout en améliorant la qualité)[23], communes du reste à beaucoup d'autres pays européens, les principes dont s'inspirent les processus de réforme des années 90 (1991 et 1996 en France, 1992-1993 en Italie), la régionalisation (plus poussée en Italie qu'en France, où il s'agissait surtout d'une décentralisation administrative), la concurrence administrée et les financements décidés sur la base du critère des DRG.

En revanche, on enregistre aussi des différences, notamment un degré différent de " managerialisation " et l'introduction de critères et de techniques de gestion typiques du secteur privé plus poussée en Italie qu'en France, en raison aussi de la différence de statut des cadres dirigeants et des médecins travaillant dans le public. Parmi les autres similitudes, il convient de citer certains effets de la réforme sur la gestion des établissements hospitaliers, notamment cette tendance relevée sur tous les sites étudiés à la réduction du séjour moyen à l'hôpital et une hausse du nombre d'hospitalisations, avec à la clé une intensification du travail. Mais l'impact de cette tendance sur le personnel diffère d'un pays à l'autre, selon les caractéristiques nationales inhérentes à l'organisation et au temps de travail et en fonction aussi de la division professionnelle du travail (en France, on constate une qualification des tâches des infirmiers/ères, parmi lesquelles prennent place aussi quelques fonctions administratives et de *reporting* , en Italie, au contraire, on remarque un glissement vers le bas de leurs attributions, à cause, entre autres, de la pénurie d'aides soignants).

Il en est de même en ce qui concerne la poursuite commune d'objectifs qualitatifs dont l'impact est différent en France et en Italie à cause des particularités de l' organisation et de la répartition professionnelle du travail. Et puis enfin, pour ce qui est de l'implication des salariés dans ces processus de réforme – voulue dans les deux cas – et du rôle des syndicats, les caractéristiques nationales apparaissent très marquées en raison des différences considérables entre les systèmes nationaux de relations industrielles et, à certains égards, en raison des différences locales, de la culture et des stratégies adoptées cas par cas par les syndicats.

Bref, comme la littérature la plus approfondie (voir par exemple Vassy, 1999), notre recherche dégage une situation complexe où se mêlent des tendances communes (pressions

[23] Même si le pourcentage des dépenses de santé totales et des dépenses de santé supportées par le secteur public par rapport au produit intérieur brut à la fin des années 90 est inférieur en Italie (respectivement 7,6% et 5,3%) à celui enregistré en France (9,6% et 7,7%) et dans beaucoup d'autres pays européens (OCDE, 1999 ; Maino, 2001). En Italie, l'incidence du secteur sanitaire privé – en terme de financement (31%) et de production de services – est considérablement plus élevée que dans de nombreux pays de l'OCDE (Mapelli, 1999, pages 22 et 13-131).

systémiques et orientations générales en faveur des réformes), des conséquences analogues en matière de contraintes de gestion pour les hôpitaux (réduction du séjour moyen et hausse du nombre d'hospitalisations), et des spécificités nationales (parfois même locales) au niveau de l'impact de la réforme sur l'organisation et la division du travail, sur le rôle et l'attitude des syndicats, sur les modalités d'implication et de participation des salariés et sur la perception du changement de la part de ces derniers.

Parmi les facteurs qui favorisent davantage la persistance des caractéristiques nationales, on compte les diverses institutions (souvent à caractère légal, et donc plus résistantes au changement) qui régissent les professions de santé, le travail dans le secteur public et les systèmes de relations du travail dans les deux pays, outre la culture et les orientations stratégiques des syndicats. Dans certains cas, pour construire ces différences, les spécificités du service peuvent être tellement fortes qu'elles parviennent à l'emporter sur les différences nationales et locales (Vassy, 1999).

Au plan des retombées normatives et politiques, l'analyse comparative menée par notre recherche a donné des résultats intéressants, notamment en ce qui concerne les problèmes de l'organisation et de la qualité du travail, mais aussi en terme de suggestions en vue d'une amélioration de la qualité du service fourni, d'une redéfinition de la division du travail et des rapports (quantitatifs et qualitatifs) entre les divers métiers de la santé, en particulier, les soins infirmiers, et des formations qui en découlent. La recherche débouche également sur des suggestions intéressantes concernant les modalités d'implication des travailleurs et le rôle des syndicats afin d'assurer l'efficacité de la réforme et de limiter résistances et conflits.

4.2/ Les principaux résultats

4.2.1/ Le choix des pays et les méthodologies de recherche pour optimiser les résultats de notre étude et les transférer à d'autres contextes

Le choix des pays à comparer et la méthodologie employée pour la recherche se sont avérés très appropriés à l'objectif général qui était de montrer qu'en Europe, différentes possibilités de réforme des services de santé existaient et que l'on pouvait modifier les conditions de travail des salariés ainsi que les relations avec ces derniers. La comparaison entre les pays permet en effet d'étudier les avantages et les inconvénients au plan social des diverses démarches possibles, et de voir ensuite si celles-ci peuvent être transférées à d'autres contextes nationaux.

L'Italie et la France ont au départ deux modèles de systèmes de santé assez proches, tout en présentant certaines caractéristiques bien nationales, dont la plus évidente est peut-être la centralisation plus poussée en France, par rapport à une régionalisation consolidée depuis longtemps en l'Italie.

Sur ces différences " de base " s'est greffée une démarche de rationalisation économique et d'ouverture du marché des services de santé qui répond à des logiques essentiellement semblables du point de vue des stratégies de réforme des services, mais qui finit toutefois par avoir des effets partiellement différents dans les deux pays – par exemple, en matière d'autonomie de gestion (plus élevée en Italie) –, soulignant ainsi la portée des systèmes spécifiques de représentation et de réglementation du travail (ce qui, entre autres, explique le fait qu'en France, le processus de rationalisation ait provoqué une plus grande conflictualité dans les relations avec les salariés).

Par ailleurs, le choix d'une méthodologie " participative ", comportant une implication constante des militants syndicaux dans la discussion *in progress* des résultats de l' étude a permis de reconstruire très précisément les phénomènes faisant l'objet de la recherche et de lancer une réflexion au sein du groupe de chercheurs et des deux syndicats concernés (Cfdt Santé Sociaux pour la France et Fps Cisl pour l'Italie) sur les démarches et les stratégies des acteurs sociaux pouvant être considérées comme optimales pour aborder la réforme de ce secteur d'activité. Sans oublier qu'une modernisation du modèle social européen s'impose (" investing in people " et " combating social exclusion ") et constitue même une des charnières de la politique européenne pour le développement, comme cela a été établi à Lisbonne en mars 2000.

4.2.2/ Les principaux résultats de la recherche : le changement dans les relations du travail

Sans s'exprimer de façon spécifique sur les réformes sanitaires en cours dans les différents pays, et en choisissant donc de laisser le maximum d'autonomie aux diverses " démarches " nationales en la matière, les institutions européennes recommandent généralement que les processus de libéralisation des marchés et de privatisation des services publics se fassent progressivement et sans jamais perdre de vue la sécurité sociale et le dialogue.

Réformes des services et réformes des relations du travail dans la fonction public

Comme le montrent d'autres recherches [24], le processus d'ouverture des marchés et de privatisation des services publics en Europe a d'importantes répercussions sur les relations du travail. Ceci est valable également pour les services sociaux et plus particulièrement, pour le secteur de la santé. Dans ce dernier, les réformes sont très prudentes et, généralement, l'Etat conserve la propriété des services (à part quelques exceptions telles que le Royaume-Uni et, en partie, l'Espagne et le Portugal).

Mais, par ailleurs, que l'on s'oriente ou pas vers une privatisation des services, les relations industrielles subissent des modifications considérables suite à l'attention croissante apportée aux résultats des établissements et aux nouveaux styles de gestion " entrepreneuriale " qui les modifient profondément par rapport aux relations du travail traditionnelles telles qu'on les connaissait autrefois dans les services et administrations publics. Ce phénomène a pour effet de " les rapprocher des relations industrielles existant dans le secteur privé, à travers aussi l'introduction de systèmes d'évaluation du personnel, d'incitations en terme de rémunération et de formes plus 'agressives' de gestion des ressources humaines " (Eiro, 1999).

La recherche Refipar montre bien que les processus d'ouverture du marché et de rationalisation économique du secteur de la santé sont assez lents dans les deux pays pris en compte, et qu'ils se font à travers des réformes successives partiellement convergentes, par exemple, en matière de décentralisation administrative et de gestion, de nouveaux partenariats entre secteurs public et privé, d'introduction de formes – encore limitées – de concurrence. Du point de vue social, le caractère progressif des réformes institutionnelles laisse aux acteurs sociaux – aussi bien en Italie qu'en France – la possibilité d'élaborer et d'exprimer leurs positions concernant les changements en cours et d'adapter à la nouvelle donne leurs formes de représentation du personnel, leur système de relations industrielles et leur réglementation du travail.

Mais par ailleurs, la recherche révèle aussi que d'importants changements sont déjà en cours dans les deux pays. Tandis qu'en France , où le statut des métiers de santé reste fortement ancré dans la fonction publique, les changements semblent concerner davantage la redéfinition du contenu et des limites des fonctions du personnel médical, en Italie, où la réforme dite de

[24] Eiro (1999), " Privatisation and Industrial Relations in Europe ", www.eiro.eurofond.ie/1999/12/study/TN9912201s.html.

‘privatisation du rapport du travail’ a démarré, les innovations semblent plus marquées et sont particulièrement liées à l’introduction de nouveaux outils de gestion des ressources humaines (programmes d’incitation, outils d’évaluation des résultats, individualisation des rémunérations).

Décentralisation régionale, autonomisation des hôpitaux et structure des relations industrielles

Une des tendances générales relevées en Europe au cours de ces processus de libéralisation des marchés et/ou de privatisation des services publics est une décentralisation plus ou moins marquée des pouvoirs de prise de décision, aussi bien au niveau de la région que de l’établissement. Pour ce qui est de la santé, ce phénomène est particulièrement évident en Angleterre - dont la réforme italienne s’est en partie inspirée - et, plus récemment, en Norvège où une grande partie des compétences administratives a été déléguée aux hôpitaux (transformés en “ trust ” autonomes au Royaume-Uni).

Quoi qu’il en soit, en France aussi on a remarqué qu’une partie des compétences en matière d’administration des services de santé a été déléguée - suite à la réforme - au niveau territorial, avec la création des Agences Régionales de l’Hospitalisation, et il en est de même pour certaines compétences – limitées – en matière de gestion qui ont été confiées aux directeurs d’hôpitaux.

Le degré de décentralisation administrative est bien évidemment lié à la structure des relations entre les administrations et leurs salariés. Il est clair que les systèmes de relations du travail avec un syndicat très présent dans les établissements et à même de négocier les conditions de travail à ce niveau permettent de mieux aborder la nouvelle donne et la décentralisation. Comme nous le verrons par la suite, c’est justement sur ce point – à savoir la capacité des systèmes de relations industrielles à réagir face aux changements structurels de l’administration sanitaire – que se manifestent des différences entre les deux pays.

Relations syndicales et participation des salariés

Le renforcement du dialogue entre les partenaires sociaux est un souci constant de la Commission Européenne, et son extension dans le secteur public est aussi un de ses objectifs, exprimé à maintes reprises. Divers documents des syndicats européens insistent sur la nécessité d’accroître la participation des salariés aux décisions des entreprises et de renforcer leurs droits, y compris dans la fonction publique. Lors de son dernier congrès (Helsinki, juin 1999), l’Etuc a

confirmé que les syndicats européens doivent “ généraliser le dialogue social dans tous les secteurs privés et publics ” et, plus particulièrement, “ exercer une pression sur les employeurs publics… pour s’assurer que les réglementations et les accords européens couvrent également les agents de la fonction publique, sans aucune discrimination ”.

Dans cette perspective, les institutions européennes dans leur ensemble – représentants de la Commission, du syndicat européen des fonctionnaires l’ EFPSU et des employeurs du secteur public des divers Etats-membres - réunis à la Conférence de Helsinki en novembre 1999, ont jeté les bases d’un dialogue social dans la fonction publique et ont affirmé que celui-ci pourrait s’avérer particulièrement efficace “ afin d’éviter la conflictualité engendrée par les changements continuels de l’organisation du travail en cours dans ces secteurs d’activité ”. En outre, la conférence a souhaité l’ouverture d’un débat sur les nouvelles formes de flexibilité de l’organisation du travail, dont il faut favoriser l’introduction dans les établissements et dans les organismes publics. Elle a notamment, insisté sur le besoin d’associer ces nouvelles formes de flexibilité à certaines solutions appropriées de protection des salariés.

Les résultats de notre recherche confirment eux aussi la présence d’un grand changement actuellement en cours dans le domaine de la santé, et l’importance d’un système solide de relations syndicales pour en gérer les retombées sociales. Ils montrent en particulier que les conditions institutionnelles pour la participation des syndicats et des salariés aux processus décisionnels sont bien réunies, tant en Italie qu’en France, encore que l’on relève des différences qu’il convient de souligner.

En effet, dans les hôpitaux français, on constate la présence de diverses structures de participation des salariés (principalement organisées par des représentants des différents métiers) à caractère essentiellement consultatif et qui, tout compte fait, semblent influer bien peu sur les décisions prises par l’entreprise. En revanche, dans les hôpitaux italiens, la participation des salariés ne se fait qu’en partie à travers des organismes consultatifs professionnels (peu ou pratiquement pas convoqués), tandis que le droit des représentants du personnel à négocier les changements organisationnels, associé à une longue tradition de co-gestion informelle, est tel que les directions ne prennent aucune décision sans l’accord préalable des salariés. Et puis, contrairement à la France où l’implication du personnel se fait à travers la médiation des métiers, en Italie, certaines formes de co-intéressement financier aux résultats de l’entreprise (part modulable liée à la productivité) sont prévues par les conventions.

Un des résultats les plus intéressants de ce travail est justement d'avoir montré que les caractéristiques originelles des modèles de représentation et des systèmes de relations syndicales peuvent conditionner la réaction sociale face à l'évolution des institutions. En particulier, on voit comment, face à des réformes sanitaires assez semblables d'un pays à l'autre, et face à des changements organisationnels et des conditions de travail tout à fait analogues, les deux systèmes de relations syndicales se sont manifestés différemment.

Le système italien - où les syndicats sont bien ancrés dans les entreprises à travers des sections (les RSU, représentations syndicales unitaires) et peuvent, à ce niveau, négocier les conditions de travail - a répondu de façon plus incisive au changement et est presque toujours parvenu à éviter le conflit : en somme, le syndicat italien a fait fonction, du moins dans les cas les plus réussis – de " facilitateur " de la réorganisation. Le système français – qui ne prévoit aucune négociation au niveau de l'entreprise mais uniquement une consultation des salariés à travers les divers organismes de participation, et où les syndicats ne peuvent intervenir qu'à posteriori par rapport à une décision impopulaire de l'entreprise en déclarant une grève - n'a pu recourir qu'au conflit pour s'opposer aux réformes. En d'autres termes, ces dernières ont entraîné davantage de conflits en France qu'en Italie, à cause justement du différent type de participation propre à son système de relations industrielles.

Cette conclusion permet de penser que, même dans d'autres pays, les réformes des services publics peuvent avoir des impacts différents en termes de conflictualité. Celle-ci sera plus ou moins vive, en fonction des diverses caractéristiques des partenaires sociaux et de leurs systèmes de relations.

Quoi qu'il en soit, il est intéressant de remarquer que les salariés italiens et français se plaignent d'avoir été trop peu impliqués par leurs directions dans tout le processus de réforme, et en plus, que le rôle joué par les syndicats dans tous ces changements a été trop modeste. L'insatisfaction des salariés confirme la validité des stratégies adoptées par les institutions européennes – voir le Conseil européen sur l'emploi et les politiques sociales, Bruxelles, novembre 2000 - afin d'orienter et de promouvoir des formes plus incisives d'information et de consultation des salariés sur leur lieu de travail.

4.2.3/. Les principaux résultats de la recherche : modifications de l'organisation du travail et qualité de l'assistance

Le cadre général de la réforme : attention nouvelle aux résultats de l'entreprise, un nouveau management du service public, qualité du service.

Un lien très étroit unit le processus de rationalisation économique du secteur de la santé et les modifications de l'organisation du travail dans ce dernier.

Le passage à des formes de financement des hôpitaux à travers les DRG et l'introduction d'un début de concurrence avec les structures privées a projeté au tout premier plan l'exigence d'une plus grande efficacité. Celle-ci, doit être obtenue, d'une part, au moyen d'une réduction du nombre de lits affectés aux différents services (de court et moyen séjour) et, d'autre part, en réduisant les coûts de personnel (passage important du processus de réforme, vu que dans ce secteur d'activité, ce poste représente les deux tiers des dépenses courantes [25]). On essaie d'atteindre cet objectif à travers la restriction ou un rééquilibrage interne des ressources (médicales, techniques et administratives), et à travers également l'externalisation de certains services qui ne relèvent pas de l'activité principale d'un établissement de soins. Ceci entraîne donc une réduction/suppression de certains métiers (personnel de cuisine, de blanchisserie, de ménage, d'entretien et maintenance, etc.).

L'impératif, peut-être plus idéologique que substantiel, de cette " transition vers le marché " à laquelle sont soumis ces processus de réforme met au premier plan un nouveau style de gestion. Ce n'est pas un hasard si dans plusieurs pays européens, les systèmes nationaux de santé ont compté parmi les premiers secteurs publics à devoir expérimenter des formes de gestion inspirées par le secteur privé, ce que l'on appelle le " new public management " (Hood, 1991) . Sa philosophie a certainement conditionné la restructuration managériale et organisationnelle de ce secteur, et elle a radicalement modifié le contexte des relations industrielles dans le cas du Royaume-Uni (Bach, 1999). A bien des égards, c'est d'ailleurs de celui-ci que s'est inspirée la réforme italienne de la haute administration, notamment dans le domaine de la santé, avec la création ou le renforcement du rôle clé du directeur général de l'établissement de soin/hospitalier[26].

L'autre grand objectif des réformes sanitaires est l'amélioration de la qualité des services : pour cela, de nombreux pays, dont la France et l'Italie, ont introduit des procédures obligatoires de certification/agrément auxquelles doivent se soumettre tous les établissements de soins, publics ou privés[27]. Au niveau de l'organisation hospitalière, l'introduction de standards qualitatifs se traduit par l'adoption de procédures de contrôle en interne des différents processus de diagnostic et des soins dispensés, mais aussi par une culture de tout le personnel davantage tournée vers le patient.

Quelques différences entre les contextes nationaux : marché du travail et politiques en matière de temps du travail

Si les impératifs qui sous-tendent ces processus de réorganisation des hôpitaux sont très semblables dans les deux pays étudiés, le contexte organisationnel et le marché du travail y sont en revanche différents.

Il y a par exemple de grandes différences en ce qui concerne le marché de l'emploi et la structure des métiers de santé en France et en Italie, et il faut tenir compte de ces diversités si l'on veut analyser l'impact des

[25] Traduction libre du Rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé (2000), dans *Igiene e Sanità Pubblica*, n.1/2, janvier/avril 2001.
[26] En Italie, la fonction de Directeur général a été créée par le décret de loi 502/1992. En revanche, elle existait déjà en France, mais elle a été renforcée et a acquis une plus grande autonomie avec la réforme.

réformes sur les conditions de travail. On peut dire plus généralement que, dans le cadre de l'attention croissante aux effectifs qui caractérise toutes les réformes des services publics, la création d'une bon équilibre entre les différentes professions – dans le cas de la santé, un rapport équilibré entre les praticiens et le personnel infirmier, entre le personnel infirmier et les aides-soignants, entre les administratifs, les techniciens et le personnel soignant – devient un facteur critique de succès pour les résultats d'un établissement hospitalier.

A cet égard, la recherche a montré que la France a quelques points en sa faveur par rapport à l'Italie et se trouve mieux armée pour affronter le changement. Certes les deux pays présentent plus ou moins la même tendance à limiter les emplois, les fonctions technico-administratives, et à recourir à l'externalisation de certaines activités (restauration, blanchisserie, nettoyage et entretien etc.).

Mais, contrairement à la France, l'Italie doit s'accommoder d'un important déséquilibre territorial concernant le personnel infirmier – dont la pénurie est constante dans les hôpitaux du nord du pays - et d'une absence pratiquement totale d'aides-soignants, ce qui oblige des infirmiers diplômés (comme on le verra plus bas) a remplir également des fonctions moins qualifiées. Cette affectation non optimale des ressources constitue certainement une faiblesse du marché du travail de la santé en Italie. Du côté des médecins, et bine que notre recherche aurait du être davantage développé sur ce point, on a pu noter une différence entre les deux pays. En Italie, l'abondance de la ressource médicale semble être la règle, alors qu'en France dans certaines spécialités du secteur public, la pénurie oriente, en partie, les stratégies des établissements.

Autre différence entre l'Italie et la France : la politique du temps de travail. La promulgation en 1996 et 1998 des deux lois Robien et Aubry portant sur la réduction du temps de travail, en pleine réforme de la santé, a posé des problèmes aux directions d'hôpitaux et aux syndicats qui ont dû relever un défi fort difficile, à savoir, concilier le maintien de la qualité des soins et la réduction du temps de travail à 35 heures par semaine, sans oublier le nouvel objectif de la réduction des coûts.

En revanche, en Italie, la question de la réduction du temps de travail ne semble pas du tout d'actualité : comme dans tout le secteur public, et depuis des années, les salariés de la santé travaillent 36 heures par semaine (35 heures pour les salariés postés depuis la dernière convention) ; en plus, notamment dans le nord où la pénurie de personnel infirmier est chronique, la pratique des heures supplémentaires est très répandue. Voilà pourquoi une réduction du temps de travail pourrait compliquer encore davantage l'organisation déjà précaire des soins infirmiers (Bilous, 1998 ; Segrestin et Tonneau, 2001).

L'impact social des réformes : les changements de l'organisation du travail, de la distribution des tâches et de la qualité du travail

Le développement durable, la modernisation du modèle social européen, la création de " plus et de meilleurs emplois ", voilà quelques-uns des piliers de la politique sociale de l'Union Européenne. Dans les lignes directrices européennes pour l'emploi en 2001, les partenaires sociaux sont invités à " négocier et mettre en place, à tous les niveaux appropriés, des accords afin de moderniser l'organisation du travail, y compris des accords sur

[27] En Italie, de telles procédures ne sont obligatoires que pour quelques services hospitaliers, comme, par exemple, les laboratoires et la radiologie.

la flexibilité , dans le but de prendre des initiatives en matière de productivité et de compétitivité et pour parvenir à un bon équilibre entre la flexibilité et la sécurité et accroître la qualité des emplois. Peuvent être envisagés par exemple de nouvelles formes de travail et la question du temps de travail… la réduction du temps de travail, celle des heures supplémentaires, le développement du temps partiel, l'accès à des congés de formation et des questions liées à la sécurité sur le lieu de travail ".

De même, dans le nouveau programme quinquennal des Politiques Sociales de la Commission, on peut lire que " l'objectif principal sera la promotion de la qualité comme impulsion d'une économie florissante, avec plus d'emplois et de meilleure qualité et une société intégrée : des partenariats forts, le dialogue et la participation à tous les niveaux, l'accès à de bons soins, une protection sociale adaptée à une société et une économie qui changent. Etendre la notion de qualité – déjà familière au monde des entreprises – à l'ensemble de l'économie et de la société facilitera une amélioration des interactions entre les politiques économiques et sociales … Une telle approche passe par une meilleure compétitivité, le plein emploi et la qualité du travail, la qualité des relations industrielles et la qualité de la politique sociale… La qualité du travail comporte de meilleurs emplois et un meilleur équilibre entre la vie professionnelle et la vie privée. Tout cela en faveur de l'individu, de l'économie et de la société. Cela implique de meilleures politiques de l'emploi, des rémunérations équitables, une organisation du travail mieux adaptée aux besoins des entreprises et des individus. Elle se base sur un bon niveau de compétences, des normes à respecter sur le lieu de travail, des emplois suffisamment sains et sûrs, et elle comporte des mesures favorisant la mobilité professionnelle et géographique ".

La recherche Refipar, en s'intéressant à la fois au niveau de l'action publique et au niveau managérial, montre que la rationalisation des système nationaux de santé a produit dans les deux pays des structures hospitalières plus flexibles, plus décentralisées, plus attentives aux coûts et à la qualité.

Elle montre également que les relations sociales sont influencées par des principes en vigueur dans le secteur privé, c'est à dire l'évaluation des résultats des salariés et une plus grande attention à l'usager. On y apprend aussi que la gestion du personnel dans son ensemble est plus autonome en France et plus co-gérée en Italie, où le processus général de " privatisation " des relations de la fonction publique a permis d'introduire certains outils plus novateurs d'évaluation et d'implication du personnel (notamment, une part modulable du salaire liée à la productivité). On y voit que les salariés sont davantage responsabilisés et impliqués dans les objectifs de qualité du service, qu'ils approuvent généralement les politiques de modernisation et qu'ils expriment des jugements positifs sur l'amélioration de la qualité des soins assurés dans leurs établissement (" la fierté d'appartenir à une entreprise performante "). On y découvre également que la profession d'infirmier est en train de changer : elle est plus polyvalente (notamment, en Italie, le cahier rigide des tâches a disparu, en faveur d'une profession maintenant plus souple et adaptée) et son contenu professionnel s'est complexifié, ne serait-ce que parce qu'elle a englobé certaines compétences managériales.

Mais notre recherche a également montré que, sous la pression des nouveaux objectifs (notamment de meilleures performances économiques), le travail est devenu plus intense et stressant : la mobilité interne entre services hospitaliers et entre fonctions s'est accrue, et les charges de travail se sont alourdies suite à la réduction du séjour moyen des patients et de l'accroissement de la rotation des lits. De plus, dans le cas français, les monographies et les focus group ont permis de montrer que des modifications du contenu des tâches qui ne sont pas sans susciter quelques inquiétudes. Il semble notamment que le travail des infirmiers diplômés soit devenu

beaucoup plus technique et bureaucratique, tandis que les activités au contact des patients sont déléguées à du personnel moins qualifié.

La recherche a aussi fait apparaître quelques situations particulières, comme par exemple dans les laboratoires et les services de radiologie. Les nouvelles procédures de certification de qualité ont entraîné une rationalisation de l'organisation – où le travail se déroule beaucoup plus sous la forme de procédures répétitives ; c'est presque devenu du néo-taylorisme. En général, l'introduction des systèmes de contrôle de la qualité a accru le travail bureaucratique (description détaillée de chaque opération pour garantir la " traçabilité " du soin médical) de tous les opérateurs (là encore, cela a provoqué un alourdissement des charges de travail). Tant dans les situations où la polyvalence et la responsabilisation des opérateurs ont augmenté que dans celles où, au contraire, on constate une fragmentation des tâches en présence de délais de plus en plus serrés, le travail apparaît généralement plus intense.

Face à ces évolutions et apprécié dans les deux pays, le temps partiel se répand de plus en plus. Mais s'il ne concerne pas de nouvelles embauches ou bien s'il n'est pas annualisé, il " casse l'organisation " et pose des problèmes aux autres salariés.

Des conséquences différentes de la réforme dans les deux pays

Ces résultats, qui reconstruisent l'impact général sur l'organisation du travail des réformes et de leurs corollaires, sont valables pour les deux pays pris en compte. Toutefois, les contextes nationaux différents ont produit des effets spécifiques dans les deux cas, lesquels ont été décrits dans notre recherche.

En Italie, le processus de rationalisation associé à un déséquilibre territorial au niveau du personnel infirmier entraîne une forte pression sur l'organisation du travail et donne lieu à une compression des délais et à l'augmentation des heures supplémentaires et/ou des repos non pris par les salariés. La pénurie d'aides-soignants est telle que dans certains cas, le personnel d'assistance doit assurer des soins ou, plus fréquemment, les infirmiers/ères sont obligé/es de remplir des fonctions moins qualifiées, ce qui entraîne un " glissement vers le bas " de leur profession et crée des mécontentements (ce phénomène du reste est en plein contraste avec, d'une part, le contenu de la loi 42/1999 qui confie au personnel infirmier des tâches plus qualifiées et, d'autre part, avec l'allongement de la durée des études nécessaires pour obtenir le diplôme d'infirmier.

En revanche, en France, comparativement le problème de pénurie de personnel infirmier ne se pose pas et, d'autre part, les tâches sont bien distribuées entre les infirmiers et les aides-soignants. Toutefois, la pression pour une plus grande efficacité se traduit par une nouvelle répartition des tâches entre les différentes fonctions et on constate notamment un " glissement des attributions". Le travail des infirmiers s'est complexifié, aussi ces derniers ne peuvent plus s'occuper que des tâches les plus qualifiées, notamment tout ce qui relève de la coordination et du contrôle : cette profession tend donc à se " techniciser ". Le rapport " face à face " avec le patient passe maintenant par les aides-soignants. Cette situation est certes bien acceptée par les salariés mais elle constitue indéniablement une évolution de la profession infirmière à laquelle il faut réfléchir. De plus, le passage aux 35 heures s'accompagnera de la création de plus de 40.000 emplois hospitaliers publics ; ce qui devrait contribuer à rationaliser la répartition des emplois dans un contexte relativement favorable. En effet, dans les autres secteurs de la fonction publique aucune création n'est prévue à l'occasion du prochain passage aux 35 heures.

4.3/ Implications et recommandations pour les politiques européennes

4.3.1/ La possibilité de transférer les résultats à d'autres pays européens

Facteurs de succès dans les réactions sociales face au changement survenu dans les deux pays étudiés.

L' analyse des différences qui ressortent de la comparaison entre les deux pays – en matière de facteurs ayant contribué au succès ou à l'échec des politiques sociales face au changement – nous permet de définir les démarches alternatives et viables pour les acteurs sociaux des autres pays européens en présence des réformes des services publics, notamment des services de santé, qui sont actuellement en cours dans toute l'Europe. Elle permet donc de fournir quelques bonnes suggestions d'action aux décideurs des politiques sociales.

Pour avancer dans cette voie opérationnelle, il faut se demander ce qui a bien marché dans les deux pays. Il semble que le système français ait bien réagi aux mouvements de rationalisation, grâce à :

1. une structure équilibrée des professions de santé qui a permis – dans le cadre toutefois d'une redistribution des tâches entre les différents métiers – de satisfaire les nouvelles exigences de compétence au niveau des infirmiers/ères diplômé/es avec l'introduction des procédures de contrôle de qualité, la rationalisation des ressources en personnel soignant (y compris des médecins) et l'exigence d'une gestion plus efficace des ressources humaines : ces nouvelles compétences concernent des fonctions de coordination et de contrôle et certaines prestations technico-médicales autrefois assurées par les médecins ;

2. l'existence au sein des établissements de nombreux organismes de consultation des salariés, qui ont permis d'impliquer directement le personnel dans l'élaboration du " Projet d'Etablissement ", dans l'information relative aux objectifs qualitatifs du service et dans les modifications organisationnelles et des conditions de travail des salariés. Il faut toutefois préciser que ces formes de participation n'ont pas été suffisamment effectives et n'ont pas permis aux salariés de peser réellement sur les stratégies adoptées par la direction.

En Italie, les raisons du succès sont :

1. un taux de syndicalisation assez élevé, la présence de structures représentant les salariés (les RSU, sections syndicales unitaires), la possibilité pour les syndicats de négocier au niveau des établissements la part modulable des salaires (dérivant de la hausse de productivité) et d'autres questions inhérentes à l'organisation du travail, et enfin la tradition d'une co-gestion informelle ; ce sont autant de facteur qui ont permis aux syndicats d'anticiper les changements, et donc d'éviter les conflits.

2. l'introduction dans les établissements – prévue aussi par la convention collective – de nouvelles pratiques de management des ressources humaines, notamment de systèmes d'évaluation individuelle des

prestations des salariés liés aux carrières horizontales et verticales, et de systèmes de primes basés sur la définition de projets/objectif de qualité et de productivité ; ceci a permis de mieux motiver le personnel par rapport aux objectifs des établissements.

Nous pensons que, dans l'ensemble, ces quatre points constituent des " facteurs de succès " - compte tenu du contexte organisationnel et du marché du travail, des systèmes de relations du travail et de gestion du personnel, des pratiques syndicales et managériales - et qu'ils peuvent être considérés comme des suggestions importantes également pour d'autres pays, de l'U.E ou pas, dans le cas où ceux-ci voudraient créer un environnement favorable à des réformes de leurs administrations et services publics. Dans cette perspective, les atouts relevés dans les deux pays sont particulièrement importants dans les secteurs où il est fondamental de maintenir un niveau qualitatif élevé.

3.1.2. Quelques éléments critiques communs aux deux pays

Néanmoins, la recherche fait ressortir quelques points faibles plus ou moins communs aux deux pays étudiés.

1. Le premier pourrait être une information et une implication trop modestes des salariés dans cette évolution. C'est un des résultats importants de la recherche, confirmé par les études de cas et souligné également par les jugements exprimés directement par les salariés interrogés. Cela révèle une forte attente – probablement croissante – de ces derniers, mais aussi une insuffisance des pratiques adoptées jusqu'à présent, qu'il s'agissent des pratiques consultatives françaises ou des pratiques contractuelles prévues par le dispositif italien. Dans le premier cas, la consultation n'a pas assez d'impact sur le processus concret de réforme. Dans le second cas, les pratiques conventionnelles et les formes de co-gestion informelle entre la direction et les syndicats apparaissent probablement trop peu démocratiques aux yeux du personnel. On ne peut exclure que les occasions de conflit, plus fréquentes en France, mais présentes tout de même en Italie, peuvent relever de cette situation de marginalité des salariés par rapport au processus de réforme.

2. Un second point pourrait être la perception diffuse par les salariés d'une intensification de leur travail, sous la forme de délais plus serrés, de charges de travail supplémentaires (avec aussi des tâches administratives et bureaucratiques), d'une mobilité accrue entre services et entre fonctions. Dans certains cas, il s'agit d'une augmentation des heures supplémentaires et des repos non pris. Cette situation diffère en partie selon les établissements, mais elle révèle que souvent l'objectif de la maîtrise des coûts lié à la rationalisation du service repose en partie sur le personnel - par exemple, en accélérant la rotation des lits, et donc en intensifiant le travail sans augmenter les effectifs – et se heurte même parfois aux objectifs d'amélioration de la qualité du service.
3. Le troisième point est l'évolution de la profession infirmière. Elle présente des caractéristiques différentes dans les deux pays, en fonction des systèmes professionnels, des marchés du travail et de la structure du personnel des établissements, mais dans les deux cas, on relève deux éléments nouveaux : le premier est que l'on demande aux salariés certaines compétences qui ne relèvent pas traditionnellement de leur

bagage professionnel ; le second – plus évident en France – est que la profession infirmière se vide de ses actes au contact du malade, alors que ceux-ci étaient, à l'origine, au cœur des compétences de ce métier.

4.3.2/ Recommandations pour les politiques de l'U.E.

Les éléments critiques et les carences relevés dans les deux pays – et indiqués au paragraphe précédent – sollicitent les politiques européennes pour des interventions possibles favorables à une meilleure gestion sociale des conséquences des changements institutionnels et organisationnels en cours en Europe, notamment dans tout le secteur et les services publics.

Apparemment, il y a essentiellement trois questions sur lesquelles elles vont devoir s'exprimer et/ou redoubler de vigilance au niveau des stratégies et des comportements des Etats-membres.

Impliquer les salariés et les syndicats dans le changement, afin d'éviter le conflit et assurer le succès de la réforme des services.

Sur la base, entre autres, des lignes directrices définies lors de la Conférence de Helsinki en 1999, la confrontation entre les diverses institutions européennes, les employeurs de la fonction publique et les syndicats de tout le secteur public doit s'intensifier, de façon à jeter les bases d'une extension du dialogue social au secteur public .

Le but est aussi – comme il ressort de l'étude Refipar – de favoriser l'introduction concertée de nouvelles formes d'organisation du travail, d'une plus grande flexibilité et de nouvelles pratiques de gestion des ressources humaines, autant de facteurs indispensables pour bien réformer le secteur des services.

Les résultats de la recherche et, surtout, la présence d'une conflictualité dans certaines expériences (relevée au plan national et dans certains établissements) nous amènent à nous interroger aussi sur l'opportunité pour les divers systèmes nationaux de relations sociales de promouvoir la mise en place de rapports plus fructueux entre l'administration et les salariés au niveau même des établissements , c'est à dire là où la réforme se traduit en changements concrets, destinés à modifier les conditions de travail des salariés. Il s'agit donc de faire en sorte que se développent dans les établissements des pratiques de concertation préventive, en amont de la mise en place des changements. Une telle anticipation volontariste aurait pour effet d'éviter le risque d'un ralentissement, voire d'un échec, du processus de réforme du service de santé.

Enfin, il est important de créer des organismes, du type de ceux qui existent déjà en France, pour que les salariés participent directement aux décisions stratégiques de l'entreprise, et plus particulièrement, il convient de créer des outils/structures afin d'impliquer le personnel dans les processus d'amélioration de la qualité du service, y compris des incitations financières telles que celles qui ont déjà été expérimentées en Italie. Sur ce dernier point il faut veiller à ce que les modalités concrètes de l'incitation soit, d'une part, compatibles avec l'objectif de cohésion de l'organisation et, d'autre part, négociées au sein de conventions collectives. La plupart de ces dispositifs sont à mettre en place dans le but explicite d'atteindre les objectifs institutionnels prévus par les réformes et les politiques des établissements en matière d'efficience et d'efficacité, mais dans le respect toutefois des droits des salariés à participer de façon plus incisive à leur travail et à la vie de leur établissement.

Améliorer la sécurité, l'organisation et la qualité du travail : une façon d'améliorer aussi la qualité des soins médicaux

Les résultats de Refipar mettent l'accent sur l'importance des politiques sociales et de l'emploi de la Commission Européenne, alors que celles –ci - après les sommets de Lisbonne en 2000 et de Stockholm en 2001 – soulignent l'exigence, non seulement d'un emploi plus abondant, mais aussi d' " emplois de meilleure qualité ", et demandent aux Etats-membres d'élever la " qualité du travail " en améliorant la qualification du personnel, l'organisation du travail, les carrières et l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée et en réduisant le stress engendré par le travail.

En outre, les résultat de notre étude semblent inviter l'Union européenne et ses Etats-membres à prendre en compte l'importance de la relation existant entre qualité de la vie professionnelle et qualité du service fourni, notamment dans un secteur comme celui de la santé où une meilleure qualité des soins est fondamentale pour tous les citoyens.

A la lumière des résultats de la recherche Refipar, il semble donc important de recommander que les modifications de l'organisation du travail et de la répartition des tâches que l'on est en train d'introduire dans le secteur des services médicaux ne compromettent en rien la qualité et la quantité des actes effectués au contact direct des patients par les professionnels de la santé.

Rééquilibrer les structures du personnel soignant, créer des profils professionnels homogènes en Europe et développer la formation continue sur toute la vie

Le déséquilibre de la structure de l'emploi dans le secteur de la santé – bien mis en évidence dans le cas italien – est l'un des points critiques des systèmes hospitaliers, et récemment, en 2000, l'Organisation Mondiale de la Santé [28]s'est exprimée à ce propos, souhaitant l'éliminer : un bon équilibre entre praticiens, infirmiers/ères diplômé/es et toutes les autres professions de santé est effectivement un facteur critique de succès économique et d'efficacité des soins dans les services médicaux. En outre, l'ampleur des changements organisationnels qui investissent le système de santé – comme on le constate avec l'analyse de nos cas – exige un effort en matière de formation pour qualifier les personnels en fonction des nouvelles compétences qui leur sont demandées. Dans l'ensemble, le système de santé exprime une demande de politiques de formation modernes et incisives, pour d'une part (notamment en Italie) former des aides-soignants , dont le nombre est encore très insuffisant, et d'autre part, requalifier les compétences des infirmiers à travers une formation continue comportant de nouvelles disciplines (management du personnel, procédure contrôle de qualité, certains soins autrefois pratiqués par les médecins, etc.).

[28] Muzzi, 2001.

5/ Dissemination and/or exploitation of results

Du côté des chercheurs, outre les rapports destinés à être examinés par les experts de la DG12 et qui sont rédigés régulièrement en suivant le calendrier conventionnel, il était prévu que la recherche fasse l'objet de publications scientifiques diverses. Cet objectif ne pouvait être atteint avant que celle-ci n'ait mis en évidence certains résultats. En effet, même si la méthode (qui allie étroitement acteurs de terrain et chercheurs) constitue en elle même une originalité, il était logique et cohérent que soit collecté l'essentiel des matériaux et que soit achevée leur mise en forme avant d'en publier les résultats sous la forme de publications scientifiques.

A terme, il est prévu de réunir méthodes, résultats et interprétations dans un document unique qui pourrait consister en un ouvrage dont on trouvera le synopsis en annexe.

Préalablement, il a paru utile de commencer le travail de valorisation.

Dans ce cadre, et à la demande de H. Pinaud, Ph. Mossé a rédigé un chapitre pour un ouvrage collectif coordonné, notamment, par M. Gold et H. Pinaud. Ce chapitre, d'environ 20 pages et traduit en anglais, reprend l'essentiel des objectifs de la recherche, des informations sur le contexte et les réformes du secteur hospitalier en France et en Italie. En terme de résultats, il s'appuie d'abord sur l'enquête par questionnaire diffusée auprès des personnels de six hôpitaux qui constituent le terrain de la recherche. A l'heure actuelle la publication de cet ouvrage est en cours de négociation avec un éditeur.

De plus les chercheurs ont pensé pertinent et opportun de proposer à l'Association ALASS (Association Latine pour l'Analyse des Systèmes de Santé) de présenter une communication lors de son congrès (CALASS) de septembre 2001. Celle-ci, dont le résumé a été rédigé à l'occasion de la rencontre de Juan les Pins (printemps 2001), a été acceptée par le comité scientifique de CALASS. Sous le titre " Autonomie de l'hôpital, autonomie dans l'hôpital " un résumé de ce texte a été publié dans les Actes (revue " Epistola ", novembre 2001).

Il résume brièvement l'essentiel des réformes en France et en Italie, pour se concentrer sur les résultats tirés des monographies et des focus-groups. L'accent y est mis sur les relations professionnelles en lien avec la question de la performance des établissements.

Cette communication est à la base d'un projet de rédaction de deux articles, l'un en italien, l'autre en français, qui seront proposés à des revues scientifiques du domaine professionnelles ou de l'économie hospitalière.

Enfin, les monographies italiennes ont fait l'objet de publications autonomes et disponibles sous forme de rapports de recherche.

Du côté des syndicalistes, est apparue la nécessité d'améliorer l'information et la communication auprès des salariés et des adhérents, de créer également des outils de gestion des changements qui puissent s'inscrire dans la durée. Ce besoin a été mis en lumière par les résultats de l'enquête. En effet, réfléchir à de nouvelles stratégies de communication devient indispensable pour les organisations syndicales, si elles veulent réellement rester représentatives des salariés et de leurs revendications. Certes, afin de faciliter l'appropriation des résultats de la recherche, les restitutions ont été organisées par les correspondants syndicaux. Elles se sont déroulées dans chaque site et les enseignements qui en ont été tirés sont donc susceptibles d'être réintégrés dans le travail et la réflexion quotidienne sur les changements en cours. Mais ce travail devra être complété.

C’est la raison pour laquelle, et sans exclure d’autres formes de valorisation futures, un CD-Rom est en cours d’élaboration à l’initiative de la Cisl et en collaboration avec l’ensemble des partenaires. Il présente, pour les deux pays, les cadres législatifs et les réformes. Il propose également une synthèse de la recherche et des commentaires syndicaux.

Une plaquette de quelques pages, destinée à une large diffusion, reprendra les grandes lignes des hypothèses, du déroulement et des conclusions de la recherche. De plus des articles à paraître dans la presse syndicale des deux fédérations ou confédérations seront rédigés. Ils alimenteront des débats internes et externes.

6/ Acknowledgement and references

Remerciements :

Une recherche telle que celle qui a été menée durant trois ans n'aurait pu se dérouler sans l'engagement de nombreuses personnes. Parmi elles, et en priorité, il faut signaler l'ensemble des membres du groupe international de pilotage : Marie-Christine JANNIN, Susanna LOVATO, Hélène MARQUIS, Anna Maria PONZELLINI, Giovanni FAVERIN, Michel BRILLU, Lorenzo BORDOGNA, Philippe MOSSE.

En plus de ces membres moteurs, le noyau dur de la recherche, plusieurs personnes ont participé aux travaux à différents niveaux, parmi elles il faut distinguer Jacques BOUTEILLER dont la collaboration tout au long de la troisième année de Refipar, lui a permis de trouver un deuxième souffle. Line BERARD, qui a connu durant les premiers mois de la recherche toute les difficultés liées à la mise en place. Alain VASSEUR qui a accompagné les premiers pas de la recherche. Luc GUEGAN qui en a été un des initiateurs. Dans l'équipe Apotema, il faut citer pour leur travail de terrain et la rédaction de nombreux et performants écrits intermédiaires, Elena PROVENZANO et Stefano NERI.

Il faut aussi remercier pour leur exceptionnelle disponibilité les correspondants syndicaux, qui dans les six sites n'ont ménagé ni leur peine ni leur intelligence pour permettre à l'étude de terrain de se dérouler à la fois dans de bonnes conditions et dans les délais. De ce point de vue, l'enquête par questionnaire a pu paraître très lourde, mais à ce travail se sont ajoutées toutes les tâches de préparation de restitution et de discussion des résultats.

Il s'agit de BILLON Bernard, ROCHE Jacques, BERNUGAT Anne, CARRIOUX Christine, PELLARIN Dominique, GERARDIN Jeanne, GERACI Lorenzo, DORIO Sabrina, MARTELLI Leonardo.

Les personnels des services hospitaliers, qui ont été sollicités à de multiples reprises, doivent aussi avoir toute notre gratitude.

Le travail de réflexion a bénéficié de l'apport occasionnel mais solide de plusieurs personnes et, notamment, de PINAUD Henri et de SOLOMITA Giuseppe

Pour tous les participants, les moments de réunions ont été les points forts du travail parce qu'ils ont été l'occasion de nombreux échanges dépassant les seules exigences et contraintes de la recherche ses. Cette ambiance conviviale nous la devons à la participation professionnelle, souriante et futée des deux interprètes qui ont accompagné la recherche de bout en bout et sur les épaules desquelles a reposé une partie essentielle de la comparaison : Monica CARBONE et Maria-Grazia TORDOIR.

Références, bibliographie.

Agro L., Dieu A.-M. et Schoenaers F., 1999, “ Flexibilité et représentation des travailleurs : un compromis (im)possible ? ”, *IREC 1999 Conference, Industrial Relations in Europe,* Aix-en-Provence, May 20th-22nd .

Arrowsmith J. et Mossé P., 1998, “ Les temps de travail dans les hôpitaux en France et au Royaume-Uni : des temporalités emboîtées ”, *Travail et Emploi,* N°28, avril, pp 67-77.

Bach S. et Della Rocca G., 2001, *The New Public Management in Europe*, in Dell’Aringa C. et Keller B. (eds.), *Strategic Choices in Reforming Public Service Employment*, Palgrave, New York.

Bach S., Bordogna L., Della Rocca et G.-Winchester D. (eds.), 1999, *Public Service Employment Relations in Europe*, Routledge, Londres.

Bilous A., 1997, “ Italie : vers l’unité syndicale ?”, IRES, *Chronique internationale,* N°47, juillet, pp 24-27.

Bilous A., 1998, “ Italie. Les syndicats hostiles à une loi sur les 35 heures. ”, IRES, *Chronique internationale,* N° 50, janvier, pp 29-35.

Bilous A., 2000, “ Italie. Referendums antisociaux, aggionamento patronal et désunion syndicale ”, IRES, *Chronique internationale,* N° 63, mars, pp 35-44.

Bordogna L., Dell’Aringa C. et Della Rocca G., 1999, *Italy: a case of co-ordinated decentralization*, in Bach et al.,eds., Routledge, Londres.

Bordogna L. et Winchester D., 2001, *Collective Bargaining in Western Europe*, dans Dell’Aringa C. et Keller B. (eds), Palgrave, New York.

Branciard A., Garioud G. et Mossé Ph., 1999, “ Participations et efficacités ”, in Henri.Pinaud, Michel Le Tron, Alain Chouraqui, dir., *Syndicalisme et démocratie dans l’entreprise.*

Bunel J., Thuderoz C.,1999, “ Le syndicalisme entre participation et institutionnalisation ”, in Henri.Pinaud, Michel Le Tron, Alain Chouraqui, dir., *Syndicalisme et démocratie dans l’entreprise.*

Burroni L., 1999, “ Collective bargaining, social pacts and employment policies in Italy. Toward a new model of Industrial Relations ? ”, ULB/ISE, Séminaire international, *La négociation collective dans la construction de la norme sociale d’emploi,* Bruxelles, 29 octobre.

Chouraqui A, dir, 1991, *La Coopération Syndicats-Recherche en Europe,* Ed. du Cnrs, Paris, 488 p.

Coleman J.S., 1990, *Foundations of Social Theory*, Cambridge University Press, Cambridge.

Elliott R.-Lucifora C.-Meurs D. (eds), 1999, *Public Sector Pay Determination in the European Union*, McMillan, Londres.

Eiro (European Industrial Relation Observatory), 1999, *Privatisation and industrial relations. Comparative study*, European Foundation for the improving of Living and Working Conditions, Dublin.

Fajertag G., dir., 2001, *Collective bargaining in Europe 2000,* ISE, Bruxelles.

Ferner A. et Hyman R. (eds.), 1998, *Changing Industrial Relations in Europe*, Basil Blackwell, Oxford.

Ferrera M. et Rhodes M., eds., 2000, *Recasting European Welfare States*, Frank Cass, Londres.

FIST, 1999, *Materiale a cura di D.ssa Filanino Cristina*, novembre.

France G., 2000, “ L’introduction du fédéralisme dans le service de santé national italien : entre stratégie utopique et opportunisme tactique ”, *Colloque des économistes de la santé,* avril.

France G., 1998, *Healthcare quasi-markets in a decentralised system of government*, in Bartlett W.-Roberts J.A.-Le Grand J. (eds.), *A Revolution in Social Policy. Quasi-market Reforms in the 1990's*, The Policy Press, Bristol.

Freidson E., 1970, *Professional Dominance*, Atherton, New York.

Freidson E., 1985, The reorganization of the medical profession, *Medical Care Review*, 42 (1).

Friedberg E., 1993, *Le pouvoir et la règle. Dynamique de l'action organisée*, Edition du Seuil, Paris.

Garattini L. (coordonné par), 1998, *Il sistema sanitario francese*, Kailash Editore, Milano.

Guegan L., 1995, " Le contractuel : un moyen ou une stratégie CFDT", Document de travail, Cfdt.

Hafferty F.W.-McKinlay J.B. (eds.), 1993, *The Changing Medical Profession. An International Perspective,* Oxford University Press, Oxford.

Letourmy A., 2000, Les politiques de santé en Europe: une vue d'ensemble, *Sociologie du Travail*, 42, pp.13-30.

Lombrail P., Naiditch M., Baubeau D., Cases C. et Cuneo P., 2001, " Eléments pour évaluer la performance des établissements hospitaliers ", *Dossiers solidarité et santé,* DREES, La Documentation Française, N°2, avril-juin.

Maino F., 2001, *La politica sanitaria*, Il Mulino, Bologne.

Mapelli V., 1999, *Il sistema sanitario italiano*, Il Mulino, Bologne.

Michel S., 1994, " Motivation et implication professionnelles ", in F. Pichault, M. De Coster, dir., *Traité de sociologie du travail.*

Michelangeli C., Branciard A., Mossé Ph., 1999, L'infirmière ; de la gratitude à la reconnaissance, *Revue Etudes*, mars, pp. 317 - 326.

Minvielle E., 2000, Gérer et comprendre l'organisation des soins hospitaliers, in *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail*. *Aspects sociologiques*. Editions ENSP.

Mossé Ph., 2001, Les restructurations : modèle ou succédané de politique hospitalière ?, *Revue Française des Affaires Sociales,* N°2, avril-juin, pp.11-26.

Mossé Ph., 2000, *Réduction et aménagement du temps de travail dans les établissements de soins ; efficacité organisationnelle et participation des salariés*, Document de travail DGV, Florence, septembre.

Mossé Ph., Gervasoni N., Kerleau M., 1999*, Les restructurations hospitalières : acteurs, enjeux, stratégies*, Lest / MiRe, septembre , 83 p.

Mossé Ph., 1997, *Le lit de Procuste. L'hôpital : impératifs économiques et missions sociales,* Eres, Pratiques du champ social.

Mossé Ph. et Tchobanian R., 1999, *France: the restructuring of employment relations in the public services*, in Bach *et al*. (eds) 1999.

Muzzi A. (ed.), 2001, *Rapporto OMS anno 2000. Migliorare la performance dei sistemi sanitari*, dans "Igiene e Sanità Pubblica", n.1/2, Janvier/Avril.

Naschold F., 1996, *New Frontiers in Public Sector Management*, De Gruyter, Berlin.

Normann R., 1984, *Service Management: Strategy and Leadership in Service Businesses*, Wiley, New York.

OCDE 1995, *Governance in Transition: Public Management Reforms in Oecd Countries*, OCDE, Paris.

OCDE,1995b, *New Directions in Health Care Policy*, OCDE, Paris.

OCDE, 1996, *Perfomance Management in Government: Contemporary Illustrations*, OCDE, Paris.

OCDE, 1996b, *Health Care Reform. The Will to Change*, OCDE, Paris.

OCDE, 1999, *Health Data 1999*, OCDE, Paris.

OIT (1998), *Conditions d'emploi et de travail dans les réformes du secteur de la santé*, Rapport soumis aux fins de discussion à la réunion paritaire sur les conditions d'emploi et de travail dans les réformes du secteur de la santé, Genève, 21-25 septembre.

Ouchi W., 1979, A Conceptual Approach to the Design of Organizational Control Mechanisms, *Management Science*, 25, pp. 833-848.

Ouchi W., 1980, Markets, Bureaucracies and Clans, *Administrative Science Quarterly*, Mars.

Pinaud H Henri.Pinaud, Michel Le Tron, Alain Chouraqui, dir., 1999, *Syndicalisme et démocratie dans l'entreprise.* Paris, L'Harmattan, 265 p.

Pinaud H, 1997, La coopération suyndicats recherche - les programmes Paroles et Scenario 21, *Education Permanente*, N°131.

Rehfeldt U., 2000, Italie. La représentativité syndicale : un miracle à l'italienne, IRES, *Chronique internationale,* N° 67, novembre.

Rehfeldt U., 1999, " Italie. Un nouveau pacte social ", IRES, *Chronique internationale,* N° 57, mars, pp 5-12.

Rehfeldt U., 1998, " Italie. Lumières et ombres de la syndicalisation ", IRES, *Chronique internationale,* N° 52, mai, pp 20-29.

Reynaud J.D., 1984, *Les règles du jeu*, Ed. Armand Colin, Paris

Robelet M., 2002, La profession médicale au défi de la qualité, *Sciences Sociales et Santé*, V.19, N°2, pp.73-98.

Segrestin B. et Tonneau D., 2001, " La réduction du temps de travail dans les établissements privés sanitaires, médico-sociaux et sociaux. Les 35 heures à l'épreuve du passage ", DREES, Série Etudes, Document de travail, N°20, novembre.

Signorini G. (ed.), 2000, *I servizi sanitari in Italia*, Il Mulino, Bologne.

Sommier I, 1992, " L'adaptation du syndicalisme italien aux transformations du marché du travail ", *CFDT aujourd'hui*, N° 105, juin.

Stomp H., 2000, *Les relations professionnelles en Europe,* Editions de d'atelier.

Thompson J. D., 1967, *Organizations in Action*, McGraw Hill, New York.

Tonneau D., 1996, *L'organisation du travail dans les services de soins,* ANACT, Collection Outils et Méthodes.

Tousijn W., 2000, *Il sistema delle occupazioni sanitarie*, Il Mulino, Bologne.

Turner B.S., 1995, *Medical Power and Social Knowledge*, Sage, Londres.

Vassy C., 1999, Travailler à l'hopital en Europe. Apport des comparaisons internationales à la sociologie des organisations, *Revue Francaise de Sociologie*, 40, 2, pp. 325-356.

Vicarelli G., 2001, *Controllo, competizione, e collaborazione nei sistemi sanitari europei. Politiche e assetti organizzativi a confronto*, communication, Université d'Ancone.

Witz A., 1994, *The Challenge of Nursing*, in Gabe J.-Kelleher D.-Williams G. (eds.), *Challenging Medicine*, Routledge, Londres.

7/ Annexes

Le questionnaire (version française).

Le compte rendu de la réunion du Groupe International de Recherche
Lac de Garde, juin 2000.

Le compte rendu de la réunion du Groupe International de Pilotage
Paris, février 2001.

Le compte rendu de la réunion du Groupe International de Pilotage
Nice-Juan les Pins, mai 2001.

Une monographie française.

Une monographie italienne.

Le synopsis du livre en préparation

D G X I I **1999/2000**

N°……

QUESTIONNAIRE

“ REFIPAR ”

Etablissement : ……Service : ……..

Type de changement : ……

Identité

Année de naissance : ☐☐☐☐

Sexe Masculin ☐ Féminin ☐

Service ……..

Etablissement ……

Profession .....

Ancienneté dans cette profession (en années) ☐☐

Ancienneté dans l'établissement (en années) ☐☐

Situation familiale
- ☐ Célibataire
- ☐ Marié (e) ou vivant maritalement
- ☐ Veuf (ve)
- ☐ Divorcé(e)

Nombre d'enfants à charge ☐

Contrat de travail
- ☐ CDD Contrat à durée déterminée
- ☐ CDI Contrat à durée indéterminée
- ☐ à temps plein
- ☐ à temps partiel nombre d’heures par semaine ☐☐

1. Nommez et décrivez en quelques lignes le type de changement dans votre service :

.....

.....

.....

.....

2. Caractéristiques :

Est-ce plutôt (numéroter de 1 à 4) (1 pour le plus pertinent)

Une innovation technologique ☐
Une innovation médicale ☐
Une innovation organisationnelle ☐
Une innovation de structure (bâtiment) ☐

3. Selon vous, au moment de la mise en place du changement, quel était l'objectif de :

la direction :

.....

.....

de l'établissement :

.....

.....

de l'équipe du service :

.....

.....

d'une autre instance, laquelle :

.....

.....

Et pour vous ? :

.....

.....

4. Ce changement est-il accompagné d'une modification des ressources (cochez)

	en +	en -	Inchangée	Ne sais pas
• en personnel	☐	☐	☐	☐
• en équipement	☐	☐	☐	☐
• en locaux	☐	☐	☐	☐
• financières	☐	☐	☐	☐

5. La mise en place du changement :

	Oui	Non	Ne sais pas
a/ Modifie-t-elle l'ensemble des activités existantes ?	☐	☐	☐
b/ Accroît-t-elle l'ensemble des activités existantes ?	☐	☐	☐
	☐	☐	☐

c/ Diminue-t-elle l'ensemble des activités existantes ?

6. Le changement va-t-il modifier la clientèle du service ?

	en +	en -	inchangé	ne sait pas
- usagers	☐	☐	☐	☐

	augmentée	réduite	inchangée	ne sait pas
- durée de séjour	☐	☐	☐	☐

	Oui	Non
- autres types d'usagers	☐	☐

si oui, quels types d'usagers ? : .....

7. Y a-t-il des modifications dans les effectifs réels de l'équipe ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Les catégories professionnelles suivantes sont-elles ? (cochez 3 cases maxi)

	Chef de service	Assistant	Interne	Surveillant	Infirmier			Autre, Précisez	Autre, Précisez	Autre, Précisez
Pas concernées										
Peu concernées										
Assez concernées										
Très concernées										
Ne sais pas										

10. Ce changement introduit-il des modifications concrètes dans la répartition officielle des tâches dans le service ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Si oui, lesquelles ? .....

11. Vous même, vous a-t-on notifié des changements dans vos tâches à accomplir ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, lesquels ?…….

12. Vos tâches ont-elles " réellement " changé ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, en quoi ? .....

13. Vos conditions de travail se sont-elles - améliorées ? ☐

- dégradées ? ☐

En quoi ? .....

sont-elles restées inchangées ? ☐

14. Ce changement nécessite-t-il des compétences nouvelles dans l'équipe ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Si oui, de quelle nature ? .....

15. Arrivée dans l'équipe de nouveaux personnels spécialisés ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Si oui :

• Lesquels (indiquer une lettre dans le tableau ci-dessous)

	Chef de service	Assistant	Interne	Surveillant	Infirmier			Autre, Précisez	Autre, Précisez	Autre, Précisez

Permanent temps plein : notez a

Permanent temps partiel : notez b

Transitoire temps plein : notez c

Transitoire temps partiel : notez d

Autre : notez e

Ne sais pas : notez f

16. Formation de l'équipe liée à ce changement :

Des membres de l'équipe ont-ils suivi une formation ? (Cochez les cases concernées)

	Chef de service	Assistant	Interne	Surveillant	Infirmier	AS	ASH	Autre Précisez	Autre, Précisez	Autre, Précisez
Une formation spécifique à l'intérieur du service										
Une formation "sur le tas"										
Une Formation Externe										
Pas de formation										
Ne sais pas										

17. Vous-même, avez-vous suivi une formation ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, laquelle ? .....

18. Des membres de chacune de ces catégories ont-ils participé à la décision concernant l'adoption de ce changement ? (cochez les cases du tableau)

	Chef de service	Assistant	Interne	Surveillant	Infirmier	AS	ASH	Autre Précisez	Autre Précisez	Autre Précisez
Oui										
Ne sais pas										

Hors équipe (direction, CME, Infirmier général, etc.) ? .....

.....

19. Sous quelles formes les membres de l'équipe ont-ils participé à la décision ?

Réunions d'information officielles ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

• Si oui, à l'initiative de qui ? - Direction ☐

- Syndicat ☐

- Autres ☐

Réunions informelles ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

• Si oui, à l'initiative de qui ? - Direction ☐

- Syndicat ☐

- Autres ☐

Qui a participé à ces réunions informelles ? .....

.....

20. Qui a décidé de ce changement (cocher les cases concernées) ?

interne		**externe**	
C. Administration	☐	Tutelle	☐
Chef de service	☐	Régionale, Départemental	☐
Syndicat	☐	Autres	☐
Assoc. Professionnelle	☐		
Direction	☐		
Instances élues (CHSCT, etc.)	☐		
Autres	☐		

21. Y a-t-il eu des réunions spécifiques pour la mise en œuvre ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

• Sous quelle forme ?

- réunions formelle ☐
- réunions informel ☐
- groupes de travail ☐
- autres ☐
- ne sais pas ☐

Des membres de ces catégories y ont-ils participé ?

Chef de service	Assistant	Interne	Surveillant	Infirmier		ASH	Autre Précisez	Autre Précisez	Autre Précisez	Ne sais pas

22. Par la suite, ces réunions se sont-elles poursuivies ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Des membres de ces catégories y ont-ils participé ?

Chef de service	Assistant	Interne	Surveillant	Infirmier	AS		Autre Précisez	Autre Précisez	Autre Précisez	Ne sais pas

- Sont-elles devenues régulières ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

23. Par exemple, y a-t-il eu des échanges concernant l'organisation du travail ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Comment cela s'est-il manifesté ?

- réunions formelles ☐
- réunions informelles ☐
- groupes de travail ☐
- rédaction de documents ☐
- autres.....

Si oui, à quels sujets ?

- répartition des tâches ☐
- horaires de travail ☐
- conditions de travail ☐
- conditions de vie hors travail ☐
- Autres……..

24. Y a-t-il eu modification des supports d'information concernant le travail tels que journal d'établissement, affichage, etc. ?

☐ ☐ ☐

Oui Non Ne sais pas

Si oui,

en plus lesquelles ?: ……..

en moins lesquelles ? : …….

25. Par rapport au changement, les syndicats

- ont-ils été informés ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas
- ont-il participé ? Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas
- Si oui, de quelles façons ?……

26. Quelle est la position des syndicats par rapport à ce changement ?

☐ Soutien Neutre ☐ Opposition ☐ Contradictoire ☐ Ne sais pas

27. Place des syndicats par rapport à la mise en place de l'innovation dans votre entreprise, à votre avis quel rôle ont joué les syndicats présents ?

1. Dans l'élaboration de l'innovation :

	CISL CFDT			**CGT CGIL**			**UIL FO**			**Autres Précisez**		
	Oui		**Ne sait pas**	**Oui**	**Non**	**Ne sait pas**	**Oui**	**Non**	**Ne sait pas**	**Oui**	**Non**	**Ne sait pas**
Ils ont été informés de l'innovation ?	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Ils ont participé à l'élaboration de l'innovation ?	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑

Ils ont informé : les salariés les adhérents	❑ ❑	❑ ❑	❑ ❑	❑ ❑	❑ ❑	❑ ❑	❑ ❑	❑ ❑	❑ ❑	❑ ❑	❑ ❑	❑ ❑
Ils ont consulté : les salariés les adhérents	❑ ❑	❑ ❑	❑ ❑	❑ ❑	❑ ❑	❑ ❑	❑ ❑	❑ ❑	❑ ❑	❑ ❑	❑ ❑	❑ ❑

Pour chaque section, si oui, de quelle façon ?

.....

.....

2. Dans la prise de décision concernant l'innovation :

	CISL **CFDT**			**CGT** **CGIL**			**UIL** **FO**			**Autres** **Précisez**		
	Oui	**Non**	**Ne sait pas**	**Oui**	**Non**	**Ne sait pas**	**Oui**	**Non**				
Ils ont influé sur la décision ?	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Ils ont participé à la	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑

décision ?												
Ils y ont associé : les salariés les adhérents	❑ ❑	❑ ❑	❑ ❑	❑ ❑	❑ ❑	❑ ❑	❑ ❑	❑ ❑	❑ ❑	❑ ❑	❑ ❑	❑ ❑

Pour chaque section, si oui, de quelle façon ?

……

3. Dans la mise en place de l'innovation :

	CISL **CFDT**			**CGT** **CGIL**			**UIL** **FO**			**Autres** **Précisez**		
	Oui	**Non**	**Ne sait pas**	**Oui**	**Non**	**Ne sait pas**	**Oui**	**Non**				
Ils ont participé activement ? Si oui comment *	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Ils ont informé : les salariés les adhérents	❑ ❑	❑ ❑	❑ ❑	❑ ❑	❑ ❑	❑ ❑	❑ ❑	❑ ❑	❑ ❑	❑ ❑	❑ ❑	❑ ❑

Si oui comment **												
Ils y ont associé : les salariés les adhérents	❑ ❑	❑ ❑	❑ ❑	❑ ❑	❑ ❑	❑ ❑	❑ ❑	❑ ❑	❑ ❑	❑ ❑	❑ ❑	❑ ❑

*……..

**……

4. à votre avis, cette innovation a-t-elle modifié :

	CISL CFDT			**CGT CGIL**			**UIL FO**			**Autres Précisez**		
	Oui	**Non**	**Ne sait pas**	**Oui**	**Non**	**Ne sait pas**	**Oui**	**Non**				
Les pratiques participatives des différents syndicats ? Si oui lesqu	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑

elles *												
La façon de travailler des différents syndicats ? Si oui lesquelles **	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑

*……
……
……

28. Suite au changement, la situation professionnelle s'est-elle améliorée ou détériorée ?

En quoi ? : (Ecrire dans les cases une des raisons suivantes : intérêt (1), charge de travail (2), pouvoir (3), argent (4), autre (5)). (Indiquez un chiffre par case)

	Chef de service	Assistant	Interne	Surveillant	Infirmier		ASH	Autre Précisez	Autre Précisez	Autre Précisez	Vous-même
Gagnant											
Perdant											

29. A l'occasion du changement, le point de vue de l'usager a-t-il été abordé ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

- Si oui par qui ? :

Chef de service	Assistant	Interne	Surveillant	Infirmier	AS	ASH	Autre Précisez	Autre Précisez	Autre Précisez

Et de quelle manière ? ……
……..

30. Maintenant, les éventuelles modifications dans l'organisation liées au changement ont-elles une influence sur le malade ?

	En +	En -	Inchangée	Ne sais pas
- en terme de durée de séjour	☐	☐	☐	☐
- en terme de types d'usagers			☐	☐
- en terme de qualité et efficacité de la prestation donnée	☐	☐	☐	☐
- en terme de qualité de la prestation reçue	☐	☐	☐	☐

- autres .....

31. Ce changement a-t-il eu des conséquences sur les relations du service avec :

	oui	non	ne sais pas
l'administration	☐	☐	☐
les autres services médicaux	☐	☐	☐
les para –médicaux	☐	☐	☐
les services logistiques	☐	☐	☐
les autres établissements	☐	☐	☐
médecins de villes	☐	☐	☐
infirmières libérales	☐	☐	☐
les sous-traitants ou prestataires extérieurs	☐	☐	☐

Autres, précisez : .....
.....

32. Le changement a-t-il modifié votre qualité de vie hors travail ?

Oui ☐ Non ☐

Comment ?

……

……..

33. Le changement a-t-il apporté des modifications dans vos horaires de travail ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui, de quels types ? …….……

……..…….

PROJET REFIPAR

Réduction du temps de travail, efficacité de l'hôpital et participation des salariés

Rencontre des 14, 15 et 16 juin 2000, Lac de Garde

RELEVE DE CONCLUSIONS

Personnes présentes :

Les membres du Comité de Pilotage le 14 juin : BRILLU Michel, CFDT Santé sociaux, Paris ; BORDOGNA Lorenzo, Université Brescia ; FAVERIN Giovanni, FIST CISL, Mestre ; JANNIN Marie-Christine, CFDT Santé sociaux, Paris ; LOVATO Susanna, FIST CISL, Mestre ; MARQUIS Hélène, LEST CNRS, Aix-en-Provence ; MOSSE Philippe, LEST CNRS, Aix-en-Provence ; PONZELLINI Anna, APOTEMA, Milano ;, Roma, TORDOIR Maria Grazia, interprète.

Ainsi que les autres membres lors des séances pleinières les 15 et 16 juin :

Pour St Nazaire : BILLON Bernard, ROCHE Jacques. Pour Brest : BERNUGAT Anne et CARRIOUX Christine. Pour Metz-Thionville, PELLARIN Dominique et GERARDIN Jeanne. Pour Palerme, GRACI Lorenzo. Pour Padoue, Sabrina. Pour Florence, MARTELLI Leonardo. CARBONE Monica et TORDOIR Maria-Grazia, interprètes ; PINAUD Henri, CNRS ; PROVENZANO Elena, Apotema ; SOLOMITA Giuseppe, FIST CISL.

Voici l'ordre du jour qui a été suivi :

Mercredi 14 juin *: réunion du Groupe de Pilotage.*

Jeudi 15 juin : ***l'enquête par questionnaire : ambiance générale, bilan, évaluation ; présentation par les responsables fédéraux puis débat avec les correspondants syndicaux.***

D'une manière générale, les correspondants syndicaux se sont heurtés à certaines difficultés en menant l'enquête par questionnaire :

- l'adaptation du questionnaire aux acteurs ; tout le monde ne s'y est pas retrouvé, notamment les personnels externes au service étudié ;
- la retranscription des données en même temps que l'écoute ;
- la longueur du questionnaire, la disponibilité des agents, le temps nécessaire à la passation ;

- la crainte de certains salariés quant au respect de l'anonymat ;
- l'utilisation par certains salariés du questionnaire comme " défouloir " ;
- l'explication de l'intérêt de l'enquête auprès des interviewés ;
- le jeu " pas très sain " de certains acteurs (chefs...) ;
- la gestion de la relation affective entre militants et interviewés ;
- l'absence parfois d'un lexique, d'un vocabulaire commun.

Les correspondants syndicaux ont aussi relevé des points particuliers à leur site :

- A Metz-Thionville (Urgences et Oncologie), où un mouvement de grève durait depuis plusieurs semaines, l'accueil qui leur a été réservé a été bon, les agents avaient envie de s'exprimer, l'intérêt du questionnaire tout à fait assimilé ; aujourd'hui, les interviewés attendent la visite des chercheurs pour une analyse scientifique des résultats.
- A St Nazaire (Laboratoire et Radiologie), l'accueil a été beaucoup plus réservé ; les correspondants syndicaux ont dû faire face à de la méfiance, voire de l'hostilité de la part de la direction, qui après plusieurs rencontres a enfin donné sont autorisation. Parmi les agents, certains sont restés sur la défensive, notamment au Laboratoire où l'on a assimilé cette recherche à une action de propagande de la CFDT. Les syndicalistes ont également constaté avec dépit que le temps faisait oublier aux gens les actions syndicales passées.
- A Brest (Chirurgie cardio-vasculaire et Ophtalmologie), les militants ont également noté le manque de mémoire concernant un changement (la réduction du temps de travail) qui avait eu lieu deux ans auparavant. Compte tenu de la spécificité du site (secteur lucratif), certaines questions ont dû être expliquées.
- A Padoue (Hôpital de Jour, Ophtalmologie, Laboratoire), il a fallu faire face à la méfiance, des dirigeants mais aussi des agents, notamment à l'Hôpital de Jour, ainsi qu'au manque de disponibilité des personnes sollicitées en urgence. Certaines questions, liées aux syndicats par exemple, ont paru abstraites aux interviewés ; parmi eux, beaucoup n'étaient pas présents lors de la mise en place du changement.
- A Florence (Laboratoire et Urgences), de nombreux problèmes se sont posés ; notamment l'obtention d'une autorisation pour faire passer les questionnaires au Laboratoire, et l'absence de disponibilité des personnels des Urgences.
- A Palerme (Urgences, Chirurgie cardio-vasculaire, Radiologie), la méfiance était assez présente chez les interviewés, avec l'idée pour certains que le syndicat recherchait de nouveaux militants. Pour obtenir la disponibilité nécessaire, les correspondants syndicaux ont fait passer les questionnaires le soir ou la nuit. Ils ont également noté une absence de mémoire de la part des salariés.

La participation à cette enquête a fait naître chez les militants syndicaux une prise de conscience concernant le décalage qui existe entre les représentations des agents et la vision des syndicalistes. Ces derniers ne pensaient pas que la mémoire des agents était aussi fragile. Michel Brillu en conclut à la nécessité de retravailler les outils d'information et de communication écrits et oraux, du syndicat. La pratique de l'enquête, la reformulation, l'argumentation, méritent également d'être revues. Une meilleure collaboration entre chercheurs et militants est nécessaire.

Un débat s'engage sur les avantages et les inconvénients de la cogestion de la recherche : si la passation du questionnaire a été facilitée par la connaissance de l'établissement par les interviewers, le risque d'une perte d'objectivité dans les informations recueillies est aussi certain.

Présentation de la méthode d'analyse statistique des résultats et des résultats eux-mêmes

Le document intitulé " Synthèse des résultats des premières exploitations des questionnaires " est commenté par Philippe Mossé. Une discussion a lieu autour du regroupements des 25 professions présentes dans les établissements, en 4 groupes considérés comme hétérogènes par certains membres de la réunion. Les chercheurs expliquent les contraintes incontournables d'une approche statistique.

Quelques résultats généraux, ne figurant pas sur le document, sont présentés dans un premier temps :

- <u>Une charge de travail accrue</u>

  activité accrue : 42% ;
  durée du séjour diminuée : 33% ;
  effectifs non augmentés : 59% ;
  conditions de travail dégradées : 35% ;
  mais qualité améliorée : 62%.

- <u>Une pratique peu modifiée</u>

  environnement externe inchangé : 60% ;
  absence de modification réelle des tâches : 65% ;

- <u>Une présence syndicale relative</u>

  les syndicats sont informés : " oui " à 50% ;
  les syndicats ont participé : " non " ou " ne sait pas "à 68% ;
  position et rôle syndical : " ne sait pas " de 40 à 60 % ;
  la CFDT et la CISL ont fait participer : 32% (contre 6% pour les autres syndicats).

Les 14 tableaux retenus figurant les tris croisés choisis par les chercheurs, sont ensuite présentés et commentés par les correspondants syndicaux et les membres du Groupe de Pilotage.

Vendredi 16 juin : ***calendrier du déroulement des trois phases de la recherche***

Aujourd'hui, démarrage de la deuxième phase : les monographies légères : juillet à septembre 2000

Il s'agit de retracer le contexte général de chaque établissement sur les six dernières années et de reconstruire ainsi le processus du changement à deux niveaux, les sites et les services.

Les monographies légères sont réalisées à partir :

- d'un ensemble de documents écrits, défini lors des rencontres d'Aix-en Provence ; actuellement il manque encore pour certains sites quelques éléments : l'organigramme, le bilan des instances tels que les Commissions de soins infirmiers ou les Conseils de service, les Sross discussions-négociations, ainsi que des données sur

l'attraction hospitalière (origine géographique de la clientèle) et sur les relations avec l'environnement extérieur. Ces deux dernières informations ne sont toutefois pas indispensables.

- d'interviews auprès de trois acteurs clefs par site, ayant si possible une vision contradictoire du changement ;

Réunion du Groupe de Pilotage national à Paris : les 21 et 22 septembre 2000
Réunion du Groupe de Pilotage italien : fin septembre 2000

Restitution des résultats sur sites : septembre à octobre 2000

Entre le 19 et le 27 septembre pour l'Italie et entre le 23 et le 31 octobre pour la France.

Un exposé d'une heure environ auprès des personnes interviewées sera suivi d'une discussion avec la section syndicale. Un document écrit de synthèse accompagnera la restitution orale. De nouveaux tris croisés par service et établissement seront présentés, notamment concernant les questions sur la participation et l'efficacité.

La troisième phase : les études de cas approfondies : octobre à décembre 2000

Deux services identiques sont choisis en France et en Italie afin que la comparaison puisse avoir lieu : l'Hôpital de jour à Metz-Thionville et le Laboratoire à St Nazaire ; ces deux mêmes services à Padoue en Italie. Cinq ou six interviews enregistrées d'acteurs clefs (responsables médicaux, infirmiers, administratifs...) pour chaque service sont prévues, avec éventuellement des focus-groupe avec des personnes représentatives des différents personnels.

Les interviews qui concerneront les changements mis en place dans les services, seront réalisées par les chercheurs, mais organisées au préalable par les militants syndicaux, qui choisiront les personnes à interroger et prépareront les visites.

La clinique Pasteur représentant le secteur privé fera également l'objet d'une étude, un peu moins poussée toutefois, que les sites précédents.

Discussion sur les modalités ultérieures de diffusion, valorisation, appropriation de la recherche

Du côté des chercheurs, outre les rapports de la DG12 qui sont rédigés régulièrement, la recherche fera aussi l'objet de publications scientifiques diverses.

Pour les syndicalistes, il apparaît la nécessité d'améliorer l'information et la communication auprès des salariés et des adhérents, de créer également des outils de gestion des changements qui vont perdurer dans les années à venir.

Réfléchir à de nouvelles stratégies devient indispensable pour les organisations syndicales, si elles veulent réellement rester représentatives des salariés et de leurs revendications.

Réunion du GIP
du 23-02-2001 à Paris

Compte rendu

Le Rapport à deux ans

Envoyé à la fin du mois de janvier dernier comme prévu, le Rapport à deux ans a été lu et approuvé par les différents membres du comité de Pilotage. Anna Ponzellini le trouve efficace et estime son contenu suffisant dans l'actuelle phase de la recherche où on ne peut encore tirer de véritables conclusions.

Les monographies et les restitutions

Le point fait sur les monographies et les restitutions reprend la partie 2.2.2/ du Rapport à deux ans. En ce qui concerne les monographies, terminées à ce jour, les chercheurs sont d'accord pour dire que le travail de collecte de l'information a été à la fois important et globalement efficace ; cependant la cogestion avec les militants syndicaux aurait pu mieux fonctionner : d'une part les consignes du GIP ont pu paraître contraignantes aux Cs, d'autre part, le matériau adressé aux chercheurs a demandé un important travail de réécriture. Les interviews dans les sites ont été en général bien acceptées et bien préparées.

Giovanni Faverin s'est dit un peu surpris par certaines informations concernant l'hôpital de Padoue, notamment que le personnel y serait abondant et bien rémunéré. Il pense qu'il faut " atténuer " ces affirmations.

Quant aux restitutions, s'il a été constaté une faible participation des personnels aux séances, malgré les invitations massives envoyées par les militants syndicaux, les personnes présentes ont manifesté un réel intérêt pour le travail réalisé et les questions abordées par la recherche.

Les chercheurs soulignent l'importance du travail d'information et de communication que doivent fournir les militants syndicaux auprès des personnels, même si ceux-ci sont de plus

en plus difficiles à mobiliser en raison de multiples enquêtes, audits, questionnaires, ne répondant pas forcément, de manière concrète, aux attentes des individus.

Giovanni Faverin confirme cette impression générale en expliquant que c'est la législation, la réduction des coûts de prestation, le raccourcissement de la durée des séjour, qui pèsent surtout dans les décisions des directions des hôpitaux, les personnels n'étant pas associés à ces décisions.

Toutefois une action en cours à St Nazaire peut être considérée comme une retombée de Refipar. En effet, en janvier 2001, la section CFDT a lancé une enquête par questionnaires massive sur l'organisation du travail dans tout l'hôpital. Ce recueil d'informations permettra au syndicat de faire des propositions lorsque la RTT se mettra en place.

Les focus-groupes

Du côté italien, les chercheurs ont rencontré des difficultés sur le site choisi pour les focus-groupes, l'hôpital de Padoue. Depuis la passation des questionnaires, l'hôpital de Jour a été démantelé, il y a eu une rotation importante des syndicalistes, enfin, les personnels devant être interviewés ont été difficiles à mobiliser : sur les laboratoires, deux personnes seulement ont été rencontrées, tandis que sur l'hôpital de jour, elles ont été invitées mais ne sont pas venues.

Du côté français, la manque de disponibilité des salariés s'est également posé, en raison des effectifs limités dans les services. Trois aides-soignantes et une infirmière sur l'hôpital de jour de Thionville, six techniciens de laboratoires et deux infirmières pour les laboratoires à St Nazaire, ont pu être interrogés.

Philippe Mossé suggère que les chercheurs italiens concentrent leurs efforts sur le service des laboratoires où des changements importants ont eu lieu ces dernières années. Il semble en effet que les études de cas sur les hôpitaux de jour soient moins opportunes en termes de comparaison.

Giovanni Faverin propose de s'occuper personnellement de trouver plusieurs personnels des laboratoires pour organiser un focus-groupes avant le mois de mai.

Le travail de comparaison

Les monographies et les focus-groupes serviront de base d'information à ce travail d'analyse et de comparaison entre les deux pays.

Au cours de la réunion du Groupe de Pilotage à Florence, quatre thèmes de comparaison avaient été définis :

1) Rapport entre formes de financement (DRG) et organisation du travail ;

2) Rapport entre structure du personnel et répartition du travail ;

3) Rapport entre concurrence locale (entre le secteur public et privé ou entre les établissements publics) et choix des activités hospitalières ;

4) Rôle du syndicat dans la gestion de l'hôpital (même informel).

Il a finalement été décidé la répartition suivante : Apotema travaillera sur les thèmes 1et 4, le Lest sur les thèmes 2 et 3.

Afin que chaque participant à la recherche se fasse une idée précise des informations recueillies dans chaque pays, M.C. Jannin propose que tous les documents produits soient traduits, ce qui représentera vraisemblablement un coût total de 75 000F (500 pages à raison de 150F/page).

Dans un mois environ, les monographies et les interviews des focus-groupes devraient être entièrement traduites, ce qui permettra de présenter les premiers résultats non définitifs bien sûr, sous forme de transparents, au Groupe International de Recherche qui se réunira à Nice du 30 mai au 2 juin 2001. D'ici là, ce travail d'analyse et de comparaison méritera des échanges réguliers entre les chercheurs français et italiens, par " e-mail " notamment et éventuellement par un déplacement d'Hélène Marquis à Milan pour finaliser les premiers résultats.

Rencontres de Nice du 30 mai au 3 juin 2001

Ordre du jour

Mercredi 30 mai :

- 10H-17H : Groupe de Pilotage : le point financier, le point contact DG12, préparation du GIR ;
- le soir : Accueil du Groupe de Recherche ;

Jeudi 31 mai :

- le matin : Présentation par les chercheurs des monographies et des focus-groupes, premiers résultats concernant les quatre points de comparaison entre les deux pays ;

- l'après-midi : Travail en ateliers par thèmes, des correspondants syndicaux : réactions aux résultats ;

Vendredi 1er juin :

- 9H-11H : Présentation du travail des ateliers ;
- 11H-12H : Débat, discussion ;
- l'après-midi : Evaluation de la collaboration à la recherche par les correspondants syndicaux ;

Samedi 2 juin :

- le matin : suite du travail et valorisation de la recherche ;

Samedi 2 juin après-midi et dimanche 3 juin :

- Journées libres.

L'ordre du jour prévoit le vendredi après-midi, une évaluation de la collaboration à la recherche, par les correspondants syndicaux. Cette intervention aura été préparée au préalable grâce à un questionnaire proposé par le GIP, envoyé dès maintenant aux militants syndicaux.

Questionnaire de préparation

1) Quelle évaluation faites-vous des contacts établis à l'occasion de cette recherche, avec les collègues et avec la direction ?
2) Sur le plan de l'organisation de la recherche, avez-vous rencontré des difficultés ?
3) Que vous a appris cette participation à la recherche sur votre propre activité syndicale et sur votre milieu de travail ?
4) Comment, par quelles voies, envisagez-vous l'utilisation de cette recherche ?

REFIPAR

PROJET REFIPAR

Réduction du temps de travail, efficacité de l'hôpital et participation des salariés

Séminaire du 30mai au 1er juin 2001

(Nice) Juan les Pins

COMPTE-RENDU

Personnes présentes :

Les membres du Comité de Pilotage le 30 mai : BOUTEILLER Jacques, LEST CNRS, Aix-en-Provence ; BRILLU Michel, CFDT Santé sociaux, Paris ; BORDOGNA Lorenzo, Université de Brescia ; CARBONE Monica, interprète ; FAVERIN Giovanni, FIST CISL, Mestre ; JANNIN Marie-Christine, CFDT Santé sociaux, Paris ; LOVATO Susanna, FIST CISL, Mestre ; MARQUIS Hélène, LEST CNRS, Aix-en-Provence ; MOSSE Philippe, LEST CNRS, Aix-en-Provence ; PONZELLINI Anna, APOTEMA, Milano.

Ainsi que les autres membres lors des séances pleinières les 31 mai et 1er juin : les correspondants syndicaux français : pour St Nazaire, BILLON Bernard, ROCHE Jacques, pour Brest : BERNUGAT Anne et CARRIOUX Christine, pour Metz-Thionville : GERARDIN Jeanne ; les correspondants syndicaux italiens : pour Palerme, GRACI Lorenzo, pour Florence, MARTELLI Leonardo ; TORDOIR Maria Grazia, interprète.

Voici l'ordre du jour qui a été suivi :

Le Groupe de pilotage s'est réuni la première journée pour faire le point des travaux et organiser les deux jours suivants :

Jeudi 31 mai ***: présentation par les chercheurs du travail sur les monographies et les focus-groupes, débat/éclaircissements ; présentation des quatre points de comparaison entre les deux pays, débat ; travail en atelier par les correspondants syndicaux autour de questions préparées par les chercheurs.***
Vendredi 1er juin ***: restitution du travail par atelier, débat/discussion ; évaluation de la collaboration à la recherche : chercheurs et syndicalistes ; valorisation de la recherche, suite des travaux.***

Discussion autour des thèmes

Les chercheurs ont retenu quelques questions leur paraissant essentielles et les ont soumises à la réflexion des correspondants syndicaux ; voici les principales idées qui ont été retenues.

Thème 1 : rapport entre formes de financement et organisation du travail

La rationalisation des ressources peut avoir comme conséquences un morcellement et une routinisation des tâches ou bien un enrichissement et une polyvalence professionnelle ; quels sont les facteurs qui ont un impact sur le premier et sur le deuxième point ?

Ces problématiques ont effectivement fait écho chez les correspondants syndicaux. Selon eux, le facteur économique est bien à l'origine du morcellement et de la routinisation des tâches .

La réduction des effectifs entraîne donc une plus grande flexibilité du personnel, et une tendance au glissement des tâches ; lorsque celles-ci sont " supérieures " au statut de l'agent, cela peut être vécu comme une polyvalence et un enrichissement du travail ; lorsque les tâches à effectuer sont " inférieures " au statut de la personne, le glissement est perçu comme dévalorisant. La polyvalence est bien évidemment mal vécue quand elle est imposée au personnel sans concertation, ce qui est souvent le cas. En France, les aides-soignantes ont tendance à remplir les tâches qui incombent aux infirmières ; en Italie c'est plutôt l'inverse. Ce phénomène est en accord avec les structures des personnels soignants (cf tableau p.4). Au plan de la division du travail, le glissement en France s'explique par le fait que les infirmières sont mobilisées par des tâches administratives, sinon bureaucratiques ; en Italie, le glissement semble avoir pour origine le blocage lié à la définition et à la formation de la catégorie " aides-soignantes ".

Une gestion très rationnelle du temps est également demandée aux agents pour répondre à la qualité et à la quantité de travail exigée ; cela entraîne à la fois, une routinisation des tâches et une plus grande responsabilisation des personnes, à tous les niveaux de la hiérarchie.

En Italie, la motivation du personnel est également favorisée grâce à l'intéressement financier. En France, l'appauvrissement des tâches liées à la relation au patient a été compensée par le recrutement d'" emplois jeunes " sur des fonctions de médiation et d'accompagnement.

Aujourd'hui, l'aspect social du malade n'est plus pris en charge par l'hôpital... On peut le regretter. Il serait souhaitable de prendre davantage en compte le patient dans la réflexion sur les tâches des différentes professions, et de considérer les ratios des personnels en fonction des besoins des services. Il devient aussi nécessaire d'associer les personnels au projet de l'équipe.

Une question fondamentale se pose enfin : la flexibilité professionnelle, conséquence de la rationalisation des soins, doit être une chance pour l'organisation du travail, sans pour autant pénaliser les personnels.

Thème 2 : rapport entre structure du personnel et répartition du travail

Tendance à l'augmentation du temps partiel ; le temps partiel est-il une ressource ou une contrainte pour l'organisation ? Comment concilier les impératifs de l'organisation et les exigences personnelles des salariés ?

A Thionville, le temps partiel s'avère une ressource dans la mesure où le recours aux heures complémentaires est possible en cas de besoin, mais il oppose souvent les personnels entre eux .

A Pasteur, il représente plutôt une contrainte pour l'organisation du travail du fait d'un certain désinvestissement des personnels à temps partiel.

A St Nazaire, bien que la direction ne s'y oppose pas, il pose des contraintes à l'organisation du travail ; toutefois, il semble agir positivement sur l'absentéisme.

En Italie, il y a obligation de remplacer les personnels sur le temps partiel libéré, et à Palerme, l'argent des rémunérations non consommées est reversé sur un pot commun destiné aux primes. A Palerme comme à Florence, le temps partiel est donc une ressource précieuse en

cas de besoin dans certains services mais il a aussi des conséquences négatives sur l'organisation du travail.

A Thionville et à Palerme, on remarque que certains services sont plus propices au temps partiel, en tous cas, moins perturbants pour les patients : les services de courts séjours ne nécessitent pas autant que le long séjour une présence continue du personnel.

Thème 3 : rapport entre concurrence locale et choix des activités

La concurrence entre établissements est-elle une contrainte ou une opportunité pour les personnels (qualité, statuts, incitations…) ?

A Palerme comme à Pasteur, la concurrence s'avère être une opportunité pour tous les acteurs en jeu, le personnel, la direction, le patient. A Palerme, l'intéressement financier du personnel accroît son sentiment de reconnaissance professionnelle et son adhésion au travail, ce qui a pour conséquence l'amélioration de la qualité du service.

A Pasteur, l'augmentation de la " clientèle " en Chirurgie a contribué à faire progresser l'organisation du travail et la qualité des prestations hôtelières ; les effets positifs sur le personnel et sur le patient sont réels.

A St Nazaire, la création d'un GIE pour l'implantation d'une IRM, par exemple, est une opportunité pour la direction de l'hôpital, mais représente un problème pour les personnels en raison des différences de salaires qui existent désormais entre les hôtesses de l'hôpital et celles travaillant pour l'IRM.

A Thionville, si les restructurations liées au SROS, ont eu pour conséquences négatives sur la direction, la fermeture de services, elles ont représenté une opportunité pour les personnels : requalification, lutte contre l'usure professionnelle, départs en retraite.

Enfin, on note que les effets de la concurrence sont différents sur l'offre de soins selon le pays ; en France, le nombre d'établissements reste stable, tandis qu'en Italie, certains d'entre eux disparaissent : dans la région de Venise, on compte aujourd'hui 98 établissements ; un plan pour 2005 annonce qu'il devra en rester 35 seulement.

Thème 4 : rôle du syndicat dans la gestion de l'hôpital

Quels sont les effets de la compétition entre syndicats sur les différentes attitudes face au changement ?

Dans le meilleur des cas, la compétition entre syndicats oblige le syndicat à se mobiliser davantage et il règne un respect réciproque des positions de chacun.

Il peut aussi se produire une situation de rivalité, encouragée par la direction (diviser pour mieux régner) qui paralyse complètement les actions syndicales. Les syndicats passent alors leur temps à se " démolir ".

En France notamment, les syndicats bâtissent leurs revendications en fonction des autres syndicats. La CFDT est souvent accusée de se contenter de peu. La participation des instances aux réunions où se prennent les décisions, est certes obligatoire mais seulement consultative, et le poids des adhérents est relativement faible ; d'où un recours fréquent au conflit.

En Italie. le nombre important d'adhérents ne rend pas aussi nécessaire l'utilisation du conflit pour exercer un pouvoir sur la décision ; mais il règne une sorte de bureaucratie syndicale qui freine la participation des salariés.

Il apparaît également que les syndicats n'ont pas le même poids sur les différentes catégories professionnelles ; d'une manière générale, le corps des soignants (infirmières, aides-soignantes, agents des services hospitaliers) représente 2/3 des adhérents pour 1/3 constitué par le personnel administratif ou technique. Les militants souhaitent être attentifs à toucher un maximum de catégories.

Les quatre questions suivantes n'ont pas été traitées par les correspondants syndicaux, faute de temps, mais restent ouvertes à la réflexion :

- **L'augmentation du turn-over des patients implique une charge de travail accrue et en général une réduction du lien au patient ; comment évoluent les différentes professions ?**

- **On constate une tendance générale à la diminution des personnels techniques ; quels sont les raisons et les impacts possibles ?**

- **Dans quelle mesure ces évolutions (concurrence entre établissements et changements d'activités) redéfinissent-elles la notion de service public ?**

- **La réforme de la santé accroît la concurrence entre hôpitaux ; quelle est l'influence de cette concurrence sur les projets de restructuration des hôpitaux et sur le rôle et le pouvoir du syndicat ?**

Evaluation de la collaboration à la recherche par les syndicats

D'une manière générale, la recherche a reçu un accueil favorable dans les établissements. Les correspondants syndicaux ont pu établir de bons contacts avec les militants comme avec la direction. La participation à une étude impliquant des chercheurs, a surpris parfois, mais a surtout agi en faveur de l'image du syndicat, par une reconnaissance accrue de son activité.

La passation des questionnaires, et l'organisation des focus-groupes, ont représenté un travail et un investissement importants de la part des militants qui se sont fréquemment heurtés, au manque de disponibilité des personnels à interviewer. A Padoue, le syndicat a été perçu comme un allié de la direction dans l'organisation des focus-groupes, et a donc dû faire face à une attitude d'opposition. La restitution des résultats sur les sites n'a pas mobilisé le personnel autant que prévu. A Padoue, la restitution n'a pas encore eu lieu.

La collaboration à la recherche, a eu pour les correspondants syndicaux, plusieurs avantages : elle leur a permis d'améliorer leur connaissance de l'hôpital, de mieux appréhender le terrain et les besoins des personnels, notamment en matière d'information ; elle a été l'occasion de tester différents outils d'information et de prendre conscience d'un certain décalage entre les messages diffusés par le syndicat et la perception finale des salariés.

En ce qui concerne le choix des sites, il aurait sans doute été intéressant de travailler sur un établissement privé en Italie, comme ce fut le cas en France avec la clinique Pasteur. D'autre part, l'analyse d'un changement tel que la réduction du temps de travail, n'a pu faire l'objet d'un réel approfondissement, faute de mise en place dans la plupart des sites choisis.

Enfin, il est important de noter que l'ambiance et le contexte dans lesquels s'est déroulé le recueil des données, a pu jouer un rôle important sur le discours des gens interviewés. Il est nécessaire de tenir compte de cet aspect dans l'analyse des résultats.

Valorisation de la recherche

Le recueil des matériaux est désormais terminé : enquête par questionnaires, monographies d'établissements, focus-groupes ; Il paraît toutefois nécessaire d'ajouter aux monographies italiennes, la description d'une action syndicale exemplaire, élément qui apparaît dans les monographies françaises. Les analyses des différents matériaux sont bien avancées ; il reste à terminer celles des focus-groupes.

Se pose aujourd'hui la question de l'utilisation scientifique et syndicale à venir de ce matériel.

Comment les salariés peuvent-ils se réapproprier le contenu des différents matériaux recueillis ainsi que les principaux résultats de la recherche ? Les syndicats doivent réfléchir à des formes différentes de valorisation et de restitution de la recherche auprès des personnels.

Actuellement, les militants syndicaux éprouvent une certaine difficulté à s'approprier, à utiliser et à partager les résultats de la recherche, à identifier des vecteurs de diffusion efficaces . Il sera nécessaire de travailler là-dessus. Dans un premier temps, c'est un document de synthèse de 15 pages environ, qui sera diffusé auprès des six établissements, après avoir été validé par les différents partenaires.

Au niveau du syndicat lui-même, les principaux résultats seront présentés à l'organe fédérateur, aux dirigeants politiques de la fédération ; cette recherche doit contribuer à éclairer le faible intérêt des salariés concernant l'action syndicale, permettre de mettre en place des outils, des techniques, dans le but de développer un syndicalisme plus participatif.

Cette recherche pourra être utilisée par exemple, notamment dans le cadre de formations aux syndicalistes en ce qui concerne la négociation et la communication notamment ; l'élaboration d'un abécédaire des termes les plus utilisés en situation de restructurations (" organisation du travail ", " polyvalence ", " glissement des tâches "...) trouverait aussi son intérêt.

En ce qui concerne la valorisation scientifique de la recherche, plusieurs productions sont prévues : un ouvrage collectif rédigé par L. Bordogna, P. Mossé et A. Ponzellini est envisagé à terme ; une communication sera présentée en septembre prochain lors du colloque CALASS 2001 à Lyon ; le rapport final d'une centaine de pages sera écrit et traduit pour le mois de février 2002 ; enfin des articles scientifiques seront réalisés dans le courant de l'année 2002 également.

REFIPAR

MONOGRAPHIE

HOPITAL DE METZ-THIONVILLE

Janvier 2001

I- Contexte général et activités

I-1) la situation géographique

Le centre hospitalier régional de Metz - Thionville est situé en Lorraine, région du Nord Est de la France qui, dans les années 70 et 80, a subi de plein fouet les effets de la crise économique et industrielle. Les deux bassins (secteur 10 et 13) desservis par le Centre sont relativement vastes (600.000 habitants) mais l'attraction du Centre va sans doute au-delà de ces deux secteurs. Par ailleurs le Centre est situé dans un environnement concurrentiel comparativement à d'autres régions françaises (9 lits pour 1000 habitants contre 8,5 en moyenne nationale 1998).

Pour l'ARH, cette situation est cruciale : " *c'est un hôpital qui a beaucoup de difficultés parce qu'il est dans un environnement très chargé en établissements de santé avec des redondances de plateaux techniques. Il y a aussi l'aspect, Metz-Thionville qui est un mariage contre nature qui n'a jamais été consommé. Il y a aussi la question de savoir où est la capitale régionale, à Metz ou à Nancy ? Les relations entre les deux établissements sont des plus discrètes, je pense qu'il y a des complémentarités qui peuvent être mises en œuvre entre Metz et Nancy. Comme entre Metz et Thionville, il faut arrêter la concurrence mais je ne sais pas comment on va arriver à sortir de cette dynamique* ".

Le Centre comporte une structure " bipolaire " avec un regroupement de 4 établissements à Metz (soit 1166 lits à Metz) et un regroupement de 4 établissements (soit 838 lits) à Thionville. Les deux villes sont éloignées d'environ 50 kilomètres. Dans les deux sites les établissement s'organisent autour d'un hôpital à vocation généraliste et comportant des services de médecine, chirurgie, pédiatrie, maternité et un plateau technique performant (Scanner, IRM). A Metz, cet hôpital (Bon-Secours) comprend 600 lits ; à Thionville cet hôpital

(Bel Air) comprend 522 lits. Les autres établissements, de plus petite taille, sont soit des centres de gériatrie, des maisons de retraite ; seul l'hôpital Beauregard, à Thionville, fait exception. Avec 162 lits, il regroupe des services de médecine et de psychiatrie.

Au total le Centre regroupe environ 4000 agents pour un budget d'exploitation (fonctionnement) de 1,6 milliards de francs et un budget d'investissement de 99,9 millions (chiffres 1999). On trouvera en Annexe la répartition des lits par établissements et par service.

Le contrat d'objectifs signé le 17 juin 1996 a confirmé la vocation régionale du CHR de Metz-Thionville par la mise en conformité avec les prescriptions du SROS, Schéma Régional d'Organisation Sanitaire, de Lorraine.

Si le CHR représente une entité juridique unique, notre étude mettra l'accent sur l'établissement de Thionville.

En 1994, Beauregard proposait les services suivants : la radiologie, la rhumatologie, la pneumologie, l'endocrinologie, la dermatologie et la psychiatrie.

Les perspectives pour 2001 sont les suivantes : la gériatrie et la psychiatrie qui sont particulièrement renforcées ; si le service de rhumatologie a été transféré à Bel-Air en 2000, la dermatologie et l'endocrinologie restent présentes.

En ce qui concerne Bel Air, en 1994, on avait les services suivants : la gynécologie - obstétrique, l'urologie, la pédiatrie, l'hématologie, la chirurgie, la chirurgie infantile, la gastro-entérologie, la médecine interne, l'HPDD neurologie et cardiologie, la stomatologie, la néphrologie, la rééducation, les urgences réanimation, la radiologie, la radiothérapie, le laboratoire, l'oncologie, la pédo - psychiatrie.

Les perspectives pour 2001 font apparaître les nouveaux services de rhumatologie, et de pneumologie en plus des précédents cités (*Voir plans des établissements en Annexes).*

Il convient de considérer que, peu à peu, les deux pôles du CHR se sont organisés séparément, au plan des synergies médicales, chacun dans son bassin de santé.

Ainsi, à ce jour, la synergie globale de Metz-Thionville, au plan médical, apparaît comme moins prioritaire par rapport aux enjeux liés, pour chaque pôle, aux complémentarités au sein de son bassin de santé. Néanmoins le renforcement de synergies ciblées entre les deux pôles reste un objectif majeur.

Pour ce qui concerne Thionville l'évolution, sensible à travers le Plan à l'horizon 2001, semble orienter différemment l'établissement de Bel Air et celui de Beauregard.

Le premier conserve et même renforce ses activités médicales dans des spécialités nombreuses et reconnues ; le second, avec la gériatrie et la psychiatrie, se transforme en établissement de moyen séjour. Dans la hiérarchie hospitalière actuelle il est clair que cette évolution n'est pas neutre.

I- 2) l'évolution de l'activité

En Médecine, Chirurgie, Obstétrique, le CHR a accueilli 70 000 entrées totales en 1998, soit 12,5% de plus qu'en 1993, tandis que les entrées directes sont passées de 50 000 à 57 000, soit 13,7% de plus.

Parallèlement, la DMS (durée moyenne de séjour) a baissé de plus de 20% sur la période considérée, se situant en 1998 à 4,7 jours sur les entrées totales et 5,7 jours sur les entrées directes. Quant aux journées réalisées, elles baissent de 11,5%.

Cet ensemble d'évolutions, largement dominé par la diminution de la DMS, rejoint les données nationales. Toutefois, pour l'ensemble du secteur public et privé, ces évolutions s'accompagnent d'une diminution assez importante du nombre de lits de court séjour. On note en effet que le nombre de lits MCO est passé de 546 000 en 1991, à 508 219 en 1996 puis à 492 000 en 1998 [29].

Notons que des divers documents il ressort que le CHR prévoyait dans son plan 1994 / 1999 de fermer une quarantaine de lits de court séjour.

En terme d'activités et de services, le CHR confirme sa mission dans le domaine des SSR (Soins de Suite et Réadaptation), puisque les entrées totales évoluent de 33,6% passant de 2 900 en 1993 à 3 800 à 1998. La DMS diminue de 24% et les journées de 1,7%.

Le CHR accueille 66 500 passages aux Urgences en 1998, soit 21% de plus qu'en 1993. Cette progression, relative et absolue des urgences, quoique spectaculaire, est du même ordre voire inférieure à l'évolution constatée dans le secteur public au plan national (soit 43% de 1990 à 1998).

[29] Les données nationales proviennent d'un document édité par le Ministère, Direction des Hôpitaux intitulé " L'hospitalisation en France ", in Informations hospitalières, N° 53, mars 2000.
Il va sans dire que ces chiffres nationaux ne sauraient être considérés comme des normes. Toutefois, par rapport à l'objectif descriptif que poursuit toute monographie, ces éléments de comparaison avec la situation nationale permettent de soulever des questions. Par la suite, nos interlocuteurs pourraient apporter (par exemple, sur les écarts observés) des éclaircissements eux mêmes significatifs du fonctionnement et de l'organisation de l'hôpital considéré. Cette approche est d'autant plus légitime que, dans le cas français au moins, les hôpitaux sont amenés de plus en plus fréquemment à se comparer les uns aux autres (points ISA, équipements, normes de qualité, etc.).

On l'explique généralement par la dégradation des conditions socio-économiques et " le contexte local : géographie, organisation des soins, habitudes ". De ce point de vue le CHR ne semble pas en position particulière.

Le CHR réalise 273 000 consultations en 1998, soit 11,72% de plus qu'en 1993.

Thionville maintient sa position à un niveau élevé de 1 700 accouchements en 1998, Metz réalise 1 001 accouchements en 1998, soit 22% de plus qu'en 1993.

3) Le personnel non médical

Les chiffres qui suivent sont extraits du Bilan Social 1998 ; ils évoquent les effectifs globaux du CHR ainsi que ceux de l'établissement de Thionville. La catégorie Soignant et Educatif est importante car y sont comptabilisés les infirmier(e)s et les aide-soignant(e)s.

L'effet du temps partiel, qui comme on le verra plus loin est non négligeable à l'hôpital, se retrouve notamment dans les différences entre le nombre d'agents et le nombre d'équivalents temps plein.

Evolution de l'effectif non médical en équivalence temps plein :

	CHR		Thionville	
Type de personnel	**1996**	**1998**	**1996**	**1998**
Administratif	409,10	409,85	167,25	167,85
Soignant et Educatif	2 508,63	2 494,90	1 061,33	1 065,35
Technique	410,30	388,35	160,85	150,40
Médico-Technique	281,60	280,55	126,55	125,15
Total	**3 609,63**	**3 573,65**	**1 515,98**	**1 508,75**

(Les effectifs ci-dessus ne prennent en compte que les personnels rémunérés sur emplois permanents et excluent les contractuels de remplacement).

On constate que l'effectif temps plein a diminué entre 1996 et 1998.

Ici encore, il faudra rapprocher cette donnée du nombre de lits total afin de savoir ce qu'il en est de la densité de personnel soignant par lit ?

Aussi bien pour l'ensemble du CHR que pour les établissements de Thionville, ces évolutions rejoignent à peu prés les observations effectuées au niveau national. Différence de

taille toutefois, si la structure par catégorie obéit bien à cette loi générale, le total des personnels va en diminuant (légèrement à Thionville comme dans l'ensemble du CHR alors qu'au plan national le nombre des agents hospitaliers non médecins a augmenté d'environ 2 % entre 1995 et 1998.

En structure, le personnel du CHR présente certaines particularités liées à l'organisation du travail et à la répartition des tâches. Le tableau suivant qui donne des indications sur la structure des personnels soignants, permet de calculer des ratios de personnels. Ici encore si la situation nationale ne saurait, sans précaution supplémentaire, servir de référent, elle permet toutefois de soulever des questions.

Répartition de l'effectif soignant en nombre d'agents par grands grades :

	CHR	Thionville
Encadrement	160	77
IDE (dont spécial.)	**1 168**	**526**
Aide-Soignant	1 059	476
A.S.H.	185	15
Autres	140	61
Total	**2 712**	**1 155**

La " mission d'appui " qui a rendu son rapport en février 2000, constate à juste titre que le rapport IDE / AS est faible (1,10) contre 1,27 au niveau national (secteur public).

Cependant le rapport AS / ASH laisse apparaître un écart encore plus important, notamment à Thionville avec un ratio égal à 31,7, contre 2,1 au niveau national !.

Plusieurs questions se posent ici. Tout d'abord que signifie cet écart en terme de glissement éventuel de tâches ? Peut on supposer que ce déficit relatif en ASH est comblé par le recours à la sous-traitance ? Enfin, pourquoi la mission d'appui comme les instances officielles n'ont elles pas pris en compte cet écart ?

Répartition des agents par groupe socio-professionnel en 1998 [30]:

[30] On a pu remarquer un écart de quelques unités dans le calcul des effectifs en particulier en ce qui concerne les personnels soignants, bien que ces chiffres concernent bien les mêmes catégories (personnel non médical) et la

	CHR	Thionville	National Public	National Total
Administratif	**13%**	**12%**	**11,1%**	**12,2%**
Soignant-Educatif	**76%**	**75%**	**71,1%**	**70,4%**
Technique	**5%**	**5%**	**12,7%**	**12,7%**
Médico-Technique	**6%**	**8%**	**5%**	**4,7%**

A la lecture de ce tableau la structure du personnel, à Thionville comme dans l'ensemble du CHR, fait apparaître un déficit en personnel Technique.

Cette caractéristique est d'autant plus marquée que, comme le montre le tableau suivant, cette même catégorie continue de décroître dans la période récente.

Evolution des postes permanents du personnel non médical entre 1993/1998
pour l'ensemble du CHR :

Administratifs	**22**	**soit**	**413**
Soignants	140	soit	2770
Logistiques	-9	soit	393
Total	153	soit	3576

La sous-traitance qui explique ce recul au plan national est –elle à ce point importante à Metz ou bien cette structure " apparente " cache-t-elle une division du travail particulière ?

Dans cette hypothèse les AS et/ou les personnels médico–technique seraient amenés à réaliser des tâches qui, ailleurs, sont effectuées par les personnels techniques ou les ASH.

Les données suivantes concernant la sous-traitance montrent que la situation est sans doute différente à Thionville et dans l'ensemble du CHR . En effet, à Metz, l'entreprise ONET a effectué un total de 82 240 heures en 1998 ; l'entreprise ICE a effectué un total de 5 161 heures en 1998.

A Thionville : l'entreprise ONET a effectué un total de 166 360 heures en 1998.

même année (98) ; le fait qu'ils proviennent de sources différentes, Projet Médical de 1999 et Bilan Social de 1998, explique sans doute ces légères différences. Dans le texte, et par souci de cohérence, ont été retenues les données du bilan social.

Notons que l'entreprise ONET est une entreprise de nettoyage et qu'elle est la seule intervenante extérieure citée dans le bilan social de Thionville.

Parallèlement à la sous-traitance, l'emploi précaire semble avoir diminué. En effet, entre 1996 et 1998, le nombre de personnes ayant bénéficié d'un CES (Contrat Emploi Solidarité) est passé, dans l'ensemble du CHR, de 176 à 94 et de 72 à 66 à Thionville.

Cette diminution pourrait laisser penser que le travail précaire a diminué ; mais, il faut se rappeler que, après une politique volontariste impulsée par le Ministère, les consignes ont changé en 1997. Il s'agissait désormais de réduire l'emploi précaire, plutôt que d'engager de nouveaux CES. Depuis 1999, la formule des Emplois Jeunes, contrats de 5 ans et non plus de 1 an, a pris le relais. Dans les deux cas (précarité et sous-traitance) se pose, bien entendu, la question de la cohésion des équipes et, au delà, de l'hôpital tout entier.

I.4) Le personnel médical

Le document de Synthèse du bilan du projet médical daté de mai 1999, évoque l'évolution des effectifs médicaux entre 1993 et 1998. Les principales tendances recoupent, peu ou prou, celles observées au niveau national.

L'évolution des effectifs du personnel médical se caractérise par une légère augmentation des PHTP en particulier dans des secteurs transversaux tels le DIM, les Soins Palliatifs, l'Hémovigilance. Tandis que les postes à temps plein se stabilisent et que les postes d'internes régressent, on assiste à une augmentation significative (30%) des postes d'Assistants et à l'apparition des postes de PAC qui viennent renforcer l'effectif des services cliniques. Par ailleurs, la démarche de séniorisation des urgences se traduit par une augmentation des vacations d'Attaché à Metz.

L'évolution du personnel non médical se caractérise par une augmentation très significative des postes permanents des personnels au lit du malade, tandis que les secteurs logistiques régressent, notamment du fait des prestations externes. Cependant depuis 1996, les chiffres montrent que le personnel soignant et éducatif a perdu 14 ETP. Enfin, le secteur administratif est en légère augmentation, mais il convient de souligner que ce secteur comprend les secrétariats médicaux où des renforcements ont eu lieu, à hauteur de 14,75 sur un total de 22.

I.5) Structure du personnel par âge, sexe et ancienneté

La structure des effectifs par sexe ne présente pas de particularités, elle est du même ordre à Thionville et dans l'ensemble du CHR.

Le tableau suivant montre que de 1996 à 1998, cette structure a peu varié de même d'ailleurs que l'effectif lui-même.

Répartition des effectifs par sexe :

	1996	**1998**
	CHR	
Hommes	586 soit 14,99%	586 soit 15,03%
Femmes	3 323 soit 85,01%	3 312 soit 84,97%
	Thionville	
Hommes	220 soit 13,34%	221 soit 13,39%
Femmes	1 429 soit 86,66%	1 429 soit 86,61%

La répartition des personnels par âge ou ancienneté permet de mieux cerner la nature du marché interne que constitue toute organisation structurée.

Répartition de l'effectif par âge
Année 1998

	Hommes		**Femmes**	
	CHR	Thionville	CHR	Thionville
Moins de 25 ans	5	4	61	27
De 25 à 40ans	299	129	1 589	664
De 40 à 56ans	262	81	1 578	713
Plus de 56ans	20	7	84	25
Total	**586**	**221**	**3 312**	**1 429**

La répartition des effectifs par tranche d'âge fait apparaître une égalité entre le CHR et Thionville ; dans les deux cas, 50 % des agents ont plus de 40 ans et environ 2% plus de 56 ans.

Répartition générale selon l'ancienneté :

	Année 1996		*Année 1998*	
	CHR	Thionville	CHR	Thionville
Moins de 2 ans	217	75	172	52
De 2 à 5 ans	463	223	401	188
De 5 à 10 ans	621	287	640	310
De 10 à 15 ans	580	219	496	201
De 15 à 20 ans	866	373	734	308
De 20 à 30 ans	1 062	460	1 292	540
Plus de 30 ans	100	12	163	51
Total	**3 909**	**1 649**	**3 898**	**1 650**

Le tableau ci-dessus montre que les tranches d'ancienneté élevées ont vu leurs effectifs s'accroître, tandis que les tranches les plus récentes ont diminué. Ce double mouvement est dû à une diminution des embauches et au vieillissement des personnels en place.

Il est équivalent à Thionville et dans le CHR. En 1998, environ 14 % des agents ont cinq ans d'ancienneté ou moins et 36% ont plus de 20 ans d'ancienneté.

Il semble que se déploie, dans cet hôpital comme ailleurs en France, une situation de marché interne fermé que l'important turn over, qui était la caractéristique des années de croissance, peut de moins en moins réguler.

Il a été dit que l'accroissement du temps partiel compense partiellement cette évolution en permettant aux agents de diminuer les effets de l'accroissement de la charge de travail et du

stress liés notamment à la rapide rotation des malades. Quelle que soit la raison du succès du temps partiel, le CHR de Metz - Thionville ne fait pas exception.

Evolution du nombre d'agents occupés à temps partiel :

	CHR		Thionville	
1996	839	soit **21,46%**	377	**soit 22,86%**
1997	915	soit **23,36%**	413	**soit 25,00%**
1998	956	soit **24,53%**	422	**soit 25,58%**

Comparée à la moyenne nationale en 1998, soit 19,1 % en 1998 (contre 14,2 % en 1994), les taux d'agents travaillant à temps partiel observés dans le CHR comme à Thionville sont assez élevés. Il serait intéressant de connaître les explications, éventuellement contrastées, de ce phénomène fournies par nos interlocuteurs.

Si l'on regarde comment se répartissent les agents travaillant à temps partiel, on constate que, par rapport à la moyenne nationale, le CHR possède la particularité d'avoir peu d'agents travaillant à 80 % du temps. Ceci renforce l'impression que le travail à temps partiel est une donnée importante de ce CHR.

	Moyenne nationale	CHR
Travail à 50%	32%	40,48%
Travail à 80%	42%	25,52%

Cet ensemble de phénomènes donne toute son importance à la politique de formation, de mobilité et de promotion internes.

I.6) Les rémunérations

Les frais de personnel ci-dessous concernent l'ensemble des personnels (médical et non médical), y compris ceux relevant des budgets annexes.

Rémunérations (primes)

	CHR	Thionville
1996	698 192 253	302 528 285
(dont primes)	(126 545 026)	(54 585 385)
1998	725 756 288	315 394 974
(dont primes)	(131 160 273)	(56 533 134)

Le montant des primes est à peu près stable sur la période 1996-1998 ; il représente environ 15% de la rémunération.

Chaque hôpital ayant son système de primes, il est difficile de savoir à quoi correspond cette masse. On peut émettre l'hypothèse que la plupart de ces primes sont collectives ou concernent un grand nombre de personnes ; d'autres éléments seraient nécessaires pour évaluer l'ampleur d'un éventuel mouvement d'individualisation.

Il est à noter que dans le privé comme dans le public, on se considère moins bien payé que dans l'autre secteur : " *les salaires dans le public sont inférieurs à ceux du privé* ".

Si l'on se réfère aux graphiques, joints en annexes, qui présentent la répartition de l'effectif par niveaux indiciaires bruts, pour les années 1996, 1997, 1998, on constate pour le CHR, qu'en un an, le nombre des indices inférieurs à 250 est passé de 340 à 62 individus. Pour l'établissement de Thionville, il est passé de 154 à 27 individus. Cette évolution peut être due, soit à un relèvement de la grille indiciaire, soit à un recours accru à la sous-traitance qui concerne les catégories les moins qualifiées.

A l'appui de la première hypothèse, la synthèse du Bilan Social de 1998, note une augmentation de 2,09% entre 1997 et 1998 en ce qui concerne la rémunération du personnel non médical ; à savoir une augmentation de salaire de 0,8% au 1er avril 1998, et de 0,5% au 1er novembre 1998, ainsi qu'une revalorisation des salaires : reclassement des catégories C et D au 1er avril 1998 et revalorisation des bas salaires au 1er juillet 1998.

En l'espèce, une part de ces évolutions est liée à des réglementations ou des accords nationaux.

Il serait toutefois intéressant de savoir jusqu'à quel point ces évolutions ont été localement saisies, éventuellement au delà du minimum, pour, par exemple, répondre au défi évoqué plus haut de la stabilité et de l'ancienneté croissantes des personnels en place.

II- Les changements

II- 1) Les réformes dans l'ensemble du CHR

Le Projet d'Etablissement a été adopté en Conseil d'Administration aux mois de janvier et d'avril 1993. Son approbation est intervenue le 29 juin 1994 pour une durée de trois ans, alors que le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de Lorraine n'a été arrêté que le 17 juin 1995. En théorie, cette chronologie a dû accroître la marge de manoeuvre du CHR.

Le Journal du CHR (daté de décembre 1999) note toutefois que compte tenu de ce calendrier le CHR aurait été dépourvu de Plan entre juillet 1999 et décembre 2001 (dans l'attente du projet qui devra couvrir la période 2002 / 2007). C'est la raison pour laquelle un " plan intermédiaire " d'investissement a été défini fin 1999. Il se donne notamment pour but l'accréditation pour avril 2001. L'évaluation financière a chiffré à 200 millions de francs le montant total des investissements durant les trente mois que couvre ce plan intermédiaire .

Ce plan intermédiaire se met en place dans une ambiance difficile sur fond de rivalité entre Metz et Thionville et à un moment où une grève a été déclenchée au service des urgences [31].

La rivalité entre Metz et Thionville fait partie de l'histoire du CHR. " *la naissance du CHR n'a pas été facile ; la fusion date de 1977 ; à Thionville on a eu peur de se faire absorber par Metz ; crainte légitime ; pendant que j'étais président, c'était un travail de défense du pôle thionvillois. Mais Metz ne pense aussi qu'à accroître le nombre de ses services, qu'à se développer. Le deuxième objectif, c'était défendre le CHR et acquérir des parts d'activité vis à vis de Nancy. : fixer les malades. Par exemple : en 1987, on a autorisé la première IRM pour Metz, elle a été implantée en 1992 ; j'ai immédiatement fait savoir que la prochaine devait être pour Thionville et elle a été implantée en 1996. Il y a eu régulièrement des conflits entre Metz*

[31] Cf. à ce sujet le compte rendu de la " mission d'appui " au CHR de Metz Thionville rédigé en février 2000 et sur lequel nous reviendrons en conclusion de cette monographie.

et Thionville mais sur Thionville même, à l'intérieur de la CME, on a créé des commissions rassemblant des praticiens hospitaliers chefs de service, pour expliquer nos objectifs, ce qui a créé une dynamique ".

Toutefois, depuis 1995, le CHR a connu de nombreuses restructurations ou redéfinitions de ses activités.

Les suites logiques du projet de 1994 ont été : la mise en œuvre du nouveau Programme-lits, l'élaboration d'un Programme Pluriannuel d'Investissements, la signature d'un Contrat d'Objectifs.

Le nouveau Programme-lits faisait partie intégrante du Projet d'Etablissement approuvé en 1994. Il prévoyait une réduction de 198 lits en Médecine/Chirurgie/obstétrique par rapport au précédent Programmes-lits. Cette réduction a eu lieu entre 1994 et 1998. Selon la direction de l'hôpital, " *le Projet Médical s'est donné cinq axes : un fait dominant qui est la Personne âgée, la Cardiologie, la Cancérologie, les Urgences, le secteur Mère-Enfant... Il y a une tendance très forte à la spécialisation...Dans le Projet Médical, dans le Projet Social, on cherche à chaque fois qui fait la synthèse sur la base d'une segmentation de la population par rapport au bassin de santé publique... D'où la nécessité d'établir une synthèse... Dans le management interne des cinq ans à venir, on a constaté que Metz était au maximum de ses capacités et que Thionville devait soit augmenter son activité, soit transférer des moyens... Mais on est en dessous de la moyenne nationale* ".

Par ailleurs, un nouveau Programme Pluriannuel de Travaux et d'Equipements a été élaboré. Il s'élève à 396 MF en investissement et à 23 MF en surcoût d'exploitation entre 1996 et 1999. Celui-ci a fait l'objet d'un Contrat d'Objectifs signé entre l'Etat, l'Assurance-Maladie et le CHR le 17 juin 1996. Il stipule qu'en contrepartie : * de la réalisation par le CHR des grands axes de son Projet d'Etablissement, * du respect du Programme-lits adopté par le Conseil d'Administration, * de l'engagement du CHR à expérimenter la méthode d'Evaluation Médicale préconisée par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie intitulée " Evaluation comparative des Services Hospitaliers ", l'Assurance-Maladie accorde un prêt sans intérêt de 10 MF pour soutenir le Plan 1996/1999 et l'Etat prend en charge 50% du surcoût d'Exploitation. Ces engagements réciproques ont été respectés.

Cependant, la direction de l'Hôpital émet une crainte : " *les médecins sentant que le pouvoir est là-bas, se sont mis à collaborer dans les SROS, ils ont créé des réseaux... Le*

danger pour le CHR c'est que les décisions se prennent au niveau régional avec des médecins et des organisations régionales... ".

II.1.1/ Un renforcement des moyens sur la plupart des plateaux techniques du Groupement des Hôpitaux de Metz

Le Bloc opératoire a été entièrement rénové en 1996 et en 1999, ce qui a permis un quasi doublement des surfaces. Cette opération a porté sur un coût global de 30 millions de Francs pour les travaux et 10 millions de Francs pour l'équipement. Elle s'est accompagnée de la création d'1 poste de Surveillante, de 7,5 postes d'IDE, de 2,75 postes d'Aides-Soignantes. Le Plateau technique d'endoscopie et celui de rééducation de l'hôpital Bon Secours ont été également rénovés et relocalisés. Le service de Médecine nucléaire a été rénové et mis en conformité. Un Plateau technique de cardiologie a été mis en place et s'est accompagné de la création de deux postes d'IDE.

A Metz encore, des équipements ont été renforcés et mis à niveau : pour la Radiologie, la Radiothérapie, les Laboratoires, la consultation d'OPH.

A Thionville, c'est l'Imagerie, la Radiothérapie, la Médecine nucléaire et le Plateau technique de Cardiologie qui ont fait l'objet de moyens supplémentaires au niveau des équipements.

" *De nombreux professeurs de CHU continuent de défendre le maintien de petites maternités. On a réorganisé des services, on a créé une unité d'Oncologie, une unité de Néphrologie, on a diminué le nombre de lits de Chirurgie et on a humanisé le service avec des chambres à 1 ou 2 lits en supprimant les chambres à 4 lits. On a poursuivi cette politique d'humanisation pendant dix ans en répondant ainsi aux autorités de tutelle. Mais on n'a malheureusement pas obtenu de fonds particuliers pour cela. Amnéville qui faisait partie du CHR, a été transformé en une maison de retraite ; on s'est battu pour que l'hôpital récupère des postes : une vingtaine, mais 15 pour Metz et 5 pour Thionville* ".

II.1.2/ Les restructurations à Metz

Urgences-réanimation

Cette filière a connu une évolution considéable sur le Groupement de Metz entre 1993 et 1998. La centralisation de l'ensemble des urgences de Metz sur l'hôpital Bon-Secours a

profondément modifié l'activité du service des urgences (SAU), mais également d'un certain nombre de services en aval (comme l'orthopédie-traumatologie qui a connu une progression d'activité de 30% par exemple) ou médico-technique (radiologie, laboratoire notamment).

Le service d'accueil des urgences (SAU) accueille désormais 40 000 passages par an. Le service de réanimation a été totalement restructuré en 1998 avec 16 chambres individuelles installées. Ces changements sont intervenus dans le contexte d'une réorganisation des SAU et SAMU sur l'ensemble de la région Lorraine.

Cardiologie

Cette restructuration est liée au projet concernant la Maternité : " *ainsi, actuellement, il y a des discussions entre l'hôpital Bon Secours à Metz et la maternité privée Ste Croix pour faire un seul site d'accouchement. Les lits libérés par Bon Secours vont être occupés par la Cardiologie qui demande à se développer à Metz ".*

Individualisation complète du service de cardiologie A avec mise en place d'un hôpital de semaine de 14 lits ; extension de l'unité de soins intensifs de cardiologie qui passe de 8 à 12 lits en 1998 ; rénovation complète et relocalisation du service de cardiologie B ; rénovation et relocalisation des lits du service de chirurgie cardiaque (25 lits) ; installation en 1999 d'une nouvelle unité de soins intensifs de chirurgie cardiaque dont la capacité est portée de 6 à 10 lits ; mise aux normes des locaux du bloc opératoire.

Filière digestive

Regroupement de deux services séparés dans un seul service d'hépato-gastro-entérologie ; regroupement géographique : l'unité d'hospitalisation B1 fonctionne pour moitié (9 lits) en hospitalisation de semaine ; fermeture de l'unité de soins intensifs de chirurgie digestive (4 lit), les patients de celle-ci étant désormais pris en charge en post-opératoire par le service de réanimation polyvalente ; développement de l'activité de chirurgie hépatique.

Cancérologie

Optimisation de l'hospitalisation de jour d'oncologie médicale et de radiothérapie par un regroupement sur un seul site, de toute l'hospitalisation de jour d'oncologie, sous la forme d'une unité de jour de 9 places.

Hématologie clinique

Installation d'un nouveau service d'hématologie avec : un secteur d'hospitalisation classique de 16 lits, un secteur d'hospitalisation de jour de 3 lits, un secteur protégé de 4 lits ; ce service a vu la création de 6 postes IDE, 0,5 Secrétaire médicale.

Pédiatrie

Regroupement des 2 services de pédiatrie ; un hôpital de jour unique est en place depuis juillet 1998 (composé de 3 lits d'hôpitaux de jour) ; suppression de 34 lits entre 1993 et 1998. Cette restructuration elle aussi s'inscrit dans l'histoire longue : " *En ce qui concerne la Pédiatrie, c'est un peu particulier ; elle a eu son heure de gloire en 1968-1969 : en 6 mois, 70 lits étaient ouverts ; on a aussi créé la réanimation néonatale, le service de prématurés, 40 lits en plus. Cela a amené les services de Pédiatrie de Metz et de Thionville, au 6ème rang national. Aujourd'hui, des regroupements ont eu lieu ainsi que des restructurations ; nous commençons la quatrième. J'ai également écrit un projet qui met en avant les besoins en matière de service d'Urgences pour les enfants ; il verra sans doute le jour en 2003. Ce projet va nous permettre d'absorber la restructuration de la réanimation néonatale. Il y a donc eu aussi des fermetures de maternité* ".

Chirurgie B-orthopédie-traumatologie

Restructuration de la consultation traumatologie-orthopédie, suite à la suppression de la polyclinique.

Chirurgie D- maxilio faciale-plastique et chirurgie de la main-odontologie

Rénovation complète des locaux de consultation qui ont été relocalisés à la suite de la mise en place du nouveau SAU.

ORL-OPH

Ces 2 services disposaient précédemment de 2 salles d'opération spécifiques, celles-ci ont été intégrées dans le nouveau bloc opératoire central ; ces activités bénéficient ainsi de l'environnement sécuritaire du bloc central, ce qui a permis d'absorber le surcroît d'activité important de l'OPH.

Endocrinologie-nutrition

Création en 1998 de cette unité : 10 lits d'hospitalisation, 4 lits d'hospitalisation de jour, 1 secteur de consultations.

A Metz, le Plan Directeur a représenté un investissement de 125 MF .

Il faut noter que, en apparence en tout cas, la plupart de ces restructurations pourtant nombreuses, ne concernent que les services de l'hôpital sans lien partenarial avec d'autres structures.

Il serait donc intéressant de savoir comment se sont prises ces décisions en fonction de quelles considérations et comment elles ont été reçues, pilotées par les différents niveaux des hiérarchies hospitalières (Direction, médecins, ARH, etc.).

II.1.3/ Les restructurations à Thionville

Le Groupement des Hôpitaux de Thionville a dû adapter son offre de soins et les services rendus non seulement à l'évolution de la demande, constatée par les indicateurs d'activité traditionnels, mais aussi à l'émergence de nouveaux besoins, ainsi qu'aux nécessaires renforcements de certains secteurs confrontés à une augmentation soutenue d'activité. C'est ainsi que certaines restructurations ont été menées dans l'établissement : *le service* de *Pédiatrie A* a connu une baisse de sa capacité en lits, passant de 46 à 36 lits, ce qui a permis le redéploiement de 11,5 postes soignants ; *le service de Pédiatrie B* a été confronté à une évolution identique, avec une diminution de 7 lits, générant une possibilité de redéploiement de 8 postes.

Cette redistribution a bénéficié essentiellement à des secteurs en nette hausse d'activité (Hémodialyse : +8,5 postes ; Cardiologie : +2,5 postes) ou à la mise en place d'activités nouvelles, comme les Soins palliatifs (+1,5 poste).

On peut également citer deux opérations de redistribution des ressources, pour améliorer et étendre les prestations offertes aux malades et aux usagers : la création d'un accueil administratif et infirmier aux Urgences, rendu possible par le redéploiement des postes du bureau des consultations Externes, suite à la généralisation de l'utilisation du système ICONES dans tous les secrétariats médicaux ; la création d'une équipe de sécurité, suite à la suppression de la garde technique en Plomberie, et à la modification du fonctionnement de la garde technique en Electricité.

Selon un document rédigé en avril 1998, la proposition de mise en œuvre de restructurations du groupement des hôpitaux de Thionville peut être résumée ainsi : " Il s'agit moins de restructurations que d'adaptation des effectifs à l'activité ; il n'est plus envisagé de

réduction définitive de lits avec pour corollaire d'éventuelles re-localisations de services ou de rapprochements de disciplines. Globalement, il n'y aura pas de diminution d'emplois à l'effectif. Les gains de postes issus de l'opération seront intégralement réaffectés sur d'autres activités " [32]. Au mois de juin 2000 un accord en cours d'élaboration avec Alpha Santé HAYANGE-ALGRANGE), prévoit des opérations de cession et de regroupement des lits de deux établissements majoritairement SSR et long séjour. Si l'accord est signé, la capacité de regroupement des hôpitaux de Thionville passerait de 988 à 843 lits (Cf IV-2).

A Thionville, les travaux réalisés dans le cadre du Plan Directeur entre 1996 et 1998 ont représenté une dépense de 38 030 000 F, ceux réalisés hors Plan Directeur, 13 875 000 F.

Ces chiffres sont à rapprocher des dépenses prévues dans le plan intermédiaire (1999 / 2001) soit 200 millions de francs.

Cet ensemble de changements pousse à l'optimisme ; un médecin, chef de service déclare : " *aujourd'hui, je n'ai plus d'inquiétude pour Thionville. Nous avons pratiquement le monopole du court séjour sauf en Chirurgie sur le bassin de santé thionvillois. Le seul problème c'est le recrutement médical, on a besoin de médecins et Thionville n'est pas une ville qui attire, Metz attire davantage. Le directeur actuel de l'hôpital œuvre dans le sens que je souhaite, c'est à dire dans le rapprochement avec l'environnement : avec Alpha Santé notamment, qui a cédé la Maternité à l'hôpital et gardé la Gériatrie. On va ainsi récupérer 100 lits de Gériatrie en court séjour, 150 lits de moyens séjours, ce qui fait un pôle de santé remarquable sur Thionville ".* A la direction on confirme : " *Nancy trouvera probablement un intérêt à mettre dans sa stratégie Metz. Pour l'instant je fais en sorte que le CHU trouve des complémentarités, des échanges de lits, des échanges de compétences, c'est le cas pour la Personne âgée... ".*

Une enquête [33]réalisée en 2000 auprès de l'ensemble du personnel du CHR, montre que cet optimisme n'est pas unanime. Parmi les 1236 agents des établissements de Thionville ayant répondu au questionnaire, 67% se sont déclarés inquiets pour l'avenir du CHR, 60% pour celui de Bel Air, 45% pour celui de Bon Secours.

[32] Lettre du 349 – 98 du 16/04/1998 " Mise en œuvre du programme de restructuration 1998, avec proposition de redéploiement des postes gelés ", Centre Hospitalier de Metz - Thionville ; Groupement des Hôpitaux de Thionville.

[33] Sources : " Enquête Projet Social CHR Metz-Thionville " RH. ORION Ressources Humaines, 2000.

II- 2) Les changements dans les services étudiés à Thionville

Oncologie à Bel-Air

Une injonction de l'OPRI a donné obligation de dissocier l'Hospitalisation fonctionnelle de la Curithérapie ; cela signifie que pour se mettre en conformité avec la législation, les malades qui doivent suivre une chimiothérapie seront pris en charge par l'Hôpital de Jour d'Oncologie au service 83. Seuls les patients ayant un traitement associé (Curithérapie-Chimiothérapie) peuvent être pris en charge par le service de Curithérapie. La mise en conformité s'est faite au 15 juillet 1999, par transfert des lits d'hospitalisation du service de Curithérapie dans le service d'Oncologie (3 lits d'Hôpital de Jour au 03 et 4 lits d'Hôpital de Jour au 83). Pour répondre à cette nouvelle organisation, dans le bâtiment Ad (voir plans du CHR en Annexes), il a été également prévu une équipe infirmière unique de 9 IDE : 4 du 03 (Curithérapie) et 5 du 83 (Hospitalisation traditionnelle), l'encadrement est assuré par le cadre infirmier du service Oncologie et les congés annuels programmés des agents ont été respectés.

Avant le changement, les horaires de travail étaient les suivants :
Curithérapie (hospitalisation) : une IDE de 6Hà14H du lundi au vendredi ;
une IDE de 12H à 20H du lundi au vendredi ;
une IDE de 19H45 à 6H15 selon les besoins (64 nuits réalisées en 1998).
Oncologie : une IDE de 6H à14H du lundi au dimanche ;
une IDE de 12H à 20H du lundi au dimanche ;
une IDE de 8H à 16H du lundi au vendredi.

Le CHSCT fait un état du fonctionnement au 16 novembre 1999 :

Sur 7 lits d'hospitalisation de jour, 6 sont localisés au service 83 et 1 au service 03 pour les patients justifiant d'une prise en charge conjointe Curithérapie-Chimiothérapie. Les chimiothérapies sont préparées au 83 et au 03.
Au service 83 : une IDE de 6H à 14H ;

une IDE de 14H à 20H ;
deux IDE de 8H à 16H.

Au service 03 : une IDE de 6H à 14H ;
une IDE de 14H à 20H ;

Si activité de Curithérapie, en consultation : une IDE de 8H à 16H ;
une IDE de 10H à 18H.

Les dysfonctionnements suivants ont été relevés : deux sites de préparation d'antimitotiques ; une amplitude d'hospitalisation de jour de 8H à 18H or de 16H à 18H, une seule IDE est présente (pour HC et HJ) ; le fonctionnement de nuit en Curithérapie, prévu 15 jours à l'avance, entraîne des modifications d'organisation des plannings.

Au vu de ces dysfonctionnements des propositions de changement ont été formulées. Elles concernent principalement les horaires de travail.

Au Service " 83 " :

du lundi au vendredi une IDE de 6H à 14H ;
une IDE de 12H à 20H ;

activité d'hospitalisation complète
une IDE de 8H à 16H ;
une IDE de 10H à 18H ;

activité d'hôpital de jour
une IDE de 8H à 16H

activité de préparation des antimitotiques pour le 03 et le 83
Le samedi et le dimanche une IDE de 6H à 14H ;
une IDE de 12H à 20H.

Au Service " 03 " :

L'activité de nuit de Curithérapie sera réaffectée à l'équipe de nuit à partir de janvier ou février (en fonction du temps de formation nécessaire). En décembre 1999, le Cadre Infirmier Supérieur de Nuit réalisera sur site une étude d'organisation, en ciblant la caractéristique des patients, la description de l'activité, le listage des tâches, la détermination du rôle IDE et AS et l'évaluation des besoins en formation.

Pour l'activité de jour, l'évaluation des besoins IDE et AS lorsqu'il n'y a pas de patients en Curithérapie s'avère nécessaire. Elle sera réalisée par le Cadre responsable de la gestion des effectifs. Cette étude prendra en compte la planification des tâches soignantes, les amplitudes de travail nécessaires, la coordination des organisations entre différents acteurs de soins. Une étude relevant des tâches administratives pourra être réalisée dans un second temps.

Lors de la phase trois de la recherche, il faudra élucider ce qui, dans ces propositions, relève des contraintes de l'organisation interne, des besoins des patients, de la spécialisation des infirmières, ou de la qualité de vie des infirmières.

Urgences à Bel-Air

La nécessité d'un accueil de qualité aux Urgences se faisait sentir depuis plusieurs années. Selon l'ARH, la nouvelle politique nationale a été saisie comme ne opportunité. " *Depuis quelques années, on voyait la charge de ces services augmenter ; il fallait essayer de voir à quelles conditions on pouvait labelliser un service d'urgences ; des décrets sont sortis et on nous a priés de faire un schéma des Urgences qui serait intégrer dans le SROSS. Nous sommes la deuxième région de France à avoir arrêté notre schéma, le premier étant l'Ile de France, depuis début 99. On a labellisé 6 SAU et 8 UPATU et laissé le libre champ à mettre en œuvre pour les champs de proximité. Le problème avec les labels, c'est que tous ceux qui n'avaient plus le terme " d'urgence " se sont sentis dépossédés avec l'idée qu'ils n'auraient pas de moyens* ".Un accueil administratif a donc été mis en place à partir du 1er février 2000.

Il a été précédé, en septembre 1999, de la fermeture du standard du SMUR, ce qui a entraîné le redéploiement des postes des permanencières et le transfert de l'accueil ambulance après 17H vers un autre secteur. Les cinq postes EQTP (6 agents) ont été redéployés comme suit : 1 agent parti en retraite, 3 affectés à l'accueil facturation des Urgences, 1 affecté au secrétariat de l'accueil Urgences, 1 affecté dans un secrétariat médical. Les permanencières ont suivi une formation à l'accueil-facturation, et au secrétariat médical.

Dans la mesure où elles coordonnaient les appels auprès des ambulanciers de 17H à 8H (horaires de fermeture du bureau de l'accueil ambulance), cette activité a été reprise par les agents du standard.

Le nouvel accueil administratif s'est accompagné d'une extension des horaires de travail du SAU. C'est en début d'année 2000 que les plages horaires sont passées de 9H-17H à 8H-22H.

Accueil administratif (depuis le 1er février 2000) :

accueil : 8H-22H, 7 jours sur 7

(postes de travail : 8H-16H/14H-22H)

facturation : 9H-17H, 5 jours sur 7

Secrétariats (depuis le 1er mai 2000) :

urgences : 8H-18H, 5 jours sur 7

10H-18H week-ends et jours fériés

(poste de travail : 8H-16H/8H-14H/14H-18H/

10H-18H/8H-12H/14H-18H)

SMUR : 9H-17H, 5 jours sur 7

Selon la section syndicale CFDT, le service accueil Urgences connaît de grosses difficultés de fonctionnement : avec un effectif de 0,25 postes supplémentaires (1 maladie à 100%), 1 poste cadre à 80% non intégré au roulement), le personnel qui couvrait une plage horaire de 9H à 17H doit maintenant assurer une présence jusqu'à 22H. L'effectif initialement prévu lors de la mise en place de ce service n'a pas été respecté. Le syndicat propose que tant que l'effectif sera aussi réduit, les agents reprennent l'horaire de 9H-17H afin d'éviter l'augmentation du nombre d'heures supplémentaires difficiles à écouler.

D'autre part, le syndicat estime que la période 20H-22H ne nécessite pas la présence d'un agent administratif compte tenu du flux peu important de patients, problème soulevé en CHSCT d'autant plus que ces heures correspondent à un travail de nuit assuré par du personnel administratif.

Les délégués syndicaux soulignent ainsi que l'ambiance se détériore de jour en jour, amputant largement sur la motivation première qui avait été la mise en place de ce nouveau service et que la réponse de la direction à ces deux problèmes devient urgente, également comme une forme de reconnaissance.

Une grève a donc été décidée sur ces bases revendicatives.

En mars 2000, la direction a pris la décision de ne pas modifier l'horaire de l'après-midi, à savoir 14H-22H. La décision de la Direction a été motivée par la prise en considération de deux éléments.

D'une part, l'activité de l'accueil administratif est loin d'être insignifiante sur la période 20H-22H. Il paraît de plus illogique d'envisager la disparition de l'accueil administratif aux heures évoquées, alors que tout le monde s'accorde à reconnaître la pénibilité du travail soignant aux Urgences et qu'il a été justement mis en place pour ne plus mettre à la charge du personnel soignant une tâche essentiellement administrative.

D'autre part, dans la tranche horaire 20H-22H, l'organisation du travail inclura également la facturation, travail nullement incompatible avec l'activité d'accueil.

Enfin, pour l'avenir immédiat, l'étude du fonctionnement des différentes composantes du SAU, qui va être prochainement initiée, sera aussi axée sur le fonctionnement de l'accueil administratif et de ses interactions avec la fonction IAO ; aussi n'est-il pas pertinent de modifier l'organisation et les horaires actuels dans ce contexte.

Pour essayer de résoudre ces différents problèmes (relations professionnelles, organisation, etc.), une mission d'appui composée de personnes extérieures au CHR avait été demandée. Elle a rendu son rapport en février 2000.

Celui-ci contient quelques considérations générales sur le fonctionnement et l'ambiance de travail qui seront évoquées en conclusion de la présente monographie. Pour ce qui concerne plus spécifiquement les Urgences, cette mission d'appui concluait en février 2000 : " Le conflit des urgences est le reflet de cette double problématique d'un établissement à double visage d'un établissement qui a besoin d'être reconnu. Il est également symbolique de la nécessité d'une plus grande transparence en interne et en externe ainsi que de la nécessité d'afficher la lisibilité des mesures prises et la participation des acteurs.

L'avenir de Thionville comme celui des urgences dépend autant des moyens qui lui sont attribués que de la capacité de cet établissement à trouver, en son sein, les acteurs capables de mettre à plat l'organisation actuelle et de proposer un projet nouveau "[34] .

III-) La présence des syndicats et les relations professionnelles

D'une manière générale les documents officiels et notamment le Bilan Social permettent de retracer l'évolution du climat social d'un établissement. Il s'agit certes d'une vision simplifiée car passée au filtre de la statistique mais des indications comme le nombre de jours de grève ou l'absentéisme sont éclairants de la qualité générale des relations de travail.

III-1) Le climat social

Répartition des journées de grève en 1998

Mot d'ordre de grève	**local**		**national**	
	CHR	Thionville	CHR	Thionville
Type de personnel				
Administratif	39	39	0	0
Soignant et Educatif	91	91	32	0
Technique	0	0	2	0
Médico-Technique	93	74	0	0
Total	***223***	***204***	***34***	***0***

Evolution du nombre de journées de grève dans l'année correspondant à un mot d'ordre national, pour les médecins, pharmaciens, odontologistes, biologistes

	1996	*1997*	*1998*
Metz	***5***	***400***	***9***
Thionville	***6***	***48***	***20***
CHR	***11***	***448***	***29***

[34] " Rapport de la Mission d'appui ", 19 février 2000, p.10.

Le nombre et le décalage entre Metz et Thionville sont importants. Plus loin dans ce rapport seront évoquées les circonstances de ces conflits locaux.

Nombre total de journées d'absence

CHR	***1996***	***1998***
Administratif	5 145,62	5 687,57
Soignant et Educatif	48 001,99	52 293,30
Technique	7 711,58	7 893,96
Médico-Technique	2 764,72	4 910,99
Total	***63 623,91***	***70 785,82***

Thionville	***1996***	***1998***
Administratif	*2 042,91*	*1 994,23*
Soignant et Educatif	*19 435,28*	*20 443,72*
Technique	*3 307,15*	*2 990,68*
Médico-Technique	*1 155,88*	*2 628,07*
Total	***25 941,22***	***28 056,70***

Répartition des journées d'absence par motifs en 1998 :

	CHR	Thionville	Moyenne nationale *(1997)*
Maladie ordinaire	46%	50%	46%
CLM,CLD, Maladie prof	21%	17%	23%
Maternité, Adoption, Grossesse patho.	25%	26%	22%
Accidents de Travail et Trajet	6%	4%	7%
Autres motifs			2%

Nombre de jours d'absence par agent :

	1997	*1998*
Administratif	11,7	13,8
Soignant et Educatif	19,5	20,9

Technique	20	20,3
Médico-Technique	17,4	17,5
Moyenne	***18,5***	***19,8***

Moyenne nationale en 1997 : 17,8 jours par agent. Soit un taux d'absentéisme de 9,12%

III- 2) La présence syndicale

Voici les résultats des élections les plus récentes, datant de 1999, pour le CHR de Metz-Thionville :

Elections au Comité Technique d'Etablissement

CHR	Voix	%	+/-
CFDT	**816**	**37,6%**	**-3,4%**
CFTC	**190**	**8,7%**	**-3,8%**
CGT	**1167**	**53,7%**	**+7,1%**
Thionville			
CFDT	**299**	**31,4%**	**+0,4%**
CFTC	**107**	**11,3%**	**-5,8%**
CGT	**545**	**57,3%**	**+5,4%**

Elections aux Commissions Paritaires Locales

CHR	Voix	%	+/-
CFDT	**717**	**34,6%**	**-6,2%**
CFTC	**192**	**9,3%**	**-3,2%**
CGT	**1101**	**53,1%**	**+6,4%**
FO	**63**	**3,0%**	**+3,0%**
Thionville			
CFDT	**260**	**29,3%**	**+0,5%**
CFTC	**104**	**11,7%**	**-4,3%**
CGT	**520**	**58,6%**	**+3,3%**
FO	**4**	**0,5%**	**+0,5%**

Elections aux Commissions Paritaires Départementales

CHR	Voix	%	+/-
CFDT	**717**	**34,6%**	**-5,0%**
CFTC	**188**	**9,1%**	**-1,7%**
CGT	**1066**	**51,4%**	**+9,4%**
F0	**56**	**2,7%**	**-0,7%**
Coordination	**45**	**2,2%**	**-1,9%**
Thionville			
CFDT	**261**	**29,4%**	**-1,0%**
CFTC	**104**	**11,7%**	**-1,9%**
CGT	**499**	**56,3%**	**+6,7%**
FO	**9**	**1,0%**	**-2,4%**
Coordination	**14**	**1,6%**	**-1,3%**

Quelle que soit l'instance, la CGT détient la majorité absolue et connaît une progression significative ; la CFDT qui représente un peu plus du tiers des voix tend à reculer sauf au CTE de Thionville. Contrairement à ce qu'on observe au niveau national, la CFTC en régression, reste devant FO. Par ailleurs la Coordination uniquement présente au niveau départemental, a une audience très limitée.

Sur les cinq dernières années, la CFDT a vu le nombre de ses adhérents augmenter, pour l'établissement de Thionville : 1996 = 60 adhérents ; 1997 = 69 ; 1998 = 88 ; 1999 = 99 ; 2000 = 106.

III-3) Un exemple d'action syndicale

(informations extraites de documents CFDT et d'articles de presse)

En 1998, l'action syndicale et la mobilisation du personnel ont permis un retournement de situation exceptionnel. Au début de l'année, le PMSI déclare le CHR de Metz-Thionville sur doté de 54 MF, ce qui entraînera inévitablement la suppression de plusieurs dizaines de postes. Après plusieurs mois de négociations et d'actions du personnel, l'ARH annonce finalement que le CHR est sous doté de 33 MF. Rappelons l'histoire.

En début d'année 1998, le PMSI estime le CHR de Metz-Thionville sur doté de 54 MF ; l'ARH, Agence Régionale de l'Hospitalisation, chargée de répartir les crédits entre les hôpitaux, décide alors de diminuer le budget de l'hôpital de 7,5 MF pour 98. La direction générale décide elle, de combler ce trou en supprimant 70 postes sur le CHR, dont 30 à Thionville pour y faire une économie de 2,8 MF, en fermant 3 services, et en remodelant plusieurs secteurs, la Maternité, la Chirurgie, la Pédiatrie en particulier, afin de les rentabiliser ; ce sont en fait 15 services en deux mois qui vont être restructurés, soit 200 personnes concernées. Il faut signaler que l'activité du CHR est en constante augmentation, 11% d'entrées en plus sur les cinq dernières années.

Pour cette raison et pour d'autres le personnel réagit vivement : il subit des restructurations depuis plusieurs années, la suppression de lits sans création d'activités nouvelles l'inquiète, ainsi que cette prochaine suppression de postes avec une charge de travail identique ; d'autre part, un projet d'établissement est prévu en 1999, réajustement de l'offre de soins à la population en fermant certaines unités et en créant de nouvelles activités, et le SROS lui-même, réajustement au niveau régional en jouant la complémentarité entre les hôpitaux, est également prévu pour 99 ; pourquoi ne pas attendre ?

La CFDT alerte les médias, les élus locaux, les membres du conseil d'administration du CHR, l'ARH, le ministère, les pouvoirs publics, préfet, sous-préfet. Elle sollicite aussi les autres syndicats, une intersyndicale est créée le 12 février.

Le 26 février une assemblée générale du personnel rassemble 200 personnes parmi lesquelles les médecins annoncent leur soutien à l'action ; le 27 février, ce sont 300 personnes qui accueillent le directeur général dans le hall de Bel-Air.

Le 27 février, la direction annonce la suspension du projet de restructuration de la maternité, le 2 mars, la directrice de l'ARH prend la décision de mettre en place une mission économique et financière sur le CHR et un comité de pilotage chargé d'évaluer le projet d'établissement qui vient à terme (93-98).

Durant le mois de mars, le personnel et les syndicats se mobilisent ardemment : nombreuses assemblées générales, sensibilisation de la population et recueil de 1500 signatures, puis la seconde fois, de 5000 signatures à la pétition de soutien, manifestation à Thionville qui réunit 800 personnes...Enfin le 2 avril, une journée de grève est organisée qui rassemble 589 grévistes et 50 médecins grévistes ; une délégation syndicats médecins est reçue au ministère qui entend les revendications.

Le 7 avril, le directeur général annonce officiellement : que les projets de restructuration de la Chirurgie et de la Maternité sont arrêtés tant qu'il n'y aura pas de propositions de projets

des médecins chefs de service (dans le cadre du projet d'établissement) ; que le projet de restructuration de la Pédiatrie est maintenu ; qu'il n'y aura pas de suppression de postes mais un gel de ceux-ci pour être recréés dans d'autres secteurs ; que les économies qui devaient être réalisées, 2,8 MF, ne le seront pas sur le personnel.

Les projets de restructurations présentés par la Direction au CHSCT le 24 avril et au CTE le 5 mai 1998, sont rejetés par les syndicats qui votent contre ou s'abstiennent. La CFDT demande : l'arrêt de la restructuration de la Pédiatrie tant qu'il n'y a pas de vrai avenir de ce secteur qui a déjà perdu 21 postes en 93 et 14 en 97 ; une réelle transparence entre les budgets de Metz et Thionville et des garanties sur l'avenir des hôpitaux de Thionville : équité entre les projets de Metz et Thionville avec garantie de leur financement et de leur mise en œuvre dans les délais prévus ; d'attendre le SROS et le nouveau projet d'établissement avant toute nouvelle restructuration ; un directeur du personnel et des services économiques à Thionville ainsi que le recrutement d'une infirmière générale.

Suite au Conseil d'Administration du mois de mai 98, l'ARH propose une aide conjoncturelle de 5 MF. En octobre 98, suite au Conseil d'Administration, on reconnaît finalement que le CHR est sous doté de 33 MF.

Ces événements ont ravivé la vieille rivalité ; "*à l'époque certains confrères ont également souhaité sortir du CHR, c'est-à-dire séparer Metz de Thionville*". Mais au bout du compte ont aussi renforcé la cohésion du CHR : *" aujourd'hui, je ne suis plus inquiet ; si Metz se développe, tant mieux pour eux ; à nous aussi Thionville, de trouver de nouvelles activités. Un dernier élément : il faut améliorer les liaisons routières entre les établissements hospitaliers ; la restructuration doit commencer par là parfois.*

De fait le CHR a bénéficié d'une augmentation substantielle de sa dotation globale : 2,5 % en 1998, 2,8 % en 1999 et 2,4 % en 2000.

IV - La participation des salariés

(les informations qui suivent sont issues du Bilan Social de 1998)

IV-1) l'information et la communication du personnel passe par divers canaux

Les réformes successives ont créé, mis en place ou renforcé le rôle de diverses instances participatives soit sous forme de participation directe soit sous forme de participation indirecte. Il est toujours difficile d'évaluer la réalité et l'effectivité de telles instances. Cependant la fréquence des réunions ainsi que le nombre d'instances effectivement en activité donne un aperçu de la vie participative au niveau d'un établissement. De ce point de vue il semble que la participation soit réelle et que la plupart des instances fonctionnent.

D'autre part, l'enquête réalisée par le cabinet RH. ORION Ressources Humaines, montre que si la qualité de l'information professionnelle est bien perçue par la majorité des agents, celle concernant les projets du CHR est plus diversement appréciée. Selon les Projets concernés, d'établissement, de Soins, Médical, Social, le pourcentage d'agents se disant " bien informés " varie de 12 à 23%.

IV.1.1/Réunions

Durant l'année 1998 plusieurs réunions ont eu lieu qui regroupent soit des catégories particulières (cadres, infirmières, etc.) soit des agents d'un service donné. Compte tenu de l'intense activité de restructurations, plusieurs réunions ont eu pour objet l'information du personnel sur les changements en cours.

La circulation de l'information se fait principalement par le canal hiérarchique au moyen des réunions mensuelles de cadres supérieurs. A l'issue de ces réunions, chaque cadre supérieur réunit l'ensemble des cadres directs de son secteur pour transmettre les informations reçues ; ces même informations seront transmises aux agents par leur cadre direct. Un représentant des cadres supérieurs logistiques et un représentant des cadres supérieurs administratifs, nommés collégialement, participent à ces réunions. Ce système de démultiplication doit permettre d'une part, une circulation rapide de l'information tant descendante qu'ascendante, d'autre part, de toucher l'ensemble du personnel.

Réunions mensuelles de cadres supérieurs : onze réunions de cadres supérieurs ont été organisées dans chacun des deux groupements ;

Réunions de cadres directs : la direction de chaque groupement a réuni l'ensemble de ses cadres directs une fois en 1998 ;

Réunions de service : une réunion trimestrielle est organisée dans chaque service pour aborder des thèmes tels que la formation continue, le projet de service, les congés annuels ; à cela s'ajoutent de nombreuses autres réunions à l'initiative de l'encadrement ;

Réunions dans le cadre des restructurations : des réunions d'information du personnel ont eu lieu dans chacun des services amenés à être restructurés ;

Enfin la Commission du Service de Soins Infirmiers s'est réunie trois fois en 1998.

IV.1.2/ Circulation de l'information écrite et des rencontres informelles

Trois grands vecteurs assurent l'information du personnel :

- le " Journal du CHR " distribué à l'ensemble du personnel, trois fois par an ;
- " Infhop " à Metz et " Contacts plus " à Thionville, journaux de proximité distribués à l'ensemble du personnel ;
- la " Lettre aux Cadres " est un condensé d'informations émanant des différentes directions ; elle est adressée mensuellement aux cadres et faisant fonction.

D'autres supports participant à l'information du personnel :

- les fiches d'information jointes au bulletin de paie ;
- les notes de service qui sont diffusées dans tous les services et qui font l'objet d'affichage ;
- le bulletin d'information du service documentation ;
- des journaux de service : " Gloriette " (résidence Saint Jean), " Lab'communication " (laboratoires de Thionville), le " Petit Van Gogh " (Centre d'Accueil thérapeutique à Temps Partiel de psychiatrie à Thionville)... ;
- le livret d'accueil du personnel.

A ces supports routiniers s'ajoutent des moments de rencontre plus spécifique ou irréguliers. Ainsi, depuis décembre 1997, une journée d'accueil des nouveaux arrivants a lieu trois fois par an. En 1998, l*e Forum des projets professionnels* a mobilisé environ 1 300 personnes ; il est organisé pour la cinquième année consécutive.

Parmi les opérations ponctuelles on peut citer les opérations *" portes ouvertes "* de service : inauguration de l'unité de soins intensifs de cardiologie (USIC) à Bon Secours et inauguration du secteur protégé du service d'hématologie clinique à Bon Secours ; ou encore la participation au congrès " Lormed " en mars 1998 au cours duquel a été présentée (au moyen d'affiches, vidéos, documents) la filière cardiologique de Bon Secours, etc.

IV- 2) le fonctionnement des instances représentatives : CHSCT et CME

Le CHR de Metz-Thionville compte deux Comités d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail, l'un au Groupement des Hôpitaux de Metz, l'autre au groupement des Hôpitaux de Thionville.

En 1996, 13 réunions du CHSCT ont eu lieu, dont 7 à Thionville ; en 1997, on en a compté 10, dont 6 à Thionville, en 1998, 10 également, dont 6 à Thionville.

Du point de vue du fonctionnement formel de ces instances, cela se passe normalement ; la troisième phase de la recherche permettra d'en savoir un peu plus en ce qui concerne le contenu. Mais d'ores et déjà, il apparaît que ces instances, et notamment le CTE, sont amenées à se prononcer sur des opérations de partenariat qui engage tout ou partie de l'hôpital. Ainsi une convention a été passée avec une association (de 1901 ?), " Alpha santé ", en juin 2000. Elle consiste en une forme de location, dans les locaux extérieurs au CHR et appartenant à l'association, d'un centre périnatal de proximité d'une superficie de 245 m². Cette convention fait suite à la fermeture du service de gynécologie obstétrique intervenue ne 31 décembre 1999. En ce sens il s'agit d'une conséquence (planifiée ou non, souhaitée ou non) des restructurations antérieures (Cf Supra).

C'est au cours de la même séance du CTE de juin 2000 qu'une convention avec l'hôpital militaire voisin a été signée qui vise à une utilisation conjointe et rationnelle, d'une part de l'héliport pour les évacuations sanitaires et, d'autre part, d'un caisson hyperbare.

V/ Conclusion générale

Les nombreux changements repérés et vécus par les acteurs concernent la plupart des activités centrales d'un hôpital public : les Personnes âgées, les Urgences, le secteur Mère-Enfant.

Les changements se sont opérés dans un contexte de rationalisation ; stagnation de l'emploi et accroissement de l'activité. Il faut cependant remarquer que ces changements engagent des investissements financiers parfois importants, facilités au-delà des crises, par la procédure de contractualisation. Depuis cinq ans en effet, l'élaboration de projets, la définition d'objectifs de transformation précis, ont permis au CHR de se restructurer à la fois en interne et en s'inscrivant dans le réseau médical local. L'accord passé avec une clinique privée en est le symbole actuel.

Bien que faisant suite à des décisions récentes, ces évolutions ne peuvent se comprendre qu'en référence à l'histoire longue du CHR. D'une part la fusion entre Metz et Thionville pourtant achevée en 1977, n'a pas empêché que l'identité reste fondée sur l'appartenance à l'un ou l'autre des établissements. A cette situation particulière, s'ajoute au niveau régional une configuration plus classique de concurrence complémentarité avec le pôle de Nancy.

Dans ce paysage, la place donnée à la participation des agents, aux processus de changement, ne correspond pas seulement à un besoin de démocratie. C'est une des conditions de l'efficacité. De ce point de vue, une tension se fait jour entre une information qui privilégie les canaux hiérarchiques et le besoin des agents d'échanger sur la nature et les raisons des changements. Le coup de projecteur mis par notre recherche sur le service Oncologie, réorganisé récemment, le montre clairement ; des aides soignantes déclarent *" On ne nous a pas dit comment ça allait se passer, ni pourquoi, ça a été imposé. On nous a dit : Vous devez faire cela et cela. Voilà....Nous on l'a trouvée la solution pour que ça marche mieux mais même si on la disait, on nous écoute pas... nous on subit...* ".

Ces frustrations sont d'autant plus importantes que les lieux de la négociation favorisent les échanges sur les moyens à mettre en œuvre en évitant les débats sur les objectifs de performance à poursuivre. Les interviews montrent que les difficultés sont souvent liées à la manière dont sont hiérarchisées les priorités, selon les catégories : direction, médecins, infirmières, aides-soignantes ; apparaît alors une contradiction entre la prise en charge des malades et les impératifs de la logistique : " *un monsieur qui a besoin de parler, on n'a pas le temps maintenant avec cette nouvelle organisation du service... La qualité s'est dégradée... Il arrive qu'en prenant une toilette à 8h30, à 9h30, la personne n'est toujours pas lavée parce*

qu'on a été dérangées maintes fois...Elle reste une heure avec sa bassine, l'eau est devenue froide... C'est lamentable de laisser quelqu'un comme ça. La direction, elle, ne voit pas tout ça. Ils ne savent pas ".

Il apparaît que le besoin de participation directe est exprimé d'autant plus fortement que de nombreuses instances formelles et informelles sont sollicitées et mobilisées pour accompagner les changements.

Dans les mois qui viennent, les négociations sur les 35 heures vont s'ouvrir. Elles seront l'occasion de vérifier que la combinaison entre les différentes formes de participation, peut aboutir à une organisation du travail qui respecte la pluralité des attentes et des critères d'efficacité.

FPS CISL Italia
APOTEMA Srl Milano
CFDT SANTE SOCIAUX France
CNRS LEST Aix-en-Provence

COMMISSION EUROPEENNE – DG XII

PROJET

“ REDUCTION DU TEMPS DE TRAVAIL, PERFORMANCE DE L’ HOPITAL ET PARTICIPATION DES SALARIES ”

ETUDE DE CAS

Azienda ospedaliera Careggi -Firenze

(Stefano Neri)

Décembre 2000

Sommaire

1. L'Etablissement Careggi …….. pag. 3

2. Le processus de transformation en entreprise…… pag. 7

2.1 La réorganisation …….. pag. 8

2.2 La recherche de la qualité……. pag. 18

2.3 Quelques éléments quantitatifs ……. pag. 20

3. Les syndicats et le changement ……. pag. 25

4. Le temps de travail et la participation des salariés…… pag. 31

4.1 Le temps de travail…… pag. 31

4.2 La participation …….. pag. 34

5. Eléments sur les services interrogés par questionnaires …….. pag. 37

Annexes …… pag 40

1. L'Etablissement Careggi

L'Etablissement hospitalier "Careggi" est constitué par l'Hôpital Careggi et le Centre Traumatologique et Orthopédique (CTO), une structure spécialisée qui remonte au début des années 60. C'est un des grands centres hospitaliers italiens et le principal en Toscane[35], ce qui lui a valu de se qualifier, y compris au plan normatif, comme un centre national et hautement spécialisé. Il dessert un bassin très vaste représenté par les Unités Sanitaires Locales (USL) n.10 (Florence), n.3 (Pistoia)[36], n. 4 (Prato) et n. 11 (Empoli), c'est à dire les provinces de Florence , Pistoia, Prato et une partie de la province de Pise, pour un ensemble de plus de 1.500.000 habitants. En outre, l'établissement doit assurer " des services de soins spécialisés à l'échelon régional et national", ce qui comporte a) l'hospitalisation; b) des soins spécialisés ambulatoires; c) des services d'urgences " (art.10, l.r. 8/2000). L'établissement dessert donc également un bassin secondaire comprenant toute la Toscane (plus de 3.500.000 habitants) pour laquelle il constitue une véritable référence en matière deprestations très sophistiquées , tant du point de vue professionnel que technologique.

L'hôpital Careggi a toujours attaché une grande importance aux activités hautement spécialisées, lesquelles ont reçu une forte impulsion avec la transformation en entreprise en 1994, compte tenu aussi de l'orientation "institutionnelle" prise par le centre hospitalier à ce moment—là, ce qui l'amène à fournir des prestations très complexes. Les "centres de référence régionale " (et inter-régionale, comme on a pu le constater) sont actuellement au nombre de 26[37], et exigent une participation ordinaire et constante de 36 des 122 unités opérationnelles que l'établissement compte au total et qui dispensent des soins. Parmi les spécialisations, il convient de citer, en plus de l'orthopédie dans le cadre du CTO, l'hématologie, la cardiologie et l'immunologie.Careggi est en effet la structure qui fournit le plus d'organes à greffer, se plaçant de ce point de vue tout en fait en tête au plan national.

[35] Les autres établuissements hospitaliers de Toscane sont l'hôpital pédiatrique Meyer, à Florence, celui de Pise et celui de Siene.

[36] Jusqu'en 1997, les textes de la planification de l'établissement n'incluent pas la région de Pistoia dans le bassin principal; l'entrée de l'Usl n.3 dans le territoire principal de référence n'est autre que la reconnaissance de l'affluence massive des habitants de la province de Pistoia à l'Hôpital Careggi.

[37] Ce chiffre comprend aussi le Centre d'Etudes et de Prévention Oncologique (C.S.P.O.), faisant actuellement partie de l'établissement mais qui devrait retrouver une pleine autonomie dans les prochaines années.

Tableau 1 – Répartition des recettes en 1998 (en millions de lires)

Description des recettes		%
Subventions en compte d'exploitation	57.074	10,5%
Produits et recettes divers	459.770	84,5%
Autres recettes	26.929	5,0%
Total des recettes	543.773	100,0%

Source: Piano Attuativo Ospedaliero (P.A.O.) 1998 (Plan de réalisation de l'hôpital)

Tableau 2- Répartition des coûts en 1998(en millions de lires)

Postes de dépenses[38]		*%*
Personnel	321.204	57,8%
Achats et exploitation	129.212	23,2%
Entretien et réparations	3.241	0,6%
Frais généraux et prestations de services	73.608	13,3%
Impôts et charges financières	28.184	5,1%
Total	555.449	100,0%

Source: P.A.O. 1998

Les Tableaux 1 et 2 fournissent quelques données concernant les recettes et les dépenses estimées en 1998[39]. Le déficit d'exploitation devrait dépasser 11 milliards de lires . Environ 85% des rentrées proviennent du poste "Produits et recettes divers", lequel correspond essentiellement aux prestations facturées . La contribution de l'Etat et de la Région (fonds indistincts ou versés pour des projets finalisés) s'élève à un dixième du total des recettes. Parmi les dépenses, la plus importante – comment on pouvait s'y attendre – concerne le personnel (plus de 320 milliards de lires, environ 58%), et les achats de biens et de matériels (un peu moins de 130 milliards de lires, presque 25% de toutes les dépenses).

[38] Quelques postes de dépense ont été regroupés de la façon suivante: frais généraux et pour prestations de services = coûts pour des prestations assurées par d'autres établissements sanitaires, autres coûts pour prestations de service public, coûts pour prestations de service privé, autres coûts d'exploitation, autres coûts de production, coûts capitalisés; Impôts et charges financières = recettes et charges financières, recettes et charges extraordinaires, impôts et taxes.

[39] Les données de bilan, de même que le nombre d'hospitalisations, les prestations ambulatoires et la disponibilité de lits, concernent toutes 1998, dernière année actuellement disponible et sont des estimations tirées du PAO 1998. Elles ont été calculées en décembre 1998, alors qu'on connaissait effectivement l'évolution d'une grande partie de l'année. On peut donc penser qu'elles présentent un bon niveau de fiabilité.

En 1998, il y a eu 76.936 admissions, dont 63.340 (82% du total), de patients provenant des Usl du bassin principal, ou encore bassin propre; 5659 (plus de 7%) relèvent du reste de la Toscane et 6178 concernent des patients provenant d'autres régions italiennes[40]. La plupart des patients extra-régionaux viennent du Sud de l'Italie (notamment Sicile et Campanie). Les patients non résidents dans le bassin principal viennent à Careggi pour des prestations spécialisées pour lesquelles l'établissement est la référence régionale, mais aussi- et surtout- pour des prestations de base pour lesquelles ils devraient s'adresser à d'autres structures. Ceci s'explique certainement par le fait que cet établissement remplace les Usl toscanes pour certains services qu'elles ne parviennent pas à assurer, par exemple en traumatologie, obstétrique, oto-rhino-laryngologie, mais cela témoigne aussi de la reconnaissance généralisée de la qualité des prestations du complexe hospitalier florentin. En plus, sur 2.408.326 prestations ambulatoires, 2.140.554 (environ 89% du total) sont dispensées à des usagers du bassin propre (et parmi celles-ci, plus de 90% relèvent de l'Usl de Florence); La part des actes ambulatoires en faveur de résidents du reste de la Toscane et de l'Italie dépasse 10%, ce qui n'est pas négligeable.

Fin 1998, l'établissement dispose de 1950 lits (hospitalisation, soins ambulatoires et hôpital de jour), le taux d'occupation étant de 82%. Comme l'indique le Tableau 3, le personnel en service en 1999 s'élève à 5378 unités, dont 5328 titulaires, 43 vacataires (dont 35 infirmiers/ères) et 7 remplaçants. Le nombre des personnels et la composition des effectifs n'ont pas changé depuis quelques années.La tendance vers la haute spécialisation a entraîné une réduction du personnel de base, compensée par la progression des soins intensifs et post-intensifs, des actes diagnostiques et chirugicaux.

Tableau 3 – Personnel en service au 30/11/99

Qualification /profil[41]	*En service*	*%*
Médecins	737	13,7%
Autres diplômés de la santé	87	1,6%
Personnel infirmier	2534	47,1%
Techniciens médicaux et personnel de rééducation	425	7,9%
Personnel technique	395	7,3%
Aides-soignants spécialisés	462	8,6%
OTA	306	5,7%

[40] Pour être plus complet, il faut ajouter à ces chiffres 1758 admissions d'étrangers "non payants" et un cas classé "non compris" dans le Service Sanitaire National.

[41] La catégorie "Personnel technique" comprend les profils suivants:"Personnel technique cat. C", "Agents techniciens", "Agents techniciens spécialisés" et "Rôle technique et professionnel".

Personnel administratif	438	8,1%
Total	5378	100,0%

Source: Etablissement hospitalier Careggi

Les médecins constituent un peu plus de 13% du total du personnel, tandis ques les infirmiers/ères dépassent 47%. Les aides-soignants représentent environ 9%, le personnel technique et les techniciens médicaux et de rééducation entre 7% et 8% du total. Le rapport médecins/infirmiers/ères est de 0,29, c'est à dire de 1 à 3; il est de 8,3 entre les infirmiers/ères et les OTA, c'est à dire plus de 8 infirmiers/ères par OTA. Le rapport aides-soignant(e)s/OTA est d' 1,5.

Careggi est une entreprise "mixte", c'est à dire qu'il accueille la Faculté de Médecine de l'Université de Florence et des Cliniques Médicales universitaires. Le rôle de l'université au sein de l'établissement a toujours été très important et a favorisé le développement de toute une activité pédagogique, de recherche et de formation, avec la constitution d'unités de soin de haut niveau comme celle qui est spécialisée dans la prise en charge d'infarctus. Les rapports entre l'établissement et l'université sont régis par une convention de 1989 qui, depuis des années, attend d'être reconduite. En principe, les structures du Service Sanitaire National prennent en charge l'assistance médicale, tandis que la recherche et l'enseignement sont, bien sûr, du ressort de l'université. Cette distinction très nette dans l'ancienne convention, l'est moins dans la pratique et elle est même atténuée par des accords spécifiques qui attribuent également à l'université des prestations relevant de l'assistance.

Dans la plupart des unités de Careggi, des médecins salariés par celui-ci (le Service de Santé National) travaillent avec des confrères universitaires qui représentent environ 28% du total et 68% des cadres de deuxième échelon. Presque les deux tiers des unités opérationnelles sont dirigées par un universitaire et dans chaque Fonction, on a deux coordonnateurs, un universitaire et un hospitalier.

L'Université détient un grand pouvoir sur bon nombre de décisions importantes concernant l'établissement: les restructurations organisationnelles et les interventions immobilières sont généralement mises en œuvre à travers des protocoles d'entente ou des formes de programmation et des décisions négociées avec l'université. L'exemple le plus significatif est le choix du Directeur Général, nommé par la Région mais avec l'accord du Recteur de

l'Université. Il ne s'agit pas d'une simple formalité, comme on l'a vu avec les événements récents et, fin août, la nomination du nouveau Directeur Général qui a été refusée par l'université, au point qu'un commissaire de tutelle a été mis en place jusqu'à la fin décembre.

2. Le processus de transformation en entreprise

Ces dernières années, l'établissement Careggi a connu de profondes mutations, en particulier avec la transformation des anciennes Unités Sanitaires Locales (les USL créées par la réforme de 1978) en Entreprises de la Santé (Aziende Sanitarie Locali, ASL)) et, dans notre cas, Hospitalières. Du point de vue normatif, la réforme a été décidée au plan national par les décrets de loi 502/92 et 517/93 et, pour la Toscane, par la loi régionale 49/1994, maintenant remplacée par la 8/2000, et par les principaux textes de programmation régionale, à savoir le Piano Sanitario Regionale (Plan Sanitaire Régional, PSR) 1996-1998 et 1999-2001.

La réforme a pour objectif de réduire les carences et dysfonctionnements évidents des structures sanitaires et faire face à leurs lourds déficits, ceci dans le cadre d'une grave crise des finances publiques, avec l'Etat et les institutions régionales qui refusent maintenant de prendre tout cela en charge.[42] Avec l'introduction d'entreprises dotées d'une personnalité juridique publique et d'une large autonomie de gestion, organisationnelle et comptable, la réforme veut promouvoir l'adoption de critères d'efficacité et de rentabilité économique dans la gestion des services médicaux et hospitaliers. Ces entreprises doivent progressivement devenir (presque) auto-suffisantes au plan financier et économique, sans que cela ne nuise à la qualité des prestations qui, elles, doivent s'améliorer. De nouveaux modules d'organisation et de direction inspirés par le système "privé" et "managérial" et des formes plus "rationnelles" d'attribution et de répartition des ressources et d'affectation des subventions de l'Etat et des Régions visent à favoriser la suppression des gaspillages, à réduire les dépenses et à restructurer les services, dans un but à la fois d'efficacité et de qualité.

L'entreprise Careggi naît donc en 1994, avec la sortie du centre Careggi et du CTO de l'ex-Usl n.10/D dont ils faisaient partie depuis 1979. La création de cette entreprise met fin à une longue

[42] Les anciennes Usl bénéficiaient de ce que l'on appelait le "ripiano" (sorte de compensation) de l'Etat qui "épongeait" ainsi les déficits financiers qu'elles avaient accumulés en cours d'exercice.La "garantie " de cette intervention de l'Etat avait entraîné une déresponsabilisation des administrateurs de la santé et une hausse incontrôlée des dépenses.

période d'instabilité marquée par une succession de directeurs, administrateurs et commissaires de tutelle. Le Directeur Général qui a pris ses fonctions en 1994 est resté en place jusqu'à la fin août 2000. Pendant presque six ans, une administration stable et sa direction ont donc présidé et gouverné le processus de constitution de l'entreprise et le choix de la haute spécialisation.

Avec cette nouvelle logique d'entreprise, un vaste programme de renouvellement et de réorganisation a été mis en place pour réduire les dépenses, introduire des modalités plus performantes et tendanciellement optimales d'utilisation des ressources (techniques, humaines, financières) et atteindre certains objectifs de qualité. Nous nous arrêterons sur certains des aspects majeurs de ce programme et nous décrirons la réorganisation interne et les projets de recherche de qualité et d'excellence. Ensuite, nous présenterons une série de données quantitatives qui permettent de comprendre l'orientation et les résultats du changement.

2.1 La réorganisation

Une redéfinition des structures internes et des processus décisionnels ainsi que des rapports entre bureaux et unités opérationnelles est incontournable si l'on entend mettre en œuvre une gestion efficace et attentive aux coûts et aux résultats.Cette exigence apparaissait d'autant plus forte que l'on constatait un certain décalage entre les diverses structures et les unités opérationnelles. Dans bien des cas, ces dernières agissaient sur la base de logiques qui leur étaient propres, sans tenir compte de l'appartenance commune à une organisation plus vaste. A cela s'ajoutait une atomisation considérable des compétences, lesquelles n'étaient d'ailleurs pas bien comprises. Tout cela entraînait un manque de contrôle sur tout le processus, ses coûts et ses résultats, ainsi que la généralisation de comportements irresponsables et individualistes.

On a donc amorcé cette réorganisation dans l'intention d'accroître l'intégration entre les services en promouvant l'adoption de comportements transparents et homogènes et en ramenant les différentes structures sous la coordination et le contrôle de la Direction. Dans une logique rigoureusement managériale, la redéfinition des rapports internes des services a comporté un travail de définition claire et précise des bureaux, fonctions et responsables chargés de poursuivre les objectifs établis avec un budget donné. Pour décrire ce vaste processus – encore bien loin de sa conclusion -, nous distinguerons les bureaux administratifs et

de support des soins de santé, les services hospitaliers et la direction de l'entreprise [43]. Nous aborderons ensuite la question des activités externalisées.

LES STRUCTURES ADMINISTRATIVES

Avec la Direction de l'entreprise et son équipe, les services administratifs constituent le Centre Technique et de Direction . Les bureaux sont regroupés en deux secteurs:

a) Le secteur administratif, qui englobe les unités opérationnelles Affaires générales et légales, Gestions Economiques et Financières, Gestion du Personnel, Achats de biens et Services, Gestion Magasins et Economat, pour un total de plus de 400 personnes;
b) Le secteur technique, qui englobe les unités opérationnelles Entretien des bâtiments, Nouvelles réalisations, Technologies sanitaires, pour un total d'une centaine de personnes, dont la plupart travaille à l'Entretien des bâtiments.

La réforme des services administratifs a suivi les grandes lignes de la réforme de l'administration publique italienne lancée à partir de 1990. En vertu du nouveau règlement, on a redéfini les bureaux et leurs responsables, en regroupant parfois des unités. Ensuite, aux termes du décret de loi 29/93, on a affecté les pouvoirs et l'exercice de ces derniers aux cadres administratifs. La responsabilisation des cadres des divers échelons vise à alléger les processus de prise de décisions afin de les accélérer et de mieux répondre aux exigences de l'activité quotidienne; les dirigeants des niveaux intermédiaire et inférieur doivent prendre les décisions à caractère "ordinaire" tandis que les décisions stratégiques sont du ressort de la Direction de l'Entreprise. D'après certaines personnes interrogées, ce processus a été moins décisif qu'ailleurs, et en fait, la Direction est encore sollicitée dans des cas qui ne le justifient pas formellement. Cette tendance serait le résultat d'une convergence entre la volonté de la Direction de continuer à contrôler les processus décisionnels et une certaine réticence des cadres intermédiaires à prendre leurs responsabilités.

Les interventions mises en œuvre au niveau de certains services de base, notamment les magasins dont la gestion présentait de nombreuses carences et dysfonctionnements, semblent plus profondes. Les demandes de réassort restaient souvent sans réponse ou étaient satisfaites avec beaucoup de retard, y compris quand il s'agissait d'urgences; cela était dû aussi à l'absence d'un système approprié de relevé et de contrôle des demandes non traitées. Le personnel de tout l'hôpital avait donc pris l'habitude de se servir directement dans les dépôts,

[43] Voir également l'organigramme de l'entreprise en annexe.

provoquant un grand désordre, qui entravait tout contrôle sur la distribution des marchandises. Par ailleurs, les procédures des achats à l'extérieur étaient souvent, elles aussi, longues et compliquées.

Pour essayer de résoudre ces problèmes, une Unité Opérationnelle Gestion Magasins et Economat, avec plus de 250 personnes qui travaillent en étroite collaboration avec les Achats Biens et Services, a été mise en place. Elle est donc chargée de la gestion des stocks et d'autres services comme le parc automobile et le courrier. L'organisation interne des magasins a également été unifiée, et on est passé de quatre à deux secteurs: "Réception des marchandises en transit" et "Distribution", seul secteur à être en contact avec les usagers internes. La comptabilité a été informatisée, ainsi que la gestion des marchandises; au début, ces nouvelles procédures ont posé des problèmes, entre autre parce que le personnel n'était pas préparé à les appliquer, mais avec le temps, elles ont permis de mieux contrôler la distribution des marchandises et le fonctionnement des magasins. Autre point important, l'adoption d'un système permettant de relever les urgences et de les "filtrer" comme étant de "vraies urgences", à traiter au plus vite. Un projet d'amélioration des procédures de fonctionnement est en cours et un spécialiste externe d' organisation prépare un manuel qui les contiendra toutes.

LA DIRECTION DE L'ENTREPRISE

Située avec les bureaux administratifs à Villa Medicea, la Direction de l'Entreprise a été réorganisée : l'équipe a été amplifiée et remaniée et fait fonction d'interface auprès des cadres intermédiaires, tout en travaillant en étroite collaboration avec les bureaux administratifs pour assister la Direction dans les décisions "stratégiques" et l'introduction des principales innovations. Ce staff est également chargé de coordonner les projets et les interventions spécifiques concernant transversalement tous les services, parmi lesquels ceux qui s'occupent de la qualité et de la mise aux normes de sécurité.

Dans son ensemble, le staff est composé de six Unités Opérationnelles, avec une centaine de personnes employées: Programmation et Contrôle de Gestion, Relevé Activités et Recettes – la plus grande avec une trentaine de personnes[44] -, Gestion Infrastructure de Technologie Informatique, Prévention et Protection contre les Risques, Procédures Informatiques, Communication Interne et Relations avec le Public (l'URP). Et puis quelques fonctions individuelles sont confiées à temps partiel à des responsables d'unités opérationnelles ou à des

collaborateurs externes. Il s'agit des "Fonctions Opérationnelles" Développement de la Qualité, Politiques du Personnel et Formation Permanente, Relations Publiques et Bureau de Presse, Rapports avec l'Université.

Parmi les principales innovations développées par les bureaux de la Direction, signalons l'introduction de la comptabilité analytique (1998), le contrôle de gestion et l'informatisation généralisée du Centre Technique et de Direction et des services administratifs.

La réforme des entreprises toscanes présentait un trait particulier: il fallait reconstruire presque complètement la Direction Sanitaire qui avait été supprimée par la loi régionale antérieure à 1992. Au moment de la naissance de l'Entreprise, il n'y avait qu'une petite unité qui s'occupait de l'hygiène et de l'organisation des services hospitaliers. Le Directeur Sanitaire, un praticien, est responsable , avec la Direction Générale, du "parcours de l'assistance", notamment de ce qui relève de: 1. La coordination globale des services dans le cadre des dispositions contenues dans les accords d'entreprise; 2. De la mise en œuvre des protocoles diagnostico-thérapeutiques et de rééducation" (art.4, al. 3, Loi régionale 8/2000). Il est assisté par une petite équipe et par quatre autres médecins dont dépendent toutes les activités et les services médicaux réunis en quatre groupes: Médecine, Chirurgie, Services (laboratoires, radiologie), Hygiène et Organisation.

Au cours de toutes ces années, la Direction Sanitaire a dû revendiquer et conquérir avec force son rôle de direction, de coordination et de contrôle des services et activités médicaux, face aux résistances prévisibles des responsables des unités opérationnelles – les chefs de cliniques -, habitués à une grande autonomie et à travailler sans tenir compte des exigences plus générales de l'organisation. Les personnes interrogées ont déclaré que cette action a réussi et, aujourd'hui, la Direction Sanitaire peut se consacrer surtout aux programmes de développement des services. En même temps, de nombreux efforts ont été déployés pour la formation des responsables des unités fonctionnelles et des unités opérationnelles, plus particulièrement en ce qui concerne les nouvelles techniques de programmation, de gestion et de contrôle des structures sanitaires.

Pour terminer, il faut encore souligner que l'entreprise s'est particulièrement penchée sur l'amélioration des relations avec le public. Ceci est prévu par les réglementations portant sur

[44] Auxquelles il faudrait ajouter environ soixante-dix administratifs répartis dans les services médicaux.

participation des usagers aux processus administratifs et sur leur droit à l'accès à la documentation les concernant, mais c'est également conforté par la création et l'activité de l'Unité Opérationnelle Communication Interne et Relations avec le Public, encore appelée le Bureau Relations avec le Public (URP) qui comprend un responsable et quatre collaborateurs et qui, situé à l'entrée de l'établissement, a commencé à fonctionner en 1998. L'URP est un interlocuteur pour les usagers : il leur fournit les informations utiles relatives aux services qui leur sont proposés et à leurs caractéristiques et il recueille également leurs réclamations et leurs suggestions de façon à les faire remonter aux services concernés à l'occasion de rencontres organisées spécialement avec les responsables d'unités opérationnelles et la Direction. En 1998-1999, l'URP a rédigé la Charte des Services de Careggi, un travail qui a largement impliqué une partie du personnel et qui a comporté des moments de réflexion sur le respect des normes établies pour les services et des débats en vue de leur éventuelle révision. En outre, l'URP effectue régulièrement des enquêtes de satisfaction de la clientèle dont les résultats sont publiés dans "L'Info", le bulletin mensuel de l'entreprise.

LES SERVICES SANITAIRES

Le remaniement organisationnel des services médicaux a été assez long car il a fallu travailler en commun accord avec l'université et en tenant compte de ses programmes, comme on peut le constater dans la documentation de l'entreprise: "(…) la réorganisation de l'entreprise ne peut donc pas faire abstraction d'une définition du protocole d'entente Région/Université et des accords d'entreprises qui en découlent, ni même d'une connaissance des programmes que la faculté de médecine entend réaliser dans les trois années à cause des inévitables retombées sur l'organisation de l'entreprise"[45]. Le processus de réorganisation des services médicaux a donc démarré en retard, entre 1996 et 1997.

Il s'est réalisé essentiellement selon deux modalités: des remaniements structurels d'une part et la création d'unités fonctionnelles d'autre part. Les interventions sur les bâtiments ont été – et sont toujours – très importantes; dans bien des cas, elles remédient à la détérioration de nombreuses salles et édifices, mais elles procèdent aussi à la mise aux normes de sécurité, ce qui a comporté , entre autre, un investissement extraordinaire supérieur à 10 milliards de lires entre 1996 et 1998 rien que pour les interventions urgentes, et un emprunt de 15 milliards de lires en 1998 pour la poursuite des travaux; ces dépenses supplémentaires devant assurer la continuité des prestations malgré certains locaux inutilisables. C'est l'occasion de regrouper

des unités et des services, dans une logique d'amélioration des prestations ou d'utilisation et d'allocation plus performantes des ressources et équipements. Parmi les nombreuses initiatives, rappelons la réalisation d'un nouveau plateau de services, comprenant des laboratoires en grand nombre, des cabinets de consultation et des salles d'examens; la réorganisation du CTO, notamment la construction de quatre nouvelles salles d'opération qui ont permis au service de mieux assurer son activité chirurgicale et orthopédique et de mettre aux normes les salles préexistantes; la restructuration du Pavillon San Luca où a été transférée la pneumologie; la réorganisation des pavillons de la maternité et d'ophtalmologie, menée à bien en collaboration avec l'université.

La réorganisation des services médicaux repose essentiellement sur l'institution des unités fonctionnelles en 1997, lesquelles constituent les grandes articulations de l'organisation, situées dans la hiérarchie juste en dessous de la Direction (Sanitaire) et qui regroupent les unités opérationnelles. Il y a actuellement 13 unités fonctionnelles, plus le Centre Sanitaire de Prévention Oncologique (C.S.P.O) inclus provisoirement dans l'entreprise.[46]. Comme on l'a déjà dit, pour des raisons d' "équilibre politique", chaque unité fonctionnelle est dirigée par deux responsables, un praticien hospitalier et un autre universitaire, choisis parmi les chefs de cliniques des services appartenant à la Fonction en question.

Les unités fonctionnelles englobent des unités opérationnelles "homogènes au plan professionnel", selon la définition de la loi régionale 1 de 1995; les regroupements ont été faits sur la base des affinités fonctionnelles, donnant ainsi , par exemple, une unité fonctionnelle "Activités de laboratoire" ou "Chirurgie Générale et Chirurgies Spécialisées", ou bien, sur la base de l'organe du corps concerné, par exemple "Cardiologie" ou "Neurologie, Psychiatrie et Neurochirurgie". La taille de ces regroupements peut varier, de plus de 600 personnes employées et plus de 400 lits pour la Chirurgie Générale à un effectif inférieur à 100 unités pour une trentaine de lits en Odontostomatologie[47]. Le nombre des unités formant les Fonctions varie lui aussi beaucoup: 17 en Chirurgie Générale à 4 en Obstétrique ou en Anesthésie et Réanimation[48].

C'est par la création de ces unités fonctionnelles que l'on essaie d'atteindre les objectifs d'efficacité et de bon fonctionnement, par le biais d'une gestion intégrée et visant à obtenir des

---

[45] *Etablissement hospitalier Careggi,* Piano Attuativo Ospedaliero 1996-1998, juillet 1996 (P.A.O.)

[46] Il faut ajouter le Secteur Administratif et le Secteur Technique des services administratifs.

[47] Il y a aussi le cas particulier des Activités Sanitaires Communes d'Organisation et de Base (pharmacies, médecine légale, etc.), dont les effectifs sont inférieurs à 50 unités.

[48] La liste complète des Fonctions et des services hospitaliers qu'elles englobent est joint en annexe..

objectifs communs aux unités opérationnelles réunies sur la base d'affinités cliniques. Effectivement, le regroupement des unités en unités fonctionnelles devait assurer une planification et un emploi plus "rationnels" et tendanciellement optimal du personnel, des structures, des équipements et des fonds disponibles. Les ressources peuvent être utilisées plus souplement au sein de l'unité fonctionnelle: en théorie du moins, le personnel peut être déplacé plus facilement d'un service à une autre en cas de besoin, et, dans une certaine mesure, il en est de même pour les équipements qui peuvent servir à plusieurs services en évitant les sous-utilisations ou les doubles emplois et d'inutiles distinctions. Les structures aussi, les lits, les cabinets de consultation peuvent être utilisés de façon plus rationnelle et équilibrée. Les unités fonctionnelles devraient permettre d'exploiter des synergies et la mise en commun de ressources humaines et de moyens devrait permettre de dégager des économies.

Les unités fonctionnelles facilitent la construction de parcours d'assistance interdisciplinaires et la réalisation d'interventions unitaires dans des spécialisations différentes pour obtenir de bons résultats en termes de qualité et d'efficacité thérapeutique. La possibilité (même limitée) de déplacer le personnel d'une unité à l'autre favorise aussi les échanges et la transmission des connaissances et des "pratiques d'excellence" en facilitant la diffusion des innovations et en déclenchant des phénomènes d'imitation.

Au moins au plan formel, les unités fonctionnelles sont un repère fondamental pour la Direction de l'entreprise qui attribue les objectifs et fixe les budgets. Les unités fonctionnelles reçoivent donc les objectifs et les budgets à l'issue d'un processus de négociation entre la Direction et les responsables des unités fonctionnelles. C'est à ces derniers que revient ensuite la mission d'élaborer un programme avec les chefs de cliniques pour atteindre les objectifs fixés. On examine alors la répartition des moyens disponibles, du matériel et des ressources humaines entre les diverses unités et on planifie leur utilisation afin d'atteindre les objectifs établis.

Il peut alors être utile de réunir plusieurs services auparavant séparés, de modifier les affectations de matériel et d'équipements, de revoir la répartition des personnels entre les divers services ou encore l'articulation de leur temps de travail. Si les modifications concernent le personnel infirmier et technique, il faut les aborder avec le Service de Coordination du Personnel Infirmier et le Service de Coordination du Personnel Technique[49], et ceci demande une petite explication.

[49] Dans l'organisation de l'entreprise, ces Services sont eux aussi définis comme des "Fonctions" ; pour éviter toute confusion, nous préférons les appeler Services, comme on le fait du reste couramment dans l'entreprise.

Ces deux services sont des regroupements transversaux visant à créer des centres unitaires pour la gestion du personnel, des interlocuteurs uniques auxquels peuvent s'adresser la Direction et l'Unité Opérationnelle Gestion du Personnel du Secteur Administratif. Ils sont effectivement chargés de la gestion ordinaire du personnel qu'ils répartissent entre les services, bien entendu dans le respect de contraintes réglementaires et contractuelles. Le Service Infirmier s'occupe des infirmiers/ères, des OTA et des aides-soignant(e)s; le Service Technique s'occupe évidemment de la gestion du personnel technique. Ce sont eux qui décident les gardes pour les urgence, qui planifient les jours de congé et les remplacements; ils ont un grand pouvoir en matière de recrutement et de mobilité dans l'entreprise et supervisent les mécanismes d'évaluation pour l'insertion de personnel nouveau, élaborent les protocoles et les profils des métiers; en outre, ils ont des compétences importantes concernant la formation permanente et continue du personnel. Toute hypothèse de révision de l'emploi du personnel, de modification de la répartition et de l'affectation des ressources humaines, de remaniement de l'organisation des gardes ou des "récupérations" ou encore d'une utilisation plus souple des salariés exige non seulement un accord, mais aussi une action coordonnée entre responsables d'unités fonctionnelles, chefs de cliniques et responsables de la Gestion du personnel. Les deux Services en question ont également des fonctions importantes en matière de formation, en particulier, le Service Infirmier gère l'Ecole de formation des Infirmier/ères de Careggi[50].

Le Service de Coordination du Personnel Infirmier se compose de cinq secteurs, chacun avec un responsable [51] qui répond au Directeur du Service qui est choisi parmi les responsables des unités fonctionnelles. Sur ces cinq secteurs, il y en a un qui est chargé de la gestion des aides-soignant(e)s et des OTA (hôtellerie); trois gèrent les infirmiers/ères et sont subdivisés sur une base typologique (Secteur Critique, Secteur Spécialisé, Secteur Ambulatoire et Médecine générale); le cinquième est la Direction de l'Ecole d'Infirmières. De même, le Service de Coordination du Personnel Technique se compose de cinq secteurs, selon les différents types

[50] Pour le Service Infirmier, une expérience de gestion décentralisée du personnel a été lancée il y a 4 ans dans certains services hospitaliers et les surveillantes ont été chargées de l'organisation des congés, des remplacements en cas de maladies brèves etc. . Le but est de gérer avec le personnel du service les remplacements dans des unités comme la réanimation ou les blocs opératoires où l'arrivée de remplaçants ayant peu ou pas d'expérience pose des problèmes objectifs. En réalité, la décentralisation ne semble pas vraiment bien marcher; on continue à recourir au Service central. D'après les syndicats, ceci s'explique par les nombreux cas de sous-effectifs qui empêchent tout remplacement du personnel en congé ou malade par des collègues du même service.

[51] Les responsables du Service Infirmier sont d'anciens surveillants ayant obtenu un DAI, (diplôme d'encadrement des soins infirmiers) et sont nommés par la Direction. Les responsables du Service Technique sont des cadres techniques nommés aussi par Direction mais qui, contrairement à leurs collègues de l'autre Service, choisissent eux-mêmes leur responsable (un d'entre eux).

d'agents médico-techniques: radiologues, techniciens de laboratoires, obstétriciens, diététiciens et rééducateurs. Les secteurs des deux Services ont un interlocuteur pour chaque unité opérationnelle. Le Service du Personnel Technique est une particularité de Careggi -dans beaucoup d'autres centres hospitaliers, il n'y a qu'un Service du Personnel Infirmier – et sa création est une reconnaissance du professionnalisme de cette catégorie du personnel.

L'organisation par unités fonctionnelles a donné des résultats inégaux. Dans bien des cas, on n'est pas parvenu à créer des structures intégrées placées sous une coordination unique ni à exploiter pleinement les possibilités d'allocation et d'utilisation optimale des ressources. Dans certaines structures, les conflits entre responsables d'unités fonctionnelles et chefs de cliniques sont fréquents. La collaboration entre les services hospitaliers ne s'est pas avérée facile , pas plus que la gestion commune du matériel et des équipements. Tous les interrogés ont signalé la difficulté à sortir des logiques individualistes ("ma surveillante", "mes infirmières", "mon scanner") et à se considérer comme les membres d'une organisation plus vaste ayant des objectifs communs. La création des unités fonctionnelles a ouvert une brèche dans un tissu de relations, un ensemble d'équilibres, de hiérarchies et de rapports de pouvoir très stables et parfois même cristallisés. Dans plusieurs cas, il a fallu changer de façon de travailler, d'habitudes bien consolidées, ce qui inévitablement a posé des problèmes et créé des incertitudes et des résistances.

Mais surtout, les unités fonctionnelles ne sont pas devenues l'interlocuteur prioritaire de la Direction, ni pour la programmation ni pour la gestion des activités. A bien des égards, les structures sanitaires les plus importantes dans l'entreprise sont restées les services hospitaliers. Les principaux interlocuteurs de la Direction restent les chefs de cliniques. Le budget, l'affectation des objectifs, les hypothèses de réorganisation sont discutés, négociés et convenus avec les médecins-chefs, bien plus qu'avec les responsables des unités fonctionnelles. Si un directeur d'unité fonctionnelle "compte", il ne le doit pas tellement à sa position en tant que telle mais au fait qu'il est un chef de clinique "influent". Dans les faits, la plupart des unités fonctionnelles ne sont pas parvenues à arracher quelque pouvoir ou compétence, au-delà du moins de l'aspect formel, aux unités opérationnelles qui, souvent , continuent d'agir selon leurs logiques propres et en toute autonomie. L'intégration entre les diverses et multiples structures doit se faire au sommet et retombe complètement sur les épaules de la Direction Sanitaire.

Les pouvoirs effectifs en matière de gestion et d'utilisation "souple" du personnel, les possibilités de faire passer des agents d'un service à l'autre en cas d'urgence demeurent en fait du ressort de la Direction et des Services Technique et Infirmier. Du reste, ces derniers se plaignent de l'excessive rigidité de la gestion du personnel et les possibilités d'assouplissement sont extrêmement limitées. Les règles et les accords contractuels imposeraient des contraintes excessives, limitant beaucoup trop les marges de manœuvre et les possibilités d'une utilisation efficace des ressources humaines. Les syndicats sont souvent accusés de fermeture rigide et de défense des intérêts corporatifs, tant au niveau des négociations des contrats que dans la gestion des problèmes quotidiens. Mais les syndicalistes dénoncent à leur tour une flexibilité "de facto" excessive qui amène souvent à contourner les règles et à une utilisation souvent inappropriée et illégale du personnel et de certaines institutions comme les "récupérations" ou les heures supplémentaires, comme on le verra plus loin.

Pivot du fonctionnement des unités fonctionnelles, le système des cibles n'a pas lui non plus toujours été bien employé. Dans la pratique, en effet, les objectifs fixés sont parfois trop généraux pour être une véritable référence, ou bien ils sont utilisés plutôt au moment du bilan et pas tellement comme axes directeurs de la programmation du travail. L'allocation des ressources a donc souvent obéi à des logiques traditionnelles et ne s'est pas fondée sur une évaluation des objectifs à atteindre. Et puis enfin, les possibilités d'une direction et d'une coordination performantes sont limitées par le fait que les responsables d'unités fonctionnelles restent des chefs de cliniques, et ils ne peuvent donc pas s'engager à plein temps dans la coordination, n'ayant pas les collaborateurs nécessaires, ni même une personne formellement chargée des fonctions de base.

Quoi qu'il en soit, les nouveaux réglements confirment bien l'approche adoptée avec la création des unités fonctionnelles. Le décret de loi 229/99 et la loi régionale 8/2000 consacrent le passage des unités foncitonnelles aux départements et attribuent à leurs directeurs " des responsabilités professionnelles au plan clinique et organisationnel ainsi que des responsabilités de gestion en matière de programmation rationnelle et correcte et de gestion des ressources allouées pour l'obtention des objectifs fixés" (art. 17-bis, al.2, DL 229/99). Les directeurs doivent garantir une "utilisation intégrée" des ressources, "ainsi que la jouissance unitaire des espaces et des équipements communs afin d'améliorer les résultats qualitatifs, quantitatifs et économiques du système"; ils doivent promouvoir "l'intégration entre activités complémentaires pour assurer des prestations, y compris à travers la mise en place de groupes de travail sur des projets spécifiques"; assurer " l'application de méthodologies et de

protocoles communs pour la réalisation des tâches" (art.60, al.3, § a,b,c, LR 8/2000). L'organisation par départements réaffirme donc l'orientation consistant à créer une structure formelle basée sur de grandes articulations qui permettent une gestion coordonnée et tendanciellement unitaire des unités opérationnelles. Apparemment, l'intention est même d'aller encore plus loin dans le sens de l'intégration en soulignant son importance également dans les activités complémentaires et à travers l'adoption de procédures et de comportements uniformes.

L' EXTERNALISATION

Pour l'instant, Careggi n'a pas encore beaucoup recouru à l'externalisation. Celle-ci concerne actuellement le transport du matériel (en dehors des unités d'hospitalisation), la gestion des appareils électro-médicaux et leur entretien extraordinaire et en partie ordinaire; ces activités ont été confiées à des entreprises privées. Les services de buanderie-blanchisserie ont été confiés à une ancienne régie de la municipalité maintenant transformée en société par actions dont le capital est détenu par la Mairie et par les syndicats confédéraux. Depuis quelques années, la cantine et le bar des salariés sont gérés par une coopérative liée au syndicat. En ce qui concerne les soins, pendant quelques années, des contrats à durée déterminée ont été stipulés avec des infirmiers/ères libéraux pour faire face aux situations d'urgence et aux moments les plus difficiles, mais cette pratique a été abolie l'année dernière et on remédie maintenant à d'éventuelles carences en recourant au personnel interne.

Jusqu'à présent donc, l'entreprise n'a pas misé sur l'externalisation, sur l'option "buy" (au lieu de "make") pour dégager des économies ou pour se libérer d'activités non performantes ou négligées. Ceci s'explique par des normes très contraignantes en la matière et probablement aussi par la forte pression des syndicats dès qu'il a été question de recourir à des prestataires externes.

Toutefois, il y a deux ans, on a pu constater une évidente dérogation à cette politique. Il a été décidé de sous-traiter les services de nettoyage, ce qui a entraîné une forte opposition des syndicats. L'entreprise avait donc décidé d'externaliser un service jugé insuffisant, de mauvaise qualité et non rentable. Le personnel était âgé, peu motivé et changeait souvent vu la présence de nombreuses personnes venant du Sud du pays qui, le plus tôt possible, demandaient leur mutation pour rentrer chez elles. Les effectifs étaient donc souvent insuffisants et aux yeux de la Direction, cela entravait toute politique éventuelle de restructuration et de requalification du

service. Les syndicats ont donc essayé de s'opposer à cette décision en proposant un plan de réorganisation interne, ce qui a provoqué de fortes tensions, avec des assemblées et des grèves très suivies par les agents, même à l'extérieur du service concerné. Malgré tout, le nettoyage a été sous-traité à des entreprises spécialisées et la direction de Careggi a amorcé un plan de pré-retraites et de déplacement du personnel restant dans d'autres services, non sans difficultés importantes. Dans l'accord syndical, la Direction s'était engagée à envisager l'hypothèse d'un retour au moins partiel à la gestion en interne si le syndicat assurait la disponibilité d'environ 200 inscrits sur les listes de placement prêts à se faire embaucher, ce qui donnait des garanties suffisantes en termes de continuité et de permanence du service. Aussi surprenant que cela puisse paraître, les syndicats ont dû baisser les bras car ils n'ont pas réussi à réunir autant de personnes disponibles. D'après les représentants syndicaux, la sous-traitance des services de nettoyage a été une lourde défaite pour les syndicats, plus au niveau de l'image qu'en soi du reste: beaucoup de salariés ont eu l'impression que les organisations qui les représentaient n'étaient pas en mesure de les défendre correctement face aux retombées de la restructuration, même quand elles peuvent compter sur un large consensus et sur le soutien de la base.

2.2 La Recherche de la qualité

Ces dernières années, la prise de conscience de l'importance des thèmes relevant de la qualité et de la recherche de l'excellence dans les soins s'est considérablement accrue. En 1995, Careggi a donc lancé de nombreux programmes et initiatives qui se sont développés surtout à partir de 1997 sous la coordination de la Fonction Opérationnelle Développement Qualité dirigée par le chef de clinique de Médecine Nucléaire (aujourd'hui consultant externe de l'établissement).

Des cours généraux intitulés "Gestion efficace et amélioration continue" ont été organisés et tenus par des consultants d'une société spécialisée, "Galgano", pour des cadres administratifs et médicaux. Ensuite, ils se sont adressés au personnel pour créer des "formateurs" chargés de former leurs collègues ou subalternes, de façon à lancer une action de sensibilisation et de diffusion systématique des questions de qualité. Entre 1995 et 1998, ces cours ont été suivis par 2400 salariés.

En avril 1998, la Direction a mis en place le "Laboratoire Qualité", articulé en huit groupes de travail[52] chargés de suivre les questions spécifiques de la qualité et auxquels ont pris part les

[52] Les groupes travaillent sur : "Cours de gestion efficace", "Institution et promotion de cercles de qualité dans les services", "Cours de management pour cadres", "Accueil du patient hospitalisé et ambulatoire", "Les procédures diagnostiques analytiques et instrumentales", "Justification et optimisation de l'emploi de médicaments et de tests diagnostiques", "Système qualité" et "Lignes directrices pour l'organisation"

responsables des unités de soin et administratives, les responsables des Services Technique et Infirmier ainsi que quelques membres de l'équipe de la Direction de l'entreprise. Le Laboratoire est doté d'un comité exécutif comprenant un praticien de la Direction Sanitaire, un cadre administratif, un technicien et deux consultants.

Il est chargé de suivre une quinzaine de projets spécifiques à caractère "pédagogique" devant promouvoir l'enseignement des processus de recherche de la qualité. Dans le choix des projets, on a essayé d'inclure des expériences relevant de différentes unités prises individuellement et d'autres inhérentes aux transactions et aux relations entre unités opérationnelles. Les projets concernant les rapports entre unités opérationnelles et administratives et unités de base, comme la Gestion des Magasins ou l'Economat, sont apparus particulièrement importants; ils ont effectivement beaucoup contribué à l'amélioration de ces relations et à la compréhension des problèmes et des points de vue réciproques.

Indépendamment des divers projets, il faut souligner les gros efforts déployés afin de généraliser la sensibilité à la qualité et d'en faire une pratique quotidienne à tous les niveaux de l'organisation. En 1998, toujours sous la coordination du Laboratoire, les chefs de cliniques de chaque service ont été nommés "Responsables d'assurance qualité" (Raq). Les Raq devraient élaborer et réaliser des projets d'amélioration de la qualité, développer des protocoles et des lignes directrices pour l'activité, à travers également (et surtout) la mise en place de "cercles de qualité" au sein de leur personnel. Ils rendent compte régulièrement au Laboratoire et à la Fonction Développement Qualité des problèmes rencontrés et des résultats obtenus. L'objectif final est la rédaction de "manuels" des services. Dans les prochains mois, on devrait également sélectionner des Raq au niveau du personnel infirmier.

Ensuite, il a fallu procéder à l'accréditation des structures sanitaires exigée par les normes nationales et régionales[53] et tous les efforts de l'entreprise (et du Laboratoire) sont concentrés sur la qualité depuis maintenant un an et demi. Les premières unités accréditées devraient être les laboratoires d'analyse, Radiologie, Cardiochirurgie, Médecine nucléaire, Néphrologie et Dialyse, Neurochirurgie, Radiothérapie et l'Unité Rachidienne. Ces services subissent actuellement un processus d'adaptation organisationnelle et procédurale nécessaire pour satisfaire aux normes et conditions requises en termes de qualité des organisations, de qualité

[53] Nous signalons en particulier la loi régionale 8 du 23 février 1999. La rédaction de ce texte a été précédée d'une expérience "pilote" conduite justement à Careggi en 97-98.

technico-professionnelle et de qualité perçue par l'usager. Cette phase devrait être conclue d'ici la fin de l'année et donner lieu à une série de contrôles en interne et d'autres effectués par des organismes spécialisés pour déboucher, d'ici juin 2001 sur la demande formelle d'accréditation auprès de la Région. Dans les laboratoires et en Médecine Nucléaire, les procédures d'accréditation sont plus avancées et ces services devraient effectivement respecter les délais prévus.

Les syndicats ont tendance à beaucoup relativiser les expériences menées en matière de qualité ainsi que la participation et l'implication des agents déclarées par l'entreprise. D'après les délégués syndicaux interrogés, elles n'ont eu jusqu'à présent qu'un impact très limité sur les prestations et aucun sur les conditions de travail dans les services hospitaliers et dans les bureaux. Les syndicats semblent envisager ces initiatives avec une certaine méfiance qui s'explique par la crainte que celles-ci ne soient dictées que pour "jeter de la poudre au yeux" du public et des salariés. Des outils comme les cercles de qualité risqueraient d'être employés pour obtenir une "adhésion facile" des agents à des décisions en fait peu importantes ou qui comporteraient même la ratification de choix opérés ailleurs.

2.3 Quelques éléments quantitatifs

Certaines informations quantitatives permettent de constater les changements apportés par ce processus de transformation de l'hôpital en entreprise. Ces données permettent donc de tracer un bilan sommaire des résultats obtenus ces dernières années à l'issue du travail mené en faveur d'une utilisation plus performante des ressources disponibles et de prestations hautement spécialisées plus satisfaisantes, en réduisant par ailleurs l'impact et le nombre des traitements de pathologies moins complexes pouvant être traitées par des pratiques ambulatoires, en hôpital de jour, dans des structures hospitalières moins spécialisées et dans des services implantés sur le territoire.

Le tableau 4 compare les résultats économiques entre 1996 et 1998, les années dont on dispose pour l'instant[54], sachant que les chiffres de 1997 et 1998 comprennent aussi les données du C.S.P.O. (environ 12-13 milliards de lires dans les deux cas).

Tableau 4 – Recettes et dépenses en 1996-1998

[54] Puisque la source d'information est le PAO 1998, pour la donnée de 1998 de ce tableau, et de tous les autres successifs du paragraphe, ce qui est indiqué à la note 5 reste valable.

	1996	*1997*	*1998*
Recettes	487.032	502.284	543.773
Dépenses	496.246	545.203	555.449
Pertes et Profits exercice	-9.214	-42.919	-11.676

Source: P.A.O. 1998

Comme on peut le constater, tous les ans, l'entreprise accuse des pertes, et apparemment, il en sera de même en 1999 et 2000, ce qui montre bien qu'elle a du mal à maîtriser ses dépenses. Le déficit est particulièrement lourd en 1997 sous l'effet d'une croissance soutenue des dépenses non compensée par une hausse correspondante des recettes, ce qui dépend en réalité presque complètement de l'inscription du C.S.P.O. au bilan. En 1998, le déficit retrouve son niveau de 1996 grâce à une hausse consistante des recettes (plus de 40 milliards de plus que l'année précédente).

Tableau 5 – Répartition des recettes 1996-1998

	1996	*1997*	*1998*
Subventions en compte d'exploitation	41.721 (8,6%)	27.427 (5,5%)	57.074 (10,5%)
Produits et recettes divers	426.108 (87,5%)	450.686 (89,7%)	459.770 (84,5%)
Autres recettes	19.203 (3,9%)	24.171 (4,8%)	26.929 (5,0%)
Total des recettes	487.032 (100,0%)	502.284 (100,0%)	543.773 (100,0%)

Sources: P.A.O. 1998

Le tableau 5 souligne la forte baisse – dans l'absolu et en pourcentage - des subventions en compte d'exploitation versées en particulier par la Région Toscane. La hausse des recettes en 1998 semble due essentiellement à la reprise massive des apports de la Région et de l'Etat et qui atteignent un dixième du total des recettes. Celles-ci augmentent considérablement entre 1996 et 1997 grâce à une révision des tarifs de certaines prestations plus complexes et coûteuses. Cette tendance se confirme en 1998, même si les revenus baissent en pourcentage, passant de presque 90% à 85% du total des recettes.

Tableau 6 – Répartition des coûts 1996-1998 (en millions de lires)

Postes des dépenses [55]	*1996*	*1997*	*1998*
Personnel	309.337 (62,4%)	349.773 (64,2%)	321.204 (57,8%)
Achats	104.755 (21,1%)	129.206 (23,7%)	129.212 (23,3%)
Entretien et réparations	3.258 (0,6%)	2.936 (0,5%)	3.241 (0,6%)
Frais généraux et pour prestations de services	78.896 (15,9%)	63.288 (11,6%)	73.608 (13,3%)
Impôts et charges financières	Voir frais généraux	Voir frais généraux	28.184 (5,0%)
Total	496.246 (100,0%)	545.203 (100,0%)	555.449 (100,0%)

Source: P.A.O. 1998

Au plan des coûts (Tableau 6), la hausse de 1997 est à imputer à la croissance du coût du travail (en grande partie due à l'application du nouveau contrat complémentaire d'entreprise) et à celle des achats de biens et de matériel (surtout des médicaments) nécessaires au développement des activités hautement spécialisées[56]. En 1998, le coût du personnel – principal poste de dépenses – baisse considérablement dans l'absolu et en pourcentage et descend à moins de 60% du total (321 milliards de lires). Le coût des achats reste constant.

En plus des performances économiques de l'entreprise, il est utile d'envisager son activité et son évolution. Le tableau 7 indique le nombre d'admissions normales et en hôpital de jour effectuées entre 1995 et 1998.

Tableau 7 – Nombre d'hospitalisations dans l'établissement 1995-1998

	1995	*1996*	*1997*	*1998*

[55] Comme au Tableau 2, certains coûts ont été regroupés: Frais généraux et pour prestations de services= coûts pour prestations assurées par d'autres établissements sanitaires, autres coûts pour prestations de service public, coûts pour prestations de service privé autres coûts d'exploitation, autres coûts de production, coûts capitalisés; Impôts et charges financières= produits et charges financiers, produits et charges extraordinaires, impôts et taxes.
[56] Pour plus de détails, voir le PAO 1997.

Nombre d'hospitalisations normales	62.777 (77,5%)	63.540 (75,1%)	62.095 (74,1%)	60.696 (78,9%)
Nombre d'admissions en hôpital de jour	18.227 (22,5%)	21.104 (24,9%)	18.406 (22,9%)	16.240 (21,1%)
Total hospitalisations	81.004 (100,0%)	84.664 (100,0%)	80.051 (100,0%)	76.935 (100,0%)

Source: P.A.O. 1996-1998, P.A.O.1997, P.A.O. 1998

Après une hausse entre 1995 et 1996 de plus de 3 500 admissions, notamment une très forte progression de l'hôpital de jour, le nombre d'hospitalisations ne cesse de diminuer, passant de 84 664 à 76 935. Cette baisse concerne les entrées normales et en hôpital de jour, en particulier ces dernières qui ont chuté, entre 1996 et 1998, de presque 5000 unités, c'est à dire de 24,9% à 21,1% du total. La réduction des hospitalisations est très modérée par rapport aux objectifs établis par le programme régional (60 725 admissions). A ce propos, l'entreprise fait remarquer l'absurdité d'un plafond calculé sur la base d'un bassin théorique pour les fonctions de base (260 000 personnes) très inférieur au bassin réel et qui ne tient pas compte du fait que l'hôpital Careggi fonctionne " - en continuant à être la principale référence hospitalière de la ville, du fait également de la présence des structures universitaires; - en devant assurer les urgences, parfois tout seul, sur tout le territoire de l'Usl, et de toute façon en assurant des prestations surdimensionnées par rapport au bassin affecté à l'entreprise; - sans pouvoir refuser l'hospitalisation vu la liberté de choisir des patients; - en enregistrant la présence de disciplines - définies de base – absentes dans les autres structures du territoire de son ressort ou, de toute façon, insuffisantes pour répondre aux besoins exprimés"[57].

La baisse des admissions ordinaires n'a pas comporté de hausse des admissions en hôpital de jour, comme on aurait pu le prévoir, à cause également des choix opérés en termes de lits; dans le cadre d'une compression globale de l'offre, la Direction a misé sur une réduction des lits ordinaires en faveur des lits en hôpital de jour.

Tableau 8 – Lits et hospitalisation ordinaire 1995-1998

	1995	*1996*	*1997*	*1998*
Lits ordinaires	1.987	1.954	1.851	1.762

[57] Azienda ospedaliera Careggi, *Piano Attuativo Ospedaliero 1997*, juillet 1997 (P.A.O.)

Lits hôpital de jour	151	166	188	188
Total lits	2.138	2.120	2.037	1.950
Taux d'occupation lits ordinaires	81,8%	82,4%	80,9%	80,9%
Séjour moyen hospitalisations ordinaires	9,8	7,9	8,8	8,2

Source: P.A.O. 1996-1998, P.A.O. 1997, P.A.O. 1998

Parmi les lits, ceux qui sont destinés aux soins intensifs et semi-intensifs augmentent et sont au nombre de 172 en 1998 (presque un 1/10 des lits d'hospitalisation ordinaire), c'est à dire une trentaine de plus qu'en 1997. Le taux d'occupation des lits ordinaires baisse entre 1996 et 1998, tout en restant supérieur à 80%.

Si le taux d'occupation des lits ordinaires est décevant du point de vue d'une utilisation performante des ressources, on constate de meilleurs résultats en ce qui concerne la durée moyenne de séjour en hospitalisation ordinaire, un indicateur qui demande quelques explications préliminaires. Le séjour moyen est une donnée significative si l'on se rapporte au système de financement par tarification fondée sur les DRG, la classification des prestations dispensées auxquelles sont justement associés des tarifs donnés. Les DRG ont été introduits avec l'intention de promouvoir une gestion efficace et économique des services sanitaires ainsi que des comportements cohérents avec celle-ci. Dans une logique de ce type, la durée moyenne de séjour doit tendanciellement diminuer, dans la mesure où le système des DRG "paye" l'hospitalisation, mais pas tellement le nombre de jours de l'hospitalisation; en outre, tout le monde s'accorde à penser que les hospitalisations sont inutilement trop longues. Et bien, à Careggi, le séjour moyen a considérablement diminué en quatre ans, passant de 10 jours en 1995 à 8,2 en 1998.

Pour conclure, et au moins pour la période 1995-96 et 1998, les données quantitatives mettent en évidence des progrès, mais aussi les difficultés rencontrées par l'hôpital au cours de son processus de transformation en entreprise, lequel a, du reste, donné des résultats inégaux. L'entreprise est loin d'être autosuffisante au plan économique, et elle doit même tout faire pour réduire et maîtriser son déficit d'exploitation. Le nombre d'hospitalisations se réduit, de même que celui des lits, mais la tentative de limiter les ressources aux hospitalisations ordinaires et aux pathologies moins complexes pour les destiner en revanche aux prestations hautement spécialisées et à l'hôpital de jour se heurte aux contraintes qu'imposent le comportement des

usagers et l'absence d'alternatives en termes de structures sanitaires. Signalons enfin que le taux d'occupation des lits et que la durée moyenne de séjour ne permettent pas d'exprimer un jugement univoque sur les résultats obtenus en termes d'efficacité, des résultats qui sont pourtant une réalité.

3. Les syndicats et le changement

La présence des syndicats dans l'entreprise apparaît dans le Tableau 9 portant sur les élections des "sections syndicales unitaires" en décembre 1998 (les RSU en italien) et les délégués syndicaux.

Tavola 9 – Elections de la SSU Santé en 1998

	Voix	*Sièges*
Cgil/Fp sanità	1.013 (44,4%)	21
Fist-Cisl	374 (16,4%)	8
Uil sanità	265 (11,6%)	6
SdB sanità	630 (27,6%)	13
Total	2.282 (100,0%)	48

Source: Centre hospitalier Careggi

2.418 salariés sur 4.055 électeurs ont participé aux élections des RSU, c'est à dire 59,6%. Parmi eux, 70% des hommes et 53% des femmes ayant droit. 2 282 bulletins de vote étaient valables (56,2%). La CGIL a obtenu la majorité relative, avec 1 013 voix, c'est à dire un peu plus de 44%, et 21 sièges sur les 48 disponibles. Les Sections de Base (SdB) adhérant aux Comités Unitaires de Base ont dépassé les autres syndicats confédéraux avec 630 préférences (27,6% et 13 sièges). La CGIL a obtenu 374 voix (16,4%, 8 sièges) et la UIL 265 (11,6%,6 sièges).

Les syndiqués sont au total environ 2100, un peu moins de 40% des salariés de l'entreprise. 200 d'entre eux sont des médecins, 27% des membres de cette catégorie où les syndicats confédéraux sont très peu représentés (pas plus de dix adhérents à la Cisl, par exemple), contraitement aux organisations professionnelles qui se taillent la part du lion.

Les organisations syndicales collaborent de plus en plus entre elles. D'après les interrogés, plusieurs éléments amènent les syndicats à coopérer et entreprendre des initiatives coordonnées et communes. Les élections des Sections Syndicales Unitaires pousseraient les représentants du personnel à s'unir et adopter des positions communes. Le déclin de la syndicalisation, l'impact modeste des revendications idéologiques et, en revanche, le poids croissant et prépondérant des motivations et revendications "pratiques" seraient des facteurs d'unité car, dans bien des circonstances, les salariés ne comprendraient pas des différences d'orientation qui ne seraient pas motivées par les aspects spécifiques des problèmes débattus. Mais en fait, l'explication principale de cette coopération croissante entre les syndicats serait la pression de plus en plus forte exercée par la Direction dont la politique de rationalisation des services pousse ces derniers à former un front commun pour défendre les conditions de travail. Ce besoin d'action commune s'explique aussi par la faiblesse des syndicats, moins suivis qu'autrefois par les salariés. C'est d'ailleurs surtout pour cela que les organisations recourent moins à la grève qu'autrefois: les syndicalistes interrogés préconisent un emploi "sélectif" de cette arme pour la réserver à des questions et des conflits dont on peut raisonnablement penser qu'ils vont susciter une mobilisation "satisfaisante". La collaboration est étroite entre la Cgil et la Cisl, même si les comportements de base sont parfois différents: le syndicat d'origine catholique est plus porté à la concertation et au dialogue tandis que la confédération "de gauche" est plus conflictuelle et revendique davantage. Les rapports avec les Comités de Base sont bons, tandis que les relations avec la Uil se sont détériorées ces derniers temps: celle-ci à décidé de se démarquer des autres syndicats et d'afficher une attitude et une opposition radicales. D'après les syndicalistes affiliés à la Cisl, cette orientation s'expliquerait par une tentative de profiter d'un "mécontentement généralisé" pour essayer de reconquérir le consensus du personnel infirmier perdu ces dernières années (la Uil reste en revanche bien présente dans la catégorie des techniciens).

Les rapports avec la Direction de l'entreprise sont passés par plusieurs phases: d'abord une disponibilité à la concertation sur les transformations provoquées par l'évolution de l'hôpital en entreprise et par les exigences d'assainissement financier, puis une conflictualité croissante , pas tant vis-à-vis de la Direction Générale, avec laquelle les rapports sont restés à l'enseigne de la collaboration, mais plutôt vis-à-vis de la Direction Sanitaire et du Service de Coordination du Personnel Infirmier.

La principale pierre d'achoppement est le nombre d'infirmiers/ères nécessaires pour assurer ce que l'on appelle le "service minimum". La Direction Sanitaire et le Service de Coordination du Personnel Infirmier soutiennent que le nombre actuel d'infirmiers/ères serait en fait supérieur aux exigences du service. On pourrait le réduire en distribuant et en employant les agents de façon plus souple et rationnelle et surtout en utilisant moins d'infirmiers/ères qui seraient remplacé(e)s par des OTA, notamment la nuit. Effectivement, dans de nombreux services, l'activité nocturne pourrait être tranquillement effectuée non pas par deux infirmiers/ères, mais par un(e) infirmier/ère assisté/e d'un(e) OTA. Le remplacement serait facilité par les requalifications de cette profession actuellement en cours et qui tendent à rapprocher les deux formations. Les syndicats ne sont pas d'accord et demandent que l'on se base sur une évaluation globale des charges de travail qui auraient en fait augmenté, et non pas diminué. L'objet de la discorde est maintenant le relevé de ces charges de travail que la Direction, d'après les syndicats, ne voulait pas entreprendre, sous prétexte qu'elle n'était pas en mesure de le faire pour des raisons techniques et organisationnelles.

Le conflit s'est poursuivi pendant longtemps et au début 2000, un accord a été conclu sur les "besoins de l'organisation", faisant état d'un nombre minimum de 2746 infirmiers/ères, ce qui confirme le chiffre déjà établi en 1993 (2744 unités). Toutefois, cette solution n'est que provisoire en attendant que l'on fasse réellement ce relevé des charges de travail avec le nouveau système convenu avec les syndicats. L'accord sur les "besoins de l'organisation" a été signé par les syndicats et la Direction Générale, tandis que la Direction Sanitaire s'y est opposée et a élevé de nombreux obstacles à son application.

Indépendamment de l'indéniable économie qu'elle comporte, la réduction du personnel infirmier serait une tentative de réponse – à certains égards paradoxale – aux problèmes de la profession. Dans ce centre hospitalier florentin, les infirmiers/ères changent souvent, et même de plus en plus. Beaucoup de jeunes proviennent du Sud de l'Italie et y retournent dès que possible. Cela pose des problèmes pour la régularité du fonctionnement des services et rend plus difficile d'intervenir au plan de la qualification et de la formation, ce qui est pourtant indispensable face à l'accroissement des activités hautement spécialisées qui exigent des compétences et une préparation spécifiques. Le Service de Coordination du Personnel Infirmier prévoit une pénurie de personnel infirmier d'ici quelques années, comme cela commence à se produire dans le Nord de l'Italie. Dans cette perspective, le réduire dès à présent permettrait d'une part de ne pas être trop "dépendants" de cette profession et, d'autre part, de disposer

d'effectifs moins importants mais suffisamment stables et sur lesquels on pourrait compter pour mettre sur pied une politique de formation et de qualification du personnel à moyen et long terme.

Le conflit a risqué de provoquer une rupture entre les salariés et de mettre les syndicats dans une situation inconfortable: d'une part, ils subissent la résistance des infirmiers/ères qui insistent pour être convenablement défendu(e)s, d'autre part ils subissent les pressions des OTA inscrits sur les listes, qui voient là une possiblité d'entrer dans les services et qui sont donc tout à fait d'accord avec les intentions du Service Infirmier. S'il est vrai que l'insertion des OTA dans les gardes de nuit pourrait être en partie couverte par les salariés de l'entreprise, elle entraînerait aussi de nouvelles embauches dans cette catégorie.

Un autre conflit avec la Direction de l'entreprise a été déclenché par les interventions de restructuration du CTO. Les salles d'opérations étaient en effet en mauvais état, voire parfois délabrées. Les équipements étaient souvent obsolètes et les mesures de sécurité mal respectées. La Direction reconnaissait en grande partie cette situation et pensait pouvoir y remédier progressivement, vu les fonds modestes dont elle disposait pour cela. Après une série de grèves et de conflits assez durs, un vaste programme de réaménagement et de modernisation des structures a été lancé et réalisé dans des délais plutôt rapides. Indépendamment de ce cas particulier, il faut souligner le fait que les syndicats ont non seulement soutenu, mais demandé à plusieurs reprises des interventions de restructuration de l'hôpital; souvent, la pression n'est pas tellement exercée sur l'entreprise mais plutôt sur les éventuels bailleurs de fonds, comme la Région. Dans ce cas, le syndicat devient un allié de la Direction et travaille en commun accord avec elle.

Il y a eu des conflits importants à propos de la sous-traitance des services de nettoyage, nous en avons déjà parlé, et sur le pourcentage de rémunération lié à la productivité. L'article 38 de la convention collective 1998-2001 prévoit la fusion en un seul "Fonds de la productivité collective pour l'amélioration des services et pour la prime de qualité des prestations individuelles" des deux anciens fonds prévus par la convention précédente pour récompenser respectivement la qualité des prestations individuelles et la productivité collective. Actuellement, la question est régie par le règlement entré en vigueur en 1997 et utilisé pour l'ancien fond en faveur de la productivité collective. Cette prime d'encouragement est liée à l'obtention des objectifs fixés. Le contrat d'entreprise (art.47) prévoit la mise en place de

programmes annuels indiquant clairement les objectifs établis par la Direction – après négociation avec les directeurs des Fonctions et entre ces derniers et les médecins-chefs de services -, les procédures nécessaires à leur obtention , en plusieurs phases, avec les critères et le timing des contrôles périodiques et finals de l'avancement; les "résultats (vérifiables objectivement) pris comme indicateurs du degré de réalisation" des objectifs; les structures organisationnelles, les responsables et les agents impliqués. Les primes sont versées en trois parties: 50% sur une base mensuelle dans tous les cas, 30% en ajustement trimestriel à la suite de certaines vérifications, 20% en solde final sur la base des résultats constatés par le Centre d'Evaluation, un organisme dont les membres sont nommés par l'entreprise. Si les vérifications trimestrielles donnent des résultats négatifs, bloquant ainsi les versements prévus, les chefs de cliniques responsables des vérifications intermédiaires doivent rencontrer les représentants syndicaux pour exposer les raisons des jugements rendus et convenir des "interventions nécessaires".

Le nouveau fonds a donc englobé celui qui était prévu pour les primes de qualité des prestations individuelles, le "fondino"(le petit fond) prévu par l'ancienne convention et qui prévoyait l'attribution sélective de primes d'encouragement à une partie (7% maximum) du personnel des services concernés. En fait, le mécanisme de ce "petit fond" n'a jamais été appliqué. Les syndicats s'y sont toujours durement opposés , pensant – à tort ou à raison – que cela pouvait entraîner des favoritismes et un exercice non maîtrisé du pouvoir. Par ailleurs, les chefs de services n'ont jamais voulu exprimer et justifier les motifs de leurs choix, comme le voulaient les syndicats, et ils ont préférer éviter les problèmes avec leurs subalternes. Les fonds étaient donc distribués comme primes de productivité collective.

En négociant avec l'entreprise, les syndicats ont obtenu que les primes de productivité rassemblées en un seul fonds, ne soient pas attribuées à des individus ou à une partie du personnel, mais à l'ensemble des agents d'un service. Il n'y a plus de système d'évaluation individuelle, mais uniquement une évaluation collective des résultats de toute une unité. Ceci évite le risque de favoritismes et de privilèges, mais ne permet pas de juger de l'apport individuel de chaque agent d'un service. En plus, jusqu'à présent, les vérifications trimestrielles n'avaient donné de résultats négatifs que dans une toute petite minorité de cas, ce qui pose des questions quant à la sélectivité réelle des évaluations et suggère plutôt que les primes sont généralisées. Dans ce cas, les rémunérations liées à la productivité risquent tout simplement de ne pas jouer leur rôle qui serait de stimuler le personnel à atteindre les objectifs d'efficacité des prestations assurées.

Dans l'avenir proche, il pourrait y avoir une autre occasion de conflit avec ce que l'on appelle les "positions gradées dans l'organisation" incluses dans la dernière convention collective. Ces "positions gradées" peuvent dynamiser et assouplir l'organisation de l'entreprise; elles devraient favoriser une meilleure utilisation du personnel plus qualifié et expérimenté en le valorisant et en en permettant un emploi plus approprié aux exigences des divers services et bureaux. En effet, la convention collective prévoit l'institution de "positions dans l'organisation" qui exigent l'accomplissement de fonctions comportant une prise de responsabilité plus élevée et directe" (art. 20, al.1) à travers l'affectation de tâches de la part des cadres médicaux et administratifs " en prenant en compte tous les salariés de catégorie D" (niveau VIII et VII), " et ceux – mais uniquement pour le personnel médical et social – de la catégorie C"(niveau VI) " pour des typologies professionnelles de haut niveau et cohérentes avec l'organisation de l'entreprise ou de l'organisme" (art.21, al.2). Cette définition est très générale: on ne fait état d'aucun profil correspondant ni même de spécifications, on n'exige aucun titre ni formations précises; l'expression "responsabilité élevée" se prête à toute sorte d'interprétation discrétionnaire et subjective; les tâches peuvent être confiées à un groupe très vaste de salariés, dans tous les services et activités de l'entreprise, sans limites de taille (on ne parle pas de pourcentage maximum , calculé sur la base du total des salariés ou pour chaque qualification). Ce caractère très général est voulu car les "positions gradées" doivent être repérées et définies dans leur contenu spécifique uniquement par l'entreprise, en fonction de ses propres réglements et surtout de ses exigences précises et contingentes. Les dirigeants ont un grand pouvoir discrétionnaire également sur la nomination de ces positions, et les nominations doivent "en tout cas" être écrites et motivées et doivent répondre aux critères généraux d'attribution et de "gradation" formulés au préalable par l'entreprise. Ces missions sont rémunérées d'un minimum de 6 à 18 millions de lires par an, et elles font l'objet d'évaluations périodiques et d'une évaluation finale effectuées par le Centre d'Evaluation , sur la base des règles et critères pré-établis.

Les syndicalistes sont très méfiants car ils voient dans l'attribution de ces "positions " la possibilité pour l'entreprise de former un groupe de "fidèles" de la direction, des gens choisis et confirmés dans leur position en fonction de leur obéissance et de leur "loyauté au chef", beaucoup plus qu'en fonction de leur qualité professionnelle. L'excès de pouvoir discrétionnaire des dirigeants est contesté et on craint que celui-ci soit utilisé de façon inappropriée et discriminante. En plus, à moyen et long terme, ces "positions" pourraient bien

briser le système des carrières, ou du moins introduire des éléments de rupture et de transgression des règles convenues.

Les syndicats vont donc devoir bien exploiter leurs marges de manœuvre pour éviter que ces menacent ne se concrétisent. Pour cela, ils peuvent s'appuyer sur l'art.6 de la convention qui dit que "l'organisation des bureaux et la gestion des ressources humaines" font l'objet d'une information régulière et ponctuelle, et que "les initiatives concernant les politiques d'organisation des bureaux et des services font l'objet d'une information plus complète, au moins une fois par an sur demande"; ce n'est pas tout, on y dit aussi que l'obligation de consultation porte sur "l'organisation et la réglementation des bureaux": la question des "positions " s'inscrit certainement dans ce cadre. En outre, il est prévu plus explicitement que la définition des critères et des modalités d' "évaluation des positions organisationnelles et le classement des fonctions" sont soumis à une concertation (art.6, al.1, B).

4. Le temps de travail et la participation des salariés

4.1 Le temps de travail

La convention collective de la santé 1998-2001 consacre deux articles à la durée du temps de travail, les 26 et 27. Ceux-ci définissent deux types d'interventions: aménagement du temps de travail et réduction expérimentale de 36 à 35 heures hebdomadaires pour les agents travaillant par roulements. L'articulation du temps de travail doit s'inspirer du principe de la flexibilité de façon à ce qu'elle soit "compatible avec les heures de service et d'ouverture au public" (art.26, al.1). Elle est établie sur la base de critères qui font l'objet d'une information et de négociations complémentaires au niveau de l'entreprise. Ces critères doivent permettre "l'optimisation de l'utilisation des ressources humaines", l' "amélioration de la qualité des services", l' "amélioration des rapports fonctionnels" avec d'autres structures et services publics ou privés, " de proposer aux usagers un service plus étendu, notamment pour supprimer les listes d'attente" (Art.26, al.2). Les contrats d'entreprise peuvent donc prévoir l'accès aux services administratifs et médicaux l'après-midi, articuler la durée du temps de travail sur la base de roulements - lesquels ne doivent en aucun cas dépasser les 12 heures consécutives par jour - et organiser des calendriers - hebdomadaires, sur plusieurs semaines ou annuels - de façon à prévoir des semaines de travail susceptibles de varier de 28 à 44 heures; toutefois, en aucun cas, les semaines de 44 heures ne doivent constituer plus de trois mois par an.

Ces indications se sont traduites par quelques innovations limitées, introduites d'ailleurs très prudemment et progressivement. Les services médicaux et administratifs ont donc été ouverts au public l'après-midi, suivant la tendance générale de tous les services publics italiens qui sont ainsi plus accessibles. L'articulation du temps de travail des agents postés a été un peu modifiée, mais ce point demande quelques explications.

Le temps de travail hebdomadaire est de 36 heures, en un service par jour ou sur une base postée proprement dite. Le temps de travail quotidien peut à son tour être articulé de deux façons à l'échelon hebdomadaire:

a) 5 heures par jour pendant 6 jours (7-13; 13-20 ou 14-20);
b) sur 5 jours avec une moyenne de 7 heures et 12 minutes par jour

L'articulation en 5 jours est la plus fréquente pour le personnel administratif et technique. Pour le personnel médical ayant un service à assurer par jour, l'articulation en 6 jours est plus fréquente. Pour ces catégories, le temps de travail n'a donc pas subi de grands changements, même si l'ouverture l'après-midi des bureaux et services administratifs a comporté un recours croissant au travail posté.

Et puis il y aussi les agents "postés" ou "pluripostés" dont le temps de travail est, comme le dit la convention collective " articulé en plusieurs services ou selon une planification hebdomadaire". La forme la plus courante est le "roulement à 5 " qui prévoit une rotation de cinq personnes en 5 équipes (après-midi, matin, nuit, "récupération", jour de repos) de façon à assurer la présence constante d'au moins deux personnes à tout moment de la journée pour une unité de dix personnes.

Schéma 1 – Le "roulement à 5"

Salarié/jour	lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	vendredi	samedi	Dimanche
A	Après-midi	Matin	Nuit	"récup"	libre	Après-midi	Matin
B	Matin	Nuit	"récup"	libre	Après-midi	matin	nuit
C	nuit	"recup."	Libre	Après-midi	matin	nuit	"récup."
D	"récup."	Libre	Après-midi	matin	nuit	"récup."	Libre
E	libre	Après-midi	Matin	nuit	"récup."	libre	Après-midi

Durée des services: matin = 7-13; après-midi = 13-20; nuit = 20-7

Attention ! "récupération" signifie la journée de récupération après la nuit et c'est une journée de repos, ce ne sont pas des heures de travail de récupération, comme ci-dessous

Ce type de roulement donne une moyenne de 33-33.30 heures par semaine. Pour atteindre les 36 heures, il faut donc récupérer 2.30-3 heures par semaine. Les deux autres options les plus fréquentes sont le “roulement à 4” et le “roulement à 6”. La première prévoit que l’agent assure un service du matin et un service de nuit le même jour, c’est à dire qu’il quitte son travail à 13h pour reprendre à 20h de la même journée. , et non pas sur deux journées consécutives comme dans le cas du “roulement à 5” Ainsi, la rotation du personnel se fait sur quatre jours et l’unité est sûre de pouvoir disposer d’au moins deux personne par tranche horaire. On recourt au “roulement à 4” en cas de “difficulté”, quand le personnel est moins nombreux qu’en situation normale. Ce système était typique de l’été pour permettre aux salariés de partir en congé et quand on fermait des blocs opératoires et des services parce qu’il y avait moins de patients. Avec le “roulement à 6”, le salarié assure un gros service pendant deux jours consécutifs, généralement le matin car il y a plus de travail que pendant le reste de la journée, et la rotation se fait sur 6 jours au lieu de 5.
Au cours de ces dernières années, les “roulements à 4” ont presque été abandonnés: les gens étalent leurs congès de façon plus uniforme tout au long de l’année et le “roulement à 5” permet de maintenir des charges de travail moins importantes, ce qui garantit des prestations de qualité plus uniforme tout au long de l’année. Le “roulement à 4” ne se justifie plus beaucoup car la fréquentation de l’hôpital est plus uniforme pendant l’année - y compris en été - , contrairement à autrefois quand il fallait fermer des services. Le “roulement à 6” a été testé dans plusieurs unités de soins, mais sans grand succès: les salariés, les syndicats et la Direction l’ont jugé peu performant et ont préféré la solution en cinq jours. Le “roulement à 5” s’est donc généralisé et l’articulation du temps de travail des agents est devenue plus homogène.

La question des “récupérations” entraîne des tensions fréquentes entre la Direction d’un côté et les syndicats et les travailleurs de l’autre. D’après les syndicats, on constate une tendance croissante à utiliser les “récupérations” pour couvrir les congés ou pour les remplacements, ce qui est interdit par les accords syndicaux. En outre, beaucoup de surveillantes essayent d’imposer les “récupérations” en fonction uniquement des exigences du service , sans suffisamment tenir compte des besoins et de l’avis du salarié, comme le prescrivent les accords et la pratique consolidée. De même, on essaierait d’imposer un recours croissant et moins contrôlé aux heures supplémentaires pour atteindre les objectifs de productivité et d’efficience. Ces tendances plus ou moins avouées remonteraient aux premières années d’existence de l’entreprise, mais les syndicats s’y sont opposés à partir de 1997-1998. L’impression des syndicalistes est que le nombre d’heures supplémentaires a recommencé à

augmenter en 1999, mais on ne dispose pas de données certaines à ce propos. La Direction aurait aussi tenté de financer les cours de formation prévus par la loi 626 sur la sécurité avec les fonds des heures supplémentaires, ce qui n'est pas possible.

Par ailleurs, toujours selon les syndicalistes interrogés, les pressions sur les "récupérations" et les heures supplémentaires seraient tout simplement les manifestations les plus évidentes d'une tendance au développement insidieux de la "flexibilité de fait", laquelle s'exprimerait aussi par une utilisation inadéquate du personnel; en effet, dans certaines unités, et dans certaines circonstances, on constaterait une utilisation pratiquement interchangeable des aides-soignant(e)s et des OTA, et surtout, des tentatives plus généralisées de confier à ces derniers des tâches – y compris thérapeutiques – à effectuer directement sur le patient (par exemple, l'administration de médicaments par bouche, ce qui est du ressort exclusif des infirmiers/ères). On parle donc de remplacer une partie des infirmiers/ères par des OTA, mais on constate une utilisation concrète de ces derniers qui va dans le sens d'une transgression des règles établies.

L'art.27 de la convention établit également que pour le personnel posté "les conventions collectives complémentaires pourront prévoir, à partir de la date établie par elles-mêmes et, à titre expérimental, une réduction du temps de travail pour atteindre les 35 heures en moyenne par semaine". La réduction du temps de travail doit être introduite "à travers des réductions proportionnelles des heures supplémentaires ou bien à travers des modifications stables des organisations, ou encore par le biais de ressources définies pendant les négociations complémentaires" (art.27, al.2). Elle ne doit donc pas comporter de charges supplémentaires et ne doit pas se faire au détriment du service assuré au public. La réglementation laisse toute cette question aux négociations complémentaires: l'introduction, la définition des critères à adopter, l'organisation pratique, la couverture du coût économique et financier. Pour l'instant, aucune négociation ou discussion concrète sur la réduction du temps de travail n'a été entamée dans le cadre de l'établissement Careggi; bien qu'ayant l'intention d'aborder cette question, les syndicats ne semblent pas la considérer comme une de leurs priorités.

Pour finir sur ce sujet, on peut aussi signaler que ces dernières années, le travail à temps partiel s'est considérablement répandu. Il y a maintenant plus d'une centaine de contrats de ce type à Careggi et ce sont surtout des femmes ayant besoin de temps pour leur famille qui les demandent. Jusqu'à présent, on a recouru à des temps partiels aussi bien horizontaux que verticaux, et les solutions choisies sont très variées. L'entreprise n'a jamais posé de problème

particulier pour accorder le temps partiel aux salariés qui le demandent, même si, d'après les représentants syndicaux, elle exprime quelques réticences s'il s'agit de personnel médical, surtout ces derniers temps, alors qu'elle apparaît tout à fait disponible en ce qui concerne le personnel administratif. La réglementation qui prévoit un plafond de 2,5% du personnel en contrat à durée déterminée est appliquée, mais en calculant ce pourcentage sur le total des salariés et non pas pour chaque qualification. D'après le responsable du Service Infirmier , la croissance du temps partiel s'expliquerait aussi par les rigidités de l'organisation du temps de travail, lesquelles conduiraient à recourir de plus en plus au temps partiel (encore que celui-ci soit globalement limité).

4,2 La participation

Il est difficile d'évaluer la participation et l'implication des salariés dans les changements en cours. Dans l'ensemble, ceux-ci semblent plutôt avoir subi les innovations liées aux processus de rationalisation et de réorganisation. Des phénomènes – prévisibles – de "résistance au changement" se sont produits. La mobilisation des salariés est de plus en plus difficile - même s'il y a eu d'importantes exceptions, comme on l'a vu - même pour des causes positives comme les nouvelles salles d'opération du CTO. Quoi qu'il en soit, la participation aux décisions inhérentes à la restructuration et à l'assainissement de l'entreprise et à l'aménagement du temps de travail, s'est exprimée - dans les cas où elle a eu lieu – par le biais des syndicats. Du côté de l'entreprise, il faut signaler l'action de l'Unité Opérationnelle Communication Interne et Relations avec le Public, l'URP, qui, non seulement s'est adressée au public selon les modalités déjà mentionnées dans les pages précédentes (par.2.1), mais a déployé également de nombreux efforts pour promouvoir la communication interne et les rapports avec les salariés. Ceci dérive de la constatation généralisée d'un manque d'information chez les agents de Careggi concernant les changements en cours, et de la conviction de l'entreprise qu'il est nécessaire de sensibiliser , et en quelque sorte, d'impliquer les salariés dans l'introduction de toutes ces nouveautés.

La première occasion de le faire s'est présentée en 1998 avec la rédaction de la Charte des Services. Comme on l'a déjà dit, celle-ci a été élaborée à l'issue d'entretiens avec les responsables des bureaux administratifs et, pour les services médicaux, à travers un très long processus qui a comporté d'abord une série de séminaires avec des infirmiers/ères des services ambulatoires et des services hospitaliers; ensuite, on a vérifié les informations recueillies avec

les chefs de clinique . Une fois faite, cette Charte des Services a été distribuée aux chefs de clinique, aux surveillantes et au personnel médical et infirmier. Des rencontres ont ensuite été organisées pour vérifier si les normes établies étaient bien respectées, éventuellement pour les revoir et les mettre à jour. On tente ainsi d'établir un canal de communication et de discussion entre l'entreprise et ses salariés.

L'Urp organise aussi des débats avec les unités concernées où l'on discute des résultats des enquêtes menées auprès du public et des motifs les plus courants ou les plus significatifs des plaintes relevées. C'est un excellent moyen pour sensibiliser les salariés aux exigences et requêtes du public, et pour réfléchir aux solutions à apporter aux éventuels dysfonctionnements ou carences; de telles occasions devraient stimuler le dialogue et la compréhension réciproque entre les différents niveaux de la direction et le reste du personnel. Au cours de ces rencontres, des problèmes, des difficultés ou des réclamations peuvent surgir, et le responsable de l'Urp peut les faire remonter à la Direction qui peut à son tour utiliser ces informations pour orienter ses propres choix.

L'Urp publie un bulletin mensuel , "L'Info", où l'on donne des informations sur la vie de l'établissement et sur les mutations qu'il connaît: restructurations, ouvertures de nouveaux services, réorganisations, embauches et départs à la retraite. Ce bulletin est un peu un forum où l'on débat des sujets "chauds" du moment et des problèmes des différents services. Il informe également des décisions de la Direction et des innovations introduites par la loi

.

Les syndicats ont des doutes sur l'activité de l'Urp. D'après les personnes interrogées, la préparation de la Charte des Services a impliqué davantage les chefs de clinique et les cadres chargés de la gestion du personnel que les agents eux-mêmes qui sont restés un peu en marge de cette expérience. Ces discussions où l'on se penche sur les normes et leur respect seraient en fait des occasions de contrôle et éventuellement de sanctionnement des comportements des salariés, beaucoup plus que l'opportunité d'ouvrir un débat et d'échanger des points de vue. Cette "distorsion" serait évidente dans les rencontres organisées pour parler des réclamations présentées par le public ou des résultats des enquêtes de satisfaction des usagers: bien loin d'être une possibilité d'expression des exigences et des problèmes affrontés par les agents, ces réunions auraient en fait un caractère très "punitif" vis-à-vis de ces derniers et des services directement appelés en cause par le public. Le dialogue serait en fait réduit à son plus strict minimum et la communication se ferait en sens unique. Les syndicats se plaignent aussi de ne

pas pouvoir s'exprimer et intervenir suffisamment dans le bulletin, en fait monopolisé par la Direction. Dans le bulletin, le débat se tient essentiellement entre médecins, et les autres catégories de personnel n'ont pas la possibilité de faire entendre leur voix.[58].

La participation des salariés pourrait s'exprimer à travers un organisme institutionnel, le Conseil Médical. Constitué en vertu du décret de loi 502 et de la loi régionale d'application votée ensuite, ce comité est un organe consultatif chargé d'émettre un avis obligatoire au Directeur Général concernant les activités techniques, médicales et d'assistance,aussi bien pour l'organisation que pour les investissements qu'elles comportent. Le Conseil Médical doit contrôler le règlement de l'entreprise, le Rapport Sanitaire, les principaux actes de programmation de l'entreprise, l'institution, la modification ou la suppression de services hospitaliers. Présidé par le Directeur Sanitaire, le Conseil réunit les responsables des fonctions, des membres de droit, et vingt-cinq élus, parmi lesquels douze praticiens –six hospitaliers et six universitaires – (les représentants des praticiens hospitaliers sont élus parmi les chefs de clinique), trois médecins conventionnés (un médecin de ville, un pédiatre, un spécialiste de médecine ambulatoire), quatre représentants des autres diplômés de la santé, dont deux élus parmi les cadres médicaux et deux autres qui représentent la faculté de médecine, trois représentants du personnel infirmier élus parmi les cadres et trois représentants des techniciens, eux aussi élus parmi les cadres. Le Conseil est en place pour trois années, comme la Direction, et se réunit tous les mois.

Il s'agit donc d'un organisme assez vaste, voire pléthorique et inefficace aux dires des interlocuteurs interpellés. Il n'est apprécié ni par les syndicats ni par la Direction qui préfèrent la négociation syndicale directe. On le sollicite le moins possible, mais quand c'est vraiment inévitable, son rôle se réduit généralement à ratifier des décisions prises ailleurs. En revanche, institué par la Direction de l'entreprise, le Collège des Chefs de Cliniques qui regroupe une dizaine de membres élus parmi les chefs de services est beaucoup plus important. Il partage avec la Direction Sanitaire quelques responsabilités relatives à la conduite des structures et détient d'importants pouvoirs sur certaines nominations comme celles des responsables de Fonctions qui sont désignés par la Direction mais sur lesquelles le Collège émet un avis contraignant.

[58] Quoi qu'on en pense, ces remarques semblent justifiées à la lecture de plusieurs numéros du bulletin.

Pour l'avenir proche, l'objectif stratégique des syndicats est d'élaborer des formes de participation des salariés à l'établissement des objectifs à atteindre et du budget. A ce propos, un accord signé avec un autre établissement de soins florentin , l'hôpital pédiatrique Meyer, est une référence tout à fait intéressante. Il prévoit l'introduction de modalités précises de confrontation entre les cadress et les agents des services afin d'élaborer des propositions programmatiques et les objectifs à atteindre en 2001, ce qui constitue une base de départ dans la négociation des objectifs et du budget avec la Direction.

5. Quelques éléments sur les services auxquels les questionnaires ont été distribués

Les laboratoires

Les activités de laboratoire étaient autrefois dispersées dans les différents pavillons, auprès des divers services de médecine spécialisée. Plusieurs laboratoires effectuaient les mêmes examens pour des services différents et à des coûts dont les différences ne s'expliquaient pas bien. L'unité fonctionnelle Activités de Laboratoire comprend 13 unités opérationnelles; l'objectif principal est de réduire les coûts tout en assurant des prestations de la même qualité qu'avant et avec des temps d'attente équivalents, voire inférieurs. L'éparpillement de ces activités sur le site ne se justifiait pas complètement: dans bien des cas, les examens effectués autrefois à plusieurs endroits et par plusieurs machines peuvent maintenant l'être à un seul endroit et avec moins de matériel, ce qui permet de dégager des économies d'échelle et d'employer les ressources de façon plus rationnelle. La réorganisation s'est donc traduite par une centralisation de la plupart des laboratoires – et de tous ceux qui réalisaient les plus gros volumes – en un seul centre de prélèvements, le nouveau Plateau des Services, où sont réunis machines et personnels.

Pour cela, un important travail préalable d'identification des divers types d'examens a été effectué - on en a relevé 150 – et on a distingué ceux qui pouvaient être centralisés dans de bonnes conditions, y compris au plan économique, et ceux qu'il valait mieux maintenir dans des unités décentralisées. Pour opérer ce choix, on ne s'est pas contenté de prendre en compte des questions de coûts, mais on a pensé aussi à la qualité et aux exigences de la Faculté de Médecine, ce qui explique du reste que l'on ait complètement confié certains laboratoires à l'université avec laquelle Careggi a passé une convention. Ce travail préalable sur les examens a également permis de rendre plus homogènes et transparentes les procédures et les pratiques

de travail pour que tous les laboratoires puissent être parfaitement performants et assurer des résultats de qualité.

Autre élément important, il a fallu revoir les procédures d'expédition des examens dans les services, celles-ci ayant inévitablement changé avec la création d'une structure centralisée. Pour le contrôle de gestion et le nouveau système budgétaire et de comptabilité, on s'est penché plus particulièrement sur les coûts de transport. Le système des gardes de nuit du personnel de laboratoire a lui aussi été modifié; les gardes se font maintenant toutes au laboratoire central, alors qu'auparavant, l'ensemble des laboratoires était concerné. La centralisation de ces activités n'a pas entraîné de réduction du personnel qui, du reste, change souvent ici. Les questionnaires font apparaître que les agents pensent que la charge de travail et l'intensité de ce dernier ont augmenté. La réalisation d'un seul centre de prélèvement facilite certes l'accès du public qui n'a plus qu'à se rendre à un seul endroit pour le prélèvement et le retrait des résultats des nombreux examens effectués.

LES URGENCES ET LE TRANSPORT INTERNE DES MALADES

Les services des urgence et le transport interne des patients ont été réorganisés de diverses façons: adoption d'un nouveau système de sélection des patients en fonction de la gravité, et donc de l'urgence, introduction d'un médecin réanimateur dans les urgences internes, un système pour joindre des infirmiers/ères libéraux et l'achat de deux ambulances destinées exclusivement au transport interne. Cette réorganisation doit être envisagée dans le cadre de la constitution du Département des Urgences et de la nouvelle centrale opérationnelle encore en cours de réalisation.

Grâce à ces innovations, le service est incontestablement plus performant et répond mieux aux exigences des services et des urgences. L'achat de deux ambulances est à la base du service de transport interne, sans dépendre des associations externes et du 118 qui effectuaient auparavant une grande partie de ce travail. On a donc décidé de gérer en interne et dans de bonnes conditions économiques une activité qui était autrefois confiée à des organismes externes qui avaient passé des conventions avec l'établissement. Ce choix s'explique aussi par la volonté d'attacher plus d'importance au service et de surmonter toute une série de problèmes de coordination avec les associations qui ralentissaient et compliquaient l'activité. Le personnel infirmier et les OTA ont suivi des cours de formation pour pouvoir travailler dans des ambulances équipées pour les urgences et assister le médecin réanimateur, ce qui a accru leur

professionalisme. La réorganisation a comporté une hausse du nombre d'OTA qui travaillent par roulements: les questionnaires font apparaître une satisfaction des intéressés qui apprécient ce type d'articulation du temps de travail et pensent avoir ainsi davantage de temps libre.

PARTICIPATION DES SALARIES
ET EFFICACITE DE L'HOPITAL EN ITALIE ET EN FRANCE
Synopsis du projet d'ouvrage,
préparé par Jacques Bouteiller, décembre 2001

INTRODUCTION

Dans la plupart des pays du monde *" l'exacerbation de la concurrence due à la mondialisation et la volonté de contenir les dépenses de l'Etat ont pour effet que les systèmes de santé, comme d'autres services publics, font de plus en plus l'objet de réformes "* [OIT, 1998].

Les politiques contemporaines de rationalisation et d'adaptation de l'offre de soins, de contrôle des coûts de la santé et d'ajustement de la qualité des prestations ont à voir avec les évolutions macro-économiques d'ensemble dans un contexte d'internationalisation des marchés. En Europe en particulier, les perspectives de marché unique et d'unification monétaire ont conduit les Etats à rationaliser la dépense publique sous la double contrainte de réduction du déficit public (afin d'assurer la stabilité des monnaies) et de lutte pour l'emploi.

En dépit de ces convergences sur les buts à atteindre, les contextes structurels et historiques nationaux font que les réformes engagées revêtent des formes différenciées d'un pays à l'autre. Ainsi, la France et l'Italie ont bien poursuivi, au cours des dernières décennies, des objectifs convergents de stabilisation des monnaies et de réduction de l'endettement public ; toutefois, dans chacun des pays, les rythmes et les moyens des réformes structurelles ont été très dissemblables (désinflation compétitive mise en œuvre de façon rigoureuse et précoce en France ; maintien plus durable des avantages compétitifs tirés d'une monnaie dévaluée en Italie) [Aglietta, Le Cacheux, 2000] ; car les réformes structurelles, les arbitrages entre compétitivité et emploi et la consolidation des finances publiques amènent les politiques publiques nationales a réaliser des compromis

sociaux dont les formes sont toujours spécifiques à la configuration sociétale des forces (politiques, économiques et sociales) en présence et des conditions historiques qui les ont modelées.

Deux pays à peu près comparables en termes de performance apparente des systèmes de santé [OECD, 2001 ; Bac, Cornilleau, 2001] (voir annexe), qui ont cependant chacun leur propre logique de transformation dans des contextes sociétaux différents. Dans les deux pays, la conduite de la transformation visée des établissements de soins combine resserrement et modification du mode de financement et de contrôle budgétaire avec l'introduction de techniques managériales et de gestion plus ou moins " importées " de l'entreprise privée placée en contexte concurrentiel, sous contrôle du marché. De façon très circonscrite, nous nous intéressons ici à un aspect bien particulier des politiques de rationalisation des soins dans les établissements de santé en interrogeant la relation (biunivoque ?) souvent postulée entre la participation des salariés au changement et l'efficacité de l'hôpital.

Les établissements de soins (publics et privés, hôpitaux, cliniques) sont des organisations complexes dont les logiques internes (économiques, techniques, sociales, professionnelles) sont soumises à la pression croissante d'impératifs d'efficacité, d'efficience et de performance imposées de l'extérieur et dont l'évaluation objective peut poser problème [Lombrail, Naiditch, Baubeau, Cases, Cuneo, 2001]. Les logiques propres à l'organisation doivent également composer avec les évolutions (plus ou moins autonomes et, partant, exogènes) des systèmes sociaux (dont les règles de droit et les relations professionnelles portent l'empreinte emblématique).

La comparaison internationale, qui porte ici sur deux pays, permet de tester la spécificité (ou au contraire la convergence) des modes d'adaptation de l'organisation –ici l'établissement de santé- aux injonctions au changement et aux évolutions contextuelles qui la pénètrent. D'autres travaux [Arrowsmith, Mosse, 1998 ; Vassy, 1999] ont déjà utilisé, pour d'autres pays, une méthode comparative pour analyser les effets endogènes sur l'organisation hospitalière de changements structurels qui lui sont extérieurs : une façon de *" tester les effets du contexte national sur une forme d'action collective…. (…)…défi intellectuel pour la sociologie des organisations "* [Vassy, 1999, p.333-334].

Le niveau d'observation du changement et de ses effets sur la relation participation – efficacité est celui de l'organisation (hôpital, clinique). Trois établissements de soins ont été choisis dans chacun des pays pour permettre une analyse

fine des transformations induites par les changements introduits en leur sein. Ils constituent le lieu où, finalement, se joue la performance du système hospitalier et la validité des politiques publiques mises en œuvre. L'accent est mis plus particulièrement sur les conséquences de différents changements (notamment les démarches qualités et l'aménagement du temps de travail) tant au plan des relations industrielles qu'économiques et sociales. On y interrogera la manière dont la relation participation – efficacité dans l'organisation est affectée par ::

- L'impact des réformes générales (extérieures) des systèmes de soins (chapitre I)
- Les effets de la lente transition des sociétés occidentales vers un " nouveau paradigme productif " à base de transformation volontariste des rapports de travail (repli syndical, appel à la participation directe) (chapitre II).
- Les politiques de " qualité " totale et leur impact sur l'organisation et la division du travail hospitalier (chapitre III)

CHAPITRE I . LES EFFETS DE LA REFORME SUR LES ETABLISSEMENTS DE SOINS

Depuis une dizaine d'années, la France et l'Italie, à l'instar de la plupart des autres pays européens, ont engagé des réformes de leur système hospitalier[59] que l'on peut qualifier de structurelles. Elles affectent plusieurs dimensions de l'activité, du financement et de l'organisation de l'hôpital et convergent pour en faire un lieu ouvert et rationalisé.

Les analyses effectuées dans ce chapitre s'articulent autour de deux questions principales. Toutes deux se posent dés que l'on observe, à une certaine distance (c'est à dire avec une certaine focale), les réformes publiques introduites dans les établissements de santé européens

1/ D'une part, il s'agit de savoir si les réformes des systèmes hospitaliers entreprises dans les deux pays relèvent bien d'un ensemble assez proche de contraintes (

[59] Celui-ci étant entendu, dans les deux cas, au sens large, incluant hospitalisation publique et privée.

contraintes de politique macro-économique, notamment : réduction des coûts dans un contexte de réduction des déficits publics et de la dette publique) d'objectifs (rationalisation de l'offre de soins à qualité croissante et à coûts maîtrisés) et de moyens (mise des établissements en concurrence " réglée " et " régulée ", centrage sur la gestion de la " ressource humaine ", sur la différenciation de l'offre et sur la qualité des soins, développement de l'innovation technique). En d'autres termes, la " crise du welfare state " et de l' " Etat providence " qui affecte les pays occidentaux détermine-t-elle, comme on le dit, les mêmes ondes de chocs sur les systèmes hospitaliers italiens et français ? Quelle part de spécificité sociétale apparaît dans les changements introduits ?

2/ D'autre part (mais de manière très imbriquée), comment très concrètement des établissements hospitaliers italiens et français s'approprient-ils les changements dictés par la politique publique ? Comment les logiques historiques qui ont guidé le développement interne de ces organisations composent-elles avec les nouveaux dispositifs de régulation des systèmes de soins ? Le font-elles de manière originale, ou au contraire convergente ? Les réformes introduisent-elles une rupture brutale de la " dépendance du sentier ", ou bien chaque organisation se livre-t-elle à des " arrangements " locaux spécifiques ménageant à la fois leur dynamique propre, leurs réflexes " sociétaux " et les nouvelles normes d'efficience ?

Après avoir rappelé les étapes historiques et les modalités de mise en œuvre de la modernisation des établissements de soins en Italie (1) puis en France (2), l'empreinte de ces réformes sera recherchée dans les transformations concrètes des établissements italiens (3) et français (4) pris comme terrains d'observation. Une des réactions les plus fréquentes des établissements étudiés est bien de réaménager leurs relations avec leur environnement ; encore le font-ils de manière différente selon leur contexte et en fonction des ressources qui leurs sont propres (5).

I. L'évolution du système sanitaire national Italien : régionalisation et responsabilité financière

I-1 Réformes, régionalisation et responsabilité financière

I-2 Réduction des capacités hospitalières, alternatives et rationalisation

I-3 Transformation de l'emploi hospitalier

II. L'évolution du système hospitalier en France.

II-1 Réformes, évolutions, régulations

II-2: Réduction / stagnation des capacités, technicisation et partenariat

II-3 : Transformation de l'emploi hospitalier

***TRANSITION / SYNTHESE* : des problématiques communes dans des contextes différents.**

L'analyse des évolutions des systèmes de santé en France et en Italie, montre qu'il existe un certain nombre de convergences entre les deux pays.

Ces vingt dernières années, les deux systèmes ont fait l'objet de réformes allant toutes dans le sens d'une rationalisation, à savoir, une maîtrise des dépenses de santé alliant la conservation voire l'amélioration de la qualité du service.

Régionalisation des systèmes, renforcement de l'autonomie et de la responsabilité des établissements, mise en place d'instances nouvelles chargées de missions d'évaluation sont les traits caractéristiques des réformes sur le plan institutionnel.

Rationalisation : Réduction des capacités hospitalières, intensification des séjours, développement d'alternatives à l'hospitalisation et modification de la structure des personnels, apparaissent comme les traductions concrètes de ces changements.

La concomitance de ces changements est tout aussi frappante que la similitude des outils et des techniques mobilisées. Toutefois, si l'on quitte un instant la perspective technocratique et gestionnaire, il apparaît que ces changements se greffent sur des contextes dont l'histoire, les logiques de développement et les structures sont différentes.

Des rapides panoramas des situations françaises et italiennes, dressés dans cette première partie, il faut sans doute tirer l'hypothèse que les " mutations " dont il est question ne résultent pas de l'introduction massive de nouveaux modes de gestion mais plutôt de l'existence de chocs différenciés, et sociétalement définis, entre, d'une part, une vague de rationalisation et, d'autre part, des spécificités nationales que cette vague tente vainement d'effacer.

Les rapports public / privé ; les déséquilibres interrégionaux et surtout la place qu'ils tiennent dans les attendus des réformes), le poids de la sphère du politique dans la régulation ; etc. constituent autant de domaines qui illustrent que la théorie de la convergence ne résisterait pas à une analyse qui mettrait au centre non pas les logiques gestionnaires (avec leurs objectifs et leurs rationalités) mais les institutions, les acteurs et la mise en œuvre effective de leur stratégies. L'analyse des modalités concrètes de changement dans trois hôpitaux italiens et trois établissements de soins français confirme et enrichit ce point de vue.

III .L les modalités de la reforme dans trois hôpitaux italiens

III-1 L'hôpital " ITAPA "

III-1-a Contexte et environnement de l'hôpital

III-1-b Le changement et ses effets sur l'hôpital comme organisation

III-2 L'hôpital " ITASUD "

III-2-a Contexte en environnement de l'hôpital.

III-2-b Le changement et ses effets sur l'hôpital comme organisation

III-3 L'hôpital " ITATO "

III-3-a Contexte et environnement de l'hôpital.

III-3-b Le changement et ses effets sur l'hôpital comme organisation

IV . Les modalités de la reforme dans trois établissements français

IV-1 L'hôpital " FRACOU "

IV-1-a Contexte et environnement de l'hôpital.

IV-1-b Le changement et ses effets sur l'hôpital comme organisation

IV-2 L'hôpital " FRALEV "

IV-2-a Contexte et environnement de l'hôpital.

IV-2-b Le changement et ses effets sur l'organisation de l'hôpital

IV-3 La clinique " FRAPRIV "

IV-3-a Contexte et environnement de la clinique.

IV-3-b Le changement et ses effets sur l'organisation de la clinique

V . Réforme, autonomie et concurrence : le ré-amenagement des relations de l'hôpital avec son environnement

Les hôpitaux sont confrontés à une contradiction entre une logique économique qui tend à les autonomiser et une logique financière qui les entrave. Dans cette situation le rapport à la concurrence est décisif pour comprendre comment l'hôpital se situe. Mais la manière dont chaque établissement tient compte de son environnement est encore plus importante pour en comprendre les effets sur l'organisation du travail et la qualité des soins.

On peut dégager trois tendances à partir des observations faites au cours de ce chapitre.

V-1 Les politiques hospitalières au travers des prismes sociétaux

D'une part, si les mêmes contraintes et des objectifs économiques similaires guident les politiques de réforme hospitalière des deux pays, les moyens empruntés pour rationaliser la gestion globale de l'offre de soins mais aussi celle des établissements eux-mêmes composent avec des normes sociétales déterminées à la fois par l'histoire des institutions, les configurations d'acteurs et de leurs rapports réciproques, les usages et les pratiques sociales.

Ainsi, par exemple, l'ancrage plus ancien et plus profond du rôle des régions (provinces) dans le fonctionnement social et politique en Italie peut expliquer une avancée plus forte de la décentralisation de la gestion du système hospitalier dans ce pays. Un même mouvement de déconcentration des décisions de gestion paraît également conférer plus d'autonomie à l'" entreprise " hospitalière italienne ; en revanche, la contrainte budgétaire (désormais appliquée de manière plus intransigeante qu'en France) pourrait être l'outil privilégié pour garantir l'efficience du système hospitalier dans ce pays.

De ce point de vue, il faudrait s'interroger sur les différences qui semblent séparer les deux pays quant aux modes de coordination du changement entre les établissements de soins : (plus négocié, contractualisé et à spectre plus large en France qu'en Italie) ; on peut également formuler l'hypothèse d'une plus grande prégnance des idéologies " égalitaristes " en France, avec pour conséquence le rôle majeur conféré à l'Etat pour déterminer, régler la mise en œuvre et assurer le contrôle d'une règle unique (règle de financement, règle de mise en œuvre et de contrôle de la qualité). Avec pour conséquence le fait que l'unicité et la rigidité de la règle formelle puisse conduire dans les faits à maintes dérogations et à des arrangements locaux plus fréquents. Par exemple : en Italie, la possibilité est conférée aux régions et aux territoires de compléter le financement public du système de soins par

l'adjonction de ressources propres, quitte à créer de la différenciation entre elles. En France, on constate plusieurs cas de remise en cause de décisions de fermeture d'établissements hospitaliers par les citoyens, les élus locaux, voire les personnels de l'hôpital.

V-2 Les réformes hospitalières à l'épreuve des dynamiques internes de l'hôpital et des contextes locaux.

D'autre part, si les processus de réformes doivent ainsi composer avec des contextes " sociétaux ", ils rencontrent également les contextes locaux et les dynamiques propres aux établissements qui doivent les mettre en œuvre. Or, ces contextes et ces dynamiques peuvent, selon les cas, se révéler plus ou moins porteurs d'une opérationalisation rapide de l'intention affichée par les autorités publiques. Ainsi, les six études de cas font bien ressortir une identité des " cibles " à atteindre mais laissent entrevoir les différences sérieuses qui peuvent séparer les établissements, y compris au sein d'un même contexte national, quand au choix des moyens, aux délais et aux difficultés de réalisation des changements à mettre en œuvre.

V-3 L'ouverture de l'hôpital, l'apprentissage de la contractualisation et la mobilisation des acteurs comme passage obligé vers l'efficience : mise en concurrence réglée, coopération et réseaux. .

Ainsi, dans chacun des cas étudiés, le resserrement de la contrainte budgétaire (mode de financement par pathologie, etc.) et la plus grande autonomie de gestion poussent bien les établissements à s'"ouvrir " sur leur environnement, à tramer des coopérations en externe, négocier des partenariat et aménager des réseaux. Force est de constater toutefois que l'efficacité de ces aménagements et leurs délais de mise en œuvre sont assez hétérogènes d'un établissement de soins à l'autre.

En conclusion, une des réponses obligées pour les établissements de soins soumis à l'injonction de rationalisation de l'offre paraît bien être une modification de leur place par rapport à la concurrence dans le souci de recherche de l'efficicience maximale. Renforcer ses atouts, négocier avec l'environnement externe des complémentarités et des coopérations, garantir que sera fait " ailleurs " ce que l'on ne sait pas faire, ou ce que l'on fait à coût trop élevé, telles sont les issues des établissements hospitalier, publics ou privés, dans les deux pays.

Nous avons vu que cette recherche d'efficience et d'efficacité amenaient ces organisations –autrefois repliées sur elles-mêmes et plus soumises à des fonctionnement routinisés- à multiplier la négociation avec les autres entreprises de son environnement comme avec les pouvoirs publics déconcentrés. Mais négocier et contractualiser avec l'extérieur suppose que l'hôpital se donne les moyens de s'engager et de tenir ses engagements. Il doit surmonter, pour cela, l'ensemble des obstacles qui peuvent se

dresser, en interne, sur la voie du changement (spécialisation, changement d'approche de la qualité des soins, densification et intensification des séjours, réduction du nombre de lits, fermeture et reconversion de services, voire de sites, etc.).

Si l'efficacité de l'hôpital devient en grande partie dépendante de son aptitude à négocier en externe et à s'engager par voie contractuelle, elle devient plus que jamais conditionnée par sa capacité de négocier, en interne, les changements requis. Les établissements de soins sont des lieux de rencontre d'intérêts antagonistes, de rapports de pouvoir et de hiérarchies plus ou moins ossifiés, de conceptions plus ou moins diversifiées du changement, etc… Ainsi, la participation, l'implication et la mobilisation des différents acteurs qui stratifient plus ou moins le corps social de l'organisation représente une des clés de l'efficacité de l'entreprise plus autonome, plus ouverte et plus " engagée " qu'ont dessinée les politiques sanitaires des deux pays.

CHAPITRE II
EVOLUTION DES RAPPORTS DE TRAVAIL A L'HOPITAL : SYNDICALISME, PARTICIPATION ET MOBILISATION DES SALARIES

Les réformes engagées à l'hôpital, en France comme en Italie, ressortissent d'un mouvement général d'évolution des systèmes productifs occidentaux vers de nouvelles formes de fonctionnement économique et social emblématiquement désignées parfois par le terme de " nouveau paradigme paradigme productif ". L'organisation de la production se fonde sur une évolution de la demande plus variable, plus diversifiée et qualitativement plus exigeante ; la façon de produire les biens et les services se transforme sous le double effet de ces exigences nouvelles du consommateur et de la montée en puissance de technologies efficaces et adaptables. Du même coup, émerge une autre conception de la mise en œuvre de la force de travail, des qualifications et des compétences. De nouveaux modèles organisationnels se font jour qui prennent pour principe la centralité de la ressource humaine et visent à développer une communication

et une interaction humaine efficaces et à doter, par la formation notamment, la force de travail des qualités nouvelles requises par ces nouveaux modèles : autonomie et capacité de réaction face aux aléas et aux incertitudes de la production.

Ces évolutions vont généralement de pair – mais sans que l'intensité et le sens de la causalité entre les deux phénomènes soit bien établi- avec deux tendances majeures : le repli de l'organisation et de l'action syndicales d'une part ; l'appel des responsables d'entreprises et des directions des ressources humaines à la " mobilisation générale " des salariés (de leurs compétences, de leur temps et de leurs énergies) vers les objectifs d'efficience économique et de satisfaction qualitative de la demande poursuivis par l'organisation.

Ces tendances fortes des organisations se retrouvent dans les établissements de soins publics et privés. Elles posent plusieurs types de questions auxquelles ce chapitre et le suivant tenteront de répondre. Comment les salariés participent-ils (directement et indirectement) a des changements introduits de l'extérieur ? De quelle manière sont-ils associés (et le sont-ils) à des réformes hospitalières qui, au bout du compte, vont concerner leur vie quotidienne tant elles peuvent remettre en cause l'organisation de leur travail, le contenu de leurs tâches, leurs systèmes de relations dans l'entreprise, leur temps de travail et, partant, leur vie sociale, familiale, domestique et citoyenne. ? De quels outils et de quelles instances de mobilisation, d'implication et de participation directe des salariés les organisations hospitalières se dotent-elles pour gagner leur pari d'efficicence et d'efficacité et pour respecter leurs nouveaux engagements contractuels (budgets, projets d'établissement, contractualisation avec d'autres établissements) et satisfaire les nouvelles exigences de qualité (technique et sociale) des soins ? Les modes traditionnels de participation indirecte (par la représentation et la négociation syndicales) et de mobilisation directe (implication professionnelle, professionnalité) des salariés sont-ils remis en cause par les nouveaux modes de gestion des ressources humaines ? Ou, au contraire, les modes d'organisation dits " participatifs " ne sont-ils que l'enveloppe emblématique de pratiques et de techniques ancestrales de mobilisation de la force de travail et de soumission à l'organisation ? Quelle part reste-t-il finalement dans l'organisation des relations de travail à l'hôpital à l'action syndicale traditionnelle ? Comment s'articule théoriquement et pratiquement cette dernière à des modes organisationnels qui se réclament de pratiques participatives ?

Après avoir dégagé les traits les plus saillants des évolutions des relations industrielles en Italie (I) et en France (II) nous examinerons, au plus prés des pratiques, les rapports de force en présence et les modes d'articulation entre participation directe et participation indirecte dans les trois hôpitaux italiens (III) et dans les trois établissements de soins étudiés en France (IV). Quelques enseignements généraux seront ensuite tirés de cet ensemble d'observations (V).

I Les relations industrielles en Italie

II Les relations industrielles en France

III . Syndicalisme et participation dans les trois hôpitaux italiens

III-1 Les modalités de participation au changement à ITAPA

III-1-a Le syndicat et les processus de changement

III-1-b Emploi, temps de travail et participation des travailleurs au changement

III-1-c Quelles conditions au changement ?

III-2 Les modalités de participation au changement à ITASUD.

III-2-a Le syndicat et la nouvelle donne

III-2-b Emploi, temps de travail et participation des travailleurs au changement

III-2-c Les conditions du changement aux urgences, en radiologie et en chirurgie cardio-vasculaire

III-3 Les modalités de participation au changement à ITATO.

III-3-a Les syndicats et le changement

III-3-b Emploi, temps de travail et participation des travailleurs au changement

III-3-c Les conditions du changement dans les laboratoires et aux urgences,

IV . Syndicalisme et participation dans les trois établissements français

IV-1 Les modalités de participation au changement à FRACOU

IV-1-a Le syndicat et les processus de changement

IV-1-b L'action syndicale à l'hôpital

IV-1-c La participation des travailleurs au changement

IV-2 Les modalités de participation au changement à FRALEV

IV-2-a Le syndicat et les processus de changement

IV-2-b L'action syndicale à l'hôpital

IV-2-c La participation des travailleurs au changement

IV-3 Les modalités de participation au changement à FRALEV

IV-3-a Le syndicat et les processus de changement

IV-3-b L'action syndicale à la clinique

IV-3-c La participation des travailleurs au changement

V Des systèmes d'action syndicale différenciés, des syndicats présents et réactifs : la difficile mise en place d'instances et d'outils de participation directe.

Des observations faites dans ce chapitre on dégage à la fois des tendances convergentes et des tendances différenciatrices entre les deux pays quant aux évolutions des relations de travail induites par l'introduction des modèles organisationnels et managériaux du " nouveau paradigme productif " à l'hôpital (qualité, mobilisation individuelle, participation directe).

D'une part, dans les deux pays l'organisation syndicale reste présente et active dans la contestation et dans la négociation des conséquences du changement, parfois même au travers d'instances de négociation ou de consultation renouvelées. Cependant, les formes et les philosophies d'action divergent sensiblement d'un pays à l'autre en raison à la fois de leur mode spécifique de construction historique et des particularités de leur encadrement institutionnel. (V-1).

D'autre part, dans les deux pays, les modes de gestion des ressources humaines mis en place appellent bien une " mobilisation générale " et une implication directes des salariés aux objectifs d'efficacité et de qualité de service poursuivis par les établissements de soins. Au delà d'une deuxième convergence apparente entre les deux pays sur la difficulté de mise en œuvre d'instances et d'outils efficace de participation directe, apparaissent à nouveau des différenciation quant aux moyens utilisés par chacun. (V-2).

Au delà des contextes nationaux se révèlent également à propos de ces deux thèmes des spécifités locales au niveau même des établissements.

V-1 Des syndicats présents et réactifs dans des contextes d'action différenciés.

V-2 Diversité des instances et des outils de participation directe : l'efficacité en question ?

Il s'agira, dans cette partie de synthétiser, voire de développer, les deux observations suivantes :

- dans chacun des établissements des deux pays apparaissent de nouvelles instances, plus ou moins participatives, plus ou moins formalisées ;
- leur multiplication peut parfois alourdir le fonctionnement institutionnel de l'hôpital, comme c'est le cas en France, et nuire ainsi à l'efficacité de la mission d'implication des personnels qu'elles se sont fixées ;
- des instances similaires tendent également à émerger et à se constituer formellement dans les hôpitaux italiens sans pour autant que les acteurs locaux paraissent leur reconnaissent une efficacité réelle (cas des " comités de département ", mais aussi des " commissions bilatérales ", " conseil sanitaire " à ITAPA ; " Conseil des personnels de santé " à ITASUD ; " conseil médical " à ITATO).

Conclusion / Transition

En revanche, certains établissements italiens sont parvenus à développer dans certains secteurs des modes d'implication individuelle des salariés en créant des fonds permettant l'individualisation des salaires. Les hôpitaux français ne possèdent pas cette marge de manœuvre ; en grande partie sous l'influence d'une norme sociale plus " égalitariste " que l'action syndicale s'efforce de perpétuer, tout particulièrement dans le secteur public.

Finalement, on renouvelle le constat fait au cours du premier chapitre. Face à des contraintes et injonctions assez similaires –ici, l'appel à la mobilisation individuelle des

salariés et l'introduction de modèles organisationnels conformes au " nouveau paradigme productif "- les établissements hospitaliers italiens et français fournissent des réponses variées dont la teneur résulte d'une équation mêlant l'histoire des institutions et des relations entre acteurs aux dynamiques locales et aux modes de construction des organisations.

CHAPITRE III
LES CONSEQUENCES DU CHANGEMENT POUR LES SALARIES : DEMARCHE QUALITE ET AMENAGEMENT DU TEMPS DE TRAVAIL

Dans les deux pays, les réformes introduites dans les établissements de soins ont des incidences, souvent fortes, sur les modes d'organisation et de division du travail hospitalier et par voie de conséquence sur la vie de travail comme sur la vie hors travail des salariés. Le contenu des tâches, les qualifications et les compétences requises aux différents postes, la charge de travail (physique et mentale) et son intensité, la pression temporelle, l'organisation des horaires de travail ou encore le sens même du travail sont concernés par les différentes restructurations et réorganisations hospitalières.

L'analyse des modifications des conditions du travail hospitalier est menée ici à partir de l'observation de deux changements majeurs : les démarches qualité et l'aménagement du temps de travail. Nous nous demanderons d'une part quelle est la nature et l'ampleur des conséquences de ces deux évolutions organisationnelles sur la structure de l'emploi, l'organisation et la division du travail ; nous interrogerons d'autre part, sur la base d'un questionnaire approprié, les salariés des six établissements étudiés afin de dégager leur propre perception du changement, de ses conséquences et du rôle qu'ils y ont joué.

Dans un premier temps, seront caractérisés et comparés pour chacun des deux pays les modes et les degrés d'introduction des démarches qualité et des politiques

d'aménagement du temps de travail (I). Seront ensuite quantifiées et qualifiées les évolutions de la structure et des conditions de l'emploi hospitalier eu égard aux changements introduits dans l'organisation et à son besoin accru de flexibilité de la force de travail (II). Dans un troisième temps, nous examinerons, au plus prés de la réalité vécue par les salariés, les effets du changement sur l'organisation et la division du travail au sein des hôpitaux choisis pour terrain d'observation (III). Enfin, nous présenterons les résultats de l'enquête menée par questionnaire auprès des salariés des six établissements : ils reflètent, mais de manière différente selon les structures d'appartenance (établissement ou service), un sentiment assez général de mise à distance des processus de décision concernant les changements introduits et une certaine détérioration des conditions du travail. Ils seront complétés par l'analyse des opinions exprimées par les salariés de deux services à l'occasion des " focus groupes " (IV).

I Démarche qualité et aménagement du temps de travail : deux clés d'entrée pour l'observation des conséquences du changement pour les salariés de l'hôpital.

I-1 Les démarches qualité

I-1-a Démarches qualité en Italie

I-1-b Démarches qualité et accréditation en France

I-2 L'aménagement et la réduction du temps de travail

I-2-a L'ARTT en Italie

I-2-b La réduction du temps de travail en France.

II L'évolution et les transformations de l'emploi hospitalier.

II-1 L'évolution quantitative et qualitative de l'emploi

II-2 Vers une flexibilité accrue du travail à l'hôpital

III Les incidences du changement sur l'organisation du travail à l'hôpital

III.1. Conséquences du changement sur l'organisation du travail

III.2. Incidences du changement sur la structure du personnel et la division du travail.

IV La perception du changement et du rôle qu'ils y jouent par les salariés de l'hôpital

IV-1 Les résultats de l'enquête par questionnaire

IV-2 Quelle participation au changement ?

CONCLUSION

L'analyse des évolutions constatées dans les six établissements confirme la diversité et les contradictions potentielles entre les dynamiques en cours. Dans cette configuration la qualité de la coordination entre les acteurs externes et internes est décisive. Pourtant, malgré l'accent mis sur la régulation économique et la planification, notamment régionale, le niveau de l'établissement est essentiel.

Sur ce plan, la recherche comparative a montré que si des logiques nationales semblaient prégnantes, chaque établissement s'inscrivait dans une trajectoire propre que les outils de management à vocation universelle ne pouvaient pas prendre en compte.

REFINALmars2002C.rtf