

Note sur les travaux

Réunion paritaire sur le dialogue social dans les services
de santé: institutions, capacité et efficacité

Genève, 21-25 octobre 2002

Table des matières

Introduction	1
Partie 1. Examen de la question à l'ordre du jour.....	5
Rapport sur la discussion.....	7
Introduction.....	7
Composition du groupe de travail.....	7
Présentation du rapport et discussion générale	7
Discussion générale.....	9
Les services de santé et la compréhension du dialogue social.....	13
Services de santé et participation au dialogue social	22
Examen et adoption par la réunion du projet de rapport et du projet de conclusions	31
Conclusions sur le renforcement du dialogue social dans le secteur de la santé: cadre d'orientation pratique.....	32
Considérations générales.....	32
Les services de santé et la compréhension du dialogue social	32
Le programme du dialogue social dans les services de santé	33
Représentation des partenaires sociaux.....	33
Le dialogue social dans les situations d'évolution structurelle	34
Identifier et appliquer les normes de qualité.....	34
Créer et renforcer les institutions de dialogue social dans les services de santé.....	34
Planifier le dialogue social.....	35
Engager le dialogue social dans les services de santé.....	35
Conduire le dialogue social.....	35
Suivre et évaluer le processus de dialogue social dans les services de santé.....	36
Mobiliser les ressources nécessaires au dialogue social dans les services de santé.....	36
Action proposée par l'OIT	37
Concernant les directives pratiques pour le renforcement du dialogue social dans les services de santé.....	37
Concernant la migration des travailleurs de la santé.....	37
Partie 2. Résolutions	39
Examen et adoption des projets de résolution par la réunion	41
Résolution concernant les soins de santé en tant que droit fondamental de la personne	42
Texte de la résolution adoptée par la réunion.....	43
Résolution concernant les soins de santé en tant que droit fondamental de la personne	43

Partie 3. Autres travaux	45
Site Web du Département des activités sectorielles: présentation du guichet unique.....	47
Table ronde – La violence sur le lieu de travail: une menace pour les services de santé de qualité	47
Partie I: Quelle est la nature du problème?	47
Partie II: Faire face au problème.....	51
Discours de clôture.....	55
Questionnaire d'évaluation.....	57
Liste des participants	61

Introduction

La Réunion paritaire sur le dialogue social dans les services de santé: institutions, capacité et efficacité s'est tenue à Genève, au Bureau international du Travail, du 21 au 25 octobre 2002.

Le Bureau avait publié un rapport¹ en anglais, français et espagnol destiné à servir de base aux débats de la réunion. Dans un premier temps, le rapport présente:

- les changements survenus au sein du secteur de la santé, notamment au niveau des institutions et des structures, de la gestion, du développement du marché du travail et du financement des services de santé;
- les institutions, la capacité et l'efficacité des partenaires sociaux à analyser le dialogue social comme étant une approche adoptée au niveau des relations de travail, des catégories et des types d'institution, des structures gouvernementales, des employeurs et de leurs organisations, des travailleurs et de leurs organisations, des conditions requises et des critères d'aptitude au dialogue social, ainsi que des indicateurs d'efficacité de ce dernier;
- un cadre éventuel pour renforcer le dialogue social dans le secteur de la santé.

Le Conseil d'administration avait désigné M. V. Klotz, membre gouvernemental pour le représenter et présider la réunion. Les deux vice-présidents élus par la réunion étaient: M. R. Tremblay (Canada), du groupe gouvernemental/employeurs et M^{me} D. Matebeni, du groupe des travailleurs.

Ont assisté à la réunion les représentants gouvernementaux des pays suivants: Afrique du Sud, Barbade, Brésil, Canada, République centrafricaine, Chili, Chine, Chypre, Colombie, République de Corée, Egypte, Etats-Unis, Finlande, France, Ghana, Hongrie, Kenya, Luxembourg, Maroc, Maurice, Nigéria, Panama, Philippines, Pologne, Suisse, République arabe syrienne, République tchèque, Tunisie et Venezuela; huit membres employeurs et 25 membres travailleurs.

Quatre observateurs de l'Organisation mondiale de la santé ont assistés à la réunion et des représentants des organisations internationales non gouvernementales suivantes ont également assisté à la réunion en qualité d'observateurs: la Confédération internationale des syndicats libres; le Conseil international des infirmières; la Fédération internationale du personnel des services publics; l'Organisation internationale des employeurs; l'Internationale des services publics et la Confédération mondiale du travail (CMT).

Les trois groupes ont élu leur bureau comme suit:

Groupe gouvernemental/employeurs

Président: M. J. Wagner (Etats-Unis)

Vice-président: D^r F.K. Anyah (membre employeur)

¹ BIT, Réunion paritaire sur le dialogue social dans les services de santé: institutions, capacité et efficacité, Genève 2002: *Le dialogue social dans les services de santé: institutions, capacité et efficacité*, Genève, p. 72.

Secrétaire: M. J. Dejardin (Organisation internationale des employeurs (OIE))

Groupe des travailleurs

Président: M. P. Green

Vice-président: M. M. Valera Corro

Secrétaire: M. M. Waghorne (Public Services International)

Le secrétaire général de la réunion était M. O. de Vries Reilingh, Directeur du Département des activités sectorielles. La secrétaire générale adjointe était M^{me} C. Doumbia-Henry du Département des activités sectorielles. La secrétaire exécutive était M^{me} G. Ullrich. La greffière de la réunion était M^{me} S. Maybud. Les experts étaient M^{me} C. Foucault-Mohammed, M. B. Ratteree, M^{me} T. Smout et M^{me} A. Vere.

La réunion a tenu six séances plénières.

Le président de la présente réunion paritaire, M. Valentin Klotz, qui a été désigné par le Conseil d'administration du BIT, a accueilli les participants. Dans le cadre de la nouvelle formule de participation gouvernementale aux réunions sectorielles, il est réconfortant de voir combien les gouvernements s'intéressent au thème qui va être abordé. Plus de 30 d'entre eux ont en effet envoyé leurs représentants à la réunion qui débute aujourd'hui. Cela reflète, sans aucun doute, l'importance que tous les peuples et que tous les pays accordent au secteur des services de santé. Les services de santé constituent fondamentalement un bien public au service de la population, même si ses prestations sont parfois assurées par des prestataires privés. Si les intrusions du secteur privé dans ce qui relevait traditionnellement du secteur public ont parfois été contestées, la nécessité universelle d'accéder aux services de santé a, elle, toujours été reconnue. L'Etat et les usagers de ces services dépensent chaque année des milliards de dollars pour les services de santé. Comme le rapport du BIT l'a souligné, l'accroissement des dépenses de santé et l'attention portée aux problèmes de santé des populations font que le thème des services de santé est devenu prioritaire dans le débat public. Les conditions de travail et d'emploi sont également un sujet de grande actualité puisque la qualité des prestations offertes dépend non seulement des moyens financiers mis à disposition, de la disponibilité des équipements et des médicaments, mais également et surtout des travailleurs de la santé, de leurs qualifications et de la satisfaction qu'ils éprouvent dans le cadre de leurs activités. Ces travailleurs ont des préoccupations légitimes concernant le maintien de leur emploi, les questions de sécurité, le manque de matériels, l'insuffisance des salaires, la charge de travail, les horaires de travail incommodes, la formation permanente et le droit à la négociation collective quand de tels problèmes se posent à eux. Etant donné les limitations du droit de grève dans les services essentiels, il existe dans les services de santé un besoin réel de dialogue social. Ce dialogue, qui part d'un échange mutuel d'informations, s'appuie sur les consultations et les négociations entre l'Etat et les représentants des employeurs et des travailleurs. Il a pour but essentiel de prévenir les conflits du travail ou de les résoudre.

Dans les services de santé, des réformes ont été entreprises pour contenir les coûts, assurer les financements nécessaires, améliorer la qualité des services de santé et créer des conditions de travail satisfaisantes pour les travailleurs de ce secteur. Le processus de réforme a été souvent accompagné par un dialogue social intensif. Le BIT a souvent souligné le besoin existant d'un tel dialogue, particulièrement dans les conclusions de la Réunion paritaire sur les conditions d'emploi et de travail dans les réformes du secteur de la santé, qui ont mis l'accent sur le fait que les réformes qui réussissent sont celles qui passent par le dialogue et qu'il était en conséquence fondamental de penser à mettre en place des stratégies de dialogue social. La réunion a pour but d'obtenir un large consensus sur des conclusions dont pourraient tirer parti le BIT et les participants en renforçant leur

réflexion sur le dialogue social. En guise de conclusion, le président a évoqué le navire-hôpital modèle offert aux gens de mer par le gouvernement espagnol, illustrant ainsi que le principe de l'accès aux services de santé n'avait pas de frontières.

Au nom du Directeur général du BIT, la directrice exécutive du secteur du dialogue social, M^{me} Sally Paxton, a également remercié les participants pour leur participation à la première réunion sectorielle sur les services de santé depuis 1998. Pendant ces quatre dernières années, le BIT a mis en place un grand nombre de programmes et d'activités concernant ce secteur, en s'associant, pour certaines d'entre elles, à des organisations gouvernementales et non gouvernementales. La Réunion paritaire sur l'impact de la décentralisation et la privatisation sur les services municipaux, qui s'est tenue en 1988 et concernait également les services de santé, a eu une importance toute particulière. Les conclusions de cette réunion constituent une base de référence pour les délibérations sur le dialogue social dans les services, et cela dans l'intérêt de tous.

Comment le thème du dialogue social répond-t-il aux préoccupations actuelles du secteur, concernant particulièrement l'importance grandissante des services de santé et les difficultés des assurances chargées de les financer? Par exemple, la pénurie chronique d'infirmières dans un certain nombre de pays industrialisés compromet toutes les tentatives de moderniser les systèmes publics de santé, rendant nécessaire le recrutement d'infirmières hors des frontières pour assurer le fonctionnement normal des services et créant de longues listes d'attente qui orientent les patients vers des cliniques privées situées parfois à l'étranger. Dans certains pays, la pénurie massive d'infirmières va entraîner le recrutement de milliers d'infirmières pendant les dix prochaines années, provoquant une migration de professionnels de la santé et créant des déséquilibres entre pays «donateurs» et pays «bénéficiaires». En outre, la croissance des services de santé et l'augmentation des coûts de l'assurance maladie, malgré la volonté de juguler les dépenses par le biais d'une gestion plus performante, suscitent de nouvelles préoccupations. La détérioration de la qualité des services de santé et des conditions de travail en leur sein, particulièrement la violence sur le lieu de travail, le stress chez les travailleurs de ce secteur et les tensions croissantes entre patients et prestataires de services constituent un autre sujet d'inquiétude. En y regardant d'un peu plus près, ne pourrait-on pas se demander si le dialogue social ne constitue pas l'amorce d'une solution à ces problèmes? L'OIT estime que des discussions ouvertes et franches entre les partenaires stimulent le dialogue social et permettent de trouver des solutions aux problèmes économiques et sociaux en promouvant la transparence et la responsabilité, clés de voûte de la bonne gestion et valeurs qui sont primordiales dans le contexte d'incertitudes créé par la mondialisation. Au vu de la situation mondiale, on peut dire que les gouvernements devraient prendre des mesures supplémentaires pour intégrer le dialogue social dans la formulation des politiques relatives aux conditions de travail de millions de travailleurs, notamment de ceux du secteur de la santé.

L'OIT a compris que le dialogue social comprenait tous types de négociation, de consultation et d'échange d'informations entre les représentants de gouvernements, d'employeurs et de travailleurs sur des questions d'intérêt commun concernant la politique économique et sociale. Eu égard à ces objectifs, la réussite d'un dialogue social ne requiert pas uniquement un cadre juridique et/ou institutionnel, mais implique également que les parties aient la capacité de participer de façon significative. Le dialogue social est un processus continu de consultation et de négociation, qui ne se termine pas quand un accord particulier est atteint. Même si ce processus exigeant un temps considérable est difficile, la récompense se mesure en termes de résultats durables et d'engagement de toutes les parties prenantes dans les décisions. Pour les travailleurs des services publics, notamment pour ceux des services de santé, les processus de dialogue social sont primordiaux dans la mesure où la protection et la défense de leurs droits sont en jeu. L'exercice du droit de liberté d'association et de négociation collective par les responsables et les employés du

service public est devenu une réalité dans la plupart des pays industrialisés et dans de nombreux pays en développement.

L'OIT contribue à la promotion de ces droits au moyen de divers instruments, notamment par son action normative et de supervision, par les recherches qu'elle mène, par les services consultatifs et la formation qu'elle assure et par les réunions sectorielles concernant divers services publics, telles que la présente réunion paritaire, qu'elle organise. Tout au long de ces dix dernières années, les réunions sectorielles ont considérablement mis en évidence le rôle que jouent les travailleurs du service public en offrant des services publics de qualité. Elles ont en outre permis d'aboutir à des conclusions très explicites sur la contribution du dialogue social à cet objectif. Dans le cadre du programme d'activités de l'OIT, une réunion aura lieu en janvier 2003 sur les travailleurs du secteur public intervenant en situation d'urgence, un segment du service public dont on a davantage parlé depuis le 11 septembre. Une réunion aura également lieu en mai 2003 sur les difficultés auxquelles sont confrontés les services publics et sur les possibilités offertes.

En septembre 2002, l'intervenante a participé, à l'occasion du congrès de l'Internationale des services publics (ISP), au lancement d'une campagne d'envergure mondiale sur les services publics de qualité, et a souligné le rôle que joue la main-d'œuvre en fournissant des services de qualité, qui sont particulièrement nécessaires dans le secteur de la santé afin d'assurer le bien-être des individus, par conséquent la productivité de la société dans son ensemble. La main-d'œuvre est la ressource la plus précieuse de toute organisation, notamment dans les services publics à forte intensité de main-d'œuvre. La main-d'œuvre détermine les possibilités en termes de fourniture des services publics et elle compte pour une bonne part des coûts engagés – en l'occurrence, dans les services de santé, elle représente 70 pour cent de la totalité des coûts. L'amélioration de la qualité des services publics est, certes, fonction de la compétence et de la motivation de la main-d'œuvre; or des mesures concrètes doivent être prises pour que «qualité» ne soit pas un vain mot. Le recrutement et le maintien dans l'emploi d'une main-d'œuvre qui veille à offrir des services publics de qualité élevée impliquent que cette dernière reçoive une éducation appropriée, ait accès à la formation permanente, bénéficie de bonnes conditions de travail et réponde à des normes élevées en matière de déontologie. La mise en valeur des ressources humaines dans le service public est un élément important du processus de réforme et elle doit s'inscrire dans un cadre coordonné grâce au processus de dialogue social.

La Réunion paritaire sur l'impact de la décentralisation et de la privatisation sur les services municipaux, tenue en octobre 2001, avait demandé à l'OIT de promouvoir le dialogue social à tous les niveaux dans le cadre de la réforme du service public, et elle avait notamment fait valoir la nécessité d'évaluer les aspects de la réforme du service public qui contribuent à renforcer l'efficacité et la qualité des services. Parmi ces aspects figurent la sécurité de l'emploi et les conditions d'emploi, la conformité aux normes de l'OIT, l'éradication de la corruption, la promotion de normes élevées en matière de déontologie et l'égalité entre hommes et femmes. C'est pourquoi le rapport de la présente réunion porte sur des domaines où le dialogue social aide à apporter des solutions aux problèmes existant dans le secteur, tels que la pénurie de personnel infirmier et l'accroissement des coûts des soins de santé. Il met également l'accent sur les différentes approches de dialogue social, les institutions nécessaires à sa mise en œuvre, les conditions requises pour en améliorer la capacité, les indicateurs permettant d'évaluer son efficacité, ainsi que sur la stratégie de l'OIT visant à renforcer le dialogue social en général. L'intervenante a souhaité que la présente réunion constitue un outil de dialogue social au plan international, qui aboutisse à l'adoption de conclusions utiles concernant l'action à entreprendre par les partenaires sociaux et par l'OIT aux fins de renforcer le dialogue social dans les services de santé.

Partie 1

**Examen de la question
à l'ordre du jour**

Rapport sur la discussion ¹

Introduction

1. La réunion a procédé à l'examen de la question à l'ordre du jour. Conformément aux dispositions de l'article 7 du Règlement pour les réunions sectorielles, les membres du bureau ont présidé la réunion.
2. Le porte-parole du groupe gouvernemental/employeurs était M^{me} Bogen Behrens, et le porte-parole du groupe des travailleurs était M. Green.
3. La réunion a tenu cinq séances consacrées au débat sur la question à l'ordre du jour.

Composition du groupe de travail

4. A sa cinquième séance plénière, conformément aux dispositions du paragraphe 2 de l'article 13 du Règlement, la réunion a constitué un groupe de travail chargé d'élaborer un projet de conclusions reflétant les points de vue exprimés au cours de la discussion du rapport. Le groupe de travail, présidé par le président gouvernemental/employeurs, M. Tremblay, était composé comme suit:

Membres gouvernementaux/employeurs

M^{me} Bogen Behrens (membre employeur)

M^{me} Chiffoleau (membre employeur)

M^{me} Mafubelu (Afrique du Sud)

M^{me} Porschwitz (Philippines)

M. Wagner (Etats-Unis)

Membres travailleurs

M. Gravel

M. Green

M^{me} Mbatia

M. Ndi

M. Nicholas

Présentation du rapport et discussion générale

5. En présentant le rapport préparé par le Bureau, le secrétaire exécutif a résumé les principaux points des chapitres et les points de discussion. Le chapitre 1 «Evolutions récentes dans le secteur de la santé: le contexte du dialogue social» porte sur quatre principaux domaines:

¹ Adopté à l'unanimité.

-
- **Les institutions et structures des services de santé:** la situation actuelle est caractérisée par des systèmes de santé publics décentralisés avec davantage d'autonomie, des conditions d'emploi en évolution, un traitement différent du personnel et une diminution des économies d'échelle, ainsi qu'un secteur composé d'organisations à but lucratif et d'organisations à but non lucratif.
 - **La gestion des services de santé:** caractérisés par l'obtention de résultats et la gestion de la qualité, les facteurs exerçant une influence sont les ressources humaines et financières et l'organisation du travail; les cadres doivent être formés, appliquer avec conviction la méthode apprise et rendre compte des résultats obtenus; le personnel a besoin d'incitations matérielles et non matérielles pour évoluer; le rapport signale à la fois le pourcentage élevé d'emplois dans les services de santé, représentant une part de la main d'œuvre et la proportion élevée de femmes parmi les travailleurs de la santé.
 - **L'évolution du marché du travail dans les services de santé:** la lenteur de réaction de l'offre et les restrictions réglementaires du côté de la demande font obstacle au fonctionnement des mécanismes du marché; les réductions d'effectifs renforcent le recrutement international et la migration.
 - **Le financement des prestations de soins de santé:** le financement est conditionné par le PIB des pays, mais le montant alloué n'indique pas la qualité des services, l'équité par rapport à l'accès aux services et les résultats en matière de santé; la distribution entre les dépenses publiques et privées est importante ainsi que le système de paiement; la rémunération du personnel est un élément central en matière de financement.
6. Le chapitre 2 «Institutions, capacité et efficacité des partenaires sociaux du dialogue social» porte sur les principaux thèmes suivants:
- **Le dialogue social en tant que conception des relations de travail:** le dialogue social dépasse le cadre de la négociation collective; c'est un processus continu de participation des partenaires sociaux et aide à prévenir et à régler les conflits.
 - **Les catégories et types d'institutions du dialogue social:** il existe des institutions officielles, officieuses et virtuelles; sectorielles et intersectorielles, nationales, locales, au niveau de l'entreprise et internationales; le dialogue social dans les services de santé s'inscrit dans une perspective plus vaste de la politique de la santé et il est renforcé par un dialogue avec les usagers.
 - **Les structures gouvernementales:** dans les services de santé, le gouvernement est à la fois l'employeur et l'instance réglementaire; l'enjeu essentiel en matière de dialogue social réside dans le fait d'engager et de poursuivre des réformes propres à créer des services de santé performants et économiques.
 - **Les employeurs et leurs organisations:** il existe des employeurs publics décentralisés, des organismes privés sans but lucratif, des entreprises à but lucratif, ainsi que des partenariats entre divers types d'employeurs; on assiste à l'apparition d'organisations d'employeurs sectorielles; s'agissant du dialogue social, les employeurs rencontrent des difficultés pour recruter du personnel qualifié et le retenir, ainsi que pour maintenir les coûts à un bas niveau.
 - **Les travailleurs et leurs organisations:** dans certains pays, il n'existe pas de syndicats de la fonction publique; dans d'autres, le taux de syndicalisation est élevé; l'un des défis consiste à réaliser l'unité syndicale; parmi les questions relevant du dialogue social figurent la formation permanente, l'organisation du travail, les systèmes de rémunération et l'égalité entre hommes et femmes.

-
- **Les perspectives du dialogue social: conditions préalables et critères:** capacité de s’engager dans le dialogue social; volonté politique d’engager le dialogue social et respect mutuel des partenaires sociaux; programme concret en ce qui concerne les questions économiques et sociales et celles relatives au travail; divers niveaux de dialogue social interdépendants.
 - **Les indicateurs d’efficacité du dialogue social:** degré de satisfaction que tirent l’ensemble des partenaires sociaux; amélioration des résultats de la santé; définition d’indicateurs au moyen du dialogue social.
7. Pour conclure ses propos, la secrétaire exécutive a rappelé les onze questions proposées par le Bureau comme base de discussion à la réunion, qui figurent à la fin du chapitre 3 du rapport.

Discussion générale

8. Le porte-parole du groupe gouvernemental/employeurs a observé que de nombreux différents avis existaient sur la définition du dialogue social et sur la question de savoir qui sont les partenaires et quels sont les éléments essentiels qui constituent le dialogue social. Cependant, une perspective trop large risquerait de retarder le processus. Parmi les principales questions devant faire l’objet d’une discussion, on peut citer les droits des patients et la fuite du personnel formé quittant les pays en développement pour aller vers les pays développés. En fonction de la situation de chaque pays et des différents niveaux de développement, l’orientation de la discussion ne sera pas la même. Cependant, la question fondamentale consiste à s’entendre sur les moyens permettant de garantir des soins de santé de base sans empiéter sur les droits des travailleurs.
9. Le représentant du gouvernement du Kenya a complimenté le Bureau pour le rapport clair et ciblé qui a été présenté. Il s’est déclaré satisfait de l’opportunité qui lui était donnée d’échanger des opinions avec les autres mandants de l’OIT. Depuis vingt ans, les services de santé ont évolué et sont devenus des systèmes très complexes, allant tout d’abord vers des structures décentralisées ainsi que des services privatisés visant à fournir des services de santé plus efficaces, davantage de responsabilités étant imputées aux autorités locales. Cependant, le défi que les partenaires sociaux doivent relever consiste à fournir ce type de services de santé tout en offrant en même temps au personnel des conditions d’emploi et de travail décentes. Au Kenya, le dialogue social est le meilleur mécanisme permettant de parvenir à l’engagement de toutes les parties concernées. Pour les travailleurs des services de santé, il est nécessaire d’avoir une image claire de l’approche adoptée afin de mettre en œuvre des nouveaux systèmes. Par conséquent, il incombe aux partenaires sociaux d’être conscients de leur propre rôle, des difficultés du dialogue social et il est également important de se reconnaître mutuellement en tant que partenaires dans ce type de dialogue. Des indicateurs doivent être définis afin d’évaluer l’efficacité du dialogue. Les éléments d’information provenant des bonnes pratiques sont le moyen le plus convaincant de parvenir à l’objectif voulu. Le portefeuille des services de santé au Kenya relève de l’autorité du ministère de la Santé. Le gouvernement du Kenya a reconnu qu’une population en bonne santé était une condition préalable au développement rapide et à la réussite de l’industrialisation. Il a investi dans le personnel de santé et dans les infrastructures sanitaires en général, visant notamment à créer un environnement favorable à un système de soins durable, économiquement abordable et accessible à tous les Kenyans. Le gouvernement a prévu de décentraliser les organes de prise de décisions, l’allocation des ressources et la gestion de la santé au niveau des districts afin de permettre aux communautés concernées de participer davantage à la gestion des services de santé. L’accent a été mis sur une approche préventive plutôt que sur une approche curative. Les entreprises privées et les ONG ont également investi dans les services de santé. Le dialogue social a été mené de façon cordiale entre les partenaires sociaux conformément

aux lois du travail en vigueur; de solides lois en matière de travail sont essentielles pour le processus du dialogue social. Le gouvernement a énergiquement mis en œuvre les dispositions législatives relatives aux relations professionnelles, en vue tout d'abord de mettre en place des mécanismes de règlement des différends afin de prévenir les grèves et les fermetures d'entreprises. Le gouvernement s'est également engagé à maintenir de bonnes relations en matière de travail en appliquant les mesures définies dans un document général négocié et signé par les employeurs, les travailleurs et le gouvernement, prévoyant ainsi l'enregistrement des syndicats conformément aux dispositions définies par le secteur. Le rôle que joue quotidiennement le gouvernement au niveau de la promotion de relations de travail solides est réglementé par la loi de 1965, révisée en 1980, sur les litiges commerciaux. Au titre de cette loi, les parties aux différends peuvent soit parvenir à un accord au moyen de leur propre mécanisme, soit signaler le différend commercial au ministère du Travail. L'arbitrage final est prononcé par le tribunal du commerce du Kenya.

- 10.** Le porte-parole du groupe des travailleurs a remercié l'OIT pour la tenue de la présente réunion qui a donné aux travailleurs la possibilité de rencontrer leur gouvernement et leurs homologues du secteur privé. Il existe bien sûr de nombreuses différentes interprétations du dialogue social. Cependant, l'accent doit être mis sur l'importance de la liberté d'association et la négociation collective qui sont essentielles au niveau de la constitution de partenariats sociaux. Il conviendrait de se rappeler que, dans de nombreux endroits du monde, les travailleurs ne jouissent même pas de ces droits fondamentaux.
- 11.** Un observateur représentant l'Internationale des services publics (ISP) a félicité le Bureau pour le rapport complet et pertinent qui soulève des questions essentielles pour l'organisation. L'ISP représente 617 organisations membres dans 147 pays avec un total de 20 millions de membres, un tiers d'entre eux appartenant au secteur de la santé. L'ISP a été tenue informée de l'évolution dans le monde et de l'impact que la restructuration a sur la main-d'œuvre. Même si la situation est très variable d'un pays à un autre, l'ISP est fortement préoccupée par le fait que les réformes ne prennent pas en compte de façon appropriée les opinions des travailleurs ni l'impact que les réformes proposées pourraient avoir sur eux. Même dans la vaste documentation circulant sur ce sujet, les références aux questions concernant les travailleurs sont rares. Malgré la rareté des informations, une position devrait être prise sur la question de la prestation de services de santé durables et de qualité pour tous. D'aucune manière, on ne devrait accepter que l'offre de services soit temporaire en raison de problèmes financiers ou de contraintes politiques. Comme cela a été enregistré dans les conclusions des précédentes réunions de l'OIT, pour que les réformes soient couronnées de succès elles doivent dès le début faire participer et motiver les personnes qui doivent les mettre en œuvre. Le dialogue social est un processus global dans lequel tous les différents groupes d'intérêts doivent pouvoir donner leur avis; il revêt également une importance particulière dans le secteur de la santé dans lequel il y a de nombreuses spécialisations, ainsi que des distinctions hiérarchiques entre les différents niveaux de travailleurs. La véritable nature du processus de réforme a fragmenté la main-d'œuvre et a abouti à la confusion au niveau des relations d'emploi. La Banque mondiale et le Fonds monétaire international (FMI), ainsi que les gouvernements donateurs, ont également affaibli la voix collective des travailleurs en promouvant des modèles de réforme visant à décourager vivement l'intégration des syndicats dans le dialogue social. Dans les pays en développement et les pays en transition, en particulier, les travailleurs souhaitent savoir pourquoi ils n'ont pas été consultés dans le processus de réforme afin que leurs opinions soient prises en considération, étant donné qu'ils sont les premiers mis en cause lorsque les réformes échouent. Il n'est pas surprenant de constater qu'en examinant ses programmes de réformes la Banque mondiale a estimé qu'elle n'avait pas réalisé ce qu'elle souhaitait. La question du dialogue ou de l'absence de dialogue est une question cruciale dans les pays de l'Europe orientale et centrale où la nature du processus, du sommet à la base, a débouché sur des situations douloureuses, de souffrances et à des décès prématurés. Les structures permettant de mener à bien le dialogue social peuvent varier, mais des informations récentes provenant de la Zambie, enregistrées par le Programme

focal pour le renforcement du dialogue social, ont souligné le fait que certaines conditions doivent être remplies pour que le dialogue soit à même de garantir une position satisfaisante pour les employés du secteur de la santé. Parmi les conditions essentielles, on peut citer le véritable engagement de tous les partenaires, une volonté nationale de s'engager, des programmes clairs visant à répondre aux priorités nationales, l'engagement approprié de tous les niveaux concernés et interdépendants, et des partenaires solides et responsables, capables et ayant la volonté de participer. Même s'il est clair que la participation des syndicats est importante, leur contribution dépendra de la question de savoir s'ils sont capables d'assumer les menaces auxquelles ils sont confrontés et d'être ce qu'ils prétendent, à savoir des partenaires forts, indépendants et fiables. Cela dépendra aussi de la question de savoir s'ils ont bénéficié du même apport que les cadres au niveau des ressources en matière de formation publique. L'ISP estime que, comme les représentants des travailleurs, ses membres doivent être considérés comme de véritables partenaires sociaux au niveau de toutes les mesures importantes en matière de planification socio-économique et sur le plan décisionnel et comme des partenaires du dialogue social. Si le gouvernement respecte ces principes, les syndicats pourraient examiner toute proposition parce qu'ils seraient à même de négocier dans une atmosphère de partenariat social authentique. La réunion pourrait permettre de réaffirmer les réalisations des précédentes réunions en termes de principes de réforme et de dialogue, en insistant notamment sur le fait que tous les partenaires sociaux devraient s'engager à travailler efficacement ensemble afin d'aboutir à des résultats significatifs. L'OIT devrait envisager les points énoncés ci-après comme des domaines prioritaires:

- Engagement formel des agences internationales et des programmes d'assistance bilatérale en vue d'encourager les activités au sein des structures tripartites.
- Engagement ou action des gouvernements visant à:
 - encourager les syndicats nationaux à s'intéresser et à participer à la rédaction d'analyses de la situation et de rapports des pays, qui servent de fondement à la mise en place d'accords d'assistance et de prêt avant qu'ils ne soient signés;
 - soutenir les enquêtes sur les taux de syndicalisation et de désyndicalisation dans le secteur privé ainsi que dans les systèmes de santé parallèles, et financer une étude portant sur le soutien des syndicats dans la mise en œuvre des recommandations de politique générale;
 - établir des structures tripartites réunissant syndicats et employeurs, garantir l'engagement à tous les niveaux du gouvernement et de l'organisation des services de santé, et faire pression pour que le principe de dialogue social soit légitimement accepté par toutes les parties prenantes;
 - définir les priorités spécifiques et appropriées en matière de structures tripartites en vue d'étudier et de surveiller les progrès réalisés par rapport au programme établi;
 - adopter une législation consacrant le droit à la liberté syndicale et la reconnaissance des syndicats par les employeurs, qui fasse expressément référence au secteur privé, aux services de santé parallèles et aux petits établissements tels que les cabinets de médecins généralistes et de dentistes, et collaborer avec les syndicats et les associations professionnelles en vue d'identifier les mécanismes susceptibles de veiller à ce que les diverses catégories de main-d'œuvre soient pleinement représentées;
 - réaffirmer le rôle de la négociation collective en confirmant les dispositions réglementaires au cours des négociations nationales et sous-nationales;

-
- évaluer le rôle que jouent les associations exclusivement professionnelles en matière d'action normative, de formation et de négociations portant sur les systèmes de rémunération et de primes dans le cadre de consultations appropriées avec les syndicats, et charger les organismes d'assurance d'en faire autant; et
 - maintenir et renforcer les structures bipartites au niveau de l'entreprise pour veiller à ce que les questions spécifiques liées au travail, aux postes, à l'emploi et au maintien des qualifications fassent l'objet d'une consultation approfondie.

12. Un observateur de la Fédération internationale du personnel des services publics s'est référé à la convention (n° 149) sur le personnel infirmier, 1977, pour qu'elle serve d'exemple lors de l'élaboration des politiques nationales concernant le personnel infirmier. Les débats se sont articulés autour d'une double argumentation: celle de l'idéologie néolibérale, où la prospérité l'emporte sur la réglementation sociale et la protection des travailleurs, l'aspect social et de travail n'étant considéré que comme un facteur coût; et celle privilégiant les valeurs de l'Etat-providence, qui envisage la protection sociale comme un principe suprême conférant à chacun sa place dans la société, pour autant qu'il soit respecté. S'il n'est pas facile de trouver un compromis entre ces deux tendances, il est souhaitable que des consultations aient lieu entre partenaires sociaux dans une enceinte comme l'OIT. La convention (n° 149) sur le personnel infirmier, 1977, la convention (n° 98) sur le droit d'organisation et de négociation collective, 1949, et la convention (n° 151) sur les relations de travail dans la fonction publique, 1978, sont pertinentes eu égard aux points débattus en matière d'élaboration des politiques. En outre, le principe d'accès universel est le premier à prendre en considération au moment d'élaborer une politique. Les patients sont désormais davantage conscients de leurs droits, y compris de la responsabilité médicale. Dans le même temps, des idées se font jour concernant une nouvelle conception des services de santé, mais elles s'inscrivent dans la durée, et le facteur coût est une fois encore un élément déterminant. Les effectifs constituent le plus gros poste des dépenses des services de santé, secteur à forte intensité de main-d'œuvre, si bien que la compression des effectifs est en général l'objectif numéro 1 lorsqu'il s'agit de réduire les coûts. Or une gestion rationnelle pourrait donner des résultats tout aussi satisfaisants. Le secteur de la santé souffre d'une pénurie de personnel formé et d'une mauvaise image de marque. En matière de perspective de carrière, de possibilités de formation et de type de contrats de travail, le secteur doit revoir sa politique du personnel. Une certaine prudence est requise dans l'emploi du terme «flexibilité», que la Fédération internationale du personnel des services publics définit comme la prise en considération des aspirations du personnel et de la qualité des services de santé. Parallèlement, il convient d'établir une distinction entre gouvernement, en tant que gestionnaire de la nation, et employeurs du secteur privé. Le terme «employeur» doit impérativement être défini dans tous les textes. Il n'est pas non plus aisé de dissocier les différents problèmes liés au dialogue social en différents thèmes car, pris en bloc, ils relèvent d'un seul et même concept. Néanmoins, un principe demeure primordial: dans le domaine des services de soins de santé, les préoccupations sociales doivent prendre le pas sur les considérations économiques. Le dialogue social doit permettre d'aborder les principales questions qui concernent le secteur, à savoir les conditions de travail; le comportement sur le lieu de travail; la formation permanente; le recrutement; le maintien dans l'emploi du personnel; l'attrait des postes; et la charge de travail. Des critères nationaux objectifs conformes aux normes nationales doivent déterminer qui sont les acteurs du dialogue social travailleur-employeur, alors que les processus purement démocratiques sont entravés par un processus de décision approprié et unilatéral. Le programme de dialogue social, sa mise en œuvre et son suivi doivent être le fruit d'un effort conjoint. Il importe également que les processus de décision informels deviennent officiels, par exemple que les conflits du travail soient portés devant des mécanismes de règlement des différends. Les soins de santé de qualité ont un prix, certes, mais un prix abordable. Si l'activité normative de l'OIT couvre un certain nombre de domaines dans le secteur des services de santé, il reste encore beaucoup

à faire. Le dialogue social et l'esprit de partenariat peuvent donner lieu à des services de santé durables et de qualité susceptibles de relever les défis de la politique sociale.

13. Un observateur représentant l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a déclaré que son organisation collaborait avec l'OIT dans plusieurs domaines, y compris celui du dialogue social. Or les travaux de recherche méritent encore d'être approfondis. Les systèmes de santé par exemple nécessitent des ressources matérielles et techniques; où se situe alors l'équilibre optimal entre la recherche et les stratégies d'investissement appropriées? Il existe de grandes disparités entre pays dans la façon d'élaborer et de mettre en œuvre les politiques et stratégies relatives aux ressources humaines, ce qui provoque souvent des tensions, voire des conflits, au sein de la profession médicale. De même, les décisions en matière d'investissements peuvent avoir des répercussions à long terme. Il faut en effet six ou sept ans pour former le personnel de santé, c'est pourquoi il importe d'anticiper les besoins dans ce domaine. Les investissements sont également l'enjeu des interférences politiques et ils ont une incidence sur la répartition géographique des ressources et des services, comme dans d'autres domaines. L'OMS a élaboré un cadre permettant de mieux appréhender les différentes questions ainsi que les liens qui existent entre les ressources humaines nécessaires à la santé et les systèmes de santé. Des recherches plus approfondies sont nécessaires pour comprendre comment les travailleurs de la santé fonctionnent en tant qu'équipe, comment ils sont utilisés, et quels sont les différents problèmes liés au marché de l'emploi. D'autres questions méritent par ailleurs d'être examinées, à savoir par exemple comment les professions sont réglementées, comment le système de soins est mis en œuvre, comment il atteint ses objectifs, comment il répond aux attentes légitimes de la population, comment il est financé et quelles sont ses différentes fonctions. Parmi les problèmes cruciaux actuellement à l'étude à l'OMS qu'il convient de résoudre dans le cadre du dialogue social figure en première ligne la nécessité de développer les interventions en matière de santé, notamment grâce à la vaccination. Vient ensuite le besoin de rétablir certains déséquilibres géographiques entre, par exemple, le transfert de personnel de santé formé depuis les pays en développement vers les pays développés et le personnel de santé de la fonction publique. Une autre question concerne les conditions de travail, en particulier l'impact du VIH/SIDA sur les travailleurs de la santé qui sont aux premières lignes pour traiter des problèmes liés au virus. Enfin, la relation existant entre l'éducation et la mise en place de systèmes de santé mérite d'être examinée. L'OMS et l'OIT collaborent d'ores et déjà sur certains projets, tels que la mise en place d'un observatoire plus performant des données relatives aux travailleurs de la santé dans le cadre de la réforme du secteur de la santé, aux fins de définir des mesures politiques nouvelles.

Les services de santé et la compréhension du dialogue social

14. Le porte-parole du groupe des travailleurs a relevé que, lors de la Réunion paritaire sur l'impact de la décentralisation et de la privatisation sur les services municipaux, tenue en octobre 2001, le dialogue social n'avait pas été envisagé comme un élément ponctuel mais comme un processus continu qui ne s'achève pas une fois que la réforme a eu lieu. Plusieurs membres travailleurs ont appuyé ce point de vue en décrivant l'expérience de leur propre pays, et ils ont insisté pour que les partenaires partagent une vision commune de la question. Le dialogue social est un processus qui s'inscrit dans la durée, certes, mais qui en vaut la peine car il permet aux parties prenantes d'assumer la responsabilité des décisions à prendre. Les employeurs du service public et ceux du secteur privé doivent dépasser le traditionnel processus de négociation collective et examiner les problèmes avant qu'une des deux parties se présente avec ses propres solutions. Les notions de liberté syndicale et d'engagement dans la négociation collective sont aussi importantes l'une que l'autre. Un membre travailleur d'un syndicat de services allemand a expliqué que le dialogue social est lié aux négociations sur les conditions de travail, et il a cité des exemples de directives et de réglementations de la Commission européenne relatives au

dialogue social. Ces directives portent sur le travail à temps partiel et sur les questions de sécurité et de santé dans le contexte du dialogue social. Au Cameroun, le dialogue social est non seulement un processus continu mais aussi un moyen déterminant d'éviter les conflits sociaux. Il signifie que chacune des parties doit respecter l'autre, or les employeurs ont bien souvent un tel poids et une telle influence au plan financier que le dialogue est faussé et sans effet. Lorsque l'Etat est l'employeur, le pouvoir et l'influence peuvent avoir pour effet d'anéantir toute possibilité de dialogue social. De ce fait, les règles d'égalité doivent être concrètement définies aux yeux de chacun, faute de quoi le dialogue social ne serait qu'un vain mot. Au vu de l'expérience de l'Afrique du Sud, la négociation est considérée comme importante dès lors que la consultation est insuffisante; en outre, une fois conclus, les accords doivent être mis en œuvre. Le dialogue social peut aider employeurs et travailleurs à s'adapter aux processus de changement. En autorisant tous les partenaires sociaux à participer au processus de décision, on peut espérer offrir des soins de qualité aux communautés.

- 15.** Un autre membre travailleur a fait valoir qu'il ne peut être question de dialogue social si les soins de santé ne sont pas reconnus comme droit fondamental. Aux Etats-Unis, 44 millions de personnes ne bénéficient d'aucun système de soins, et les coûts connaissent une inflation à deux chiffres. Les partenaires privés et les gouvernements partagent l'opinion selon laquelle les soins de santé devraient être en plein essor sur le marché de l'emploi où les travailleurs devraient trouver un créneau de services qui leur convient. Le dialogue social signifie que les partenaires sociaux sont aux prises avec des questions essentielles telles que l'amélioration de l'accès aux soins ou le fait de déterminer si les soins de santé sont un droit ou un produit de consommation. Aux Etats-Unis, aucun débat n'a lieu à l'heure actuelle sur ce qu'il conviendrait de faire. Dans le monde entier, les systèmes de santé sont en crise et des réductions d'effectifs considérables ont lieu au niveau des infirmières et des autres professionnels de la santé. Le statu quo ne peut se poursuivre. A cet égard, l'initiative de Kaiser Permanente aux Etats-Unis, qui a reconnu que les syndicats et les employeurs étaient à égalité sur le plan des négociations, devrait être un exemple. Les résultats de cette coopération représentent une avancée considérable prouvant que le dialogue social est possible et porte ses fruits si les parties prenantes s'efforcent de faire valoir que la santé est un droit fondamental.
- 16.** Un membre travailleur de la France a indiqué que les idées exprimées au sein de son groupe étaient diverses mais non contradictoires et pouvaient le plus souvent converger. Les initiatives prises dans le secteur de la santé doivent être accompagnées d'un dialogue social. Les éléments fondamentaux, nécessaires à la réussite du dialogue, sont les suivants: bien identifier les participants aux négociations, connaître les prérogatives des différentes parties ainsi que leur pouvoir ou autorité. Les parties prenantes doivent faire preuve de tolérance et accepter de ne pas toujours partager les mêmes intérêts. Nos échanges dans le dialogue social doivent pouvoir concerner l'ensemble des sujets en rapport avec la santé. La présente réunion paritaire a montré que les partenaires sociaux peuvent se rencontrer pour débattre de l'accès aux soins de santé pour tous.
- 17.** Le porte-parole du groupe gouvernemental/employeurs a déclaré qu'aucune conclusion relative aux définitions n'a été décidée. Le groupe des employeurs a examiné attentivement les thèmes et la rédaction des définitions concernant le dialogue social car le groupe souhaite avoir une approche aussi large et complète que possible. Même si la mission est difficile, des résultats positifs commencent à émerger de petits groupes de travail créés afin d'étudier les questions concernées. Un membre employeur s'est demandé si tout le monde comprenait le dialogue social de la même façon. Se limite-t-il à la négociation collective ou va-t-il au-delà, comme un membre travailleur semblait dire? Le dialogue social dans le secteur de santé n'a rien à voir avec les négociations sur les salaires et les conditions de travail en général, et le consensus ne pourra être atteint si le terme est surchargé par d'autres notions.

-
18. Le représentant du gouvernement du Kenya a déclaré que le dialogue social comprenait toutes les formes d'interaction entre les trois partenaires. C'est un outil nécessaire à l'amélioration des relations entre les employeurs et les employés. C'est également un processus continu permettant de résoudre les conflits sur le lieu du travail, en permettant de débattre de questions présentant un intérêt commun pour les trois partenaires sociaux, à savoir les salaires, les conditions d'emploi, les procédures disciplinaires, la santé et la sécurité au travail et les politiques de formation.
 19. Le représentant du gouvernement de la Suisse a mis en garde les participants à la réunion pour ne pas qu'ils s'engagent dans un débat qui élargirait la notion de dialogue social. Même si la qualité du service et la qualité des soins sont des questions importantes, dans le cadre de la compétence de l'OIT, l'attention devait être accordée aux conditions de travail dans le secteur de la santé. Une approche graduelle est la meilleure façon de progresser, car elle permet de poser les bases permettant d'avancer. Dans le cadre d'un débat sur les relations professionnelles, il est important de savoir qui sont les partenaires de sorte que les conditions de travail puissent être améliorées autant que faire se peut. Prendre en compte les aspects du financement ou de l'accès aux soins mènerait à un débat plus large.
 20. Le représentant du gouvernement de Chypre a convenu qu'il était important de considérer le dialogue social dans le contexte des relations de travail et de définir ce qu'il devrait être. Faisant référence au rapport, il est également important de noter que la réforme du secteur public ne permet pas d'atteindre les objectifs fixés en raison de l'impact de l'ajustement structurel. Par conséquent, on ne peut définir le dialogue social uniquement en termes de relations de travail.
 21. Le secrétaire général a de nouveau clarifié la définition du dialogue social donnée par l'OIT en faisant référence au rapport préparé pour la réunion (p. 69). Visant à couvrir un certain nombre de phénomènes au sens le plus large possible, la définition du travail a été utilisée dans le document sur le programme et budget du BIT trois ans auparavant lors de la création du Secteur du dialogue social. Les composantes sont par exemple la négociation, la consultation ou l'échange d'informations entre les trois partenaires sociaux et au sein de chaque groupe. Les questions relatives aux conditions de travail, aux salaires, à l'aménagement du temps de travail et aux congés sont couvertes. Cela implique des négociations tripartites ou bipartites au niveau central et porte sur les négociations relatives aux relations de travail au niveau du secteur ou de l'entreprise. L'idée de la représentation collective, telle qu'elle est exprimée dans la convention de l'OIT (n° 135) concernant les représentants des travailleurs, 1971, est importante.
 22. Le porte-parole du groupe gouvernemental/employeurs a signalé que, suite au consensus atteint sur le premier point de la discussion, le groupe pouvait désormais se pencher sur le deuxième point concernant les aspects du dialogue social, les points 2 et 3 pouvant en fait être traités en bloc. Un membre employeur s'est fermement prononcé en faveur du dialogue social, et il a souligné la place importante qu'il occupe dans le renforcement du rôle joué depuis des décennies par les partenaires sociaux en Allemagne. Rappelant qu'il est difficile de répondre au deuxième point tant qu'un consensus n'a pas été atteint sur le premier, l'intervenant a indiqué que le troisième point devrait faire référence à l'ensemble des employeurs et des travailleurs, les uns comme les autres ayant la charge de financer le secteur de la santé et, par conséquent, de décider du système de santé le mieux approprié.
 23. Le porte-parole du groupe des travailleurs a indiqué que les questions liées au dialogue social étaient définies en fonction des limites établies et il s'est demandé quels en étaient les intérêts légitimes. Il convient de comprendre les aspects et les circonstances qui doivent être couverts, compte tenu que le dialogue social échoue bien souvent au moment d'établir l'ordre du jour de la discussion. Les gouvernements tendent à impliquer les travailleurs une fois que les décisions politiques ont été prises, donnant ainsi l'impression d'une réalité partagée. Dans d'autres cas, on fait appel aux travailleurs pour veiller à ce que le processus

de mise en place des réformes de politique sociale se fasse en douceur. Pour parvenir à une situation de gagnant-gagnant, les travailleurs doivent identifier les points les plus importants pour mettre en avant leurs propres intérêts, tels que l'abaissement des coûts et la promotion de la qualité de l'emploi. Il peut aussi être fait appel au soutien financier d'autres parties. Quoi qu'il en soit, tous les partenaires sociaux doivent être associés au niveau le plus approprié. Un membre travailleur a signalé que, en cas de graves difficultés financières et d'extrême pauvreté, le dialogue social couvre également la notion d'exclusion sociale. Au Panama, les personnes n'ayant pas accès aux soins de santé doivent au moins se voir garantir l'accès au dialogue social. Un autre membre travailleur s'est demandé comment garantir cet accès si aucun moyen n'est mis à disposition. Les ressources ne devraient pas être allouées uniquement aux soins de santé, mais aussi aux personnes travaillant dans ce secteur. Il ne saurait y avoir de dialogue social sans consultation des travailleurs, l'objectif étant de mettre l'accent sur les travailleurs de la santé, mais aussi sur leurs salaires et leurs conditions de travail. En outre, des problèmes tels que la migration de la main-d'œuvre qualifiée vers d'autres pays ne peuvent être résolus sans dialogue social.

- 24.** Le membre travailleur de la Barbade a fait valoir que, dans le contexte de la mondialisation, certains pays ne peuvent que déplorer que leurs services de santé soient faussés. Il semble que le dialogue social puisse contribuer au développement des services de santé, et ce en suivant cinq orientations: premièrement, par le développement et la réorganisation de la fourniture de services de santé et de normes en matière de soins de santé, y compris le financement, l'assurance-qualité, les systèmes d'information, le maintien et l'évaluation des technologies, la gestion des médicaments et la gestion des catastrophes; deuxièmement, par la mise en valeur des ressources humaines compte tenu de questions telles que la mobilité professionnelle, la formation et la gestion efficace des services de santé; troisièmement, par la promotion d'une bonne nutrition, de la protection de l'environnement et de la sécurité alimentaire; quatrièmement, en mettant l'accent sur le patient grâce à un meilleur service aux deuxième et troisième niveaux, ainsi que par le renforcement des alliances bipartites; et, cinquièmement, par le soutien apporté par les bailleurs de fonds aux réformes du secteur de la santé grâce au financement, entre autres, de la recherche, de l'équipement et des services techniques. Pour que l'ensemble de la société en bénéficie, gouvernements et employeurs doivent comprendre le rôle décisif que jouent les syndicats en matière de dialogue social. Pour conclure ses propos, l'intervenant a rappelé que les acteurs concernés doivent être associés aux discussions appropriées au niveau voulu. L'accès aux soins de santé relève par exemple d'un débat plus vaste réunissant les partenaires au niveau central, les questions liées à l'emploi impliquant un partenariat plus étroit à un autre niveau.
- 25.** Revenant à la discussion sur le point 1, le porte-parole du groupe gouvernemental/employeurs a déclaré que son groupe ne s'était pas encore définitivement prononcé, mais qu'il avait émis la proposition d'inclure dans le dialogue social tous les éléments relevant du secteur de la santé, pour autant que chaque acteur ait le droit de faire des propositions et que toutes les parties prenantes collaborent ensemble à la définition du programme du dialogue social.
- 26.** La représentante du gouvernement de la Suisse a indiqué que le débat ayant eu lieu au sein du groupe gouvernemental/employeurs reflétait un large éventail de vues, précisant que l'objectif du dialogue social n'est pas de traiter ni du système de santé dans son intégralité ni de la réforme du système. Elle a déclaré que la définition proposée par les membres du groupe gouvernemental/employeurs, qui met l'accent sur les relations professionnelles, est la meilleure qui ait été faite. Bien qu'il existe des interactions entre le système de soins de santé et les relations professionnelles, on ne peut élargir la définition en y incluant tous les aspects du système de santé car elle y perdrait en efficacité.

-
27. Le porte-parole du groupe des travailleurs a salué la définition de dialogue social proposée par le groupe gouvernemental/employeurs. Se référant à la discussion de la veille, il a rappelé le point de vue des membres de son groupe selon lequel le dialogue social devrait couvrir un vaste échantillon de sujets, l'élément le plus important étant toutefois l'engagement des acteurs, qu'ils soient nombreux comme c'est le cas en ce qui concerne la fourniture de soins de santé, ou que leur nombre soit limité.
28. En référence à la discussion du point 2, le porte-parole du groupe gouvernemental/employeurs a suggéré que les gouvernements jouent le rôle de modérateurs pour favoriser un dialogue suivi, un cadre juridique étant nécessaire pour définir la structure de ce dialogue. Concernant la question de savoir qui doit se charger d'établir le programme du dialogue social, il a été proposé que toutes les parties aient voix au chapitre et qu'une autorité représentative soit désignée pour le déterminer.
29. Le représentant du gouvernement de la Tunisie a indiqué que les points 2 et 3 étaient étroitement liés et fondés sur la nécessité d'instaurer un cadre juridique susceptible de mettre en place des organes administratifs puis, par la suite, médicaux, qui précise quels organes seraient chargés d'intervenir aux niveaux national, régional, et même microéconomique. L'objectif d'une telle institutionnalisation du dialogue social est d'établir un système de communication pour tous les acteurs impliqués dans les services de santé. L'intervenant a cité l'exemple de la réforme du système de santé ayant eu lieu dans son pays en 1991, qui a vu la mise en place d'organes spécifiques destinés à favoriser le débat entre toutes les parties prenantes sur les différentes questions touchant à la santé. Les informations émanant de ces diverses institutions ont permis un échange d'idées parmi les partenaires sociaux. Aussi, la réforme du système tunisien d'assurance maladie en cours, visant l'amélioration de l'accès aux soins et de leur qualité pour tous les citoyens, tout en maîtrisant l'évolution des dépenses de santé, consacre cette orientation de dialogue social entre l'ensemble des partenaires sociaux concernés. A cet effet, une commission nationale d'assurance maladie a été instituée par le gouvernement en 1996 et regroupe toutes les parties intervenantes dans le système de santé, à savoir les départements ministériels, les caisses de sécurité sociale, les organisations professionnelles des employeurs et des travailleurs, les représentants des professions de santé, l'organisation des consommateurs, etc. L'objectif de cette instance de dialogue social est de participer activement à l'instauration d'un nouveau système de santé qui répond au mieux aux aspirations des citoyens et aux attentes des différents partenaires sociaux tout en tenant compte des capacités du pays.
30. Un membre travailleur a pris la parole au nom de son groupe pour traiter des questions soulevées par la discussion sur le point 3. Tout d'abord, la reconnaissance des représentants des partenaires sociaux est liée à la notion de légitimité: si la légitimité est clairement établie, alors la durabilité du dialogue social est garantie. Les travailleurs souhaiteraient avoir leur mot à dire sur le choix et la méthode de désignation de leurs représentants afin de veiller à ce que leur représentation soit la plus légitime possible. A cet égard, il convient également de définir des critères précis concernant qui doit représenter les travailleurs, compte tenu notamment du nombre d'organisations de travailleurs et de la nécessité de s'exprimer au nom d'une seule voix. Si l'accréditation est nécessaire, les gouvernements doivent tenir compte du fait que la couverture des organisations nationales ou des centres de travailleurs doit être la plus étendue possible et porter également sur le secteur informel. L'intervenante a cité l'exemple des Philippines, où des alliances ont été établies entre des organisations de travailleurs et le Trade Union Congress of the Philippines en vue d'obtenir une représentation plus unifiée. Cette coopération fonctionne également avec des organisations professionnelles nationales présentes dans le secteur de la santé de façon à élargir encore la représentation des travailleurs. Dans d'autres pays, où la situation est différente, les gouvernements et les employeurs ne devraient pas porter atteinte au droit qu'ont les grandes organisations professionnelles d'être désignées comme représentantes au sein du dialogue social, pour

autant que ces dernières s'intéressent à tout ce qui touche aux moyens de subsistance et que leurs représentants soient élus par les travailleurs. Quant à la question de savoir à quel niveau de l'exécutif se situe le dialogue social, la réponse dépend des circonstances. Ainsi, les conditions d'emploi peuvent être débattues au plan local, tandis que les questions budgétaires ne peuvent l'être qu'au niveau national. Les employeurs, qu'il s'agisse d'organismes sans but lucratif ou d'entreprises à but lucratif, doivent être considérés comme une seule et même entité.

31. Un autre membre travailleur a décrit la situation dans la Fédération de Russie, où le syndicat des travailleurs de la santé est capable d'utiliser le dialogue social comme un mécanisme efficace pour résoudre les différends du travail. Le système de dialogue social de son pays est composé de trois niveaux: national, régional et institutionnel, avec des partenaires sociaux intervenant à chaque niveau. Ce système est le résultat de longues négociations qui ont abouti à un projet de loi sur le partenariat social, établissant un lien juridique entre les syndicats, les employeurs et le gouvernement. Cette législation prévoit une définition des syndicats et des représentants des travailleurs dans le cadre d'un dialogue social. En outre, elle précise le rôle que jouent les syndicats sur le plan de la protection des intérêts des travailleurs, définit les procédures de signature des accords et définit les responsabilités des employeurs au cas où ils ne participeraient pas au processus du dialogue social ou s'ils ne mettaient pas en place les résultats du processus. Ce système a permis de trouver des solutions à plusieurs questions importantes, telles que l'arriéré salarial considérable dû aux travailleurs de la santé. Le système joue un rôle important au niveau de la mise au point des plans visant à privatiser le système de santé russe et de l'adoption du programme d'emploi permettant de faire face aux perturbations liées à la restructuration.

32. Un membre travailleur, intervenant au nom de son groupe, a abordé la question de la représentation. Même si ce concept peut être interprété différemment dans différents pays, il est important de garder à l'esprit les conventions n^{os} 135, 87 et 151, notamment la convention (n^o 135) concernant les représentants des travailleurs, 1971, article 3, qui établit ce qui suit:

Aux fins de la présente convention, les termes «représentants des travailleurs» désignent des personnes reconnues comme tels par la législation ou la pratique nationales, qu'elles soient:

- a) des représentants syndicaux, à savoir des représentants nommés ou élus par des syndicats ou par les membres de syndicats;
- b) ou des représentants élus, à savoir des représentants librement élus par les travailleurs de l'entreprise, conformément aux dispositions de la législation nationale ou de conventions collectives, et dont les fonctions ne s'étendent pas à des activités qui sont reconnues, dans les pays intéressés, comme relevant des prérogatives exclusives des syndicats.

Cette définition définit clairement le rôle des partenaires dans le dialogue social. Cependant, il pourrait être très dangereux de ne fournir qu'une définition partielle qui déboucherait sur l'exclusion de la voix de certains travailleurs. Cela a mis l'accent sur l'importance de créer des règles au niveau national qui pourraient également être appliquées au niveau international, afin de définir clairement qui sont les parties prenantes du dialogue social.

33. Le porte-parole du groupe gouvernemental/employeurs a également abordé les questions de la représentation et des niveaux d'engagement du gouvernement, en signalant que son groupe avait apprécié le débat vivant caractérisé par l'expression de divers points de vue. Il est apparu que dans différents cas les niveaux local, régional et fédéral seraient impliqués, en fonction des cultures spécifiques et des pratiques passées.

-
- 34.** Les représentants des gouvernements du Panama et de l’Égypte ont répondu à des commentaires précédemment formulés par des membres de leur groupe. Même si les situations sont différentes d’un pays à un autre, le ministère de la Santé du Panama a joué un rôle central en guidant le processus de consultation et de dialogue. Le processus de réforme de la santé mis en place au sein du ministère de la Santé et de la Population en Égypte a été décrit, ainsi que certains des objectifs de la réforme. Afin d’atteindre ces objectifs, des comités ont été créés avec des représentants d’autres ministères gouvernementaux, émanant de ministères autres que celui de la Santé et de la Population.
- 35.** Un membre travailleur, intervenant au nom de son groupe, a déclaré que les syndicats étaient les représentants officiels et légitimes des travailleurs, et qu’au sein des syndicats les responsables étaient élus librement par les travailleurs qu’ils représentent. L’intervenante a affirmé que la reconnaissance du droit de négociation collective, tel que défini dans la convention (n° 98) sur le droit d’organisation et de négociation collective, 1949, était une condition préalable à l’existence d’un dialogue social constructif. En République-Unie de Tanzanie, tous les travailleurs de la santé, qu’ils soient dans le secteur privé ou dans le secteur public, sont représentés par un syndicat, qui permet de créer un mécanisme efficace pour le dialogue social. La création d’un conseil commun représenté en permanence par des membres gouvernementaux et des travailleurs constitue un autre exemple de l’efficacité de ce mécanisme. Même si en République-Unie de Tanzanie les travailleurs ne sont représentés que par leur syndicat, il serait également possible qu’une organisation professionnelle représente les travailleurs. Cela serait très pertinent dans les pays où l’on ne les considère pas comme des syndicats. Cependant, il convient de signaler que la convention n° 87 protège le droit de créer des syndicats. Au sujet de l’engagement des différents niveaux de gouvernement, cela dépendra des circonstances. Même s’il est parfois possible de débattre de certaines questions au niveau local, d’autres points, notamment ceux liés aux questions budgétaires, doivent être débattus au niveau national.
- 36.** Au sujet du débat sur le point 4, le porte-parole du groupe gouvernemental/employeurs a signalé que les «systèmes d’alarme avancée» pouvaient revêtir diverses formes: des forums mensuels sur le dialogue social; des communications efficaces et répétitives; et la sensibilisation des médias à la fourniture des soins de santé afin que le public comprenne, ceci constituant un autre lien nécessaire à l’efficacité de la communication. Divers membres gouvernementaux (Kenya, République arabe syrienne, Tunisie, Malaisie) ont contribué à mettre au point des mesures supplémentaires qui pourraient être prises: suivi des plans d’action; examen des décisions déjà prises afin surveiller le processus de dialogue; établissement de normes et surveillance des normes minimales; définition d’indicateurs relatifs à la prise de décisions prenant en compte tous les facteurs et les intérêts en jeu, la situation macroéconomique, les différents niveaux administratifs et les préoccupations des patients; et, enfin, davantage de transparence afin de lever le voile du secret au cours des délibérations et au niveau de la planification des étapes.
- 37.** Le porte-parole du groupe des travailleurs a cité les conclusions de la réunion de 1998 sur les services de santé, plus spécifiquement la troisième appelant à ce que des réformes ne soient imposées ni par la hiérarchie ni par des parties prenantes extérieures au processus mais soient mises en œuvre dans le cadre d’une concertation efficace avec les représentants des travailleurs. Pour qu’un système d’alarme avancée soit efficace, les travailleurs doivent être engagés dès le début, pas trop tard, comme cela s’est souvent produit dans le passé. Cela a permis aux travailleurs qui connaissaient les systèmes et leurs défauts de s’engager pleinement dans la conception des solutions aux problèmes en temps voulu. Le fait que le représentant de la République arabe syrienne, par exemple, n’ait pas fait référence aux syndicats signifie-t-il que ce type d’organisations n’existe pas? Le dialogue social existe-t-il dans ce pays?
- 38.** Un membre travailleur, signalant que le dialogue social avait prévalu pendant longtemps en Allemagne, a fourni des exemples récents d’utilisation de systèmes d’alarme avancée,

tels que: la réglementation de la formation au niveau fédéral et des débats sur la réforme de la législation auxquels des représentants du ministère de la Santé, des associations professionnelles et le syndicat auquel appartient l'intervenant qui représente les travailleurs ont participé; la création de groupes mixtes composés de représentants du gouvernement et de syndicats au niveau des Länder afin d'examiner et de développer des stratégies afin de lutter contre la réduction des effectifs du personnel infirmier en fonction de certains indicateurs donnés; et la création de tables rondes, il y a un an, auxquelles participent le gouvernement, les employeurs privés et les syndicats afin de réviser les réformes des soins de santé et de mettre éventuellement au point une nouvelle loi. Le syndicat de l'intervenant, VER.DI, a également entrepris une campagne nationale et examiné les programmes de soins de santé des partis politiques en vue de débattre de futures réformes du gouvernement, même si ce n'est pas la forme de dialogue social la plus significative. Cette forme correspond à de la négociation collective, qui pourrait être un système d'alarme avancée efficace. Les employeurs ont tout à fait raison d'insister sur le fait qu'anticiper la communication est une base du dialogue social.

39. D'autres membres travailleurs (Espagne, Etats-Unis, Barbade) ont exposé leurs vues sur la discussion relative au point 5. Un membre travailleur représentant le personnel infirmier a déclaré qu'il n'était pas facile de mesurer la qualité des services. En Europe, les négociations mettent l'accent sur les aspects liés à la qualité des services et à la satisfaction des usagers. Or ce type d'évaluation, très relatif, peut être fonction du sentiment d'insatisfaction des usagers à l'égard des fournisseurs de soins et ne pas refléter le système de soins de santé dans sa globalité. L'évaluation de la qualité des services doit être réaliste et faire l'objet de négociations en vue d'une adaptation aux changements. Un autre membre travailleur a estimé que la dignité des travailleurs devait être prise en considération au sein de ce débat. La qualité peut être mesurée, y compris au moyen de la satisfaction des usagers. Or la question fondamentale consiste à créer, grâce au dialogue social, des conditions favorables aux travailleurs en tant que principaux acteurs du système, de sorte qu'ils soient pleinement conscients du rôle qu'ils jouent en matière de fourniture de services. Un troisième membre travailleur a insisté pour que normes de qualité aillent de pair avec emploi et services. L'OIT doit aider les gouvernements à mieux saisir la relation qui existe entre dialogue social, travail décent et services de qualité. Depuis dix ans, les syndicats de la Barbade participent au dialogue social et ils ont admis qu'il convient d'associer tous les partenaires aux réformes actuelles de la fonction publique et du secteur de la santé. Tous les partenaires doivent être impliqués dans le débat sur les normes de qualité, notamment dans les questions concernant les entreprises privées: direction, ressources humaines, gestion de l'information, sécurité, normes, environnement médical, éducation et formation. Les gouvernements doivent mettre sur pied des institutions de normalisation et des conseils de productivité au plan national, auxquels participeraient les travailleurs à part entière, qui auraient pour objet de superviser toutes ces questions.
40. D'autres membres travailleurs (Fédération de Russie, République-Unie de Tanzanie) sont convenus des difficultés qui consistent à définir des critères de qualité. En fin de compte, la qualité dépend de l'évaluation faite par les usagers, la société civile et les travailleurs des services de santé et, par conséquent, de la valeur des ressources humaines fournissant ces services. Outre des fonds suffisants, les salaires, les conditions de travail, la formation et les possibilités de dialogue social qui s'offrent aux fournisseurs de soins de santé sont autant d'éléments qui détermineront non seulement leur maintien dans l'emploi mais aussi leur motivation et la qualité de leurs services. Les accords entre partenaires sociaux déterminent les normes de qualité qui doivent aussi être mises en application. Des exemples tirés de la Fédération de Russie ont été cités qui montrent l'engagement des syndicats dans la planification des budgets de soins de santé, la gestion des fonds d'assurance médicale, ainsi que la participation aux conseils nationaux de formation, y compris la proposition de nouvelles normes de formation obligatoire destinée aux

travailleurs de la santé et financée par l'employeur, et la participation aux commissions chargées de délivrer aux institutions de santé les habilitations leur permettant d'exercer.

41. Le porte-parole du groupe gouvernemental/employeurs a établi un lien entre normes de qualité et déontologie médicale. Un membre employeur a confirmé la difficulté qui consiste à fixer des normes de qualité dans les services de soins de santé, la qualité étant un processus évolutif. Il est peut-être plus facile de définir ce qu'est la mauvaise qualité, à savoir l'inefficacité des soins de santé ou l'aggravation de la maladie. Reste que les gouvernements doivent établir des normes de qualité obligatoires, fondées sur les conseils formulés par les représentants des employeurs et des travailleurs. Par ailleurs, on ne peut dissocier le facteur coût de la qualité et des normes, et l'on doit se demander si les nouvelles procédures sont économiquement rentables. La qualité dépend aussi de la concurrence entre les systèmes de santé, qui doivent produire les produits de soins de santé les plus performants. Enfin, les fournisseurs de soins de santé qui ne répondraient pas à certaines normes doivent être exclus du marché.
42. Le représentant du gouvernement de la Suisse a repris à son compte l'idée que les décisions finales sur les normes devaient relever des gouvernements, aidés par l'avis des experts des associations professionnelles et d'autres prestataires de santé. La mise en place de normes devrait se faire au niveau local et à partir du dialogue social. En matière de normes de contrôle, il incombe aux gouvernements de se demander si une situation donnée requiert un dialogue social ou si les décisions principales sont du seul ressort des gouvernements.
43. Le représentant du gouvernement de la République arabe syrienne a assuré au groupe des travailleurs que dans son pays une fédération des travailleurs possédant des sections dans divers ministères et secteurs, entre autres, s'efforce d'améliorer les conditions de travail, de prendre des mesures incitatives et de perfectionner les critères présidant à l'établissement des normes de qualité.
44. Un membre employeur a convenu que la qualité restait un critère subjectif mais qu'il y avait également des critères objectifs permettant de veiller à la qualité au niveau des soins cliniques, mais également au sein des professionnels et du personnel. En Malaisie, les études et les formations suivies par les personnels ainsi que leurs qualifications sont des critères fondamentaux. En ce qui concerne les soins cliniques, la qualité est garantie en adoptant, en suivant et en formulant des directives de pratiques cliniques, des prises de positions communes et en pratiquant une médecine fondée sur des éléments d'information. Les indicateurs servant à surveiller les normes des soins cliniques sont, entre autres, les suivants: taux d'infection, diagnostics marqués (appendicites), retour non planifié au bloc opératoire et transfusion avec du sang non compatible. Quant à l'aspect non clinique de la qualité, les indicateurs opérationnels (visant à garantir la satisfaction des patients) tels que, entre autres, le temps d'attente pour voir les médecins, les listes d'attente pour les opérations (par exemple pour le remplacement d'une hanche) sont utilisés.
45. Un membre travailleur s'est montré d'accord avec certaines déclarations faites par les employeurs, notamment celles regardant la responsabilité de l'Etat, quant à la participation maximale des parties intéressées dans la définition des critères de qualité, quant à l'établissement de normes de contrôle et quant aux moyens de les faire appliquer, y compris, si nécessaire, en usant de sanctions. Ces critères sont à la base de l'établissement aux Pays-Bas d'un institut national indépendant veillant à assurer la qualité, qui opère de façon satisfaisante et, en Allemagne, d'un système similaire, où l'association des hôpitaux et celle des médecins et des assurances ont mis au point une gestion de la qualité fondée sur la transparence. La qualité doit également être mesurée selon des critères économiques, mais l'économie ne doit pas être un facteur prédominant particulièrement quand des conditions uniformes de concurrence n'existent pas entre les services de santé. VER.DI, le

syndicat du membre travailleur, s'oppose à la recherche du profit dans les services de santé; la santé est, selon lui, un droit, non un produit.

46. Une observatrice de l'OMS a indiqué que, dans les décisions concernant les changements structurels, son organisation s'efforcerait d'engager professionnels et travailleurs dans un dialogue politique. Très souvent les infirmières et les sages-femmes qui représentent 80 pour cent des travailleurs de la santé ne sont pas impliquées dans les décisions importantes et, selon des études menées en Amérique latine, la qualité de la santé souffre directement de cet état de fait. L'OMS et l'OIT devraient tenir compte de ce facteur dans leurs programmes visant à assurer l'implication des diverses professions de santé dans le processus de décision.

Services de santé et participation au dialogue social

47. Le porte-parole du groupe gouvernemental/employeurs a ouvert la discussion sur les programmes de formation destinés à améliorer le dialogue social dans le secteur de la santé. Un membre employeur a estimé que ces programmes devaient poursuivre des buts spécifiques comme, par exemple, résoudre les conflits. Les techniques de communication et de consultation, les techniques linguistiques, au niveau théorique et pratique, ainsi que les technologies de l'information et de la communication ont également un rôle majeur à jouer. Le point 6 de la discussion devrait déterminer le résultat des discussions qui vont suivre. Il est important d'établir des points de repère qui favoriseront l'obtention d'un accord sur les types de formation requis.
48. Au nom de son groupe, un membre travailleur a insisté sur l'importance du rôle joué par l'OIT en matière de références et de bonnes pratiques. La mise en place de ces dernières est également importante pour les syndicats. Le gouvernement et les syndicats de l'Afrique du Sud se sont par exemple impliqués dans le développement de nombreux programmes de formation pour les travailleurs du secteur de la santé. Tous les niveaux de formation ont une importance égale. La Confédération des syndicats de l'Afrique du Sud (COSATU) a, par exemple, débattu de problèmes politiques, sociaux et économiques avec le gouvernement, mais chaque partie a su conserver son statut spécifique. Cette politique a permis de réduire considérablement le nombre des grèves. Si les syndicats utilisent leurs propres ressources pour organiser des formations, ils sont indemnisés par le gouvernement, qui, à son tour, fait en sorte d'éviter que ces formations soient inutilement répétées. Il incombe au gouvernement d'impliquer toutes les parties prenantes dans la conception des programmes de formation afin de s'assurer qu'ils sont efficacement menés. Il s'agit ici de bâtir une relation de confiance à long terme qui, en retour, potentialise le dialogue social.
49. Un autre membre travailleur a évoqué le danger qu'il y aurait à affirmer que le jeu des forces économiques rend à lui seul superflue l'intervention des syndicats et de l'Etat. En Yougoslavie, la mise en place d'institutions démocratiques souffre d'un manque d'expérience préalable en la matière. L'assistance technique ainsi que la fixation de normes par l'OIT sont essentielles à la promotion du dialogue social dans son pays, que ce soit en Serbie ou au Monténégro. Les syndicats ne sont guère satisfaits de la situation qui prévaut aujourd'hui. Le rôle joué par l'OIT dans la promotion du dialogue social est primordial pour ceux qui pensent avec confiance que le dialogue social concourt à la réalisation des nobles objectifs poursuivis par la Yougoslavie, la Serbie et le Monténégro.
50. Un membre travailleur a rappelé qu'au Venezuela le dialogue social était très en vogue ces dernières années mais qu'il est désormais en perte de vitesse. Du côté du secteur public, nos travailleurs ont reçu une formation suffisante, ainsi que des informations en Amérique latine et aux Caraïbes. Nous avons été formés à l'Université latino-américaine «UTAL» pour tout ce qui concerne le dialogue social et la défense des intérêts des travailleurs. Récemment, les stratégies de notre gouvernement ont mis en œuvre des changements au niveau du cadre juridique du travail, qui ne favorisent pas les travailleurs et ne protègent

pas leurs intérêts collectifs. C'est cette situation que nous dénonçons par l'intermédiaire de nos organisations syndicales, comme la GMT, et d'autres organisations internationales qui seront présentes à la Conférence de l'OIT de 2002. Le Venezuela a été sanctionné par les violations dont les organisations syndicales et leurs travailleurs font l'objet et certains pays ont exprimé leur solidarité. Dans les services de santé, les salaires mensuels sont inférieurs à 130 dollars, ce qui nous maintient dans un état de pauvreté. Les employeurs privés sont davantage favorables au dialogue visant à améliorer les conditions de travail.

- 51.** Un autre membre travailleur a considéré qu'il était important de renforcer les institutions de dialogue social. Beaucoup de travailleurs de la santé aux Philippines n'ont pas le droit de rejoindre un syndicat ou une association professionnelle alors qu'une voix puissante doit se faire entendre pour que renaisse le dialogue social. Chaque partie doit investir dans ses propres formations afin que le dialogue social fasse partie intégrante des activités quotidiennes. Il est donc important que l'OIT assiste les syndicats dans la mise en œuvre des moyens permettant aux travailleurs de la santé d'obtenir une meilleure représentation. Dans les pays asiatiques où le dialogue social semble avoir assez bien fait ses preuves, les prestataires auxiliaires de la santé devraient être intégrés au processus. Aux Philippines, le refus du gouvernement de consulter, comme il se doit, les travailleurs de la santé lors de leur réaffectation a suscité une levée de boucliers provoquant la réintégration des intéressés et s'est soldé par des pertes financières. Il serait bon désormais d'éviter de renouveler de telles expériences dans le cadre des réformes sectorielles.
- 52.** La représentante du gouvernement de l'Afrique du Sud a déclaré que le gouvernement pouvait aider à la création de formations en adoptant des mesures permettant de les mettre en place pendant le temps de travail et en dehors du temps de travail. Qui dit travailleurs de qualité dit travail de qualité. Il est donc important de créer un environnement où le dialogue social puisse se mettre au service des ressources humaines et de leur valorisation. Les autorités responsables en matière de formation et d'éducation pourraient également apporter leur aide en organisant des formations là où elles font défaut.
- 53.** Le représentant du gouvernement du Kenya estime que le développement des ressources humaines est essentiel au renforcement des institutions privilégiant le dialogue social quand une organisation est sur le point de réaliser ses objectifs. Les travailleurs ont besoin d'être formés et rémunérés; ils ont également besoin des outils et des équipements leur servant à accomplir leur tâche. Tout programme de formation valable devrait avoir pour but de clarifier les rôles et les responsabilités de chacun et d'entreprendre une évaluation des ressources humaines au niveau régional et provincial. Il devrait également établir des principes de contrôle, de gestion et d'évaluation efficaces et mettre en place un programme régional de formation pour les personnels de la santé.
- 54.** Un membre employeur a signalé que tous les travailleurs et employeurs ne peuvent être formés pour participer au dialogue social; seuls certains individus doivent être sélectionnés pour cette formation qui devrait par ailleurs être facilement mise en place, étant donné que c'est à chaque partenaire qu'incombe la formation de ses représentants en trouvant les ressources et le temps libre nécessaires. Un autre membre employeur a soutenu qu'en plus des partenaires sociaux tous les utilisateurs des services de santé, les ONG et les représentants de l'Université devraient contribuer au développement des programmes de formation aux techniques de dialogue social, programmes qui renforcent le professionnalisme à tous les niveaux du système de santé.
- 55.** Le porte-parole du groupe des travailleurs a bien accueilli la proposition du membre employeur visant à assurer qu'un congé soit prévu pour la formation. Un membre travailleur a ajouté qu'il incombait à tous les partenaires d'investir dans la formation en termes de temps, de financement, d'infrastructures et de coûts, mais qu'il était également du ressort des gouvernements et des employeurs d'assurer aux partenaires sociaux une position forte et indépendante. Dans certaines situations, il est nécessaire de recourir à des

personnalités de premier plan parmi les travailleurs mais, dans d'autres, une représentation plénière s'impose. Le niveau et la légitimité de la représentation sont donc des considérations de première importance. L'intervenant a donné l'exemple d'un conseiller technique de l'Agence danoise de coopération technique (DANIDA) basé en République-Unie de Tanzanie, ayant pour but de fournir des techniques de négociation syndicale aux travailleurs et aux représentants des syndicats. Des organismes finançant le dialogue social seraient également efficaces, avec l'avantage qu'aucune des parties ne serait dépendante des ressources fournies par l'autre. Les responsables politiques, en collaboration avec d'autres organismes, à savoir l'OIT, devraient envisager la possibilité d'introduire un module sur les droits des travailleurs dans le programme de formation des travailleurs de la santé afin de les sensibiliser aux problèmes des relations professionnelles et de mieux leur faire connaître et apprécier leurs droits. Dotés de moyens supplémentaires, les syndicats pourraient ainsi jouer un rôle plus important.

- 56.** Un observateur représentant la Fédération internationale du personnel des services publics a noté que la qualité de la formation dans le secteur des services de santé a toujours été remarquable en Europe et qu'elle allait encore s'accroître dans le futur. Les travailleurs sont de plus en plus incités à suivre, pendant leur temps libre, une formation dont le coût leur incombe. Etant donné que des travailleurs formés constituent un atout précieux pour l'employeur, la formation devrait au moins se dérouler en partie durant le temps de travail, et une partie des coûts devrait être couverte. De telles mesures auraient des répercussions positives sur le secteur des services de santé.
- 57.** En guise de résumé, le porte-parole du groupe gouvernemental/employeurs a relevé qu'il semblait y avoir un accord sur le fait que les trois partenaires devaient être impliqués dans le processus d'élaboration. Cependant, d'autres intervenants ont exprimé la volonté d'y inclure d'autres partenaires comme les usagers, les ONG et les universités. Un membre employeur a désiré lever une ambiguïté: le débat a eu pour objet l'implication d'experts de la formation dans le dialogue social. C'est à chaque partenaire de garantir une telle formation pour ses représentants. Il ne s'est agi en aucune façon d'accorder ou de refuser des propositions de formation.
- 58.** Le représentant du gouvernement du Panama a reconnu l'importance de l'accès à la formation professionnelle et à la formation aux techniques de dialogue social. Cet accès doit être aménagé par la volonté politique. La nécessité de former les fonctionnaires au dialogue social ne doit cependant pas être oubliée.
- 59.** Le porte-parole du groupe des travailleurs a résumé la position des membres de son groupe en déclarant que le dialogue social supposait une concertation entre des personnes travaillant ensemble. La formation doit donc être conçue et mise en œuvre conjointement. Si la formation ne recueillait pas l'assentiment des employeurs, le dialogue social n'aurait alors plus aucune signification. Le dialogue social permet aux partenaires sociaux de trouver ensemble des solutions, et des solutions qui concernent justement le problème de la formation.
- 60.** En ce qui concerne le débat sur le point 7, le porte-parole du groupe gouvernemental/employeurs a déclaré que tous les partenaires devraient participer au processus de planification et à la définition des objectifs. Un des sous-groupes créé par le groupe gouvernemental/employeurs a indiqué que le partenariat devrait être élargi aux usagers et aux parties prenantes, aux ONG et aux institutions académiques. Le type de dialogue social choisi dépend des questions, du calendrier et du processus utilisé. Un consensus devrait être atteint par tous les partenaires en fonction de la législation nationale et des coûts.
- 61.** Au nom du groupe francophone de gouvernements, le représentant du gouvernement de la Tunisie a souligné qu'un environnement prédéfini déterminait naturellement les règles du

jeu. Des programmes peuvent être élaborés en fonction de priorités définies, impliquant tous les partenaires sociaux.

- 62.** Le représentant du gouvernement du Kenya a rappelé que la planification et la définition des objectifs devaient être mises en place aux niveaux national, régional et local. Le ministère de la Santé a un rôle à jouer au niveau de la préparation des plans à chacun des trois niveaux, avec des objectifs formulés et des processus définis. A tous les niveaux, les partenaires sociaux devraient participer, parvenir à un accord sur le temps nécessaire pour atteindre les objectifs fixés.
- 63.** Un membre travailleur, parlant de l'expérience de la Fédération du personnel infirmier en Equateur, a déclaré qu'il était important de bien préparer le dialogue social. La formation est par conséquent cruciale. Les gouvernements, comme les employeurs, ont besoin d'investir dans la formation des représentants qui participeront au dialogue social en leur nom, de sorte qu'ils soient à même de répondre aux demandes des syndicats et à celles des organisations professionnelles. Le processus ne devrait pas prendre trop de temps de façon à ce que personne ne perde les objectifs de vue; et les partenaires devraient être sûrs du processus et du rôle qu'ils ont à jouer au niveau de la planification, de la mise en œuvre et du suivi. Il est essentiel que toutes les parties prenantes, y compris les associations professionnelles participant au processus, aient le même objectif, mais les changements constants survenant au sein du gouvernement équatorien rendent la situation difficile. Les syndicats ont déployé des efforts afin d'unifier les différents éléments du secteur de la santé mais 60 pour cent de la population vit en dessous du seuil de pauvreté, et il est difficile d'attendre des pauvres qu'ils supportent une charge économique plus lourde pour la réforme du secteur de la santé. De nombreux pays d'Amérique latine sont confrontés à ce problème.
- 64.** Le membre travailleur de la Barbade a signalé que les gouvernements avaient appris la leçon selon laquelle il est important que tous les partenaires sociaux participent, de sorte que les réponses de l'ensemble d'entre eux aient la même valeur. La nature et l'urgence de la question, ainsi que les coûts impliqués, détermineront comment le processus du dialogue social est planifié. L'importance de la formation a été soulignée par plusieurs membres travailleurs, qui ont rappelé qu'il était crucial de parvenir à un terrain d'entente entre partenaires sociaux. Etant donné que le dialogue social dans le secteur de la santé doit être considéré comme un processus continu s'inscrivant dans le cadre d'un environnement en constante évolution, la planification doit être faite sur une base quotidienne. Les bonnes pratiques doivent être recueillies et diffusées, et les partenaires, notamment le gouvernement, doivent participer au dialogue sans conditions préalables. En France, par exemple, les négociations sur les trente-cinq heures se sont déroulées harmonieusement, mais des points faibles sont apparus au cours du processus de suivi en raison des conditions préalablement définies.
- 65.** Un membre travailleur a cité l'exemple d'un projet de dialogue social au Danemark dans le cadre duquel les participants ont recherché d'autres façons pour organiser le travail dans des hôpitaux publics qui étaient essentiellement gérés par les conseils municipaux. Le projet, qui a connu un certain succès, a été élaboré sur la base de décisions conjointes et sur des accords contraignants entre les deux parties; il a été repris au niveau européen comme modèle. Deux conférences ont jusqu'à présent été organisées et lors de sa troisième, en cours de préparation, des questions spécifiques, telles que le recrutement, le maintien dans l'emploi du personnel, la reconnaissance des compétences, la migration et le service général, pourront être abordées.
- 66.** Le porte-parole du groupe gouvernemental/employeurs a débuté la discussion sur le point 8 en réaffirmant que, en fonction de la question abordée, n'importe quel partenaire peut prendre l'initiative. Par exemple, une question de portée nationale pourrait être lancée par le gouvernement mais cela dépend des circonstances. Un sous-groupe du groupe

gouvernemental/employeurs a estimé qu'il était important de définir le mandat qui déterminerait les raisons pour lesquelles une réunion a lieu et quels sont les points à aborder. Selon le groupe gouvernemental/employeurs, un dialogue ouvert auquel participent d'autres partenaires devrait être encouragé.

- 67.** Le représentant du gouvernement du Kenya a insisté sur le fait que le dialogue social est avantageux pour tous les partenaires sociaux; chacun peut donc en prendre l'initiative. Ce processus est indispensable pour atteindre les objectifs de l'Organisation, et il peut être engagé à un niveau aussi près que possible de là où une action s'impose. En cas de conflit, une troisième partie peut être consultée. En outre, les initiatives lancées à un niveau informel peuvent tirer parti de l'assistance de réseaux structurés, conformément à ce que prévoit la législation nationale du travail.
- 68.** Le porte-parole du groupe des travailleurs a souligné que, pour bon nombre de travailleurs du monde entier, la difficulté consiste en fait à s'engager pour la première fois dans le dialogue. La liberté syndicale et les efforts fournis en vue de s'engager dans la négociation collective peuvent parfois conduire à des situations de harcèlement, voire à d'éventuelles arrestations. A cet égard, le cas de la République de Corée a été cité où des syndicalistes ont été arrêtés et se sont vus privés des droits fondamentaux de la personne humaine et des travailleurs. Le groupe des travailleurs a estimé qu'un tel comportement était inacceptable, surtout de la part d'un pays Membre de l'OIT.
- 69.** Au sujet d'une des questions soulevées lors du débat sur le point 9, à savoir comment conduire le dialogue social, le porte-parole du groupe gouvernemental/employeurs a déclaré que les gouvernements devaient favoriser et promouvoir ce processus en organisant régulièrement des réunions de commissions, de sous-commissions et de groupes d'experts. Il convient également de renforcer les institutions existantes. Un membre employeur a souligné que tous les partenaires sociaux doivent être impliqués dans ce processus continu et commun.
- 70.** La représentante du gouvernement de l'Afrique du Sud a déclaré que le dialogue social devait être conduit en toute bonne foi afin de garantir une interaction positive entre tous et d'éviter des conséquences non recherchées. Citant le cas d'un employeur ayant violé la législation du travail dans son pays, qui prévoit qu'une consultation doit avoir lieu préalablement à toute suppression de personnel, l'intervenante a souligné qu'il ne faut pas confondre processus de consultation et décisions approuvées sans discussion. Faisant siens ces propos, le représentant du gouvernement du Kenya a rappelé que le dialogue social est un processus continu qui doit être maintenu à tous les niveaux. L'adoption d'une politique d'ouverture et la promotion de la consultation réciproque peuvent être envisagées comme instruments de règlement des différends.
- 71.** Le porte-parole du groupe des travailleurs a félicité les membres du groupe gouvernemental/employeurs ainsi que des organisations internationales telles que l'OMS pour leur volonté de coopération avec les organisations de travailleurs, et il a rappelé qu'il était important que les partenaires sociaux soient puissants et indépendants et qu'ils reconnaissent le rôle joué par les autres partenaires, condition préalable à tout dialogue constructif. Le droit d'organisation et de négociation collective doit être garanti aux travailleurs de la santé, et des ressources suffisantes – en termes de budget, de temps, de formation et d'infrastructures – doivent être allouées par les gouvernements, de sorte que l'ensemble des partenaires sociaux puissent agir en position de force et en toute indépendance. Conscient que l'expérience des pays d'Europe ne peut systématiquement s'appliquer à d'autres parties du monde, l'intervenant a toutefois cité l'exemple du Royaume-Uni, où le gouvernement finance les initiatives des partenaires sociaux au plan local, de façon à renforcer, au moyen de la formation, leurs compétences en matière de représentation.

-
- 72.** Un membre travailleur de l'Estonie a donné un aperçu de la situation de son pays, où il existe des lois pertinentes et des syndicats puissants représentant les médecins, le personnel infirmier et d'autres travailleurs du secteur de la santé. Les conventions de l'OIT ont été particulièrement utiles pour permettre tant au gouvernement qu'aux employeurs de prendre conscience des droits de tous les travailleurs de ce secteur. Ainsi, un accord a été signé sur les salaires minima dans le secteur de la santé suite à l'engagement du dialogue entre les syndicats et les organisations d'employeurs.
- 73.** Un membre employeur a appuyé les propositions du groupe des travailleurs, en précisant toutefois qu'on ne saurait imposer la création de nouveaux organismes de financement ou d'institutions administratives. Le dialogue social doit en effet pouvoir être maintenu sans y être contraint par de nouveaux cadres institutionnels.
- 74.** Une observatrice de l'OMS en poste en Amérique latine a convenu que le dialogue social est une stratégie indispensable au progrès dans le secteur de la santé. Cette région du monde se heurte au grave problème que pose l'absence de continuité des gouvernements; or, en général, d'autres organismes tels que les institutions de formation et les fédérations professionnelles sont également impliqués dans les questions de qualifications, de formation, de délivrance des certificats et de migration légale. Des travaux ont par ailleurs été entrepris dans 17 pays de la région en vue d'établir un dialogue social sur les questions liées aux ressources humaines. Dans le contexte latino-américain, il importe de définir clairement les problèmes à résoudre. Les gouvernements doivent par ailleurs investir dans le développement des connaissances, de sorte que les questions puissent être débattues et analysées sur la base d'informations et de statistiques fiables.
- 75.** A la cinquième séance plénière de la réunion, le président de la réunion a indiqué que le groupe de travail sur les résolutions s'était réuni pour examiner la recevabilité de deux projets de résolutions soumis par le groupe des travailleurs. Le projet de résolution considérant l'accès aux services de santé en tant que droit de la personne (WPR/D.2) a été déclaré recevable, mais le groupe de travail a décidé que le projet de résolution concernant la migration des travailleurs dans le secteur de la santé (WPR/D.1) se rapportait à la question à l'ordre du jour de la réunion et l'a renvoyé à un examen ultérieur.
- 76.** Le texte des dispositions exécutoires est conçu comme suit:
- ... invite le Conseil d'administration et le Directeur général à:
- 1) promouvoir les principes et l'application intégrale des normes du travail pertinentes de l'OIT dans le cadre de la réforme du secteur de la santé;
 - 2) coopérer étroitement avec l'OMS et l'encourager à promouvoir le respect des droits des travailleurs migrants, en particulier ceux des services de santé;
 - 3) coopérer avec l'OMC et les gouvernements concernés en vue de promouvoir et de garantir les droits des travailleurs migrants grâce à des stratégies positives telles que développées dans les négociations portant sur le Mode 4 de l'AGCS;
 - 4) promouvoir une étude des activités spécifiques liées à la migration des travailleurs de la santé en se fondant sur la conception propre à l'OIT;
 - 5) promouvoir la couverture universelle des soins de santé pour les populations vulnérables, telles que les travailleurs migrants, en particulier les femmes et les enfants;
 - 6) demander aux gouvernements et à tous les employeurs des pays développés notamment de verser aux travailleurs de la santé un salaire minimum vital et de leur garantir de bonnes conditions, de manière à éviter qu'ils ne fuient les salaires et conditions médiocres et ne laissent un vide créé par l'exode du personnel infirmier, des médecins, etc.;
 - 7) demander aux gouvernements des pays en développement et en transition de verser aux travailleurs de la santé un salaire minimum vital et suffisant au moins à décourager leur migration économique;

-
- 8) demander à tous les gouvernements d'élaborer, au moyen des services de l'OIT le cas échéant, des politiques nationales de développement de l'emploi et du secteur de la santé aux fins de planifier la formation des travailleurs de la santé ainsi que la gestion de l'immigration des travailleurs, qui sont nécessaires à la mise en valeur de cette main-d'œuvre et au développement du secteur;
 - 9) demander aux gouvernements de tous les pays qui accueillent des personnes en déplacement de faire en sorte que ces dernières, en particulier s'il s'agit de travailleurs de la santé, d'une part, puissent exercer tous les droits de la personne, y compris les droits syndicaux et les droits des travailleurs ainsi que le droit à l'éducation et aux soins de santé, qui leur sont conférés par les conventions et traités internationaux de l'ONU, de l'OIT et autres organisations et, d'autre part, qu'elles ne jouissent pas de moins de droits que les personnes vivant dans le pays d'accueil;
 - 10) demander à tous les gouvernements et aux agences de recrutement qui font appel à des travailleurs provenant d'autres pays, en particulier les travailleurs aussi indispensables que le personnel infirmier, les médecins et autres professionnels de la santé, de s'engager à respecter les codes et principes déontologiques en matière de recrutement, en priorité ceux qui sont énoncés dans la réglementation ou la législation, afin de ne pas exploiter les pays en développement et leurs travailleurs. De tels instruments devraient être négociés avec les syndicats représentant les travailleurs du secteur de la santé;
 - 11) prier instamment les gouvernements de mettre en place des programmes d'éducation et d'information à l'intention des travailleurs de la santé candidats à l'émigration, et ce avec la participation des syndicats;
 - 12) porter à l'attention des gouvernements le fait que les travailleurs de la santé se déplaçant vers un autre pays, que ce soit de façon permanente ou temporaire, bénéficient, tout comme les autres travailleurs, du droit de la liberté d'émigrer et du droit de rentrer dans leur pays d'origine.

77. Le représentant du gouvernement des Etats-Unis, parlant au nom du groupe gouvernemental/employeurs, a admis que le rapport du président du groupe de travail sur les résolutions reflétait fidèlement ce qui était advenu pendant la réunion.

78. Le représentant du gouvernement de la République de Corée a répondu aux commentaires du porte-parole du groupe des travailleurs au sujet de la grève des travailleurs hospitaliers. Il a avancé que, en Corée, le secteur hospitalier correspondait à la catégorie des services publics essentiels, conformément au sens strict des normes de l'OIT. Même si la grève a commencé le 23 mai 2002, et n'est toujours pas terminée, le gouvernement a déployé en vain tous ses efforts pour résoudre le différend par le dialogue. N'étant pas à même de parvenir à un accord, la commission coréenne des relations du travail, qui est un organe indépendant, a ultérieurement procédé à un arbitrage, conformément à la loi. Cependant, les travailleurs hospitaliers ont refusé sa décision, ont poursuivi leur mouvement de grève illégal et ont demandé le retrait de la décision. Même si le gouvernement s'est efforcé de protéger les droits des travailleurs, d'autres droits doivent également être pris en considération. C'est dans ce sens que le gouvernement a décidé de résoudre la situation en application du droit.

79. Le porte-parole du groupe gouvernemental/employeurs a repris le débat à partir du point 10 en présentant les diverses positions de son groupe. Il avait été suggéré que les écarts au processus programmé de dialogue social pouvaient être identifiés soit par un sous-comité créé dans ce but et composé de membres des trois groupes, soit par un tiers choisi par les partenaires sociaux. L'évaluation de l'impact sur les services sociaux pourrait être menée à bien par les trois parties, en se faisant assister, au besoin, par des experts, et avec la participation, si nécessaire, d'institutions internationales spécialisées. Un autre point de vue proposait qu'une telle évaluation pouvait être conduite par le ministre de la Santé, avec l'aide d'experts indépendants. Les indicateurs servant à évaluer cet impact seraient établis par les partenaires sociaux. Toute action nécessaire serait entreprise par les trois partenaires, l'un des partenaires jouant un rôle prépondérant, selon

le cas. L'initiative pourrait également revenir au ministre de la Santé qui pourrait être assisté par les partenaires sociaux, si besoin est.

- 80.** Un membre employeur a souligné que, bien que certaines propositions émanant du groupe des travailleurs aient évoqué la possibilité de partager le travail avec des organisations comme la Banque mondiale ou l'OMS, cela ne devait pas être considéré comme un appel à inclure ces organisations, étant donné que ces dernières poursuivent leurs propres politiques et qu'il n'est pas toujours opportun de voir ces politiques entrer en contradiction avec celles des pays.
- 81.** Un membre travailleur a décrit l'évaluation comme un processus permanent qui devrait être engagé durant les étapes d'élaboration. Il est important de garantir une représentation tripartite dans tout organe d'évaluation et de donner à tous ses membres une formation sur les méthodes qui seront appliquées. De cette manière, une activité ne sera pas uniquement évaluée par le groupe qui la mène à bien. Une évaluation permanente permettra d'améliorer les diverses évaluations et, ce faisant, mènera à l'adoption de mesures plus efficaces. Un autre membre travailleur a rappelé ces points tout en insistant sur le fait qu'il incombe à tous les partenaires sociaux de contrôler le dialogue social.
- 82.** Un autre membre travailleur a insisté sur l'importance qu'il y a à investir dans les services de santé et a déclaré que l'investissement public était indispensable si l'on voulait que les services de santé puissent continuer à fournir les prestations qu'ils sont censés assurer. Le dialogue social pourrait être un moyen de s'assurer du soutien du public quant à la manière dont ces investissements sont faits, répartis et gérés. Il est également nécessaire de surveiller le rendement de chaque investissement, et le dialogue social peut s'avérer particulièrement utile à cet égard. Si les partenaires sociaux contribuent à la programmation et à l'administration, les gouvernements et les employeurs pourront tirer profit de leur participation et ainsi élever le niveau et la qualité de tout le service.
- 83.** Un troisième membre travailleur a déclaré que le dialogue social pouvait jouer un rôle déterminant dans les questions de pénurie de main-d'œuvre et de formation, pour autant que les besoins dans ce domaine aient été identifiés, en précisant toutefois que le dialogue social ne pouvait résoudre tous les problèmes à lui tout seul. C'est en fin de compte aux gouvernements qu'incombe la responsabilité de prévoir les ressources financières suffisantes pour que les décisions prises dans le cadre du dialogue social puissent être mises en œuvre et coordonnées. Afin de garantir que le dialogue social profite pleinement aux travailleurs, il convient de disposer d'un mécanisme de réglementation qui surveille le recrutement transfrontalier. Le droit au recrutement transfrontalier doit être équivalent au droit des travailleurs de migrer à travers les frontières. Il est impératif de protéger les droits et les intérêts des travailleurs migrants et d'empêcher toute pratique de *dumping* social.
- 84.** S'agissant du point 11, le porte-parole du groupe gouvernemental/employeurs a déclaré que les membres de son groupe souhaitaient reformuler la première question du point 11 comme suit: «Quelles ressources le processus du dialogue social exige-t-il?», qui appellerait la réponse suivante: «Des ressources financières et humaines». Pour répondre toutefois à la question telle qu'elle était posée à l'origine, l'intervenante a indiqué que les ressources nécessaires pouvaient inclure les experts, les infrastructures, les technologies de l'information, le renforcement des capacités et le financement. Toutes les parties doivent se mobiliser à différents niveaux pour la mise en œuvre de ces ressources au moyen d'accords, de dispositions législatives et de la participation communautaire, même si cette responsabilité incombe en premier lieu aux gouvernements.
- 85.** Un membre employeur a déclaré qu'il ne fallait pas interpréter le point 11 comme une demande générale visant à obtenir des ressources financières supplémentaires ou la création de nouvelles institutions administratives. La nécessité de prendre, ou non, de telles mesures dépend des circonstances propres à chaque pays. L'intervenant est convenu que

tous ceux qui participent au dialogue social doivent également participer à son financement, des avantages devant cependant être prévus pour favoriser la participation d'autres groupes tels que les organisations non gouvernementales.

- 86.** Le porte-parole du groupe des travailleurs a donné son assentiment général aux commentaires formulés par le porte-parole du groupe gouvernemental/employeurs. Il a cependant souligné que, si les membres de son groupe n'avaient pas d'objection à ce que d'autres parties soient associées au dialogue social, ces dernières ne devaient pas pour autant être impliquées dans les questions de négociations collectives, qui relèvent davantage des employeurs et des syndicats.
- 87.** Un membre travailleur s'est exprimé au nom de son groupe pour attirer l'attention des participants à la réunion sur le fait que les femmes, bien que majoritaires au sein de la main-d'œuvre du secteur de la santé, continuent à être victimes de pratiques discriminatoires dans la plupart des pays, y compris en termes de salaires. Grâce à l'engagement des partenaires sociaux, le dialogue social doit contribuer à éliminer ce type de pratiques.
- 88.** Revenant à la question du financement abordée la veille, un autre membre travailleur a proposé une alternative aux vues exprimées par le membre employeur de l'Allemagne. Il a cité l'exemple de la législation allemande, qui prévoit que toute formation dont les travailleurs pourraient avoir besoin doit être financée par l'employeur. Ainsi, si le dialogue social s'engage au niveau local, les travailleurs doivent disposer des outils nécessaires à sa mise en œuvre, et ces outils doivent être financés par l'employeur.
- 89.** Un membre employeur a reconnu que les partenaires sociaux avaient pu apprécier, pendant de nombreuses années, un dialogue social fructueux en Allemagne.
- 90.** Le porte-parole du groupe des employeurs a insisté sur l'importance du choix des mots, étant donné que les concepts sont différents selon les pays et que la traduction doit être prise en ligne de compte.
- 91.** Un membre travailleur a appelé l'OIT à poursuivre ses activités déjà entreprises, en s'attachant particulièrement à l'élaboration de politiques, au moyen de services de conseils et de sensibilisation, et en mettant au point un programme de travail visant à créer des liens avec d'autres institutions internationales et des gouvernements en vue d'appliquer le dialogue social aux principes du travail décent et aux services de qualité. L'OIT devrait en outre envisager un soutien technique afin de créer des agences de financement centrales se chargeant d'assurer une formation sur le plan des principes et des méthodes. Une attention devrait être accordée à l'élaboration d'un code de pratique sur le recrutement transfrontalier des professionnels de la santé.
- 92.** Un autre membre travailleur a déclaré que chaque partenaire social devait mobiliser ses ressources. Il a cependant ajouté que, si les syndicats étaient financés par des donateurs, ces fonds s'ajouteraient à la compensation financière déjà attribuée aux syndicats à des fins de formation et viendraient renforcer les moyens d'action des travailleurs, comme c'est le cas en Afrique du Sud. Des ressources doivent être investies en fonction de la capacité de chaque partenaire, dans un esprit d'engagement équilibré qui ne ferait qu'optimiser les résultats.
- 93.** Un membre travailleur a cité un exemple tiré des Etats-Unis, dans lequel la gestion et les travailleurs, au moyen du processus de négociation collective, ont convenu de financer la formation en allouant 1,5 pour cent de la croissance de la masse salariale afin de mettre au point des programmes et des politiques en fonction des besoins et des prévisions de réduction d'effectifs: quels sont les travailleurs nécessitant une formation, quel type d'éducation est nécessaire. Les fonds ont ensuite été négociés et les programmes de

formation mis en œuvre. Ces fonds ont également été utilisés pour permettre aux différentes fondations de partager l'obligation. Le dialogue social permet d'avoir une approche non conflictuelle et constructive, tant dans le secteur public que dans le privé.

94. Le représentant du gouvernement des Etats-Unis a été étonné de la diversité des intérêts et des besoins exprimés par les trois partenaires, mais a dans un même temps trouvé encourageant qu'il y ait davantage de points d'entente que de divergences entre les petits groupes de travail du groupe gouvernemental/employeurs.
95. Le porte-parole du groupe des travailleurs a reconnu la grande diversité d'approches et d'expériences mises en évidence dans le groupe gouvernemental/employeurs, dont les efforts dévoués se sont révélés positifs et fructueux. Pour leur part, les travailleurs ont adopté une position plus commune et une approche plus cohésive; le groupe attend avec impatience les conclusions rédigées par le secrétariat.

Examen et adoption par la réunion du projet de rapport et du projet de conclusions

96. Le groupe de travail sur les conclusions a présenté le projet de conclusions à la réunion à la sixième séance.
97. A la même séance, la réunion a adopté le présent rapport et le projet de conclusions.

Genève, le 25 octobre 2002.

(Signé) M.V. Klotz,
Président.

Conclusions sur le renforcement du dialogue social dans le secteur de la santé: cadre d'orientation pratique ¹

La Réunion paritaire sur le dialogue social dans les services de santé: institutions, capacité et efficacité,

S'étant réunie à Genève du 21 au 25 octobre 2002,

Adopte, ce vingt-cinquième jour d'octobre 2002, les conclusions suivantes:

Considérations générales

- 1.** Il est communément admis que le dialogue social offre de grandes possibilités en matière de contribution concrète au développement et aux réformes des services de santé, même s'il n'est pas le remède universel à tous les maux. Il convient que les gouvernements et les institutions internationales adoptent des mesures appropriées pour le secteur de la santé. Ces mesures doivent être économiquement abordables et financées de façon durable afin de répondre aux multiples besoins croissants et changeants de l'ensemble de la population. Le dialogue social peut contribuer de façon concrète à la réforme des services de santé en permettant aux gouvernements, aux employeurs, aux organisations de travailleurs et autres décideurs politiques de tirer parti de leurs connaissances et de leurs expériences. Le dialogue avec les organisations d'utilisateurs et d'autres parties prenantes devrait également être encouragé, s'il y a lieu.
- 2.** Les partenaires sociaux intègrent dans le processus de dialogue social leurs préoccupations et intérêts respectifs. Si bon nombre de ces préoccupations et intérêts sont partagés, certains d'entre eux sont en concurrence. Le dialogue social peut permettre aux partenaires sociaux d'améliorer leur capacité à aller conjointement de l'avant, là où leurs intérêts convergent, et de parvenir à des compromis concernant les questions sur lesquelles ils ont des vues divergentes. Le dialogue social dans le secteur de la santé repose néanmoins sur des valeurs et principes auxquels souscrivent tous les partenaires sociaux. Les besoins des patients, la déontologie et l'accès abordable et universel aux services de santé sont des éléments fondamentaux.

Les services de santé et la compréhension du dialogue social

- 3.** Le dialogue social dans les services de santé peut s'entendre de toutes formes de négociation et de consultation, en commençant par l'échange d'informations entre les représentants des gouvernements, des employeurs et des travailleurs sur des questions d'intérêt commun touchant à la politique économique et sociale. Ces composantes du dialogue social sont d'une importance capitale pour l'obtention des résultats recherchés par les partenaires sociaux, et leur choix dépend des résultats visés. Il est impératif qu'il y ait communauté de vues sur l'objet du dialogue social. C'est pourquoi, dès le début d'un processus de dialogue social, les partenaires sociaux devraient avoir des idées bien précises sur les points suivants: quels sont les éléments de dialogue social qu'il convient d'inclure, et qui devrait décider de cette inclusion.

¹ Adoptées à l'unanimité.

Le programme du dialogue social dans les services de santé

4. Le dialogue social dans les services de santé ne peut s'instaurer dans le vide. Il convient que le programme porte sur des questions concrètes touchant à l'économie, aux problèmes sociaux ou au travail. En principe, toutes les questions concernant le secteur de la santé devraient être incluses dans le dialogue social. Elles devraient être identifiées, et chacun des partenaires sociaux devrait avoir le droit de les examiner. Dans le secteur de la santé, elles touchent souvent aux réformes institutionnelles, au financement des services de santé, à la qualité des services de santé, aux conditions de travail, aux compétences, à la formation permanente, au recrutement et au maintien dans l'emploi du personnel, à l'organisation des carrières, aux systèmes de rémunération et aux questions d'égalité entre hommes et femmes. Tous les partenaires sociaux devraient établir le programme du dialogue social conjointement et, partant, s'entendre sur un certain nombre de questions qui s'y rapportent: quels aspects convient-il de couvrir et selon quelles modalités faudrait-il établir le programme du dialogue social. Les femmes, qui constituent la majeure partie de la main-d'œuvre dans le secteur des soins de santé, continuent à faire l'objet de discrimination dans de nombreux pays, y compris à percevoir un salaire inéquitable. Le dialogue social peut contribuer concrètement à résoudre ce problème en prenant des mesures destinées à permettre aux femmes d'être proportionnellement représentées dans les institutions de dialogue social.

Représentation des partenaires sociaux

5. Un dialogue social ne saurait être efficace sans partenaires sociaux puissants, indépendants et responsables qui reconnaissent la légitimité de leurs rôles et de leurs intérêts respectifs, s'engagent de manière constructive dans des processus de dialogue sur lesquels ils se sont préalablement entendus et apportent leur contribution aux résultats obtenus suite aux négociations. Il est impératif que chaque pays applique le principe de liberté syndicale et adopte une réglementation précise et transparente, conformément aux conventions n^{os} 87, 98, 135 et 151 de l'OIT.
6. S'agissant des services de santé, les partenaires sociaux sont en principe les autorités publiques en tant qu'autorités de surveillance ou en tant qu'employeurs, les organisations d'employeurs et les organisations de travailleurs² privées de ce secteur. Or, compte tenu des répercussions financières du secteur de la santé sur d'autres types de structures gouvernementales, d'employeurs et de travailleurs, d'autres parties prenantes ne relevant pas des services de santé peuvent également être impliquées dans l'élaboration de politiques, sauf pour les questions concernant exclusivement les parties engagées dans les négociations collectives. Les organismes et institutions qui représentent ces groupes ont évolué au cours des vingt dernières années. Les instances administratives concernées se sont multipliées et diversifiées. De nouveaux employeurs privés ont intégré le marché de la santé et les services connexes.
7. Le dialogue social peut prendre des formes diverses et opérer à des niveaux différents, que ce soit dans le cadre d'institutions nationales hautement structurées ou de relations sur le lieu de travail. La légitimité et le niveau de représentation devraient s'adapter au contexte et aux questions considérées, compte tenu des parties prenantes concernées. Il conviendrait que les représentants des partenaires sociaux se reconnaissent mutuellement en tant que partenaires sociaux sur un pied d'égalité.

² L'expression «organisations de travailleurs» désigne essentiellement les syndicats.

Le dialogue social dans les situations d'évolution structurelle

8. Le dialogue social se révèle particulièrement important lors d'opérations de restructuration et de réformes du secteur de la santé. Ce sont là, toutefois, des situations particulièrement complexes à évolution lente. Les acteurs en sont des partenaires sociaux multiples et variés qui doivent traiter une longue liste de questions. Il arrive souvent que, compte tenu de l'immensité de la tâche à accomplir, certains partenaires sociaux n'aient ni la capacité ni la possibilité de participer à cette tâche autant que nécessaire. Le renforcement des capacités devrait être encouragé afin de permettre aux partenaires sociaux de participer au dialogue social. Il est plus facile de régler des situations difficiles lorsqu'il existe un processus continu de dialogue social permettant aux partenaires de débattre des problèmes avant qu'ils ne revêtent un caractère d'urgence, et ainsi de participer à la prise des décisions en amont. Des forums de discussions réguliers, des moyens de communication efficaces, la sensibilisation des médias et une analyse professionnelle continue des problèmes courants sont autant d'éléments susceptibles de favoriser les changements qui s'imposent. Dans une situation donnée, les partenaires sociaux devraient donc se prononcer, entre autres, sur les points suivants: quels mécanismes pourraient faire office de «système d'alarme avancée» signalant qu'une réforme des services de santé s'impose; qui devrait participer aux consultations permanentes sur les réformes; qui devrait procéder à une analyse professionnelle des problèmes courants.

Identifier et appliquer les normes de qualité

9. Toutes les transformations structurelles et toutes les réformes entreprises dans le secteur de la santé devraient viser globalement à améliorer l'efficacité et la rentabilité, ainsi que la qualité des services de santé et, à cette fin, à améliorer la qualité des services. Or l'identification de normes de qualité dans le secteur de la santé est une tâche particulièrement difficile qu'il convient d'aborder avec soin et réalisme, et dont les incidences peuvent varier d'un pays à l'autre. Dans le secteur de la santé, à forte intensité de main-d'œuvre, les normes doivent inclure de façon réaliste la qualité et la capacité des travailleurs dans chaque pays, ce qui se rapproche étroitement du travail décent et du dialogue social lui-même.
10. Il convient, dans l'intérêt du dialogue social, que soient définies des normes de qualité communes à tous les partenaires sociaux. Grâce à cette conception fondée sur la participation à la gestion des résultats, les connaissances et expériences de toutes les parties prenantes faciliteront la définition des normes de qualité et des indicateurs de résultats. La même conception des normes de qualité doit être partagée par toutes les parties prenantes et, au-delà, par des groupes tels que les associations d'utilisateurs des services de santé. Les gouvernements devraient définir le cadre nécessaire au développement et à la mise en œuvre des normes de qualité relatives aux services de santé. Ces normes devraient être élaborées en consultation avec les partenaires sociaux ainsi que les organes scientifiques et autres experts concernés. Toutes les parties devraient respecter et appliquer ces normes. Pour évaluer la réalité, les partenaires sociaux doivent, dans une situation donnée, examiner entre autres les questions suivantes: quel type de normes de qualité convient-il d'établir; qui devrait décider du choix et de l'application des normes de qualité et quels mécanismes convient-il d'utiliser pour en contrôler l'application.

Créer et renforcer les institutions de dialogue social dans les services de santé

11. Les gouvernements peuvent faciliter et encourager le processus du dialogue social en définissant le cadre nécessaire à la création et au renforcement d'institutions de dialogue

social. Le dialogue social est déterminé non seulement par les dispositions légales et institutionnelles, mais aussi par l'aptitude des personnes à engager ce dialogue et à le poursuivre. L'éducation et la mise en valeur des ressources humaines sont un moyen de promouvoir le dialogue social et de renforcer ainsi les institutions qui ont à charge de le conduire. Les programmes de formation devraient sensibiliser les partenaires sociaux aux valeurs des systèmes de dialogue social et aux connaissances des procédures, ainsi qu'aux compétences de négociation et de communication. Les programmes de formation devraient être conçus par tous les partenaires sociaux qui auront à décider, dans une situation donnée, d'un certain nombre d'éléments, à savoir: qui devrait participer à cette formation; comment les personnes concernées devraient-elles être préparées au dialogue social; comment les former, tout en leur permettant d'exercer parallèlement leurs activités professionnelles.

Planifier le dialogue social

12. Toutes les étapes du processus de dialogue social sont liées les unes aux autres et sont interdépendantes. Cependant, l'étape de la planification est particulièrement importante et devrait être menée à bien au moyen du dialogue social lui-même. La planification du dialogue social dans les services de santé doit être fondée sur l'analyse continue de la situation actuelle dans le secteur de la santé et doit être étroitement liée au processus global de réforme du secteur. Elle doit intégrer des processus tels que l'élaboration d'une conception commune du dialogue social, la reconnaissance des partenaires sociaux et la sélection d'indicateurs d'efficacité de ce dialogue. Ce processus de planification doit être déterminé à l'avance et dépend des thèmes et des éléments du dialogue social dans une situation donnée. Par conséquent, les partenaires sociaux doivent considérer, entre autres, les points suivants: qui devrait participer au processus de planification; qui devrait fixer les objectifs à atteindre par le dialogue social; selon quelles modalités le programme du dialogue social devrait-il être établi; comment choisir le type de dialogue social; comment déterminer le calendrier et les différentes phases du dialogue social.

Engager le dialogue social dans les services de santé

13. Le dialogue social n'est pas une démarche limitée dans le temps, mais un processus continu de consultation, de négociation et d'échange d'informations visant à améliorer, sur une base consensuelle, les services de santé et la santé publique dans les limites des possibilités financières économiquement abordables. Ce processus doit cependant être engagé par des personnes, des organisations ou des institutions ou être déclenché par un événement. Dans les services de santé, ce sont souvent les opérations d'ajustement structurel, les réformes du secteur public ou les situations de crise qui provoquent l'ouverture d'un dialogue social. Cependant, des exemples de réussite en matière de dialogue social dans certains domaines des services de santé pourraient inciter à l'élargissement du dialogue social à d'autres domaines et à d'autres niveaux. Ce processus peut être amorcé sous une forme informelle, limitée et en fonction des circonstances, dans le but de construire des relations à long terme renforçant la confiance. L'initiative de dialogue social dépend des questions choisies et nécessite de répondre aux questions suivantes: qui devrait prendre l'initiative du dialogue social; le dialogue social devrait-il être engagé selon une procédure formelle ou informelle; quels sont les points qui devraient figurer au programme du dialogue social dans cette phase initiale.

Conduire le dialogue social

14. Le dialogue social est un processus qui doit être mené à bien en toute bonne foi. Si le dialogue social est bien préparé et planifié, la mise en œuvre pourrait n'être plus qu'une

question d'intervention décidée et éclairée. Toutefois, la mise en œuvre du plan dans les services de santé est souvent difficile et dépend de facteurs qui pourraient échapper au contrôle des partenaires sociaux. Par conséquent, afin d'encourager ces efforts, il faut procéder en permanence à des ajustements ou relancer le dialogue social. A cette fin, les partenaires sociaux devraient adopter une approche consensuelle vis-à-vis de la mise en œuvre. Dans une situation donnée, les questions suivantes, entre autres, devraient être examinées: qui gèrera et facilitera le processus du dialogue social; quels mécanismes faut-il prévoir pour adapter le plan d'action à la réalité.

Suivre et évaluer le processus de dialogue social dans les services de santé

15. La planification et la mise en œuvre sont effectuées en étroite relation avec les mécanismes de suivi et d'évaluation du dialogue social, en fonction des objectifs à atteindre. Au cours du processus de mise en œuvre, des mesures doivent être prises pour en surveiller le déroulement selon le plan d'action initial établi conjointement par les partenaires sociaux. Des indicateurs doivent être définis à cet égard. Les écarts importants par rapport à ce plan doivent être examinés et évalués selon les objectifs. Si les résultats ne sont pas satisfaisants, il appartiendra aux partenaires sociaux de prendre des mesures correctives.
16. Les partenaires sociaux doivent être formés aux méthodologies de surveillance et d'évaluation du processus de dialogue social. Tous les partenaires sociaux devraient participer à ce processus, et des accords institutionnels appropriés devraient être prévus à ce sujet. L'initiative de processus pourrait être prise par le ministère de la Santé ou par une autre autorité compétente appropriée; d'autres parties prenantes, telles que les usagers ainsi que les experts, et les institutions internationales pourraient être intégrées si les partenaires sociaux le souhaitent. Les éléments suivants doivent être pris en compte: qui devrait constater les écarts éventuels par rapport au processus planifié de dialogue social quant au contenu, au calendrier, à la méthode et aux autres points convenus; qui devrait évaluer l'impact sur les services de santé; qui devrait établir les indicateurs d'impact; et qui devrait prendre les mesures requises.

Mobiliser les ressources nécessaires au dialogue social dans les services de santé

17. Le dialogue social est souvent perçu comme un moyen utile et efficace de mieux faire accepter les nouvelles approches améliorées des services de santé. Le dialogue social est un processus complexe qui s'inscrit dans la durée et requiert des ressources financières et humaines. Afin de travailler efficacement, les ressources nécessaires en termes de budget, de temps, d'infrastructures et de formation des participants devraient être mises à la disposition des institutions de dialogue social et des partenaires engagés. Tous les partenaires ont la responsabilité d'investir dans ces ressources en fonction d'une situation donnée. Une analyse des questions présentées ci-après s'impose: quelles ressources financières et humaines le processus du dialogue social exige-t-il; qui devrait s'employer à mobiliser ces ressources; comment assurer la mobilisation des ressources tout au long du processus de dialogue social dans les services de santé.

Action proposée par l'OIT

Concernant les directives pratiques pour le renforcement du dialogue social dans les services de santé

18. L'OIT devrait prendre des mesures visant à:

- a) sensibiliser d'autres organisations internationales à la relation étroite existant entre le dialogue social, le travail décent et les services de santé de qualité;
- b) entreprendre des études de cas visant à sensibiliser et à former au dialogue social dans les services de santé;
- c) développer le dialogue social et mettre au point des programmes de formation à l'intention des partenaires sociaux, y compris les représentants gouvernementaux, ainsi qu'un module sur les droits des travailleurs de la santé qui pourrait être utilisé dans les programmes d'éducation et de formation des travailleurs de la santé;
- d) recueillir des informations et entreprendre des études sur l'égalité salariale et les différences entre les hommes et les femmes dans les services de santé;
- e) envisager l'élaboration d'une base de données contenant toutes les informations pertinentes sur le dialogue social dans les services de santé afin de faciliter le processus de dialogue social au niveau national.

Concernant la migration des travailleurs de la santé

19. L'OIT devrait prendre des mesures visant à:

- a) promouvoir pour les travailleurs de la santé le respect des principes et des droits énoncés dans la Déclaration de l'OIT relative aux principes et droits fondamentaux au travail;
- b) entreprendre une étude des questions sociales et de travail liées à la migration des travailleurs de la santé en collaboration avec l'OMS en vue de sa possible contribution au rapport sur les travailleurs migrants qui sera préparé par l'OIT pour la 92^e session (2004) de la Conférence internationale du Travail;
- c) demander aux gouvernements de tous les pays qui accueillent des travailleurs de la santé migrants de veiller à ce qu'ils jouissent des principes et des droits énoncés dans la Déclaration de l'OIT relative aux principes et droits fondamentaux au travail, et qu'ils aient accès à l'éducation et aux soins de santé;
- d) demander à tous les gouvernements et à toutes les agences de recrutement qui font appel à des travailleurs provenant d'autres pays, en particulier les travailleurs aussi indispensables que le personnel infirmier, les médecins et autres professionnels de la santé, de s'engager à respecter les codes et principes déontologiques en matière de recrutement, en priorité ceux qui sont énoncés dans la réglementation ou la législation;
- e) prier instamment les gouvernements et les partenaires sociaux de mettre en place des programmes d'information à l'intention des travailleurs de la santé candidats à l'émigration;
- f) porter à l'attention des gouvernements le fait que les travailleurs de la santé se déplaçant vers un autre pays, que ce soit de façon permanente ou temporaire,

bénéficient, au même titre que tout autre travailleur migrant, du droit de la liberté d'émigrer et du droit de rentrer dans leur pays d'origine.

Partie 2

Résolutions

Examen et adoption des projets de résolution par la réunion

A sa quatrième séance plénière, la réunion a constitué un groupe de travail sur les résolutions, conformément à l'article 13, paragraphe 1, du Règlement.

Le groupe de travail, présidé par le président de la réunion, était composé des membres du bureau et de trois représentants de chacun des groupes. Les membres du groupe de travail étaient les suivants:

Bureau de la réunion

M. V. Klotz (président)

M. R. Tremblay (vice-président gouvernemental/employeur)

M^{me} D. Matebeni (vice-présidente travailleur)

Membres gouvernementaux/employeurs

D^r K.J. Lim (membre employeur)

M. S. Mashkoug (République arabe syrienne)

M. G.H. Moratorio (membre employeur)

Membres travailleurs

M^{me} E. Ocampo

M. K. Øst-Jacobsen

M^{me} R. Smith

Le groupe de travail disposait de deux projets de résolution présentés par le groupe de travail: le *Projet de résolution concernant la migration des travailleurs dans le secteur de la santé* (doc. WPR/D.1) et le *Projet de résolution concernant l'accès aux services de santé en tant que droit de la personne* (doc. WPR/D.2).

Les textes de ces projets de résolution ont fait l'objet d'un débat. Conformément à l'article 14, paragraphe 2, du Règlement, le groupe de travail a décidé que le projet de résolution (doc. WRP/D.1) concernant la migration des travailleurs dans le secteur de la santé se référait à un point de l'ordre du jour et devait être soumis à la réunion pour examen en vue d'une éventuelle intégration du texte dans les informations ou les conclusions relatives à la section correspondant au point de l'ordre du jour concerné.

Le texte du projet de résolution concernant l'accès aux services de santé en tant que droit de la personne (doc. WRP/D.2) a été déclaré recevable.

Le groupe de travail s'est de nouveau réuni pour examiner dans les détails le texte du projet de résolution (doc. WRP/D.2) concernant l'accès aux services de santé en tant que droit de la personne et l'a amendé, si nécessaire, en fonction des propositions formulées par les deux groupes de sorte que le texte est accepté par tous.

Lors de la sixième séance plénière de la réunion, le président, en sa qualité de président du groupe de travail sur les résolutions, et conformément à l'article 14,

paragraphe 8, du Règlement, a présenté un rapport sur les délibérations du groupe de travail sur les résolutions et a recommandé à la réunion d'adopter le projet de résolution.

**Résolution concernant les soins de santé
en tant que droit fondamental de la personne**

La réunion a adopté la résolution à l'unanimité.

Texte de la résolution adoptée par la réunion

Résolution concernant les soins de santé en tant que droit fondamental de la personne ¹

La Réunion paritaire sur le dialogue social dans les services de santé: institutions, capacité et efficacité,

S'étant réunie à Genève du 21 au 25 octobre 2002,

Rappelant que les gouvernements présents au Sommet mondial de l'ONU pour le développement social (ci-après dénommé le «Sommet social»), qui s'est tenu à Copenhague, se sont engagés à accorder un rang de priorité élevé à la santé, notamment à la santé des femmes et des enfants et dans les zones rurales;

Rappelant aussi que le Sommet social a recommandé un renforcement de la coopération entre toutes les institutions internationales compétentes, y compris l'ONU et ses institutions spécialisées, la Banque mondiale et le Fonds monétaire international;

Rappelant que la Déclaration d'Alma-Ata de 1978 adoptée par la Conférence internationale sur les soins de santé primaires réaffirme que la santé est un droit fondamental de l'être humain;

Rappelant les conclusions de la Réunion paritaire sur les conditions d'emploi et de travail dans les réformes du secteur de la santé et médical en 1998;

Reconnaissant que les systèmes de santé dans certains pays continuent d'être en crise – voire à se dégrader par rapport à une situation qui était déjà précaire;

Rappelant qu'un effort doit être consenti pour améliorer la formation, les conditions d'accès à la profession et les conditions de travail du personnel du secteur de la santé afin de garantir la meilleure qualité de soins possible,

Adopte, ce vingt-cinquième jour d'octobre 2002, la résolution suivante:

La Réunion paritaire sur le dialogue social dans les services de santé: institutions, capacité et efficacité appelle le Conseil d'administration et le Directeur général du Bureau international du Travail à:

- 1) promouvoir auprès des gouvernements, des partenaires sociaux et autres organismes décideurs de premier plan la conviction de l'OIT, telle qu'exprimée lors de la réunion de 1998, selon laquelle «l'OIT considère les soins de santé comme un droit fondamental de la personne et une condition essentielle à l'amélioration des conditions de travail et de vie»;
- 2) identifier les manières dont le dialogue social peut contribuer à: a) rendre les services de santé plus accessibles à tous les secteurs de la société de sorte que personne ne se

¹ Adoptée à l'unanimité.

voit refuser l'accès aux services de santé essentiels ²; et *b*) améliorer la qualité de ces services;

- 3) aider les gouvernements et les partenaires sociaux à faire en sorte que le dialogue social dans les services de santé tienne compte des opinions, des inquiétudes et des besoins des femmes travaillant dans ces services;
- 4) travailler avec d'autres organisations internationales telles que l'Organisation mondiale de la santé, la Banque mondiale et le Fonds monétaire international afin de favoriser les débats portant sur le développement de services de santé universels et accessibles dans les pays en développement et les pays en transition, en vue d'impliquer notamment toutes les parties concernées, y compris les organisations d'employeurs et de travailleurs ³ et les représentants des groupes d'utilisateurs clés, tels que les femmes et les populations rurales;
- 5) fournir des informations aux gouvernements et aux partenaires sociaux sur la manière dont une formation et un apprentissage efficaces tout au long de la vie sur une base convenue dans les services de santé peuvent améliorer la qualité de ces services;
- 6) aider les gouvernements et les partenaires sociaux, conformément aux conclusions de la réunion paritaire de 1998, à élaborer des chartes des patients et des clauses de conscience pour les travailleurs;
- 7) tenir compte des points soulevés dans cette résolution dans le futur programme de travail du Secteur du dialogue social du BIT.

² L'expression «services de santé essentiels» peut être définie, en substance, comme suit: interventions des services de santé considérées comme importantes et dont la société décide qu'elles devraient être fournies à chaque individu. Ces concepts se fondent, de façon explicite ou implicite, sur des valeurs telles que l'équité, la rentabilité, la transparence et la solidarité. Essential Health Service Package: Uses, abuse, and future directions; Current Concerns, ARA Paper n° 15, WHO/ARA/CC/97.7.

³ L'expression «organisations de travailleurs» désigne essentiellement les syndicats.

Partie 3

Autres travaux

Site Web du Département des activités sectorielles: présentation du guichet unique

Président: M. Dirk Belau, spécialiste, Département des activités sectorielles, BIT, Genève

Intervenants: M^{me} Anamaria Vere, spécialiste du site Internet, Département des activités sectorielles, BIT, Genève

M^{me} Vere a présenté brièvement le concept de «guichet unique» du site Internet du Département des activités sectorielles qui a été présenté officiellement au Conseil d'administration du BIT à sa session de juin 2002. Contrairement à celle du site précédent, la nouvelle présentation permet une navigation plus aisée, offre davantage de liens vers d'autres sources d'information pertinentes du BIT ou extérieures intéressant les secteurs et est davantage conçue pour la facilité de l'utilisateur. M^{me} Vere a montré de quelle manière les améliorations apportées offraient une vue plus complète de l'ensemble des activités sectorielles menées par le BIT pour chacun des 22 secteurs. Le site permet désormais également un accès à un grand nombre d'informations et de données qui étaient auparavant difficiles à localiser. Il comporte, entre autres, des liens vers des documents sur la sécurité et la santé au travail, des bases de données phares de l'OIT et des sites Internet externes pouvant intéresser les secteurs. Les participants sont invités à formuler des observations et des suggestions lorsqu'ils auront utilisé le site.

Table ronde – La violence sur le lieu de travail: une menace pour les services de santé de qualité

Partie I: Quelle est la nature du problème?

Président: D^r Alexander Butchart, Department of Injuries and Violence Prevention, Organisation mondiale de la santé (OMS), Genève

Intervenants: D^r Naeema Al-Gasseer, Organisation mondiale de la santé (OMS), Genève

D^r Mireille Kingma, International Council of Nurses (ICN), Genève

M. Alan Leather, Public Services International (PSI), Ferney-Voltaire

L'Organisation internationale du Travail (OIT), le Conseil international des infirmières (CII), l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'Internationale des services publics (PSI) a lancé en 2000 un «Programme mixte sur la violence sur le lieu de travail dans le secteur de la santé» afin d'élaborer des politiques solides et des approches pratiques pour la prévention et l'élimination de la violence sur les lieux de travail des secteurs de la santé. Des lacunes en matière d'informations et des thèmes recouvrant plusieurs domaines ont été définis, des études par pays ont été lancées et des directives ont été rédigées afin de traiter le problème de la violence sur le lieu du travail dans le secteur de la santé et de sensibiliser à l'ampleur et aux dimensions du problème.

Dans sa présentation sur le partenariat international visant à traiter le problème de la violence dans le secteur de la santé, le docteur Al-Gasseer a évoqué la coopération entre les quatre organisations. L'étude a permis d'établir, preuves à l'appui, que le personnel du secteur de la santé était exposé à des risques plus élevés de violence par rapport à d'autres secteurs, en raison d'un certain nombre de facteurs: structure des effectifs, travail par équipes; trajets de nuit entre le travail et le logement; solitude par rapport aux responsabilités à prendre face aux patients; sites facilement accessibles avec des mesures

de sécurité insuffisantes; travail avec des personnes en détresse; visites à domicile et diverses conséquences de la réforme du secteur de la santé.

Il a été clairement établi que la violence survenait très souvent: des brutalités étaient signalées par exemple, par 40 pour cent du personnel du National Health Services Trust au Royaume-Uni. Une étude américaine a établi que les travailleurs du secteur de la santé étaient 16 fois plus exposés à des risques de violence de la part des patients ou des clients que dans d'autres secteurs.

Les origines de la violence sont diverses. Parmi les facteurs propres aux individus, le genre est un élément déterminant. D'autres facteurs pourraient être divisés en facteurs environnementaux ou situationnels, d'une part, et en facteurs liés aux conditions sociales, économiques et politiques, d'autre part. Cependant, les définitions ne sont pas uniformes, et les informations recueillies et analysées ne sont pas suffisantes. Les informations ont été essentiellement collectées dans les pays industrialisés, tout en se limitant à certains lieux urbains et à certains hôpitaux. Il n'y a pas d'études sur les pays en développement, sur les services de santé communautaires situés dans les zones rurales des pays de l'Europe méridionale, ni d'études sur les services situés loin des centres urbains.

En raison de ce manque d'informations, le programme mixte a mis en œuvre des études de cas au niveau national au Brésil, en Bulgarie, au Liban, au Portugal, en Afrique du Sud et en Thaïlande. Le travail de recherche s'est fondé sur des collectes d'échantillonnages détaillés afin de veiller à ce que les résultats des études nationales soient comparables.

Pour les besoins des enquêtes menées dans le cadre du programme mixte, la violence sur le lieu du travail a été définie de la façon suivante: incidents dans le cadre desquels le personnel fait l'objet de violence, de menaces ou est agressé dans des circonstances liées au travail, y compris pendant les trajets entre leur lieu de travail et leur domicile, ce qui implique une remise en cause explicite ou implicite de leur sécurité, de leur bien-être et de leur sécurité¹. Cette définition comprend la violence physique et psychologique, telle que les insultes verbales, harcèlement (sexuel, racial, etc.), intimidation, exposition à un très grand nombre de personnes et menaces. Les rapports nationaux ont indiqué que le concept de la violence sur le lieu du travail faisait l'objet d'une compréhension commune, même si des différences culturelles et linguistiques doivent être prises en compte.

Le docteur Al-Gasseer a signalé que le projet de directives avait fait l'objet d'une discussion dans le cadre d'une consultation technique internationale à la suite de quoi le document révisé avait été publié sous le titre *Framework guidelines addressing workplace violence in the health sector*. Les quatre organisations concernées sont sur le point de diffuser ces directives, d'encourager leur application aux niveaux national et institutionnel et d'organiser des consultations afin de préparer un modèle de plan d'action afin de lutter contre la violence sur le lieu du travail dans le secteur de la santé. Il a été convenu que des recherches supplémentaires devaient être menées sur un certain nombre de questions.

Le docteur Mireille Kingma a résumé les conclusions des études de cas nationales menées à bien dans le cadre du programme mixte en se fondant sur un rapport de synthèse qui comprenait des conclusions supplémentaires provenant d'une étude indépendante réalisée en Australie.

La majorité des études a révélé que plus de la moitié du personnel de santé étudié avait vécu au moins un incident violent au cours des douze derniers mois: 75 pour cent en Bulgarie; 67,2 pour cent en Australie; 61 pour cent en Afrique du Sud; 60 pour cent dans

¹ Wynne, R., Clarkin, N., Cox, T., Griffiths, A. (1997). *Guidance for the prevention of violence at work*. Luxembourg, Commission européenne, DG-V.

les centres de santé et 37 pour cent dans les hôpitaux au Portugal; 54 pour cent en Thaïlande et 46,7 pour cent au Brésil. Les résultats ont montré que la violence touchait de façon significative tous les groupes professionnels, les hommes comme les femmes, et tous les environnements de travail du secteur de la santé, mais particulièrement le personnel ambulancier, les infirmières et les médecins. Toutes les infrastructures sanitaires comportent des risques, notamment les grands hôpitaux des zones périphériques, les zones à forte densité de population ou à criminalité élevée, ainsi que les centres de santé situés dans des zones isolées.

La violence psychologique est plus courante que la violence physique, notamment imposée par le personnel, alors que la violence physique est plutôt infligée par les clients. Les enquêtes ont confirmé qu'il était difficile d'établir le portrait des auteurs d'actes de violence et a souligné les risques encourus à généraliser et à déterminer des stéréotypes.

Parmi les facteurs complexes entraînant la violence, le docteur Kingma a souligné l'importance de l'organisation du travail relative, par exemple, à la satisfaction des besoins du personnel et à la charge de travail et aux conséquences de réformes soudaines. La configuration du lieu de travail, telle que l'accès aux toilettes, le lieu des services de restauration et l'emplacement des téléphones, joue également un rôle important. Il existe un lien étroit et réciproque entre la violence et le stress.

Les conséquences de la violence sur le lieu du travail dans le secteur de la santé sont catastrophiques; elles détériorent les soins fournis et incitent de nombreux professionnels de la santé à abandonner leur profession. Souvent, on ne dispose ni de politiques ni de procédures établies; par conséquent, le taux de signalement des informations est très faible. Les auteurs d'actes violents ne font que rarement l'objet de poursuites et les victimes ne sont pas soutenues. Les mesures prises portent particulièrement sur des réponses immédiates, telles que la mise en œuvre de mesures de sécurité et l'amélioration de l'environnement physique, mais peu d'actions portent sur les améliorations stratégiques et organisationnelles.

Les recommandations formulées dans les rapports par pays portent sur les éléments suivants: une meilleure connaissance du phénomène et un renforcement de la sensibilisation, des politiques, une législation et des plans d'action aux niveaux local, national et international; une approche participative; une planification du travail fondée sur l'évaluation du lieu de travail; une réadaptation et une réintégration des victimes sur les lieux de travail; enfin, une surveillance et une évaluation suivies.

M. Alan Leather a fait référence à deux études réalisées dans le cadre du programme mixte. Dans son étude, M. Vittorio Di Martino a analysé la relation existant entre le stress et la violence, en identifiant la violence comme un générateur de stress et le stress négatif comme une cause de violence. Le stress positif aboutit à l'adaptation souhaitée des travailleurs à la situation, alors que le stress négatif est défini comme une réaction physique et émotionnelle aux situations lorsque les conditions de travail ne correspondent pas aux capacités disponibles, notamment lorsque le stress est intense, répété ou lorsqu'il n'y a pas de soutien.

Une vaste restructuration par des moyens tels que la privatisation, la décentralisation et la rationalisation ont exacerbé la situation car ces moyens étaient souvent accompagnés de réduction d'effectifs, de licenciements, de gels ou de réductions de salaires, de charges de travail plus importantes, de travail en équipe moins confortable et de davantage de travail temporaire et occasionnel. Un climat de violence risque d'émerger en raison de l'incertitude, d'une exaspération et d'une vulnérabilité croissantes.

Pour certains types de violence, tel que le harcèlement sexuel, les victimes sont de façon prédominante les femmes car elles sont plus vulnérables en raison des emplois plus précaires et moins qualifiés qu'elles occupent.

Il a été estimé que le stress et la violence entraînent en ligne de compte dans environ 30 pour cent des maladies et des accidents. Le coût estimé entre 0,5 et 3,5 pour cent du PIB est fondé sur les chiffres de l'Union européenne, où le coût du stress a été estimé à environ 20 milliards d'euros. Aux Etats-Unis, le coût du stress a été calculé à 350 milliards de dollars. Dix pour cent du coût ont été attribués uniquement à la violence. Selon l'étude, la multiplication de situations informelles, précaires et marginales au travail incite à prendre des mesures visant à être rentables et à s'intégrer dans le développement socio-économique des lieux de travail tout en favorisant des initiatives supplémentaires. L'approche qui se profile s'attache à éliminer les causes de stress et de violence plutôt que de chercher à gérer les conséquences.

L'étude a également souligné l'importance du dialogue social et d'une approche participative dans laquelle l'ensemble des parties concernées joueraient un rôle actif en mettant au point et en œuvre des initiatives visant à lutter contre le stress et la violence.

La deuxième étude, réalisée par Jon Richards, porte sur la prise en charge des victimes de violence sur le lieu du travail. Les directives du gouvernement en la matière recommandent à tous les employeurs de disposer de ressources afin d'être à même d'intervenir. Les gouvernements ont également pris des initiatives visant à établir un signalement défini par la loi ou obligatoire. Les faits ne sont pas signalés car les travailleurs pensent que la violence fait partie intégrante de leur emploi ou parce qu'ils n'ont tout simplement pas eu le temps d'écrire un rapport. Les victimes doivent recevoir un traitement physique et mental, et disposer de temps pour se rétablir. Des mesures doivent être prises afin de réintégrer les victimes sur le lieu de travail.

Discussion

Un débat général sur les définitions a fait état des différences culturelles et linguistiques mais, néanmoins, la définition donnée a été largement acceptée dans les pays dans lesquels elle a été testée et discutée. La violence psychologique telle que la violence verbale entraîne un fort taux d'absentéisme. Le travail par équipes, notamment la nuit, augmente le risque de violence auquel sont exposés les travailleurs de la santé se déplaçant la nuit.

Un représentant des employeurs s'est déclaré surpris par les chiffres élevés (0,5-3,5 pour cent du PIB) correspondant aux coûts du stress et de la violence, provenant d'une étude européenne (Hoel, Sparks, Cooper). Les entreprises ont pris conscience du fait que les mesures et les programmes préventifs visant à résoudre les problèmes devraient être plus efficaces. Un représentant des travailleurs de l'Afrique du Sud a soutenu cette position en donnant l'exemple d'un hôpital qui soigne des prisonniers psychotiques; dans ce cas, les coûts à court terme augmentent avec les mesures préventives mais les économies s'accroissent sur le long terme. Le docteur Al-Gasseer a présenté les avantages des mesures de prévention à faible coût au niveau de la rétention du personnel. Plusieurs études sur ce qu'on appelle les «hôpitaux phares» a montré qu'une amélioration de la communication et des relations avec le personnel avait un effet positif sur la qualité des soins dispensés aux patients.

Une représentante des travailleurs de l'Estonie a demandé comment les membres du personnel, autres que le personnel ambulancier, les infirmiers et les médecins, étaient touchés par la violence sur le lieu du travail. Dans son pays, le personnel non médical est considéré comme étant inférieur et nombreuses personnes souffrent de stress et de violence. Un représentant des travailleurs de l'Allemagne a signalé que, dans les hôpitaux allemands, le personnel moins formé tendait davantage à avoir des comportements violents. En ce qui concerne la hiérarchie, certains professeurs utilisent leur pouvoir pour entraver les carrières professionnelles, mettant ainsi à mal le mode de subsistance de leurs subordonnés.

Une représentante des travailleurs de l'Equateur a abordé le problème de l'inadaptation de la législation. Elle a relaté un incident dans le cadre duquel une infirmière avait été maltraitée par un médecin. En effet, seule une loi sur la protection des femmes pouvait prendre en compte ce cas. L'infirmière a été transférée dans un autre service et a finalement quitté le pays. M. Leather a confirmé que la hiérarchie est une question dont il faut tenir compte dans la violence sur le lieu du travail et que tous les groupes professionnels devaient être examinés dans le problème de la violence. Dans de nombreux pays, il n'y a pas de législation appropriée relative au stress et à la violence. En effet, cette question est considérée comme devant être couverte par la législation générale sur la sécurité et la santé au travail, comme l'a montré l'étude de cas sur la Bulgarie.

Partie II: Faire face au problème

Modérateur: Professeur Cary Cooper, Institut de science et de technologie, Université de Manchester, Royaume-Uni

Intervenants: M^{me} Christiane Wiskow, consultante internationale en santé publique, BIT, Genève

M. Vittorio Di Martino, consultant international en sécurité et santé, Ferney-Voltaire

M. Graham Hewitt, directeur des ressources humaines, Wirral Hospital (NHS) Trust, Royaume-Uni

La session avait pour objectif de proposer des moyens pour faire face à la violence et au stress sur le lieu de travail dans les services de santé. M^{me} Christiane Wiskow a présenté l'étude qu'elle a réalisée sur la comparaison des directives concernant la violence sur le lieu de travail dans le secteur de la santé. Cette étude porte également sur la mise en œuvre des directives dans certains pays. Neuf des douze directives nationales, régionales ou sous-régionales portent sur le secteur des services de santé et sociaux dans les pays industrialisés.

Ces directives ont de nombreux points communs. Toutes peuvent être appliquées volontairement de la part des institutions concernées, elles sont de nature consultative et portent essentiellement sur la responsabilité de l'employeur. La plupart des directives contiennent des définitions concernant la violence physique autant que psychologique. Une distinction a été établie entre les agresseurs extérieurs au lieu de travail, tels que les clients, et les agresseurs internes, tels que les collaborateurs, les supérieurs hiérarchiques et les subordonnés. Les directives spécifiques concernant le secteur de la santé ont accordé une priorité considérable à la violence émanant des clients. La violence interne a été traitée dans une moindre mesure.

Les directives recommandent aux établissements concernés de suivre une stratégie à composantes multiples fondée sur une approche de gestion du risque systématique comportant différentes phases telles que l'identification du problème, le contrôle du risque et l'examen de l'efficacité des mesures prises.

Les mesures ont été classifiées selon diverses catégories: mesures de prévention, de protection et mesures prises après un incident. Les mesures de contrôle des risques établissent une différence entre, d'une part, l'attention accordée à l'environnement physique, telle que l'installation de dispositifs de sécurité et, d'autre part, l'amélioration des pratiques de travail, telles que l'information concernant les patients et celle à l'intention des patients, la formation et la dotation appropriée en personnel. La description des mesures de protection prises au moment des incidents a été quelque peu négligée. Les mesures prises après un incident sont les suivantes: soutenir les victimes, signaler l'incident et évaluer les mesures prises.

Il est crucial de mener une politique ayant un grand retentissement dans l'opinion publique et il est également important de diffuser des documents écrits. Cependant, on dispose de peu d'informations sur l'évaluation de l'application des directives, à l'exception de la Grande-Bretagne et de la Suède où les employeurs mènent une action considérable. En outre, aucune information n'est disponible sur la réaction du personnel. Les futures directives doivent contenir des définitions et des glossaires, aborder la question de la violence interne sur le lieu du travail et évaluer les répercussions de la mise en œuvre des directives.

M. Vittorio Di Martino a présenté les *directives-cadres du Programme mixte de l'OIT/ICN/WHO/PSI*. Ces directives, élaborées en tant qu'outil de référence de base pour l'établissement des politiques sur la violence au travail, visent à soutenir toutes les personnes responsables de la sécurité dans les services de santé. Elles doivent être souples afin de pouvoir être utilisées dans différentes situations et dans des contextes culturels différents, elles doivent de plus être facilement adaptables. Elles doivent favoriser l'intégration de la prévention de la violence dans la culture d'entreprise, proposer des conseils visant à atténuer l'impact de la violence sur le lieu de travail, ainsi que des conseils sur la façon dont on peut soutenir les travailleurs touchés par la violence et sur les moyens permettant de soutenir les initiatives prises. Leur application devrait concerner les employeurs ainsi que les travailleurs dans tous les sous-secteurs, et devrait concerner tous les types de relations d'emploi telles que celles régissant le travail formel, le travail informel, le travail rémunéré et le travail bénévole.

Les directives-cadres recommandent que les politiques contiennent une définition de la violence sur le lieu de travail et précisent les formes et les actes de violence physique ou psychologique. On compte, parmi les actes violents, les coups, les coups de pied, les gifles, les coups de couteau, les coups de feu, les bousculades et les morsures. Quant à la violence psychologique, on peut citer le harcèlement, notamment le harcèlement sexuel ou racial, les brutalités, le «mobbing» (ou persécution), la maltraitance et les menaces. Cependant, l'utilisation de la terminologie dépend du contexte national. Par exemple, le terme «mobbing» correspond au harcèlement dans certains pays où l'anglais n'est pas la langue officielle. Les directives-cadres recommandent de mentionner les droits et les responsabilités de chacun des divers groupes de parties prenantes tels que les travailleurs et les employeurs, les gouvernements, les associations professionnelles et la communauté.

L'approche consistant à lutter contre la violence sur le lieu de travail proposée par les directives-cadres implique un certain nombre de conditions. En effet, elle doit être participative, non discriminatoire, tenir compte de tous les aspects importants du phénomène, des mesures devant être prises, des questions culturelles et de celles relatives aux différences entre les hommes et les femmes. Une approche systématique débouche sur de meilleurs résultats si l'on applique une succession de mesures normalisées telles que la reconnaissance d'une violence potentielle, l'évaluation des risques, une intervention appropriée visant à lutter contre la violence et à atténuer ses effets, le suivi et l'évaluation des conséquences des mesures prises.

De façon particulière, la reconnaissance d'une violence possible implique de déterminer quelles sont les organisations à risque, qui sont les victimes et les agresseurs potentiels, sans toutefois tomber dans la classification des personnes en fonction de stéréotypes. Les interventions recommandées ont été classées en sous-catégories selon l'ordre de priorité suivant: l'intervention de l'organisation, comprenant l'impact sur le recrutement, l'information et la communication, les pratiques de travail, la définition des tâches et l'aménagement du temps de travail; les interventions sur l'environnement concernant l'environnement physique et la configuration du lieu de travail; et les interventions concernant essentiellement les individus, à savoir la formation, l'assistance, le conseil et la promotion du bien-être.

Après un incident, des interventions devraient être prévues dans le cadre de plans d'urgence; elles devraient faire l'objet d'un signalement et comprendre un traitement médical, un rapport écrit, des conseils, une aide à la gestion soutenue, une représentation et une aide juridiques, ainsi que des efforts de réintégration. M. Di Martino a cependant remarqué que les interventions après un incident étaient longues, coûteuses et douloureuses. Par conséquent, la priorité devrait être accordée à des politiques de prévention.

M. Graham Hewitt a parlé de l'expérience pratique des stratégies anti-violence au Wirral Hospital NHS Trust (Royaume-Uni). Il a présenté quelques chiffres concernant cet hôpital qui emploie plus de 5 000 personnes. La violence est en augmentation et 271 incidents ont eu lieu en 2001, soit cinq fois plus qu'il y a cinq ans. Les quatre-vingtièmes des incidents concernaient le personnel infirmier. L'augmentation des chiffres est partiellement due à un meilleur signalement des procédures et à une sensibilisation accrue du personnel. Les agressions perpétrées par les patients sont trois fois plus fréquentes que les agressions perpétrées par les membres du public, un fait qui incite à la mise en place d'une stratégie à l'intérieur des établissements.

La stratégie du Trust comprend la sensibilisation, la formation, les mesures de sécurité et, en général, une approche de tolérance zéro qui a été fortement encouragée. L'hôpital a pleinement soutenu les victimes et a poursuivi les auteurs d'actes violents pour chaque cas signalé. L'hôpital a coopéré avec les syndicats afin de s'assurer que la prévention de la violence est une priorité absolue.

Tous les membres du personnel se sentant exposés à des comportements violents peuvent avoir accès à une formation et bénéficier de conseils. Environ 10 pour cent du personnel reçoit une formation portant sur le langage verbal et non verbal, cela permet d'éviter de provoquer des réactions violentes et de refréner les agresseurs.

La direction de l'hôpital a pris en charge les services de sécurité qui étaient assurés par un fournisseur extérieur afin de garantir au personnel de sécurité de meilleures conditions, notamment des caméras et un éclairage appropriés. Un système de surveillance électronique sophistiqué a été installé en vue de couvrir le service des accidents et des urgences. Un système spécial de verrouillage par clavier protège les bâtiments de la maternité et ceux du service des enfants afin d'éviter les vols de bébés ainsi que les agressions du personnel.

L'approche consistant à appliquer une tolérance zéro en matière de violence implique de refuser ou de cesser le traitement des malades violents ou abusifs. Des cartons jaunes ou rouges sont distribués comme pendant les matchs de football. Etant donné que cette approche est en contradiction avec la pratique communément acceptée consistant à offrir un traitement à tous les patients, elle pose un problème éthique. Heureusement, les patients qui ont reçu des cartons jaunes ont immédiatement changé leur attitude menaçante.

Par conséquent, le personnel s'est senti davantage protégé et a pu constater que la situation s'améliorait.

Discussion

La question du coût et de l'efficacité des initiatives concernant la violence au travail a été reprise par le professeur Cooper qui a donné des informations complémentaires. Un membre travailleur de l'Allemagne a déclaré que les employeurs pouvaient être rassurés sur le fait que les mesures préventives seraient rentables à long terme. Il a donné plusieurs exemples d'initiatives en Allemagne:

-
- dans l'ensemble du secteur des services publics, les surveillants participent à des formations obligatoires sur le «mobbing» (persécution, brutalités) dont les coûts seront assumés par les employeurs;
 - le dialogue social concernant le «mobbing» a été encouragé. Dans de nombreuses organisations, des accords collectifs ont été conclus;
 - dans certains hôpitaux, les services de conseils psychosociaux à l'attention des victimes de persécution au travail ont été créés;
 - les groupes de travail fonctionnant actuellement s'occupent des risques psychosociaux liés au travail, tels que la violence.

Dans l'ensemble, les programmes de promotion de la santé sur le lieu de travail financés par les employeurs produisent des résultats positifs tels que la diminution des taux d'accidents et l'augmentation de la satisfaction au travail.

De nombreuses questions concernant les aspects pratiques des politiques de tolérance zéro ont été présentées par M. Hewitt, notamment au sujet du refus de soigner les patients violents. Il a expliqué que cette politique n'avait été mise en place que récemment et qu'aucun traitement n'avait été à ce jour refusé. L'expérience a montré que les patients qui avaient été prévenus ont été choqués et ont changé d'attitude.

Un membre travailleur de la Yougoslavie a demandé si les brutalités avaient été également scientifiquement enregistrées. M. Hewitt a répondu que l'enregistrement de ces incidents était en augmentation, même s'il existait des résistances relatives au signalement des informations en raison de la nature du problème. Une procédure de signalement officielle tend à décourager les victimes étant donné que les supérieurs sont souvent impliqués dans ces actes de violence. Il est nécessaire que des systèmes sûrs de signalement des informations existent afin d'encourager le signalement des incidents; d'autre part, de nombreuses plaintes officielles font l'objet d'enquêtes et s'avèrent injustifiées.

Un membre travailleur de l'Equateur a déclaré que la violence était quotidiennement présente dans son pays. Les services de santé doivent être considérés comme faisant partie intégrante de la communauté. De la même manière, la communauté a un intérêt certain dans le fonctionnement des services de santé. Pour trouver des solutions, il est nécessaire que le dialogue s'instaure au sein de la communauté. Dans d'autres secteurs, des exemples prometteurs pourraient servir de modèles. Par exemple, en France, une société de transport public a mis en place un programme consistant à employer et à former des jeunes dans des quartiers à haut risque pour conduire les bus de la compagnie afin de décourager les attitudes agressives. Les bas salaires constituent un autre problème lié à la violence en Equateur. Le salaire de base du personnel infirmier est d'environ 120 dollars des Etats-Unis, ce qui oblige de nombreuses infirmières à avoir un second emploi.

Un représentant du gouvernement de la Hongrie a déclaré que la formation du personnel devait être améliorée afin de faire face au comportement criminel. Des chartes pourraient définir les droits et les responsabilités des patients, et l'OIT pourrait aider et encourager les gouvernements à rédiger ces textes. Les limites à imposer aux politiques de tolérance zéro ont fait l'objet de discussions.

Un représentant de PSI a fait référence au fait que les patients ont de plus en plus d'attentes en raison des promesses faites par les hommes politiques et a en outre demandé comment le Trust s'attaquait au problème. M. Hewitt a expliqué que le Trust coopérait étroitement avec les médias afin de promouvoir une meilleure compréhension des services et a déclaré que, même si des améliorations étaient en cours, les changements ne seraient pas immédiats.

Discours de clôture

La secrétaire générale adjointe a fourni des informations au sujet de la participation à la réunion. Le Conseil d'administration avait invité les représentants de tous les gouvernements intéressés, 9 représentants du groupe des employeurs et 27 représentants du groupe des travailleurs. La participation a été la suivante: 29 représentants gouvernementaux, 15 conseillers gouvernements, 8 représentants d'employeurs, 25 représentants de travailleurs et 5 conseillers de travailleurs. La participation des femmes à la réunion a été de 37 pour cent et, même si cela a largement dépassé l'objectif du Bureau fixé à 20 pour cent, ce chiffre est relativement faible par rapport au pourcentage des femmes travaillant dans le secteur de la santé. La réunion a été l'occasion de discuter du dialogue social mais a également été l'occasion de présenter les meilleures pratiques en matière de dialogue social et d'aborder notamment les difficultés inhérentes à la structure paritaire de la réunion. Les participants ont fait part de divers moyens d'échange d'informations et d'expériences au cours de la table ronde intitulée «Violence sur le lieu de travail: une menace pour les services de santé de qualité», et de la présentation du nouveau site Web sur le programme des activités sectorielles. La table ronde a notamment souligné l'efficacité de la coopération et du dialogue social au niveau international. Cet esprit de dialogue social a également permis à la réunion d'adopter par consensus un ensemble de conclusions et une résolution. La secrétaire générale adjointe a souligné l'importance pour les mandants de l'OIT, ainsi que pour le Bureau, de mettre en œuvre les conclusions et la résolution. Elle a terminé en définissant les trois caractéristiques intéressantes de la réunion:

- 1) la réunion est un exemple de dialogue social efficace;
- 2) l'utilisation par le groupe gouvernemental/employeurs de petits groupes de travail visant à assurer une plus large participation sur les questions de l'ordre du jour;
- 3) la proposition de l'Organisation mondiale de la santé de poursuivre sa collaboration avec l'OIT sur les questions de dialogue social dans les services de santé.

M. Wagner (président du groupe gouvernemental/employeurs) a remercié son groupe pour sa coopération et a remercié le groupe des travailleurs et ses représentants pour leur ouverture d'esprit qui a permis de trouver un terrain d'entente. Il a également remercié le président pour ses qualités d'organisation et le secrétariat pour sa diligence. Il a rappelé à la réunion que la clé de la compréhension et du travail d'équipe réside dans la volonté de développer de bonnes relations humaines les uns avec les autres.

M. Green (président du groupe des travailleurs) a fait part de sa satisfaction au sujet des importantes conclusions auxquelles est parvenue la réunion et les considèrent comme des directives devant être utilisées par les partenaires sociaux. Il a souligné qu'il était important de se souvenir que, même si certains pays ont des histoires très fortes avec le syndicalisme, d'autres pays en sont encore au stade du balbutiement à ce sujet. M. Green a également signalé que le débat de la table ronde avait été extrêmement utile et a suggéré que cette pratique se poursuive. Il a remercié son groupe pour la coopération et la discipline dont il a fait preuve et a également remercié le président du groupe gouvernemental/employeurs pour ses qualités de médiateur, ainsi que le président pour ses qualités de médiateur.

Le président a remercié les participants à la réunion de leur participation, de leur patience et de leur volonté de parvenir à un accord. Même si le dialogue social est différent selon les pays, la culture et le contexte historique, le principe sous-tendant toutes ces formes et institutions reste le même: il s'agit de la capacité des employeurs et des travailleurs à se réunir et atteindre des objectifs communs par la discussion. Il a évoqué les tragiques événements de Moscou dans le cadre desquels le dialogue social aurait pu être

utilisé pour atteindre une solution pacifique. Même si le processus de négociation n'a pas toujours été facile, la volonté de parvenir à un compromis a toujours prévalu, cela ayant été confirmé par l'adoption des conclusions et de la résolution. Le président a informé les participants à la réunion que, en tant que membre du Conseil d'administration au cours de la 286^e session du Conseil, il soulèverait la question de la structure paritaire des réunions du secteur de la santé, dans l'espoir de parvenir à un accord qui permettrait à chaque groupe d'être indépendant. C'est une question importante à traiter car les employeurs privés et publics ont des ressources et des responsabilités différentes. Le président a déclaré la clôture de la Réunion paritaire sur le dialogue social dans les services de santé.

Questionnaire d'évaluation

Un questionnaire destiné à connaître l'opinion des participants sur divers aspects du colloque a été distribué avant la fin de la réunion.

1. Comment jugez-vous la réunion selon les différents critères ci-dessous?

	5	4	3	2	1	Score moyen
	Excellent	Bon	Satisfaisant	Médiocre	Insuffisant	
Choix de la question à l'ordre du jour (sujets traités)	9	5				4,60
Choix des points pour discussion	8	6				4,60
Niveau de la discussion	6	7		1		4,30
Intérêt de la réunion pour le secteur	7	5	2			4,35
Les conclusions	8	5	1			4,50
La résolution	6	5	3			4,21
Présentation	9	4	1			4,86
Table ronde sur la violence sur le lieu de travail (Partie I)	8	3	2			4,14
Table ronde sur la violence sur le lieu de travail (Partie II)	8	4	1			4,54
Possibilité de créer des réseaux	5	6	2			4,23

2. Comment jugez-vous la qualité du rapport selon les différents critères ci-dessous?

	5	4	3	2	1	Score moyen
	Excellent	Bon	Satisfaisant	Médiocre	Insuffisant	
Qualité de l'analyse	7	6				4,54
Objectivité	7	6	1			4,43
Portée	7	7				4,50
Présentation et clarté	7	7				4,50
Volume et pertinence de l'information	10	3	1			4,64

3. Comment jugez-vous le temps alloué à la discussion?

	Trop long	Suffisant	Trop court
Discussion du rapport		13	
Tables rondes		12	2
Réunion des groupes		12	1
Groupe de travail sur les résolutions		9	
Groupe de travail sur les conclusions		9	

4. Comment jugez-vous les dispositions pratiques et administratives?

	5	4	3	2	1	
	Excellent	Bon	Satisfaisant	Médiocre	Insuffisant	Score moyen
	10	3	1			4,60

5. Réponses

Gouvernements	Employeurs	Travailleurs	Observateurs	Total	Taux de réponse (%)
4	0	8	2	14	14

6. Participants à la réunion

Gouvernements	Employeurs	Travailleurs	Conseillers techniques	Observateurs	Total
29	8	25	20	17	99

7. Délégués/conseillers techniques

	Gouvernements	Employeurs	Travailleurs	Total
Délégués	29	8	25	62
Conseillers techniques	15	0	5	20

8. Participation féminine

	Gouvernements	Employeurs	Travailleurs	Total	Pour cent de femmes
Délégués	8	3	13	24	24
Conseillers techniques	5	0	1	6	

List of participants
Liste des participants
Lista de participantes

Representative of the Governing Body
of the International Labour Office
Représentant du Conseil d'administration
du Bureau international du Travail
Representante del Consejo de Administración
de la Oficina Internacional del Trabajo

Mr. Valentin Klotz, Social Attaché, Permanent Mission of Germany in Geneva

Members representing governments
Membres représentant les gouvernements
Miembros representantes de los gobiernos

BARBADOS BARBADE

Mr. Matthew Wilson, First Secretary, Permanent Mission of Barbados in Geneva

BRAZIL BRÉSIL BRASIL

Mr. Paulo Machado, Secretario Ejecutivo, Ministério do trabalho e Emprego, Brasilia

Adviser/Conseiller technique/Consejero técnico

Mr. Rogério Batista Teixeira Fernandes, Assessor-Adviser, Ministerio do trabalho e emprego/MTE, Brasilia

CANADA CANADÁ

M. Robert Tremblay, directeur de la planification et du développement de la main-d'œuvre et de la recherche,
ministère de la Santé, Sainte Foy, Québec

**CENTRAL AFRICAN REPUBLIC RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE
REPÚBLICA CENTROAFRICANA**

M. Sylvestre Gaziamodo, secrétaire général, ministère de la Santé publique et de la Population, Bangui

CHILE CHILI

Sr. Carlos Manzi, Jefe de la División de Gestión y Red Asistencial, Ministerio de Salud, Santiago

CHINA CHINE

Mr. Guoqing Zhang, Counsellor, Permanent Mission of the People's Republic of China in Geneva

Advisers/Conseillers techniques/Consejeros técnicos

Ms. Xia Huang, Director of Division of Wages, Department of Labour & Wages, Ministry of Labour and
Social Security, Beijing

Mr. Dongwen Duan, Second Secretary, Permanent Mission of China in Geneva

COLOMBIA COLOMBIE

Sra. Victoria González-Ariza, Ministro Consejero, Misión Permanente de Colombia en Ginebra

CYPRUS CHYPRE CHIPRE

Mr. Panayiotis Yiallourous, Advisor, Ministry of Health, Nicosia

CZECH REPUBLIC RÉPUBLIQUE TCHÈQUE REPÚBLICA CHECA

Adviser/Conseiller technique/Consejero técnico

Mr. Stanislav Benes, Ministry of Labour and Social Affairs, Praha

EGYPT EGYPTE EGIPTO

Ms. Azza Mohamed El Husseiny, Director of the Central Department for Research and Health Development, Ministry of Health and Population, Cairo

Adviser/Conseillère technique/Consejero técnico

M^{me} Nadia El-Gazzar, conseillère des affaires du travail, Consulat d’Egypte à Genève

FINLAND FINLANDE FINLANDIA

Mr. Matti E. Lamberg, Ministerial Counsellor, Health Affairs, Ministry of Social Affairs and Health, Valtio Neuvosto

FRANCE FRANCIA

M. Xavier Montserrat, chargé de mission, ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, ministère de la Santé, DHOS-MREI, Paris

GHANA

Dr. Yaw Antwi-Boasiako, Director of Human Resources for Health, Ministry of Health, Accra

HUNGARY HONGRIE HUNGRÍA

Ms. Éva Kereszty, Head of Department of Health care and Nursing, Ministry of Health, Social and Family Affairs, Budapest

Adviser/Conseiller technique/Consejero técnico

Mr. Zoltán Varga, Director-General, Ministry of Employment Policy and Labour, Budapest

KENYA

Mr. James Ndegwa Ndiho, Deputy Chief Industries Relations Officer, Ministry of Labour and Human Resource Development, Nairobi

Adviser/Conseiller technique/Consejero técnico

Mr. Ephraim Waweru Ngare, Counsellor, Labour, Permanent Mission of Kenya in Geneva

REPUBLIC OF KOREA RÉPUBLIQUE DE CORÉE REPÚBLICA DE COREA

Mr. Sung-Ki Yi, Labour Attaché, Permanent Mission of the Republic of Korea in Geneva

Advisers/Conseillers techniques/Consejeros técnicos

Mr. Dae-Won Lee, Deputy Director, Industrial Health and Environment Division, Ministry of Labour,
Gwachueon City

Mr. Young-Gyu Phee, Expert in Occupational Health, Industrial Health and Environment Division, Ministry
of Labour, Gwachueon

LUXEMBOURG LUXEMBURGO

Advisers/Conseillers techniques/Consejeros técnicos

M. Henri Theisen, attaché de direction, Inspection du travail et des mines, Luxembourg

M. Gary Tunsch, inspecteur principal, ministère du Travail et de l'Emploi, Luxembourg

MAURITIUS MAURICE

Adviser/Conseiller technique/Consejero técnico

Mr. B.K. Rudhee, First Secretary, Permanent Mission of Mauritius in Geneva

MOROCCO MAROC MARRUECOS

M. M'hamed Benelkadi, directeur des ressources humaines, ministère de la Santé, Rabat

Adviser/Conseillère technique/Consejera técnica

M^{me} Siham Bouassa, conseillère, Mission permanente du Maroc à Genève

NIGERIA NIGÉRIA

Mr. Shehu Alhaji Suleiman, Permanent Secretary, Federal Ministry of Health, Office of the Permanent Secretary,
Abuja

Advisers/Conseillers techniques/Consejeros técnicos

Mr. Shehu Sule, Director, Health Planning and Research, Federal Ministry of Health, Abuja

Mr. Abdullah Ahmad, Deputy Director of Labour, Permanent Mission of Nigeria in Geneva

PANAMA PANAMÁ

Sr. Rubén Candanedo, Secretario General, Ministerio de Salud, Panamá

PHILIPPINES FILIPINAS

Ms. Yolanda C. Porschwitz, Labor Attaché, Permanent Mission of the Philippines in Geneva

POLAND POLOGNE POLONIA

Ms. Barbara Skulimowska, Director, Social Dialogue Department, Ministry of Labour and Social Policy,
Warszawa

SOUTH AFRICA AFRIQUE DU SUD SÚDAFRICA

Ms. Daisy Mafubelu, Counsellor, Permanent Mission of South Africa in Geneva

Adviser/Conseillère technique/Consejera técnica

Ms. Lindiwe Lusenga, Labour Counsellor, Permanent Mission of South Africa in Geneva

SWITZERLAND SUISSE SUIZA

M^{me} Josiane Antille, adjointe, SECO, Service de la santé publique du Canton de Vaud, Lausanne

Adviser/Conseillère technique/Consejera técnica

M^{me} Gabrielle Steffen, chef de projet, Service de la santé publique du Canton de Neuchâtel, Neuchâtel

**SYRIAN ARAB REPUBLIC RÉPUBLIQUE ARABE SYRIENNE
REPÚBLICA ARABE SIRIA**

Mr. Suleiman Mashkoug, Director of Health Systems Management Centre, Ministry of Health, Damascus

Adviser/Conseiller technique/Consejero técnico

Mr. Mohamad Khafif, Counsellor, Permanent Mission of the Syrian Arab Republic in Geneva

TUNISIA TUNISIE TÚNEZ

Adviser/Conseiller technique/Consejero técnico

M. Lassaad Zarrouk, directeur des études économiques et financières de la sécurité sociale, Direction générale de la sécurité sociale, ministère des Affaires sociales et de la Solidarité, Tunis

UNITED STATES ETATS-UNIS ESTADOS UNIDOS

Mr. John A. Wagner, Commissioner of Mediation, Federal Mediation and Conciliation Service, Washington

Adviser/Conseiller technique/Consejero técnico

Mr. Robert Hagen, Labor Attaché, United States Permanent Mission in Geneva

VENEZUELA

Sra. Madai Hernández, Consejero, Misión Permanente de Venezuela en Ginebra

Members representing the Employers

Membres représentant les employeurs

Miembros representantes de los empleadores

Dr. Felix Kwaku Anyah, Director General, Holy Trinity Clinic, Accra

Ms. Lise Bogen Behrens, Lawyer, Confederation of Norwegian Business and Industry, Servicebedriftens Landsforening (SBL/NHO), National Federation of Services Industries, Oslo

M^{me} Catherine Chiffolleau, secrétaire générale, Mouvement des entreprises de France (MEDEF), Association pour le secrétariat technique des administrateurs sociaux (ASTAS), Paris

Dr. Volker Hansen, Deputy Head, Bundesvereinigung des Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA), Berlin

Dr. Kuan Joo Lim, Member, Malaysian Employers Federation, Selangor
Sr. Gastón Hugo Moratorio Pérez, Director Clínica MEDILAB, Camara de Industrias del Uruguay, Montevideo
Sr. Arturo Vasi Paez, Gerente General, Asociación de Clínicas y Hospitales Particulares, San Isidro Lima
Ms. Laura Žickute, Head and Lawyer of Business Social Policy Department, Confederation of Lithuanian Industrialists, Vilnius

Members representing the Workers
Membres représentant les travailleurs
Miembros representantes de los trabajadores

Mr. Herbert Beck, Bundesfachbereichsvorstand FB3, VER.DI-Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft, Berlin
Mr. Adrian Birea, Romanian Trade Union Federation SANITAS, Bucharest
Ms. Gamlath Mohottige Chandralatha, Treasurer, Public Services United Services Union, Ja-Ela, Sri Lanka
Mr. Michel Gravel, Service Employees International Union, Montreal
Mr. Phillip Green, National Officer, Health Group, UNISON, London
Ms. Phyllis Gyamerah, President - Women's Committee, Health Services Workers Union, Accra
Mr. Jimilah Bte Harun, Assistant Nurses Union of Malaysia (MKTR), Paediatrician Clinic, Penang General Hospital, Penang Island, Malaysia
Mr. Mikhail Kuzmenko, President, Health Workers Union of the Russian Federation, Moscow
Adviser/Conseiller technique/Consejero técnico
Mr. Vladimir Panchekhin, International Secretary, Health Workers Union of the Russian Federation, Moscow
Ms. Dorothy Matebeni, Vice President, Democratic Nursing Organisation of South Africa (DENOSA), East London
Ms. Redempta Mbatia, National Chairperson, Women Committee, Tanzania Union of Government and Health Employees, c/o Tanzania Union of Government and Health Employees (TUGHE), Dar Es Salaam
M. Jean-Marie Ndi, président, Syndicat départemental de la santé, pharmacies et assimilés du Wouri (SDSPA), Douala
Mr. Henry Nicholas, Vice President, National Hospital and MHealth Care, (NUHHCE/AFSCME), Philadelphia PA
Ms. Esperanza Ocampo, National President, Philippine Government Employers Association (PGEA), Pasig City
Mr. Kim Øst-Jacobsen, Danish Nurses Association, Copenhagen
Ms. Branislava Plancak, President, Health and Social Protection Employees Union, Belgrade
Advisers/Conseillers techniques/Consejeros técnicos
Ms. Slavica Spirovski, Adviser, Health and Social Protection Employees Union of Serbia, Belgrade
Mr. Sava Krsikapa, Adviser, Health and Social Protection Employees Union of Serbia, Belgrade
Sr. Jorge Luis Quijada Vásquez, Federación Nacional de Asociaciones y Organizaciones de Empleados Públicos (FENASEP), Panamá
Adviser/Conseiller technique/Consejero técnico
Sr. Arnulfo De León Vargas, Asesor-Consejero, FENASEP, Panamá
Sra. Esther Reyes Diez, Secretaria Relaciones Internacionales (SATSE), Madrid
M^{me} Marie-Claire Ros, secrétaire fédérale, Fédération des services publics et santé, Toulouse
Sra. Rosa Santamaría Acurio, Presidente, Federación Ecuatoriana de Enfermeras, Quito
Ms. Ülle Schmidt, Chairwoman, Federation of Estonian Health Care Professionals, Tallinn, Estonia

Ms. Rosilyn Smith, Senior Industrial Relations Officer, National Union of Public Workers (NUPW), St. Michael, Barbados

M^{me} Akpe Sollen Messanvi, sage-femme d'Etat, Confédération mondiale du travail, CHU Tokoin (Maternité), Lomé

Sr. Marcelino Valera Corro, CLATSEP, La Vega, Venezuela

Ms. Patcharee Yanyaratana, President, Paolo Memorial Hospital Trade Union, Bangkok

Mr. Zhang Xiaodong, Division Chief, Social Security Department, All China Federation of Trade Unions, Beijing
Adviser/Conseiller technique/Consejero técnico

Mr. Tang Hong, Deputy Director, General Office, International Liaison Department, All China Federation of Trade Unions, Beijing

Others

Autres

Otros

Representatives of member States present at the sittings

Représentants d'Etats Membres présents aux séances

Representantes de Estados Miembros presentes en las sesiones

VENEZUELA

Sr. Freddy Leal, Director de Higiene, Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Caracas

Sra. Dulce Leon, Docente, Universidad de Carabobo Area Estudios Postgrado, Unidad de Salud Colectiva (USACOL), Valencia

Representatives of the United Nations, specialized agencies
and other official international organizations

Représentants des Nations Unies, des institutions spécialisées
et d'autres organisations internationales officielles

Representantes de las Naciones Unidas, de los organismos especializados
y de otras organizaciones internacionales oficiales

World Health Organization (WHO)

Organisation mondiale de la santé

Organización Mundial de la Salud

Dr. Naeema Al-Gasseer, Senior Scientist for Nursing & Midwifery, Department of Health Service Provision, Geneva

Dr. Monica Padilla, Regional Adviser in Human Resources, Panamerican Health Organization, Washington

Dr. Mario Dal Poz, Director of Health Service Provision (Acting), Geneva

Mr. Norbert Dreesch, Technical Officer (OSD/HRH), Geneva

Representatives of non-governmental international organizations
Représentants d'organisations internationales non gouvernementales
Representantes de organizaciones internacionales no gubernamentales

International Confederation of Free Trade Unions
Confédération internationale des syndicats libres (CISL)
Confederación Internacional de Organizaciones Sindicales Libres

Ms. Anna Biondi, Assistant Director, Geneva Office, Geneva

International Council of Nurses
Conseil international des infirmières
Consejo Internacional de Enfermeras

Ms. Mireille Kingma, Consultant, Nursing and Health Policy, Geneva

International Federation of Employees in Public Service (INFEDOP)
Fédération internationale du personnel des services publics
Federación Internacional del Personal de los Servicios Públicos

Mr. Bert Van Caelenberg, Secretary-General, Brussels

M. Kristien Van der Gudt, secrétaire national, Centrale chrétienne des services publics, Bruxelles

Sr. José Mogollon, Sec. Ejecutivo, CLASEP (FETRASALUD), Valencia Edo, Venezuela

International Organization of Employers (IOE)
Organisation internationale des employeurs
Organización Internacional de Empleadores

Mr. Jean Dejardin, Adviser, International Organization of Employers, Cointrin/Geneva

Public Services International (PSI)
Internationale des services publics
Internacional de Servicios Públicos

Mr. Mike Waghorne, Assistant General Secretary, Ferney-Voltaire

Mr. Alan Leather, Deputy General Secretary, Ferney-Voltaire

Ms. Sonia Sanchez, Ferney-Voltaire

World Confederation of Labour
Confédération mondiale du travail (CMT)
Confederación Mundial del Trabajo

M^{me} Béatrice Fauchère, représentante permanente, Genève

World Federation of Trade Unions
Fédération syndicale mondiale
Federación Sindical Mundial

Sra. Aido Avella, Consejera, Representación Permanente, Ginebra