

---

ORGANISATION INTERNATIONALE DU TRAVAIL  
Programme des activités sectorielles

**Le dialogue social dans les services  
de santé: institutions, capacité  
et efficacité**



---

## Table des matières

	<i>Page</i>
Remerciements .....	v
Introduction .....	1
Cadre général de la réunion.....	1
Cadre général du rapport.....	1
Structure du rapport .....	2
1. Evolutions récentes dans le secteur de la santé: le contexte du dialogue social.....	3
1.1. Institutions et structures.....	3
1.1.1. Secteur public .....	3
1.1.2. Secteur privé.....	5
1.2. Gestion des services de santé.....	6
1.3. Evolution du marché du travail .....	8
1.3.1. Tendances nationales de l'emploi.....	8
1.3.2. Mondialisation des marchés de l'emploi et migration.....	19
1.4. Financement des prestations de soins de santé.....	21
2. Institutions, capacité et efficacité des partenaires sociaux du dialogue social.....	24
2.1. Le dialogue social en tant que conception des relations de travail.....	24
2.2. Catégories et types d'institutions du dialogue social.....	27
2.3. Structures gouvernementales.....	31
2.4. Les employeurs et leurs organisations.....	35
2.5. Les agents et leurs organisations .....	37
2.6. Perspectives du dialogue social: conditions préalables et critères.....	45
2.7. Les indicateurs d'efficacité du dialogue social.....	47
2.8. L'efficacité dans les faits: exemples de bonnes pratiques .....	48
2.8.1. Brésil: décentralisation .....	49
2.8.2. Canada (Saskatchewan): égalité des chances .....	53
2.8.3. Chili: réforme du secteur de la santé .....	55
2.8.4. Royaume-Uni: partenariat au travail.....	59
3. Un cadre possible pour le renforcement du dialogue social dans le secteur de la santé: points suggérés pour la discussion .....	63
3.1. L'action de l'OIT visant à renforcer le dialogue social, notamment à propos des services de santé.....	63
3.2. Points suggérés pour la discussion .....	69
Les services de santé et la compréhension du dialogue social.....	69
Les services de santé et la participation au dialogue social .....	71

---

## Remerciements

Le présent rapport a été préparé par la responsable du secteur des services de santé du Département des activités sectorielles du BIT, M<sup>me</sup> Gabriele Ullrich. Les données statistiques, tableaux et figures concernant les conséquences sur l'emploi ont été fournis par MM. Messaoud Hammouya et Eivind Hoffmann, du Bureau de statistique du BIT. La section 2.8 s'appuie largement sur les conclusions des travaux de recherche préparatoires effectués par M<sup>me</sup> Jane Lethbridge à la demande du BIT.

---

## Introduction

Le présent rapport a été établi par le Bureau international du Travail pour servir de base aux discussions de la réunion paritaire intitulée: «Le dialogue social dans les services de santé: institutions, capacité et efficacité», qui doit se tenir du 21 au 25 octobre 2002 à Genève.

## Cadre général de la réunion

A sa 279<sup>e</sup> session (novembre 2000), le Conseil d'administration du Bureau international du Travail a décidé d'inscrire au programme des réunions sectorielles pour 2002-03 une réunion intitulée: «Le dialogue social dans les services de santé: institutions, capacité et efficacité». A sa 282<sup>e</sup> session (novembre 2001), il a décidé que l'objet de la réunion serait d'échanger des points de vue sur les nouvelles structures et approches gestionnaires dans les services de santé, et la manière dont elles affectent la capacité et l'efficacité des partenaires sociaux dans le dialogue social; de définir un cadre pour renforcer le dialogue social sur la base d'un rapport préparé par le Bureau; d'adopter des conclusions, y compris des directives pratiques, pour le renforcement du dialogue social, de proposer des mesures qui pourraient être prises par les gouvernements, les organisations d'employeurs et les organisations de travailleurs, au niveau national, et par le BIT, et d'adopter un rapport. La réunion pourrait également adopter des résolutions. Le Conseil d'administration a également décidé que la réunion serait paritaire (gouvernements en tant qu'employeurs publics et représentants des travailleurs), avec la participation de représentants des employeurs privés. A la même occasion, il a été décidé d'inviter les gouvernements de 18 pays. Le Conseil d'administration a décidé par ailleurs que neuf représentants des employeurs du secteur privé et 27 représentants des travailleurs seraient désignés sur la base des candidatures présentées par les groupes respectifs du Conseil d'administration. A sa 283<sup>e</sup> session (mars 2002), il a décidé d'inviter à la réunion tous les gouvernements intéressés.

La réunion s'inscrit dans le cadre du Programme des activités sectorielles du BIT, lequel vise à faciliter les échanges d'informations entre mandants concernant l'évolution de la situation sociale dans différents secteurs économiques sur la base d'études des problèmes d'actualité qui se posent dans ces secteurs. Des réunions sectorielles internationales, paritaires ou tripartites, sont ainsi organisées afin de permettre une meilleure compréhension des problèmes sectoriels, de promouvoir un consensus tripartite international à ce sujet et de dégager des orientations concernant les politiques et mesures à adopter à ce sujet sur les plans national et international; de favoriser l'harmonisation de toutes les activités sectorielles du BIT et d'assurer la liaison entre le BIT et les mandants; de fournir des avis techniques, une assistance pratique et un appui concret à ces derniers en vue de faciliter l'application de normes internationales du travail dans différents secteurs économiques.

## Cadre général du rapport

Le souci de la santé publique et l'augmentation du coût des soins de santé font que ce secteur, depuis de nombreuses années, fait l'objet de bien des débats politiques dans beaucoup de pays. Le rôle essentiel des partenaires sociaux, de l'Etat et des organisations d'employeurs et de travailleurs, et du dialogue social dans ce contexte n'est reconnu que depuis peu. En 1998, la Réunion paritaire sur les conditions d'emploi et de travail dans les réformes du secteur de la santé est arrivée à la conclusion suivante: «Dans le processus de réforme du secteur de la santé, des politiques devraient être élaborées pour favoriser le

---

dialogue social car les meilleures réformes naissent d'un tel dialogue. Conformément aux conventions n<sup>os</sup> 87, 98 et 151 de l'OIT, les travailleurs de la santé jouissent du même droit d'organisation et de négociation collective que les travailleurs des autres secteurs.»<sup>1</sup>. Auparavant, la convention (n° 149) sur le personnel infirmier, 1977, avait déjà indiqué que les Etats Membres doivent élaborer une politique des services et du personnel infirmiers, dans le cadre d'une programmation générale de la santé, en consultation avec les organisations d'employeurs et de travailleurs intéressés (art. 2).

Il est aujourd'hui largement reconnu que le dialogue social est nécessaire si l'on veut promouvoir et soutenir les processus de réforme dans de nombreux domaines du secteur de la santé et améliorer ainsi les soins de santé et leur impact sur la santé publique. Toutefois, dans les services de santé, il reste à renforcer les institutions et la capacité de dialogue social.

## **Structure du rapport**

Le chapitre 1 donne une vue d'ensemble de certaines des questions critiques qui se posent dans le secteur de la santé et qui affectent le dialogue social dans de nombreux pays. Il traite des changements et réformes des institutions, des nouvelles formes de gestion, de l'évolution de l'emploi et du financement des soins de santé. Le chapitre 2 décrit différentes approches du dialogue social et les institutions à mettre en place pour permettre au dialogue social de s'épanouir. Le rôle des partenaires sociaux (gouvernements et organisations d'employeurs et de travailleurs) et les défis à relever pour le dialogue social sont illustrés par des exemples tirés des expériences nationales. Ce chapitre décrit certaines des conditions à remplir pour renforcer la capacité de dialogue social, ainsi que les indicateurs qui permettent d'évaluer l'efficacité du dialogue social dans les services de santé. Il se termine par des exemples détaillés de bonnes pratiques de dialogue social dans les services de santé au Brésil, au Canada, au Chili et au Royaume-Uni. Le chapitre 3 présente l'approche de l'OIT en ce qui concerne le renforcement du dialogue social en général et dans les services de santé en particulier, et suggère des questions à débattre dans le but d'élaborer un cadre pour renforcer le dialogue social dans les services de santé.

<sup>1</sup> BIT: *Note sur les travaux*, Réunion paritaire sur les conditions d'emploi et de travail dans les réformes du secteur de la santé, Genève, 1998.

---

# 1. Evolutions récentes dans le secteur de la santé: le contexte du dialogue social

Etant donné la complexité des problèmes ainsi que les limites imposées à la longueur du présent rapport, il n'est pas possible dans ce chapitre de rendre compte dans le détail des évolutions récentes qui ont eu lieu dans le secteur de la santé et qui ont une incidence sur le dialogue social. Néanmoins, nous nous efforcerons dans les paragraphes ci-après de mettre en lumière certaines des questions prioritaires pour le dialogue social afin de donner une idée de l'environnement dans lequel ce dialogue s'inscrit.

## 1.1. Institutions et structures

Dans de nombreux pays, les structures souvent monolithiques des services nationaux de santé publique, ramifiées au plan régional et local, ont évolué au cours des deux dernières décennies, devenant plus variées et plus complexes. La décentralisation des systèmes de santé publique s'est traduite par une plus grande autonomie de la prise de décisions et par une responsabilité accrue des autorités locales. Cependant, dans de nombreux cas, cette dévolution de responsabilités ne s'est pas accompagnée d'un transfert de ressources budgétaires. La privatisation a généralement visé à rendre plus efficace la gestion des services de santé sans nuire à leur qualité ou simplement à résoudre les problèmes financiers des autorités locales, souvent dans l'incapacité d'allouer les fonds nécessaires aux établissements de santé. Certains pays ont une longue tradition d'établissements de santé privés, essentiellement dans le secteur sans but lucratif. Par ailleurs, des marchés mondialisés de soins de santé ont vu le jour, avec leur cortège de fusions et de rachats par des sociétés internationales (du secteur à but lucratif) offrant des services de santé ou d'autres services ainsi que par des compagnies d'assurance maladie. Le défi pour les partenaires sociaux consiste à créer des structures susceptibles de gérer efficacement les services de santé et d'offrir au public des soins de qualité tout en assurant un emploi décent et des conditions de travail satisfaisantes au personnel, ce qui ne manque pas d'influer sur la qualité des services.

### 1.1.1. Secteur public

Dans le secteur de la santé publique, la décentralisation a été une tendance dominante dans toutes les régions géographiques. Cette tendance remonte à la Déclaration d'Alma Ata de 1978<sup>1</sup> sur les soins de santé primaires, dont le suivi a visé à favoriser des services davantage axés sur les soins de santé primaires. Un nouvel élan a été imprimé par le processus de démocratisation de l'Amérique latine et de l'Afrique au début des années quatre-vingt-dix et par le transfert de l'autorité politique vers les échelons inférieurs. Dans les pays industrialisés, la décentralisation a été davantage centrée sur une délégation des responsabilités de gestion et sur un accroissement du rôle des usagers. En général, dans les pays dotés d'un vaste territoire et présentant une grande dispersion des zones de peuplement, l'administration provinciale et locale joue désormais un rôle important. Ce modèle prévaut aussi dans les pays ayant une structure de gouvernance fédérale<sup>2</sup>. Diverses raisons politiques sociales et économiques peuvent conduire à une décentralisation du secteur de la santé, souvent dans le cadre d'une réforme plus générale du service public. Dans le secteur de la santé, la dévolution de responsabilités administratives à des échelons

<sup>1</sup> Adoptée par la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, parrainée conjointement par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF).

<sup>2</sup> BIT: *L'impact de la décentralisation et de la privatisation sur les services municipaux*, rapport soumis aux fins de discussion à la Réunion paritaire sur l'impact de la décentralisation et de la privatisation sur les services municipaux (Genève, 2001).

---

inférieurs de l'Etat va généralement de pair avec un transfert de ressources humaines et a donc des incidences sur le dialogue social.

Ces dernières années, la décentralisation des services de santé a souvent été mise en œuvre dans le cadre de réformes de ce secteur. Le transfert des ressources humaines à des niveaux décentralisés implique un processus très complexe, qui requiert des informations suffisantes sur le personnel ainsi que la coopération entre les divers échelons de l'Etat, les organisations des professionnels de la santé et les organismes d'enregistrement de ces professionnels<sup>3</sup>. Les questions les plus importantes pour le dialogue social sont les différences de salaires et d'avantages aux divers échelons de l'Etat. Pour que la décentralisation fonctionne, il faut clairement définir les nouvelles structures organisationnelles, leurs rôles et leurs responsabilités. La décentralisation est souvent mise en œuvre à la hâte et avec un déficit de communication entre les diverses institutions concernées. En Nouvelle-Zélande, la décentralisation des responsabilités au profit des *district health boards* (DHB), s'accompagne d'un dialogue social qui a récemment débouché sur une convention tripartite relative aux conditions de travail du personnel infirmier des trois DHB d'Auckland. Cela exige un niveau élevé d'engagement de la part de tous les partenaires sociaux.

Encadré 1.1.

Relations de travail fondées sur la coopération dans le District Health Board de Waitemata en Nouvelle-Zélande

«Toutes les parties sont très attachées à ce processus dont elles espèrent qu'il débouchera sur des résultats significatifs et durables pour le personnel infirmier dans différents domaines: charge de travail, dotation en personnel, plans de carrière, gestion du stress, plans d'évolution des salaires. La ministre de la Santé, très attachée à ce processus, a récemment créé un nouveau poste dont le titulaire aura pour mission de promouvoir le même type d'initiative dans tout le pays. Cette attitude traduit la volonté du gouvernement de collaborer avec les syndicats et les employeurs du secteur de la santé pour rendre plus prévisible l'offre de main-d'œuvre et promouvoir des relations de travail fondées sur la coopération dans le secteur de la santé publique. La *Public Service Association* a été à l'avant-garde de ces accords de partenariat, mais la *New Zealand Nurses' Organization* de la région d'Auckland s'est empressée de lui emboîter le pas compte tenu des avantages importants susceptibles d'en résulter pour le personnel infirmier, tant à Auckland que dans le reste du pays.»

Source: Maryan Street, Directeur des relations avec le personnel, District Health Board de Waitemata, Auckland, mars 2002.

La décentralisation vers des unités opérationnelles relativement modestes opérant au niveau local rend impossibles les économies d'échelle. Dans les pays industrialisés, cela conduit les établissements de santé à sous-traiter certains services (par exemple, nettoyage, restauration, informatique). En même temps, les établissements de santé publique ont constitué des groupes, des réseaux ou des coopératives pour réaliser des économies d'échelle lors de l'achat de biens et de services. En Allemagne, par exemple, un groupe de 25 hôpitaux municipaux dotés d'environ 17 000 lits a fondé en 1999 une coopérative d'approvisionnement en fournitures médicales. Dès sa première année d'existence, des contrats-cadres ont été signés avec 56 fournisseurs<sup>4</sup>. Les accords de sous-traitance et de coopération en réseau ont des répercussions sur les relations entre les partenaires sociaux, de sorte que ces accords sont des questions à traiter par le dialogue social.

<sup>3</sup> R.-L. Kolehmainen-Aitken: «Decentralization and human resources: Implications and impact», *Human Resources for Health Development Journal* (Bangkok), vol. 2 (1), janv.-avril 1998, pp. 1-16.

<sup>4</sup> B. Simmler: «Der Bedarf kooperativer Neugründungen», dans l'ouvrage publié sous la direction de H.-H. Münkner: *Innovative Kraft organisierter Selbsthilfe: Fachgespräch zwischen Theorie und Praxis* (Marbourg, Marburg Consult für Selbsthilfeförderung, 2001), pp.107-108.

---

## 1.1.2. Secteur privé

La prestation de services de santé par des fournisseurs privés est souvent associée à de grandes compagnies nationales ou multinationales. En 1997, par exemple, la *Columbia/HCA Healthcare Corp.* était, avec 20 milliards de dollars de recettes annuelles, le septième employeur privé des Etats-Unis<sup>5</sup>. Cependant, le tableau institutionnel du secteur de santé privé est aussi diversifié que les services de santé publique et englobe en fait des organismes à but lucratif et sans but lucratif. Traditionnellement, les organismes sans but lucratif<sup>6</sup> sont très répandus dans le secteur privé, et cela vaut pour les pays industrialisés comme pour les pays en développement. En outre, les services des soins de santé primaires sont souvent assurés par des professionnels indépendants. Ces divers prestataires du secteur privé coopèrent entre eux ainsi qu'avec le secteur public.

Dans le secteur à but lucratif, il existe depuis longtemps de grandes compagnies nationales ou transnationales. Aux Etats-Unis, par exemple, Kaiser Permanente, fondée en 1945, emploie aujourd'hui plus de 100 000 personnes. Le Royaume-Uni, qui a le plus vaste système national de santé publique, a également eu, pendant de longues années, de grandes entreprises privées d'envergure internationale. Ainsi, la BUPA (British United Provident Association), fondée en 1947, emploie aujourd'hui environ 40 000 personnes au Royaume-Uni et 1 500 à l'étranger. Une autre société, la PPP Healthcare, fondée en 1940, est aujourd'hui membre du groupe AXA. D'autres partenariats ont aussi vu le jour entre les services de santé et les compagnies d'assurance, ce qui s'est parfois traduit par la création de chaînes et de réseaux d'hôpitaux.

Depuis les années quatre-vingt-dix, le secteur sans but lucratif fait l'objet de recherches du *Center for Civil Society Studies* de l'Université Johns Hopkins. En coopération avec les institutions de 40 pays, ce centre met en œuvre un projet<sup>7</sup> pour documenter le champ d'activité, la structure, le financement et le rôle du secteur sans but lucratif. D'après des études réalisées pour 22 pays, les dépenses du secteur sans but lucratif représentent en moyenne 4,6 pour cent du produit intérieur brut de ces pays et 10 pour cent de l'emploi total dans tous les secteurs de service<sup>8</sup>. La contribution des organismes sans but lucratif à l'emploi total du secteur de la santé est indiquée dans le tableau 1.3.

Les organismes de santé du secteur sans but lucratif sont confrontés aujourd'hui à des problèmes liés à leur taille relativement petite. En conséquence, certains se regroupent pour constituer des réseaux ou même des sociétés de capitaux. En Allemagne, par exemple, la société Agaplesion-AG a été créée par un groupe d'hôpitaux de l'Eglise protestante et d'autres services de santé de la région de Francfort<sup>9</sup>. Une restructuration de cette ampleur est une question à traiter par le dialogue social.

<sup>5</sup> S. Lutz et E. Preston Gee: *Columbia/HCA: Health care on overdrive* (New York, McGraw-Hill, 1998).

<sup>6</sup> Les organismes sans but lucratif s'entendent, dans ce contexte, d'organismes privés sans répartition des bénéfices et à système de gestion autonome et volontaire. Voir L. Salamon, H. Anheier, R. List, S. Toepler, W. Sokolowski et coll.: *Global civil society: Dimensions of the nonprofit sector* (Baltimore, Johns Hopkins Center for Civil Society Studies, 1999), pp. 3-4.

<sup>7</sup> Ce projet (*Comparative nonprofit sector project*) porte sur 40 pays, contre 13 seulement au départ; <http://www.jhu.edu/~cnp>

<sup>8</sup> L. Salamon et coll., *op. cit.*, p. 8.

<sup>9</sup> Ver. di: *Infodienst Krankenhäuser*, n° 15, mars 2002, pp. 40-41.



---

La part du secteur privé dans les services de santé s'est accrue du fait de la privatisation des services publics, de la création de partenariats entre public et privé et du développement de la sous-traitance. La composante la plus importante de la privatisation a été la sous-traitance de services spécifiques. Dans le passé, cette pratique était essentiellement le fait de certains pays (notamment la Nouvelle-Zélande, le Royaume-Uni et les Etats-Unis), mais rares sont ceux aujourd'hui où ce processus ne s'est pas enclenché. Malgré les critiques de nombreuses parties prenantes, notamment des usagers de services, des syndicats et des institutions internationales, la sous-traitance est sérieusement envisagée même dans des pays qui hésitaient jusqu'à présent à s'engager pleinement dans la voie de la privatisation (par exemple, le Danemark et la Suède). Néanmoins, l'opinion publique semble encore réticente <sup>10</sup>.

Les professionnels de la santé indépendants forment encore une partie très importante du secteur privé dans de nombreux pays industrialisés. Cependant, là aussi, la nécessité d'une rationalisation a conduit des praticiens à constituer des réseaux et à passer des accords de groupe pour réaliser des économies d'échelle, notamment en matière de gestion et d'approvisionnement. Les accords institutionnels concernant les services de santé ont plus de chances de durer et d'être bien adaptés si les parties prenantes de ces institutions participent en permanence au dialogue social sur les politiques institutionnelles et leur impact.

## 1.2. Gestion des services de santé

Face à une pression financière constante, les systèmes de santé étudient des méthodes de gestion de type privé et commercial en vue d'améliorer les services ou du moins d'en maintenir la qualité tout en maîtrisant les coûts. Comme il s'agit d'un secteur à forte intensité de main-d'œuvre, le principal défi concerne la gestion des ressources humaines. Une bonne gestion des performances et des incitations salariales ou autres est nécessaire pour retenir et perfectionner le personnel existant et attirer de nouveaux éléments.

La demande de gestion aux résultats est apparue avec la restructuration institutionnelle, décrite à la section 1.1, essentiellement sous l'effet de la décentralisation et de la privatisation. La gestion aux résultats est un concept de gestion du secteur privé qui n'a été adapté que récemment aux services de santé, et son utilisation est largement limitée à certains systèmes de santé nationaux d'Europe occidentale et aux sociétés de gestion des soins des Etats-Unis et du Canada. La distinction établie dans les précédentes études entre la méthode de gestion axée sur la qualité (résultats obtenus par les services) et celle visant les compétences professionnelles (résultats en termes de ressources humaines) s'est révélée peu pratique. Toutes les méthodes de gestion appliquées dans les services de santé s'appuient en définitive sur les compétences et la motivation des professionnels de la santé et sur les résultats qu'ils obtiennent <sup>11</sup>. Cependant, la gestion aux résultats peut se concevoir sous l'angle des résultats obtenus aussi bien par l'agent de santé individuel que par l'organisme dans son ensemble <sup>12</sup>. Au niveau de l'organisme, la gestion aux résultats porte principalement sur la réalisation des buts et objectifs tels qu'ils sont énoncés dans les

<sup>10</sup> S. Bach: *Decentralization and privatization in municipal services: The case of health services*, document de travail du Programme des activités sectorielles (Genève, BIT, 2000), p. 18.

<sup>11</sup> Pour un aperçu, voir J. Martinez: *Assessing quality, outcome and performance management*, document de travail présenté à l'Atelier de l'OMS sur la stratégie mondiale concernant les travailleurs de la santé, Annecy, 2000.

<sup>12</sup> D. Bandaranayake: *Assessing performance management of human resources for health in South-East Asian countries: Aspects of quality and outcome*, document de travail présenté à l'Atelier de l'OMS sur la stratégie mondiale concernant les travailleurs de la santé, Annecy, 2000.

---

plans d'entreprise et les plans d'activités et mesurés à l'aide d'indicateurs de performance. Les résultats découlent d'un certain nombre de facteurs ayant valeur d'intrants dans les activités des organismes de santé, notamment les ressources humaines et financières et l'organisation du travail. Les organismes qui souhaitent appliquer cette méthode de gestion doivent être en mesure de prendre leurs décisions de manière indépendante. Les cadres doivent être formés à cette méthode, l'appliquer avec conviction et rendre compte des résultats obtenus. La gestion aux résultats a été introduite principalement dans le secteur privé des services de santé, mais les institutions publiques décentralisées peuvent également, en principe, appliquer cette méthode. Cependant, en fonction de la situation générale du système de santé national, l'introduction de la gestion aux résultats peut être entravée par un certain nombre d'obstacles ou se révéler tout à fait impossible. Un préalable essentiel est l'existence d'un secteur de santé publique de base, avec des ressources financières suffisantes pour que la gestion aux résultats puisse porter ses fruits dans le domaine de la santé publique<sup>13</sup>. Cependant, il faut également disposer de la capacité de gestion, de planification et d'évaluation requise ainsi que des possibilités de formation pour permettre au personnel d'acquérir ces compétences.

La gestion aux résultats des prestations est étroitement liée à la gestion de la qualité, ce qui veut dire que les indicateurs de performance des services de santé doivent se référer aux résultats en matière de santé publique et aux normes de qualité réglementées par l'Etat (telles que les normes de laboratoire et d'hygiène). Un certain nombre de pays ont été en mesure d'introduire de telles normes de qualité, dont certaines sont même comparables sur le plan international (notamment les normes ISO fixées par l'Organisation internationale de normalisation). A cet égard, certains pays en développement sont dans une situation difficile dans la mesure où la performance en matière de santé et l'application des normes de qualité peuvent être entravées par des facteurs infrastructurels, climatiques ou de communication que ne maîtrisent ni les agents ni les structures de santé<sup>14</sup>.

La gestion aux résultats des prestations dans le secteur de la santé, qui est à forte intensité de main-d'œuvre, est fondée sur la motivation du personnel et la prestation professionnelle de chacun. Les employés doivent être traités comme des atouts plutôt que comme des facteurs de coûts. Les prestations individuelles seront évaluées dans le cadre d'un système d'incitation à exécuter les tâches convenues sur la base de normes de qualité élevées, qui contribuent aux résultats d'ensemble de l'établissement de santé. Les incitations financières et matérielles, qu'elles se présentent sous forme d'avantages salariaux ou autres, ont souvent été considérées comme un moyen important de susciter de l'intérêt pour le système d'évaluation des prestations. Cela peut convenir plus particulièrement à des systèmes où les professionnels de santé sont insuffisamment rémunérés. Cependant, l'applicabilité et l'équité d'un système de rétribution aux résultats sont remises en question aujourd'hui, et la gestion moderne des compétences met davantage l'accent sur la promotion du travail d'équipe et la mise en valeur du personnel ainsi que sur l'établissement de procédures d'examen des résultats par rapport au plan<sup>15</sup>. Par conséquent, d'autres formes d'incitation prennent de plus en plus d'importance, notamment la sécurité d'emploi, l'amélioration des conditions de travail, l'avancement, la participation à la prise de décisions et à l'ensemble des activités, ainsi que la formation et la combinaison des spécialités. Lorsque l'évaluation des résultats est utilisée comme instrument de gestion, elle peut être combinée à des incitations, mais doit aussi comporter des garanties adéquates contre tout risque d'abus de la part de ceux qui l'utilisent. L'obligation pour les gestionnaires de rendre des comptes est un impératif essentiel de la

<sup>13</sup> *Ibid.*, p. 16.

<sup>14</sup> *Ibid.*, pp. 14-15.

<sup>15</sup> J. Martinez, *op. cit.*, pp. 9-13.

---

gestion aux résultats dans les services de santé, et elle doit être compatible avec la vision globale, les objectifs, les plans d'activités et les indicateurs des organismes ou établissements de santé concernés.

La gestion sur la base des prestations professionnelles se justifie davantage si les conceptions, les objectifs et les plans d'activité de l'établissement de santé sont élaborés dans le cadre du dialogue social, et si les indicateurs de performance sont élaborés et appliqués selon la même démarche.

### **1.3. Evolution du marché du travail**

Les marchés de la main-d'œuvre se sont développés rapidement dans le secteur de la santé aux niveaux national et international. Mais leur développement est complexe compte tenu de leur réglementation (notamment dans le domaine de la formation professionnelle et pour l'octroi de l'autorisation d'exercer) et de la fréquente inadéquation entre l'offre et la demande, le processus d'ajustement étant généralement lent. Ce problème d'ajustement s'observe entre les services de santé publics et les services de santé privés, entre les catégories professionnelles, entre les zones géographiques d'un même pays et entre les pays.

#### **1.3.1. Tendances nationales de l'emploi**

On ne dispose de statistiques sur l'évolution de l'emploi dans les services de santé que pour un nombre limité d'années et pour certains pays. Il est fréquent que les seules statistiques disponibles concernent les services de santé associés aux services sociaux ou aux services d'éducation ou qu'elles concernent le secteur des services en général. Le BIT ne publie pas de données séparées sur l'emploi dans le secteur de la santé, même si, depuis 1995, quelques pays communiquent des statistiques à part pour ce secteur, mais il publie des données sur l'emploi dans le secteur «santé et action sociale»<sup>16</sup>. L'«action sociale» ne représente qu'une petite partie de cette catégorie. Les chiffres figurant dans les tableaux 1.1 et 1.2 reflètent donc les tendances générales de l'emploi dans le secteur de la santé.

<sup>16</sup> Le BIT compile des statistiques en fonction de la Classification internationale type, par industrie, de toutes les branches d'activité économique (CITI, troisième révision, 1990), catégorie N dont la partie «Santé et action sociale» couvre l'administration de soins, par diagnostic et par traitement, l'administration de soins dans des établissements pour des raisons médicales et sociales, ainsi que l'octroi aux personnes nécessiteuses d'une assistance sociale couvrant des services de consultation, de protection sociale, de protection des enfants, d'hébergement communautaire et d'aide alimentaire, de réinsertion professionnelle et de soins infantiles. Sont également couverts les services vétérinaires. Voir *Classification internationale type, par industrie, de toutes les branches d'activité économique, troisième révision* (New York, Nations Unies, 1990).

Tableau 1.1. Emploi total et emploi dans le secteur santé et action sociale, par sexe, 1995-2000

Pays (ou territoire)	Emploi total (milliers)				Emploi dans le secteur santé et action social (milliers)			
	1995*		2000G**		1995*		2000**	
	Total	Femmes	Total	Femmes	Total	Femmes	Total	Femmes
<i>Economies développées (industrialisées)</i>								
Allemagne	36 048,0	15 109,0	36 604,0	15 924,0	3 151,0	2 356,0	3 696,0	2 757,0
Australie	8 218,2	3 540,8	9 009,6	3 947,4	744,4	570,3	849,3	665,3
Autriche	3 758,8	1 596,0	3 776,5	1 631,0	279,4	210,8	299,9	224,9
Belgique	3 712,3	1 538,0	3 847,6	1 645,9	368,4	268,1	413,0	298,9
Canada	13 505,5	6 109,0	14 909,7	6 860,4	1 396,2	1 119,0	1 526,4	1 237,7
Chypre	–	–	288,6	112,5	–	–	10,4	7,2
Danemark	2 609,7	1 161,1	2 692,4	1 232,3	433,0	361,7	458,8	388,3
Espagne	12 041,9	4 152,8	14 473,7	5 387,1	618,1	432,9	789,3	561,5
Etats-Unis	117 191,0	56 643,0	131 418,0	63 654,0	11 566,0	9 384,1	13 102,2	10 641,2
Finlande	2 128,0	1 003,0	2 356,0	1 108,0	298,0	263,0	326,0	289,0
Grèce	3 823,8	1 371,6	3 946,3	1 489,0	163,1	103,5	183,7	119,8
Irlande	1 281,7	482,9	1 591,1	643,9	103,8	78,4	119,9	95,1
Islande	141,8	66,2	156,4	72,8	21,0	18,5	20,6	17,9
Italie	20 233,0	7 007,0	21 225,0	7 764,0	1 234,0	672,0	1 288,0	770,0
Luxembourg	214,1	–	237,0	–	13,0	–	14,4	–
Norvège	2 131,0	977,0	2 269,0	1 057,0	372,0	307,0	402,0	335,0
Nouvelle-Zélande	1 735,9	777,9	1 779,0	806,3	126,3	104,2	142,4	117,2
Pays-Bas	6 835,0	2 787,0	7 731,0	3 311,0	929,0	723,0	1 071,0	841,0
Portugal	4 441,7	1 968,4	4 921,1	2 213,8	200,4	147,1	243,1	193,1
Royaume-Uni	26 026,0	11 628,6	27 442,3	12 303,9	2 754,0	2 240,7	3 014,6	2 413,1
Saint-Marin	16,3	6,2	18,7	7,3	0,9	0,6	1,0	0,7
Suède	3 986,0	1 925,0	4 159,0	1 992,0	820,0	716,0	770,0	670,0
Suisse	3 800,0	1 542,0	3 908,0	1 649,0	358,0	268,0	398,0	299,0
<i>Economies en transition</i>								
Azerbaïdjan	–	–	3 704,5	1 767,0	–	–	168,4	95,0
Bulgarie	3 285,9	–	3 072,0	–	187,2	–	165,1	–
Croatie	1 540,3	701,9	1 553,0	704,3	85,0	65,2	91,3	70,1
Estonie	656,1	313,8	608,6	294,8	36,5	30,7	29,8	26,2
Géorgie	–	–	1 748,8	814,0	–	–	85,2	58,7
Hongrie	3 678,8	1 629,2	3 849,1	1 726,7	231,4	175,2	241,7	182,0
Kazakhstan	–	–	6 127,0	–	–	–	325,9	–
Kirghizistan	1 641,7	754,4	1 764,3	792,7	85,1	62,3	85,2	62,9
Lettonie	973,0	457,8	966,8	474,8	59,6	47,4	49,7	42,0
Lituanie	1 570,7	742,0	1 517,9	758,1	100,3	79,2	102,1	87,3
Moldova, Rép. de	–	–	1 514,6	767,2	–	–	74,2	60,0

Pays (ou territoire)	Emploi total (milliers)				Emploi dans le secteur santé et action social (milliers)			
	1995*		2000G**		1995*		2000**	
	Total	Femmes	Total	Femmes	Total	Femmes	Total	Femmes
Pologne	14 791,0	6 696,0	14 526,0	6 522,0	975,0	798,0	938,0	773,0
Roumanie	11 152,3	5 125,7	10 763,8	4 991,6	345,2	261,2	345,8	280,1
Fédération de Russie	60 021,0	28 467,0	60 408,0	28 884,0	4 176,0	3 416,0	4 333,0	3 555,0
Slovaquie	2 146,8	953,5	2 101,7	964,4	141,6	113,0	147,9	121,5
Slovénie	882,0	409,0	892,0	410,0	47,0	37,0	45,0	36,0
Rép. tchèque	4 995,0	2 187,0	4 751,0	2 064,0	285,0	227,0	294,0	232,0
Tadjikistan	1 853,0	815,0	–	–	88,0	–	–	–
<i>Pays et territoires choisis d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine</i>								
Argentine	7 369,8	2 765,5	8 261,7	3 319,8	434,3	285,4	474,5	320,6
Bolivie	1 848,5	841,6	2 096,0	924,9	55,8	33,5	48,8	27,7
Corée, Rép. de	20 432,0	8 256,0	21 061,0	8 707,0	303,0	202,0	412,0	289,0
Costa Rica	1 145,0	336,9	1 318,6	416,1	52,8	31,2	51,9	28,2
Egypte	15 830,0	3 017,0	16 750,2	3 139,2	410,4	181,5	531,1	275,9
Emirats arabes unis	1 311,8	152,1	1 779,0	226,0	23,6	10,9	33,3	16,2
Israël	1 965,0	834,4	2 221,2	1 009,5	172,4	129,9	213,6	162,5
Macao, Chine	–	–	200,1	96,2	–	–	5,3	3,7
Mexique	33 881,1	10 854,3	38 983,8	13 311,2	786,9	506,1	1 062,6	699,8
Antilles néerlandaises	54,1	23,6	52,2	24,9	4,2	3,1	4,3	3,5
Panama	866,7	279,6	961,4	323,4	28,0	18,4	30,8	19,1
Pérou	6 130,5	2 508,0	7 128,4	3 060,7	169,7	111,6	169,7	112,6

Notes: \*Ou année proche de 1995. \*\*Ou année proche de 2000. – Non disponible.

Source: Base de données du BIT sur les statistiques du travail (LABORSTA), 2002.

**Tableau 1.2. Evolution de l'emploi total et de l'emploi dans le secteur santé et action sociale, 1995-2000 (pourcentages)**

Pays (ou territoire)	Part secteur santé et action sociale dans l'emploi total		Proportion de femmes employées dans le secteur santé et action sociale		Taux de croissance annuels			
	1995*	2000**	1995*	2000**	Emploi total		Emploi dans le secteur santé et action sociale	
					Total	Femmes	Total	Femmes
<i>Economies développées (industrialisées)</i>								
Allemagne	8,7	10,1	74,8	74,6	0,3	1,1	3,2	3,2
Australie	9,1	9,4	76,6	78,3	1,9	2,2	2,7	3,1
Autriche	7,4	7,9	75,4	75,0	0,1	0,4	1,4	1,3
Belgique	9,9	10,7	72,8	72,4	0,7	1,4	2,3	2,2
Canada	10,3	10,2	80,1	81,1	2,0	2,3	1,8	2,0
Chypre	–	3,6	–	69,7	–	–	–	–

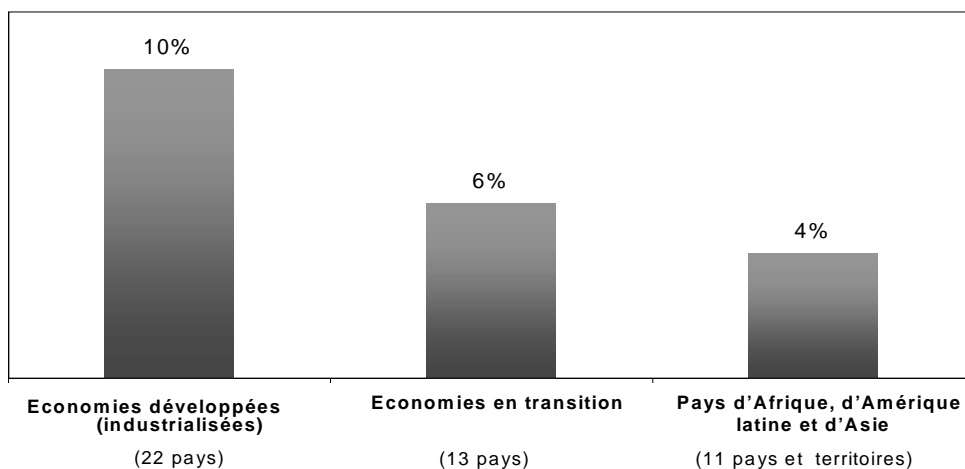
Pays (ou territoire)	Part secteur santé et action sociale dans l'emploi total		Proportion de femmes employées dans le secteur santé et action sociale		Taux de croissance annuels			
					Emploi total		Emploi dans le secteur santé et action sociale	
	1995*	2000**	1995*	2000**	Total	Femmes	Total	Femmes
Danemark	16,6	17,0	83,5	84,6	0,6	1,2	1,2	1,4
Espagne	5,1	5,5	70,0	71,1	3,7	5,3	5,0	5,3
Etats-Unis	9,9	10,0	81,1	81,2	2,3	2,4	2,5	2,5
Finlande	14,0	13,8	88,3	88,7	2,1	2,0	1,8	1,9
Grèce	4,3	4,7	63,5	65,2	0,6	1,7	2,4	3,0
Islande	14,8	13,2	88,1	86,9	2,0	1,9	- 0,4	- 0,7
Irlande	8,1	7,5	75,5	79,3	4,4	5,9	2,9	3,9
Italie	6,1	6,1	54,5	59,8	1,0	2,1	0,9	2,8
Luxembourg	6,1	6,1	-	-	2,1	-	2,1	-
Pays-Bas	13,6	13,9	77,8	78,5	2,5	3,5	2,9	3,1
Nouvelle-Zélande	7,3	8,0	82,5	82,3	0,5	0,7	2,4	2,4
Norvège	17,5	17,7	82,5	83,3	1,3	1,6	1,6	1,8
Portugal	4,5	4,9	73,4	79,5	2,1	2,4	3,9	5,6
Royaume-Uni	10,6	11,0	81,4	80,0	1,1	1,1	1,8	1,5
Saint-Marin	5,5	5,5	68,0	71,6	2,7	3,3	2,6	3,6
Suède	20,6	18,5	87,3	87,0	0,9	0,7	- 1,3	- 1,3
Suisse	9,4	10,2	74,9	75,1	0,6	1,4	2,1	2,2
<i>Economies en transition</i>								
Azerbaïdjan	-	4,5	-	56,4	-	-	-	-
Bulgarie	5,7	5,4	-	-	-1,3	-	-2,5	-
Croatie	5,5	5,9	76,6	76,8	0,2	0,1	1,4	1,5
Estonie	5,6	4,9	84,1	87,9	- 1,5	- 1,2	- 4,0	- 3,1
Géorgie	-	4,9	-	68,9	-	-	-	-
Hongrie	6,3	6,3	75,7	75,3	0,9	1,2	0,9	0,8
Kazakhstan	-	5,3	-	-	-	-	-	-
Kirghizistan	5,2	4,8	73,2	73,8	1,5	1,0	0,0	0,2
Lettonie	6,1	5,1	79,5	84,5	- 0,1	0,7	- 3,6	- 2,4
Lituanie	6,4	6,7	79,0	85,5	- 0,7	0,4	0,4	2,0
Moldova, Rép. de	-	4,9	-	80,9	-	-	-	-
Pologne	6,6	6,5	81,8	82,4	- 0,4	- 0,5	- 0,8	- 0,6
Roumanie	3,1	3,2	75,6	81,0	- 0,7	- 0,5	0,0	1,4
Fédération de Russie	7,0	7,2	81,8	82,0	0,1	0,3	0,7	0,8
Slovaquie	6,6	7,0	79,8	82,2	- 0,4	0,2	0,9	1,5
Slovénie	5,3	5,0	78,7	80,0	0,2	0,0	- 0,9	- 0,5
Tadjikistan	4,7	-	-	-	-	-	-	-
Rép. tchèque	5,7	6,2	79,6	78,9	- 1,0	- 1,2	0,6	0,4

Pays (ou territoire)	Part secteur santé et action sociale dans l'emploi total		Proportion de femmes employées dans le secteur santé et action sociale		Taux de croissance annuels			
					Emploi total		Emploi dans le secteur santé et action sociale	
	1995*	2000**	1995*	2000**	Total	Femmes	Total	Femmes
<i>Pays et territoires choisis d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine</i>								
Argentine	5,9	5,7	65,7	67,6	2,3	3,7	1,8	2,4
Bolivie	3,0	2,3	59,9	56,7	2,5	1,9	- 2,7	- 3,7
Corée, Rép. de	1,5	2,0	66,7	70,1	0,6	1,1	6,3	7,4
Costa Rica	4,6	3,9	59,2	54,4	2,9	4,3	- 0,3	- 2,0
Egypte	2,6	3,2	44,2	51,9	1,1	0,8	5,3	8,7
Emirats arabes unis	1,8	1,9	46,3	48,8	6,3	8,2	7,1	8,2
Israël	8,8	9,6	75,3	76,1	2,5	3,9	4,4	4,6
Macao, Chine	-	2,6	-	69,8	-	-	-	-
Mexique	2,3	2,7	64,3	65,9	2,8	4,2	6,2	6,7
Antilles néerlandaises	7,7	8,1	74,4	81,4	-0,7	1,0	0,4	2,3
Panama	3,2	3,2	65,7	62,0	2,1	3,0	2,0	0,8
Pérou	2,8	2,4	65,8	66,4	3,1	4,1	0,0	0,2

Note: \*Ou année proche de 1995. \*\*Ou année proche de 2000. - Non disponible.  
Source: *Ibid.*

Dans les limites des données disponibles, on peut dire que la part moyenne des services de santé en pourcentage de l'emploi total, selon de récentes estimations du BIT, se situe, pour les pays considérés, à 10 pour cent pour les pays industrialisés, à 6 pour cent pour les pays en transition et à 4 pour cent pour les pays en développement (figure 1.1).

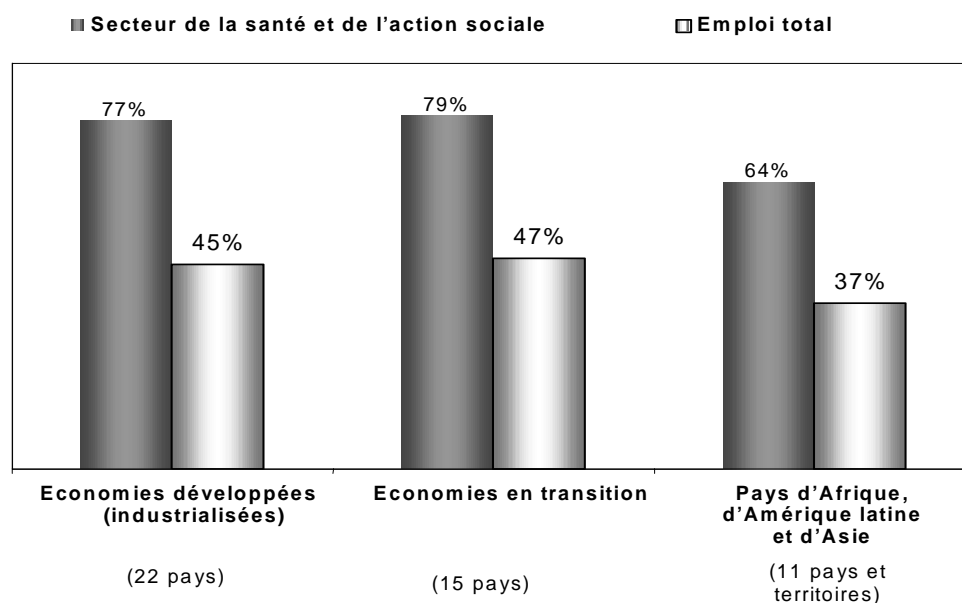
Figure 1.1. Emploi dans le secteur de la santé et de l'action sociale, en pourcentage de l'emploi total, 2000



Source: LABORSTA (Base de données du BIT sur les statistiques du travail), 2002.

La proportion de femmes dans cette main-d'œuvre est très élevée et dépasse largement leur part de l'emploi total. Elle est de 77 pour cent dans les pays industrialisés (contre 45 pour cent de l'emploi total), de 79 pour cent dans les pays en transition (contre 47 pour cent) et de 64 pour cent (contre 37 pour cent) dans les pays en développement (figure 1.2).

Figure 1.2. Pourcentage de femmes dans l'emploi total et dans le secteur de la santé et de l'action sociale, 2000

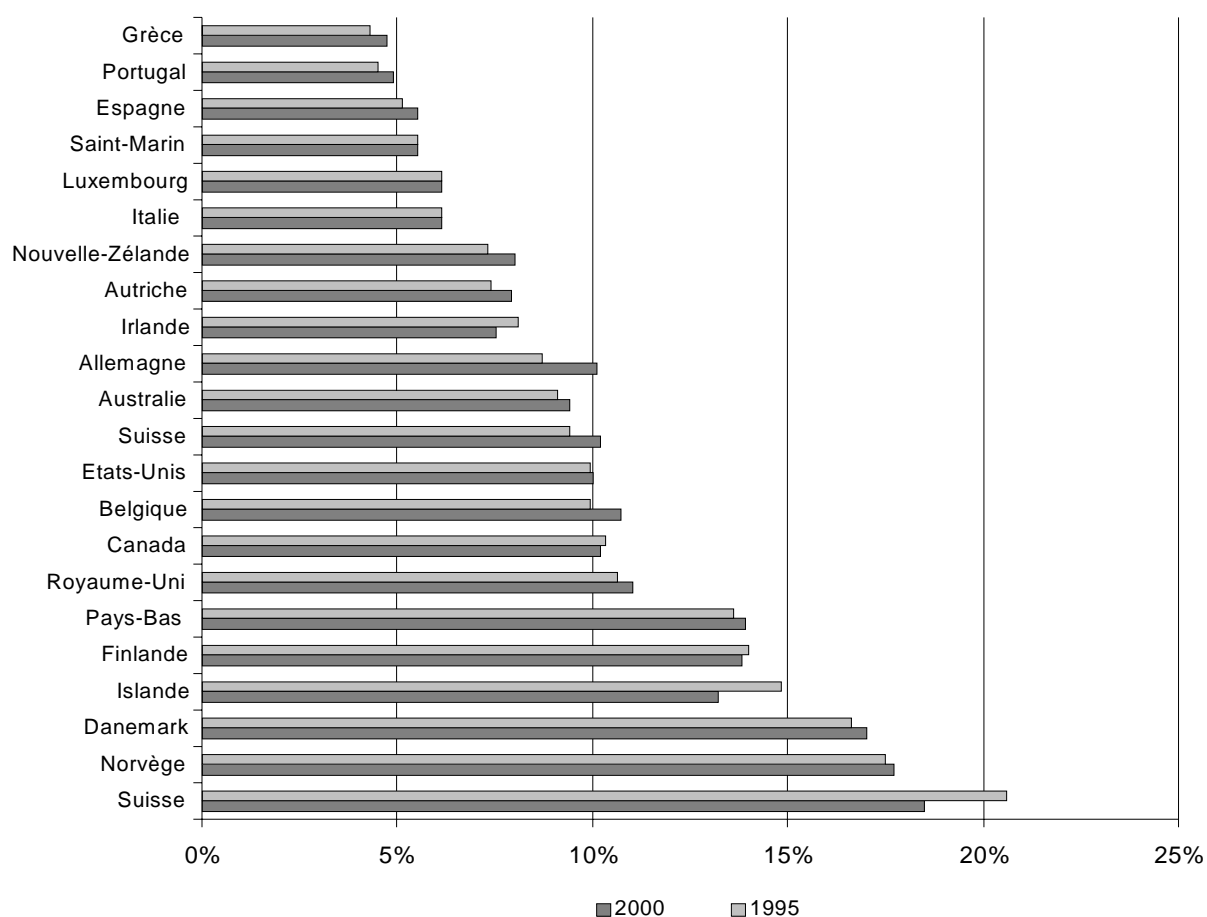


Source: *Ibid.*



La part des services de santé en pourcentage de l'emploi total varie d'un pays à l'autre. Dans les pays considérés, elle va de 1,9 pour cent dans les Emirats arabes unis à 18,5 pour cent en Suède (figures 1.3 à 1.5).

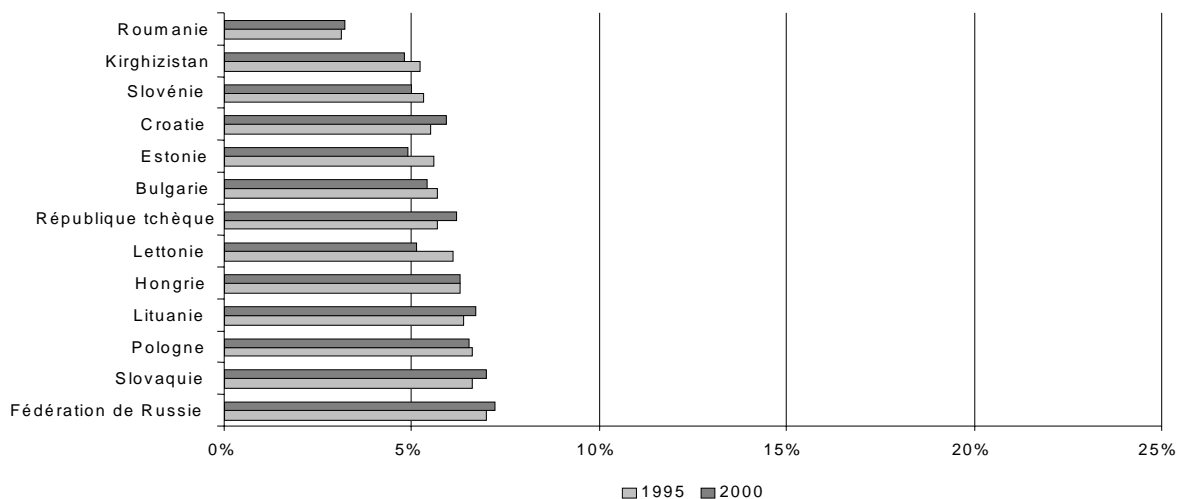
Figure 1.3. Emploi dans le secteur de la santé et de l'action sociale, en pourcentage de l'emploi total, dans 22 économies développées<sup>1</sup>



<sup>1</sup> Dans l'ordre croissant des pourcentages en 1995.

Source: *Ibid.*

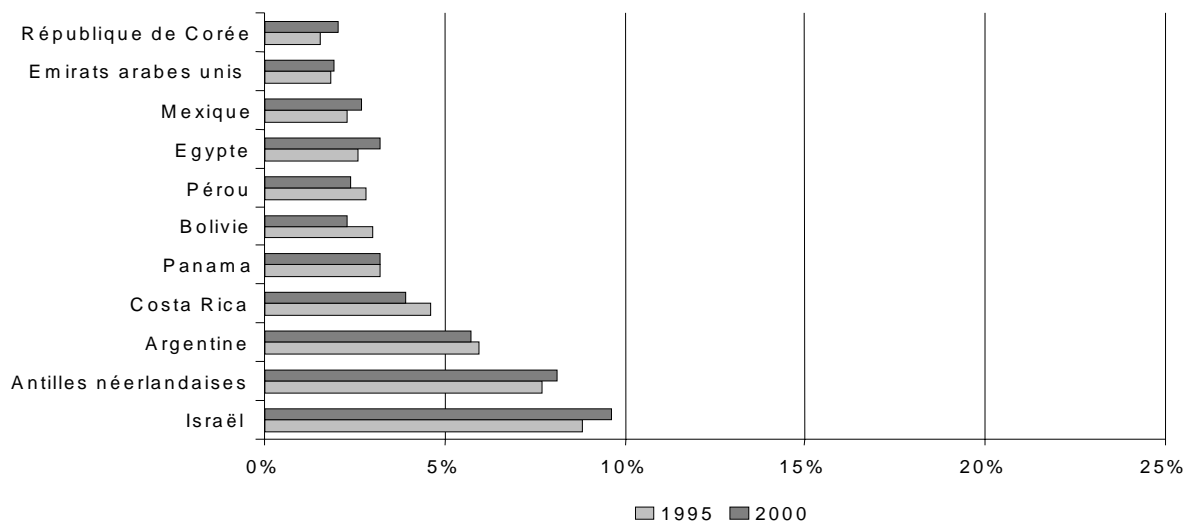
Figure 1.4. Emploi dans le secteur de la santé et de l'action sociale, en pourcentage de l'emploi total, dans 13 économies en transition<sup>1</sup>



<sup>1</sup> Dans l'ordre croissant des pourcentages en 1995.

Source: *Ibid.*

Figure 1.5. Emploi dans le secteur de la santé et de l'action sociale, en pourcentage de l'emploi total, dans 11 pays ou territoires d'Afrique, d'Amérique latine et d'Asie<sup>1</sup>

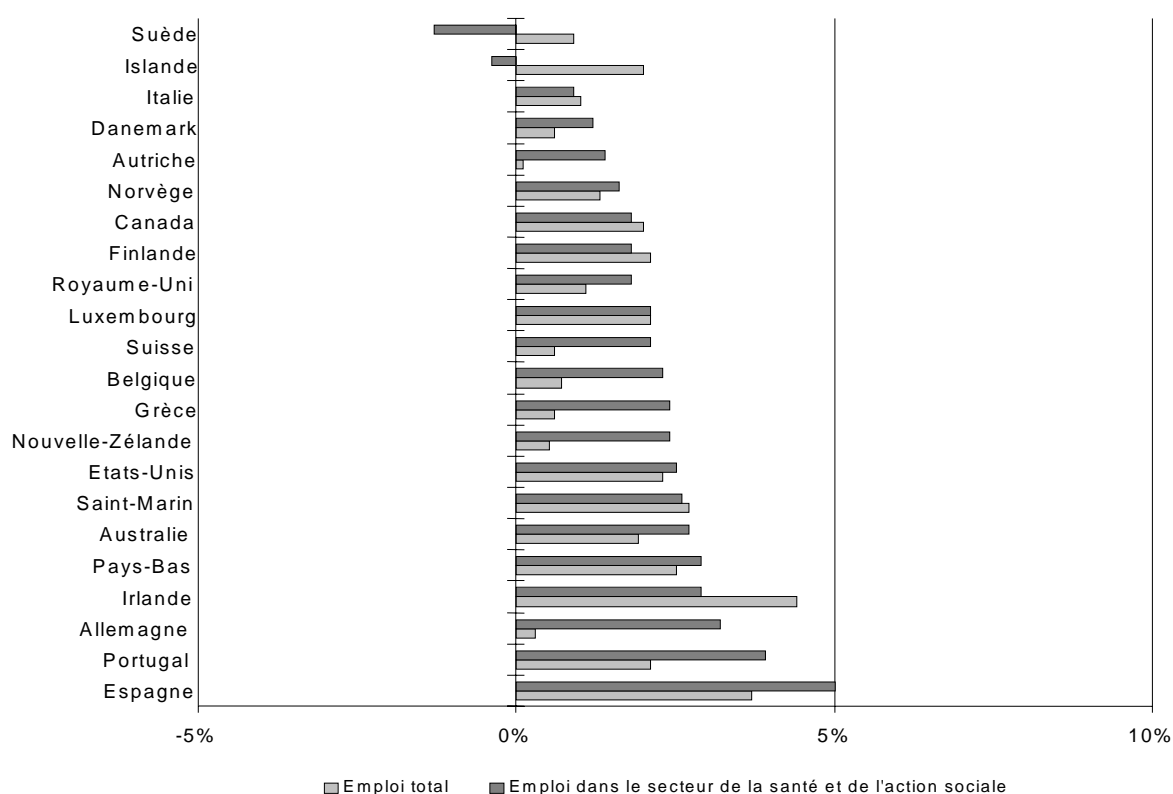


<sup>1</sup> Dans l'ordre croissant des pourcentages en 1995.

Source: *Ibid.*

Une analyse de l'évolution de l'emploi dans les services de santé entre 1995 et 2000 fait apparaître des variations relativement légères dans les pays industrialisés (figure 1.6). Il n'y a qu'en Suède et en Islande que l'emploi a décliné, respectivement de 1,3 et 0,4 pour cent. Dans les autres pays industrialisés d'Europe, on peut noter un accroissement de la main-d'œuvre dans les services de santé, la plus forte croissance annuelle moyenne étant enregistrée au Portugal (3,9 pour cent) et en Espagne (5 pour cent).

Figure 1.6. Taux annuels de croissance de l'emploi total et de l'emploi dans le secteur de la santé et de l'action sociale dans 22 économies développées, 1995-2000<sup>1</sup>

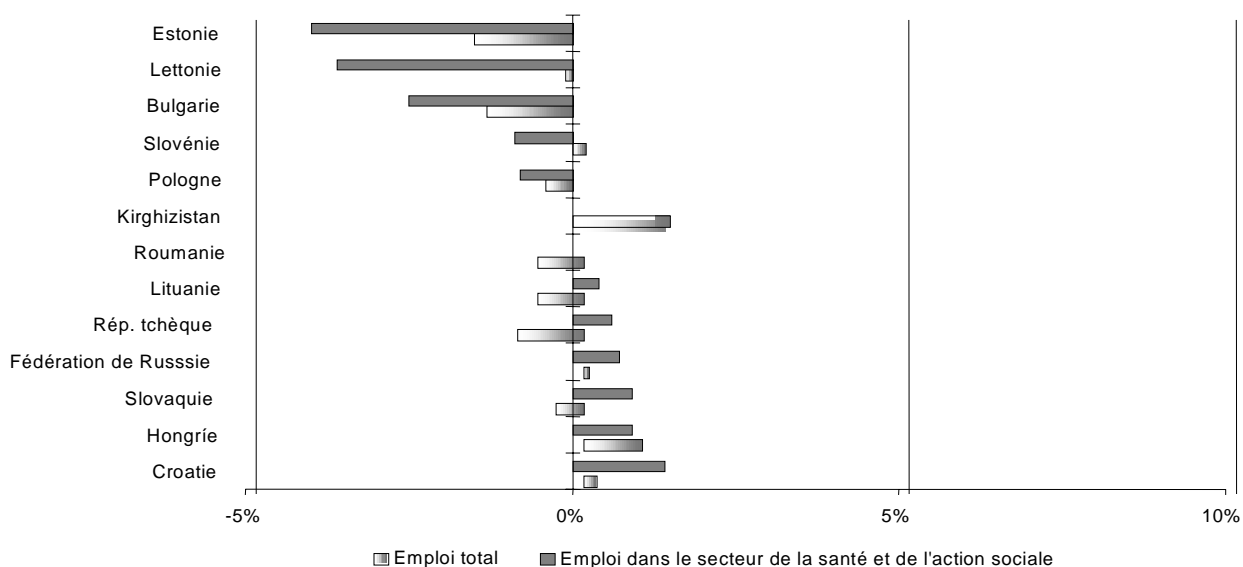


<sup>1</sup> Dans l'ordre croissant des pourcentages en 1995.

Source: *Ibid.*

La situation se présente différemment dans certains pays en transition, où le déclin de l'emploi dans les services de santé a été très net (figure 1.7). En Estonie, en Lettonie et en Bulgarie, le déclin annuel moyen entre 1995 et 2000 a été de 4, de 3,6 et de 2,5 pour cent, respectivement. La part des services de santé en pourcentage de l'emploi total a également diminué dans ces mêmes pays – de 0,7, 1 et 0,3 point de pourcentage, respectivement (figure 1.4). Dans quelques autres pays en transition, il y a eu de légères augmentations pendant la même période. Parmi les quelques pays en développement pour lesquels on dispose de statistiques sur l'emploi dans les services de santé, la Bolivie et le Costa Rica ont enregistré un déclin annuel de 2,7 et 0,3 pour cent, respectivement, entre 1995 et 2000 (figure 1.8). Il semble que, dans la majorité de ces pays, l'emploi dans les services de santé soit en augmentation, aussi bien en nombre absolu qu'en pourcentage de l'emploi total (figures 1.5 et 1.8).

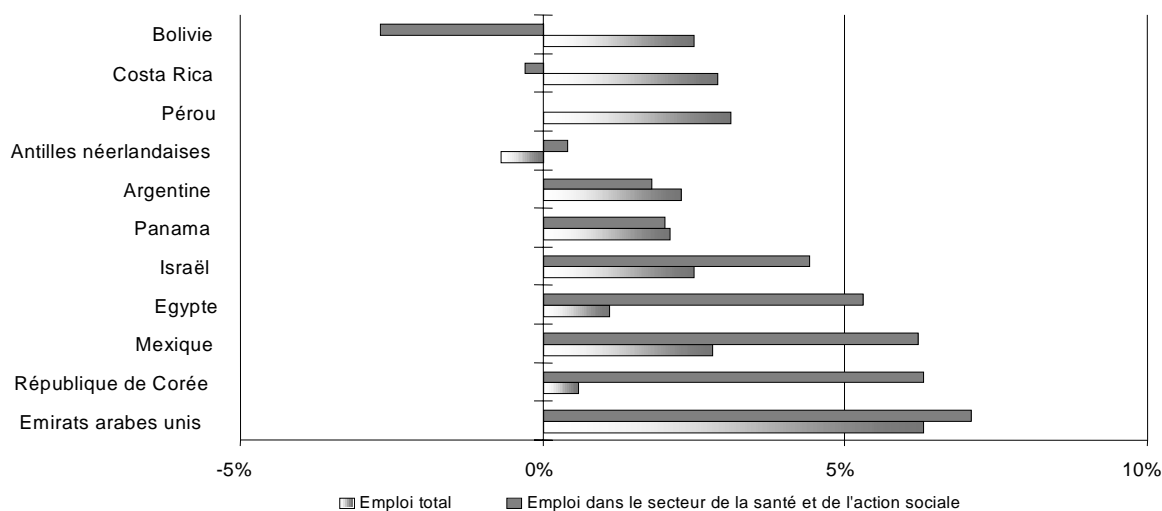
**Figure 1.7. Taux annuels de croissance de l'emploi dans le secteur de la santé et de l'action sociale, par rapport à l'emploi total, dans 13 économies en transition, 1995-2000<sup>1</sup>**



<sup>1</sup> Dans l'ordre croissant des pourcentages en 1995.

Source: *Ibid.*

**Figure 1.8. Taux annuels de croissance de l'emploi dans le secteur de la santé et de l'action sociale, par rapport à l'emploi total, dans 11 pays ou territoires d'Afrique, d'Amérique latine et d'Asie, 1995-2000<sup>1</sup>**



<sup>1</sup> Dans l'ordre croissant des pourcentages en 1995.

Source: *Ibid.*

Il n'y a pas de données compatibles sur les parts respectives des secteurs public et privé en pourcentage de l'emploi dans le secteur national de la santé. Cependant, une certaine distribution de l'emploi entre les secteurs public et privé apparaît à travers la part des organismes privés sans but lucratif en pourcentage de l'emploi dans les services de santé, comme le montre le tableau 1.3 pour certains pays.

Tableau 1.3. Part des organismes sans but lucratif en pourcentage de l'emploi dans le secteur de la santé

Pays	Part des organismes sans but lucratif en pourcentage de l'emploi dans le secteur de la santé (%)
Allemagne	23,1
Argentine	16,0
Australie	17,3
Autriche	15,0
Brésil	12,8
Espagne	9,5
Etats-Unis	46,6
Finlande	12,4
France	12,4
Hongrie	0,8
Irlande	40,9
Israël	43,7
Italie (1991)	6,0
Japon	59,7
Mexique	1,1
Pays-Bas	70,4
République tchèque	4,2
Roumanie	2,0
Royaume-Uni	4,2
Slovaquie	0,3
Suède (1992)	0,7

Source: *Johns Hopkins Comparative Nonprofit Sector Project.*

Vu la tendance générale de l'emploi dans les services de santé, il n'est pas surprenant que certains pays fassent état de pénuries de personnel dans ce secteur. Dans plusieurs pays industrialisés, ces pénuries ont déjà atteint des proportions importantes dans certaines professions de santé. La longueur de la formation et la relative brièveté des périodes d'activité font que l'ajustement de la main-d'œuvre à la demande est très lente. Dans ces conditions, les pénuries de personnel qui sont prévues sont souvent alarmantes. Dans d'autres pays, notamment dans les pays en transition ou en développement, certaines catégories d'emploi dans le secteur de la santé sont supprimées ou des services de santé sont fermés par mesure de réduction des coûts et par manque de moyens de financement par l'assurance maladie.

C'est un fait souvent admis que les particularités des services de santé ne permettent pas aux mécanismes du marché d'établir à eux seuls un juste équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a mené une consultation spécifique en mars 2002 à Ottawa (Canada) afin d'examiner de récentes

---

études sur les déséquilibres concernant la main-d'œuvre des services de santé. Seules peuvent être mentionnées dans le cadre du présent rapport quelques-unes des idées qui se sont dégagées. Les mécanismes du marché n'opèrent pas dans le secteur de la santé, du fait principalement des accords institutionnels et réglementaires du côté de la demande et de la lenteur de réaction de l'offre, lenteur surtout due à la formation à la fois longue et très réglementée des professions de santé. D'autres contraintes du côté de la demande résultent des restrictions budgétaires dans le secteur de la santé publique.

Une planification des ressources humaines est donc souvent nécessaire pour corriger les lacunes du marché du travail. Dans la pratique, cependant, il est difficile de repérer les déséquilibres, et plusieurs indicateurs ont été utilisés pour déterminer l'ampleur des pénuries ou des excédents<sup>17</sup>. Ces indicateurs ont été classés en quatre catégories: indicateurs de l'emploi (postes vacants, croissance de la main-d'œuvre, taux de chômage, taux de rotation de personnel); indicateurs d'activité (par exemple, heures supplémentaires); indicateurs monétaires (par exemple, taux salarial réel et rentabilité des investissements dans l'éducation); indicateurs normatifs fondés sur la démographie (tels que le rapport du nombre de médecins ou d'infirmières à la population). Chacun de ces indicateurs présente des avantages et des inconvénients, et cette liste de catégories n'est pas exhaustive. Quoi qu'il en soit, il est apparu qu'on ne pouvait se fier à un seul indicateur. Outre la difficulté d'identifier les déséquilibres du marché de l'emploi, des problèmes se posent au niveau de la collecte de données statistiques. Toutefois, il est clair que la planification des ressources humaines n'a pas toujours donné les résultats escomptés, car les pénuries de personnel dans les services de santé sont souvent cycliques. Même si l'on parvient à équilibrer globalement l'offre et la demande, il reste à corriger les déséquilibres entre les diverses catégories professionnelles et spécialités ainsi qu'entre les régions à l'intérieur d'un pays (par exemple, entre les zones urbaines et rurales).

Par ailleurs, diverses parties prenantes ont une influence sur l'offre et la demande par le biais des mécanismes de réglementation, d'où la grande difficulté d'établir des prévisions concernant les ressources humaines des services de santé. Le dialogue entre les partenaires sociaux pour identifier les indicateurs, mesurer les déséquilibres et examiner l'impact de la réglementation, de l'éducation et de la formation peut aider à surmonter les difficultés.

### **1.3.2. Mondialisation des marchés de l'emploi et migration**

La migration internationale est la caractéristique la plus visible de la mondialisation des marchés de l'emploi dans le secteur de la santé. Son impact est très complexe, tant pour les professionnels de la santé que pour les pays concernés. La migration est essentiellement motivée par le désir de trouver un emploi ou un meilleur emploi, encore que d'autres facteurs jouent aussi. L'attrait d'une rémunération plus élevée et d'autres avantages matériels ne suffit pas toujours à induire une migration interne, par exemple entre zones urbaines et zones rurales, mais, au vu des grandes différences de salaires entre pays en développement ou en transition, d'une part, et pays industrialisés, d'autre part, il semble que le salaire soit le principal moteur de la migration internationale. Les pays industrialisés deviennent ainsi des pays d'accueil tandis que les pays d'origine sont confrontés à d'importantes pertes sur les investissements qu'ils ont consentis dans la formation de professionnels de la santé. Cet exode des cerveaux affaiblit les systèmes nationaux de santé des pays en développement, qui sont souvent les perdants dans ce combat pour retenir la main-d'œuvre. Quant à eux, les pays d'accueil sont confrontés au problème de l'intégration de ces professionnels de la santé d'origine étrangère et doivent éviter que cet effort ne déséquilibre le marché de l'emploi.

<sup>17</sup> P. Zurn; M. Dal Poz; B. Stilwell et O. Adams: *Imbalances in the health workforce* (Genève, OMS, mars 2002), pp. 32-41.

Les Etats-Unis sont l'un des plus grands pays d'accueil. Au début des années quatre-vingt-dix, on estimait à 80 000 environ le nombre d'infirmiers et infirmières immigrés employés dans ce pays<sup>18</sup>. Cette tendance semble s'accroître. Une autre grande destination est le *National Health Service* (NHS) du Royaume-Uni où, en février 1999, plus de 29 000 infirmiers et infirmières diplômés (près de 30 pour cent du total) venaient de l'étranger<sup>19</sup>. Les pays d'origine sont assez nombreux. Les Philippines et d'autres pays d'Asie alimentent le Royaume-Uni et les Etats-Unis. Parmi les autres pays «exportateurs» de professionnels de la santé vers le Royaume-Uni figurent l'Australie, l'Afrique du Sud, la Nouvelle-Zélande et la Finlande, tandis que les pays d'Europe centrale et orientale exportent vers l'Allemagne et d'autres pays d'Europe de l'Ouest et du Nord.

#### Encadré 1.2.

##### Pour parer à la pénurie, les Etats-Unis recrutent du personnel infirmier à l'étranger

Une forte pénurie de professionnels de la santé oblige les hôpitaux de la région de Washington à recruter des centaines d'infirmières à l'étranger. Cette pénurie est particulièrement grave au Washington Hospital Center qui paie aux agences d'intérim jusqu'à 70 dollars l'heure pour recruter des infirmières à la vacation, y compris à l'extérieur de la région de Washington, afin de pourvoir plus d'un tiers des 1 236 postes. C'est une forte incitation à recruter des infirmières à plein temps, qui seront payées en moyenne moins de 25 dollars l'heure, dans des endroits comme Manille où les infirmières reçoivent moins d'un dollar l'heure. Pendant cinq jours, au printemps 2001, les recruteurs de l'Hospital Center ont organisé une foire à l'emploi dans un établissement chic de Londres, le *Meridien Grosvenor House Hotel*, où ils ont embauché 90 infirmières, dont la plupart étaient des immigrées venues de pays en développement. Le programme était dirigé par une recruteuse qui touche jusqu'à 5 000 dollars par nouvelle recrue.

Une enquête du *Washington Post* a montré que l'Hospital Center offre à ces infirmières des salaires nettement inférieurs à ceux des infirmières américaines. Joanne Gucciardo, qui supervise le recrutement du personnel infirmier, indique que, pour déterminer le niveau du salaire, les responsables de l'hôpital ne prennent en compte que la moitié des années d'expérience cumulées par les infirmières étrangères car elles ont besoin de plus de formation. Les syndicats locaux d'infirmières jugent que cette pratique est contraire à l'accord passé avec l'hôpital, ce que conteste la direction. Celle-ci précise qu'elle fait beaucoup d'efforts pour retenir les infirmières en place, par exemple en leur offrant des primes de 2 000 dollars si elles acceptent de travailler à l'hôpital pendant une année, une prime supplémentaire de 2 000 dollars si elles acceptent de travailler deux ans et 3 000 dollars pour trois ans.

Les responsables indiquent qu'il y a déjà eu auparavant des pénuries de personnel infirmier dans les hôpitaux américains, mais jamais d'une telle ampleur. Cette pénurie tient essentiellement à la diminution du nombre d'inscriptions dans les écoles d'infirmières du fait que les femmes, qui constituent encore le pilier de cette profession, s'orientent vers d'autres carrières, moins exigeantes. En cinq ans, le nombre de lauréates des écoles d'infirmières a chuté de 20 pour cent. En 2000, les Etats-Unis comptaient 2,7 millions d'infirmières diplômées, ce qui représente une augmentation de 5 pour cent depuis 1996, selon l'*American Nurses Association*. Mais, aujourd'hui, la demande croît à mesure que la génération du baby-boom vieillit et exige plus de soins de santé. L'*American Hospital Association* signale qu'une enquête portant sur 715 des 5 000 hôpitaux américains dénombre 126 000 possibilités d'emploi pour des infirmières.

Avec le départ à la retraite de nombreuses infirmières, dont la moyenne d'âge est de 45 ans, les directeurs d'hôpitaux disent ne pas avoir d'autre choix que de prospecter à l'étranger. La chasse aux infirmières commence souvent aux Philippines, qui forment plus d'infirmières que les hôpitaux du pays ne peuvent en employer. Les infirmières philippines sont très recherchées aux Etats-Unis du fait qu'elles reçoivent leur formation en anglais dans des écoles d'infirmières utilisant le même programme que les universités américaines. Les hôpitaux de Manille ont le choix entre un très grand nombre d'élèves sortant des écoles d'infirmières, mais des milliers d'infirmières philippines comptant parmi les plus expérimentées travaillent désormais à Londres, à Washington, à Los Angeles ou dans d'autres villes occidentales.

Source: B. Brubaker: «Hospitals go abroad to fill slots for nurses», *Washington Post*, 11 juin 2001.

<sup>18</sup> BIT: *Conditions d'emploi et de travail dans les réformes du secteur de la santé*, rapport soumis aux fins de discussion à la Réunion paritaire sur les conditions d'emploi et de travail dans les réformes du secteur de la santé, Genève, 1998.

<sup>19</sup> J. Buchan et F. O'May: «Globalization and health-care labour markets: A case study from the United Kingdom», *Human Resources for Health Development Journal*, vol. 3 (3), sept.-déc. 1999.

---

La migration internationale du personnel de la santé est un sujet d'actualité. Elle est généralement affaire de motivation personnelle, l'individu étant le plus souvent poussé par la recherche légitime d'un emploi, d'un revenu plus élevé, d'un poste plus intéressant. Cela dit, les employeurs des pays d'accueil recrutent activement du personnel de la santé à l'étranger et facilitent son immigration temporaire ou pour une longue durée. Le coût de ce recrutement varie en fonction du pays d'origine. Au Royaume-Uni, il était estimé, en 1999, à 3 200 livres pour une infirmière australienne, 1 700 livres pour une Philippine et 1 150 livres pour une Scandinave<sup>20</sup>. Les pays d'origine forment du personnel tout en sachant qu'une partie ne travaillera pas dans les services nationaux de santé mais s'exportera, ce qui sera pour eux source de devises.

L'intégration régionale, notamment dans le cadre de l'Union européenne ou de l'Accord de libre-échange nord-américain (ALENA), et la reconnaissance mutuelle des qualifications dans le domaine des soins de santé, conjuguées à la pénurie de compétences et de personnel dans beaucoup de pays, ont donné une impulsion supplémentaire à la migration. Des accords internationaux tels que l'Accord général sur le commerce des services (GATS) peuvent être un facteur supplémentaire de migration transnationale de professionnels de la santé.

Le dialogue social est essentiel à une approche équilibrée de la migration internationale. Les agents de santé qui immigreront doivent être représentés dans le dialogue social. Ils ont besoin d'être informés de leurs droits en tant que travailleurs ainsi que des conditions d'emploi. Le principe de l'égalité de chances et de traitement doit aussi s'appliquer aux travailleurs immigrés. En même temps, le personnel en place doit avoir l'assurance que son statut et les droits acquis ne seront pas minés par l'arrivée de travailleurs immigrés qui pourraient être disposés à accepter de moins bonnes conditions d'emploi et de travail. Même si ce n'est peut-être pas une préoccupation prioritaire à une époque de pénurie de compétences et de personnel, les services de santé pourraient se voir accusés de pratiquer le dumping social en recrutant massivement à l'étranger.

#### **1.4. Financement des prestations de soins de santé**

En dépit de politiques à long terme, souvent draconiennes, de maîtrise des coûts, les dépenses de santé augmentent en chiffres absolus et en pourcentage du PIB. Il faut donc améliorer l'efficacité non seulement des systèmes privés et publics de financement, mais aussi de l'affectation des ressources humaines dans ce secteur à forte intensité de main-d'œuvre. La rémunération des personnels représente jusqu'à 70 pour cent du coût total. Le dialogue entre partenaires sociaux est de plus en plus considéré dans ce domaine comme un atout et non pas comme un obstacle à l'efficacité et à la maîtrise des coûts.

La base de toute réflexion sur le financement des soins de santé est le PIB. La part du PIB que les pays consacrent aux soins de santé varie considérablement mais c'est la performance de l'économie nationale qui détermine en grande partie ce qu'un pays peut dépenser pour les services de santé. Le montant des ressources financières allouées aux services de santé ne renseigne pas nécessairement sur l'équité de l'accès à ces services ni sur leur qualité ou sur leurs effets en matière de santé. Ainsi, la situation peut ne pas être satisfaisante même dans des pays qui consacrent une part importante de leur PIB aux services de santé. Par exemple:

- les dépenses de santé peuvent être élevées mais viser essentiellement une partie de la population;

<sup>20</sup> *Ibid.*



- 
- les investissements peuvent être élevés pour les soins curatifs mais non pour les soins préventifs;
  - les prix et les recettes des services de santé peuvent être très élevés, mais pour une qualité de soins similaire à celle d'autres pays où les dépenses de santé sont moindres <sup>21</sup>.

En 2000, l'OMS a publié une série d'indicateurs de performance des systèmes de santé nationaux qui donnent, ensemble, une information plus précise que des indicateurs individuels tels que le rapport des dépenses de santé au PIB ou le rapport du nombre de professionnels de la santé à la population <sup>22</sup>.

Le financement des soins de santé est une question hautement politique, en concurrence avec d'autres priorités sociales et économiques qui doivent être financées par le budget de l'Etat. Les contributeurs privés au financement des soins de santé, les employeurs, les travailleurs et les usagers doivent tous pondérer leurs contributions aux soins de santé en fonction d'autres dépenses. La capacité financière des contribuables et des cotisants peut être limitée par le contexte économique, notamment par le bas niveau des salaires et des revenus. La marge d'accroissement des dépenses sociales de l'Etat est de plus en plus étroite car la mondialisation des marchés a pour effet que les taxes et coûts sociaux qui s'ajoutent aux coûts de main-d'œuvre pour les biens et services nuisent à la compétitivité internationale des économies nationales. Cette évolution a conduit les responsables à rechercher d'autres moyens de financement des soins de santé, au-delà des seules dépenses publiques. Ces méthodes vont de l'assurance maladie et du ticket modérateur à l'imputation des frais aux usagers et aux taxes à la consommation.

Lorsqu'on introduit le système du ticket modérateur, il est essentiel de tenir compte de la solvabilité des intéressés. Elle fait généralement défaut dans les pays à faible revenu ayant un important secteur informel. Les dessous de table, sorte de ticket modérateur informel, sont monnaie courante dans de nombreux pays en transition et pays en développement. Sur le plan statistique, les financements de ce type entrent dans la catégorie des «versements directs». Selon les données de l'OMS sur certains indicateurs des comptes nationaux de la santé pour 1997 et 1998, ils peuvent représenter jusqu'à 100 pour cent des dépenses de santé privées dans certains pays en transition et pays en développement, même si les soins de santé sont officiellement gratuits <sup>23</sup>. Dans ces pays, les dépenses de santé privées, qui peuvent représenter plus de 50 pour cent du total des dépenses de santé, ne doivent pas conduire à conclure que les pays concernés ont un secteur privé bien développé dans le domaine des soins de santé.

Le financement des soins de santé par l'assurance présente certains aspects qui le distinguent du financement par les fonds publics. En particulier, l'assurance maladie garantit une plus grande transparence des coûts, même si les organismes d'assurance sont encore souvent tributaires de paiements prélevés sur les fonds publics. Les paiements à l'assurance maladie soulèvent la question de savoir si c'est l'employeur ou l'employé qui

<sup>21</sup> A. Weber: «Health-care financing and employment», dans BIT/ISP: *Employment and working conditions in the health sector of Central Asian countries*, rapport de la Conférence sur la restructuration des services de santé et le rôle des syndicats en Asie centrale, Almaty, 24-26 mars 1999 (Genève, 2000).

<sup>22</sup> OMS: *Rapport sur la santé dans le monde 2000 – Pour un système de santé plus performant* (Genève, 2000), tableau 8.

<sup>23</sup> OMS: *Rapport sur la santé dans le monde 2001 – La santé mentale – Nouvelle conception, nouveaux espoirs* (Genève, 2001).

---

contribue au financement des soins de santé. Ce débat fait souvent du financement des soins de santé une question relevant de la négociation collective.

Les services de santé étant un secteur à forte intensité de main-d'œuvre, les décisions en matière de financement des soins de santé ont des répercussions importantes sur les conditions d'emploi et de travail des professionnels de la santé. Les organismes et les professionnels de santé sont toujours pris entre les bailleurs de fonds et les usagers. Les bailleurs de fonds considèrent que les prestataires de soins sont à l'origine des coûts excessifs, et les usagers considèrent pour leur part que les services fournis par les prestataires sont inadéquats. Les agents de santé se trouvent dans une situation difficile, notamment s'ils sont payés par prélèvement sur les impôts et les cotisations obligatoires au financement des soins de santé. En outre, divers modes de financement des soins de santé peuvent affecter de diverses manières les conditions d'emploi et de travail des agents de santé, et toute initiative visant à accroître l'efficacité et l'efficacités a un impact sur leur travail quotidien<sup>24</sup>.

Par exemple, les systèmes de rémunération sont un élément majeur dans les réformes du secteur de la santé puisqu'ils déterminent la quantité et la qualité des services de soins. En même temps, ils ont un impact sur la performance et peuvent être utilisés comme instrument de gestion aux résultats. Dans les professions de santé, la rémunération est assez complexe, compte tenu notamment de la priorité que l'on accorde aux résultats de la santé publique. Les systèmes de rémunération des médecins sont généralement les plus compliqués et souvent fondés sur trois éléments: un salaire, une rémunération à l'acte et le système «par capitation» (paiement fixe par bénéficiaire). Bien que ces divers systèmes aient fait l'objet de discussions, le personnel infirmier et les professions paramédicales reçoivent le plus souvent un salaire. Cela fait aussi une différence pour les travailleurs et les employeurs si le salaire est payé par l'Etat (le contribuable), par le patient (versement direct) ou par un tiers (un organisme d'assurance ou l'employeur). Le système de financement est donc une question d'importance majeure à traiter par le dialogue social. Les différentes options de financement et leur impact sur la main-d'œuvre et les employeurs devraient faire l'objet d'une analyse approfondie. Le choix du système de financement est certainement guidé par les objectifs globaux poursuivis par le système de santé, mais il conviendrait, avant d'opérer ce choix, d'en clarifier l'impact sur les prestataires et sur leurs prestations.

<sup>24</sup> A. Weber, *op. cit.*, pp. 47-48.

---

## 2. Institutions, capacité et efficacité des partenaires sociaux du dialogue social

Les difficultés auxquelles est confronté le secteur de la santé, exposées au chapitre 1, illustrent la diversité des tâches à accomplir par le dialogue social. Compte tenu de leur incidence sur l'économie et la société, il est essentiel que le dialogue social soit efficace dans les services de santé, plus encore que dans tout autre secteur. Etant donné l'impact de ces services sur chacun et le fait que tout changement dans les services de santé affecte tous ceux qui y travaillent, il convient d'associer de nombreuses parties prenantes à l'effort d'amélioration de la santé publique. Ce dialogue social offre une voie en ce domaine. Pour instaurer et intensifier le dialogue social dans les services de santé, il faut avoir une idée précise de cette démarche et des institutions dans le cadre desquelles ce dialogue peut se développer. Les partenaires sociaux doivent y définir leur propre rôle et leurs propres missions et s'y reconnaître mutuellement comme partenaires. Tous les partenaires doivent avoir la possibilité de participer au dialogue social, et il convient d'établir des indicateurs permettant d'en évaluer l'efficacité. Enfin, le moyen le plus sûr de renforcer le dialogue social est d'en démontrer l'utilité par des résultats.

### 2.1. Le dialogue social en tant que conception des relations de travail

Le dialogue social apparaît comme une démarche coopérative des relations de travail. Il dépasse le cadre traditionnel de la négociation collective et se conçoit essentiellement comme un processus continu de participation des partenaires sociaux. Dans cette optique, il faut entendre par dialogue social «toutes les formes de négociations, de consultations ou d'échanges d'informations entre représentants des gouvernements, des employeurs et des travailleurs, sur des questions d'intérêt commun concernant la politique économique et sociale<sup>1</sup>».

L'OIT, fondée sur une structure tripartite, soutient le dialogue social, considéré comme un mécanisme de prévention et de règlement des conflits du travail et des problèmes sociaux. Utilisé à bon escient, le dialogue social peut faire apparaître de nouvelles possibilités de consensus et de coopération en vue de la réalisation des objectifs essentiels du développement économique et social. Il contribue également à renforcer les partenariats sociaux, à consolider la gouvernance démocratique et à édifier des institutions efficaces du marché du travail. La Réunion paritaire sur l'impact de la décentralisation et de la privatisation sur les services municipaux, qui s'est tenue en octobre 2001 et qui couvrait entre autres les services de santé, a conclu qu'«il ne s'agit pas d'un dialogue ponctuel mais d'un processus continu de consultation ou de négociation entre les employeurs, publics ou privés, et les représentants des travailleurs. Ce processus, qui ne s'arrête que lorsque les réformes ont été menées à bien, peut prendre du temps, se poursuivre sur une longue période, mais il permet d'obtenir des résultats durables et en associant toutes les parties intéressées aux décisions<sup>2</sup>».

Dans le cas spécifique du dialogue social dans les services de santé, qui relèvent essentiellement du secteur public dans de nombreux pays, il convient d'accorder une

<sup>1</sup> BIT: *Propositions de programme et de budget pour 2000-01*, vol. 3, doc. GB.276/PFA/9, paragr. 114, 276<sup>e</sup> session (Genève, nov. 1999).

<sup>2</sup> BIT: *Note sur les travaux*, Réunion paritaire sur l'impact de la décentralisation et de la privatisation sur les services municipaux (Genève, 15-19 oct. 2001).

---

attention toute particulière à la question de la négociation collective dans la fonction publique<sup>3</sup>. La reconnaissance des droits de négociation collective des organisations de fonctionnaires et des agents de l'Etat est aujourd'hui une réalité dans les pays industrialisés et dans de nombreux pays en développement. La convention (n° 98) sur le droit d'organisation et de négociation collective, 1949, exclut de son champ d'application les fonctionnaires publics commis à l'administration de l'Etat, mais la convention (n° 151) sur les relations de travail dans la fonction publique, 1978 a constitué une importante avancée en faisant obligation aux Etats de promouvoir les procédures de négociation ou toutes autres méthodes permettant aux représentants des agents publics de participer à la détermination de leurs conditions d'emploi. Ensuite fut adoptée la convention n° 154 sur la négociation collective, qui encourage la négociation collective tant dans le secteur privé que dans l'administration publique, la seule réserve étant que, dans le cas du secteur public, la législation ou la pratique nationales «peuvent fixer des modalités particulières d'application» de la convention. L'Etat Membre qui la ratifie ne peut se limiter à la méthode de la consultation. Il doit promouvoir la négociation collective en vue de fixer les conditions d'emploi et de travail.

L'Union européenne (UE) a élaboré une conception du dialogue social et du partenariat social<sup>4</sup> définie comme suit dans le Traité d'Amsterdam (1997): «la communauté et les Etats membres ... ont pour objectifs ... le dialogue social...» (art. 136); «la commission a pour tâche de promouvoir la consultation des partenaires sociaux au niveau communautaire et prend toute mesure utile pour faciliter leur dialogue en veillant à un soutien équilibré des parties» (art. 138 1)); et «Le dialogue entre partenaires sociaux au niveau communautaire peut conduire, si ces derniers le souhaitent, à des relations conventionnelles, y compris des accords (art. 139 1))<sup>5</sup>». Un livre vert, paru en 1997 et intitulé «Partenariat pour une nouvelle organisation du travail», a défini les conditions relatives aux partenariats sociaux au travail<sup>6</sup>. Certaines conceptions du dialogue social admettent aussi un dialogue élargi auquel sont associées toutes les parties prenantes et leurs organisations. Dans les années quatre-vingt-dix, cette conception, appelée «dialogue civil», a été examinée à l'UE et considérée comme un complément au dialogue social; cependant, ce concept n'a pas été incorporé dans le Traité d'Amsterdam. Néanmoins, la déclaration 38 annexée au traité se réfère à l'idée de promotion de la dimension européenne d'organisations volontaires, et la commission a publié une communication sur la promotion du rôle des associations et fondations volontaires en Europe, encourageant les Etats membres à examiner les moyens de renforcer la participation des organisations non gouvernementales.

Un certain nombre de projets ont été lancés à l'échelle de l'UE dans le but de développer le dialogue social sectoriel et intersectoriel. Des efforts ont été déployés afin

<sup>3</sup> B. Gernigon; A. Odero; H. Guido, «Les principes de l'OIT sur la négociation collective», *Revue internationale du Travail* (Genève), vol. 139, n° 1, 2000/1, pp. 52-53.

<sup>4</sup> Le «partenariat social» est un terme qui a été utilisé dans des sens multiples et parfois contradictoires. Pour faire le tour de ces acceptions et essayer de les classer, voir E. Heery; J. Kelly; J. Waddington: *Union revitalization in the United Kingdom*, Institut international d'études sociales, document d'information, série n° 133 (BIT, Genève, 2002), pp. 15-16.

<sup>5</sup> Traité d'Amsterdam modifiant le Traité sur l'Union européenne, les traités instituant les communautés européennes et certains actes connexes, signé à Amsterdam le 2 octobre 1997, paru au *Journal officiel des Communautés européennes*, C 340, vol. 40, 10 nov. 1997; [http://europa.eu.int/eur-lex/en/treaties/dat/ec\\_cons\\_treaty\\_en.pdf](http://europa.eu.int/eur-lex/en/treaties/dat/ec_cons_treaty_en.pdf)

<sup>6</sup> [http://europa.eu.int/comm/employment\\_social/soc-dial/social/green\\_en.htm](http://europa.eu.int/comm/employment_social/soc-dial/social/green_en.htm)

d'instaurer un dialogue social dans le secteur des services de santé, notamment par le biais d'un cadre formel de dialogue social dans le secteur hospitalier (encadré 2.1).

#### Encadré 2.1

##### Europe: Elaboration d'un cadre formel de dialogue social dans le secteur hospitalier

Un vaste projet transnational européen dans les services de santé a été lancé par le Réseau des hôpitaux danois sous le titre de «Réorganisation du travail et mise en place des compétences essentielles». Le projet est actuellement exécuté en partenariat avec des organisations de travailleurs et d'employeurs (publics) en Belgique, au Danemark, en Grèce, en Italie et aux Pays-Bas. Ses objectifs consistent à mettre au point des méthodes d'évaluation des changements à apporter à l'organisation du travail, à établir de nouveaux profils de professions, à recenser les cas de bonnes pratiques et à constituer un réseau regroupant hôpitaux et partenaires sociaux. L'accent est mis sur le dialogue social en tant que moyen de réaliser ces objectifs. Les grandes conférences de mai 2000 et février 2002 ont approuvé les tentatives visant à créer un cadre officiel de dialogue social dans ce secteur au niveau européen. En 2000, les organisations d'employeurs et de travailleurs ont soumis à la Commission européenne une requête conjointe visant à créer un comité sectoriel. La plateforme des employeurs du Conseil des communes et régions d'Europe (CCRE) et la Fédération syndicale européenne des services publics (FSESP) estiment que, après des années de dialogue social officieux, ils remplissent les conditions pour qu'il soit donné suite à leur demande. Le dialogue officieux qui a conduit ces partenaires, en novembre 1996, à adopter une déclaration commune sur la modernisation des services publics, a été reconnu en 1997 par la commission comme un exemple de bonne pratique dans son livre vert intitulé «Partenaires pour une nouvelle organisation du travail». En ce qui concerne la demande d'officialisation du dialogue social sectoriel, d'aucuns craignent que la définition du «secteur hospitalier» ne soit trop étroite.

La déclaration adoptée par la deuxième Conférence sur le dialogue social dans le secteur hospitalier en Europe soulignait que le dialogue social dans ce secteur est d'une importance capitale pour le développement européen, les mesures de soutien de la croissance, la position compétitive et la promotion de l'emploi et de la justice sociale, notamment dans l'optique de l'élargissement à venir de l'UE. La déclaration indiquait qu'il était essentiel de poursuivre le dialogue social en s'efforçant de l'étendre et de l'officialiser. Pour favoriser le dialogue social, la deuxième conférence a demandé aux parties organisatrices de créer une équipe spéciale représentative qui serait chargée d'élaborer un programme de travail pour le futur dialogue social et a prié la Commission européenne d'appuyer ces objectifs.

Source: M. Tast: Allocution d'ouverture à la deuxième Conférence sur le dialogue social dans le secteur hospitalier en Europe (Bruxelles, 4-5 fév. 2002). Déclaration commune de la Plate-forme des employeurs de la CCRE et de la FSESP sur la modernisation des services publics, [http://www.ccre.org/sodmod\\_an.html](http://www.ccre.org/sodmod_an.html). La Commission européenne, *Livre vert, op. cit.*, paragr. 74. Déclaration de la deuxième Conférence sur le dialogue social dans le secteur hospitalier en Europe (Bruxelles, 4-5 fév. 2002), <http://www.eurocarenet.org/allefiler/socialdialog/Conf2/final%20declaration.shtm>.

Des approches similaires ont été adoptées dans différents pays. Au Royaume-Uni, le concept d'une démarche axée sur la création de partenariats s'est largement répandu dans le secteur de la santé au cours des vingt dernières années. Ce concept de partenariat entre les différentes institutions œuvrant à l'amélioration de la situation sanitaire a eu un impact sur la politique de la santé. Plusieurs pays ont adopté cette approche dans le but de mobiliser les différentes institutions et secteurs en vue de l'amélioration du développement social et de la santé, selon la Charte d'Ottawa (OMS) pour la promotion de la santé de 1986<sup>7</sup>.

Parmi les autres exemples de cette démarche axée sur la création de partenariats, il convient de citer la Nouvelle-Zélande, où l'Association de la fonction publique a lancé, dans sa stratégie de négociation dans le secteur de la santé de juin 2001, le concept de «partenariat pour la qualité». Aux Etats-Unis, l'idée d'un partenariat entre employeurs et salariés a également été introduite dans le secteur privé de la santé, notamment par le biais de l'accord national conclu en 2000 entre la Kaiser Permanente et une coalition d'organisations de travailleurs. Cet accord vise à faire du dialogue social et de la

<sup>7</sup> Cette Charte a été adoptée par la première Conférence internationale pour la promotion de la santé le 21 novembre 1986; <http://www.who.int/hpr/archive/docs/ottawa.html>

---

participation des travailleurs un processus permanent dépassant le cadre de la négociation collective traditionnelle (voir section 2.4) <sup>8</sup>.

## 2.2. Catégories et types d'institutions du dialogue social

Il est essentiel que des institutions de dialogue social existent, comme en témoignent les données d'expérience de pays où de telles institutions n'ont vu le jour que récemment. Elles peuvent être créées sur une base officielle et légale ou dans le cadre d'accords officieux. Plus récemment sont également apparues des institutions «virtuelles». Les institutions du dialogue social peuvent se rencontrer aux niveaux national, local ou de l'entreprise ou même au niveau international. Elles peuvent être sectorielles ou intersectorielles. Le dialogue social peut se présenter sous différentes formes: négociations sur des questions relatives au travail aboutissant à des accords officiels, consultations, diffusion d'informations. Le mécanisme du dialogue social peut être mis en place pour une période limitée ou illimitée.

Un pays peut disposer de divers organismes et mécanismes tripartites où s'établit un dialogue social sous des formes et à des échelons multiples, depuis la consultation et la coopération tripartites nationales jusqu'à la négociation collective au niveau de l'entreprise <sup>9</sup>. Dans les périodes de mutation économique et sociale ou de crise, on a créé des structures tripartites permettant de faire participer l'ensemble des parties prenantes au niveau national (par exemple, des pactes sociaux nationaux pour les réformes des soins de santé); de telles structures vont au-delà de la négociation collective, mais en constituent le cadre aux niveaux central et décentralisé.

L'UE a établi une série de mécanismes officiels de dialogue social au niveau de l'entreprise (comités d'entreprise européens), au niveau interprofessionnel (comités de dialogue social) et au niveau sectoriel (comités de dialogue sectoriel). Bien qu'il n'existe pas encore de comité sectoriel pour les services de santé, des efforts sont actuellement entrepris pour créer un cadre officiel de dialogue social dans le secteur hospitalier (voir l'encadré 2.1). Ces efforts pourraient trouver leur aboutissement sous forme de comité de dialogue sectoriel composé de représentants des syndicats et des organisations patronales, qui se réuniraient plusieurs fois par an pour négocier un programme de travail et participer à des programmes de l'UE. Ces comités pourraient entreprendre des projets, procéder à des échanges de données d'expérience et produire des déclarations et des avis conjoints, établir des principes et codes de conduite communs et conclure des accords officiels. Tout cela devrait être compatible avec la politique de l'UE visant à promouvoir des structures flexibles et dynamiques de dialogue social.

La Réunion paritaire de 2001 sur l'impact de la décentralisation et de la privatisation sur les services municipaux a conclu que «lors de l'organisation et dans la conduite du dialogue social, il importe de bien indiquer à toutes les parties intéressées si l'on a en vue

<sup>8</sup> Ce cas illustre les partenariats sociaux «de la nouvelle génération» aux Etats-Unis, fondés sur une intensification de la concurrence et des efforts de redynamisation du syndicalisme, formule selon laquelle les syndicats acceptent de soutenir l'entreprise et sont reconnus, en contrepartie, comme partenaires. Pour faire le tour de la question, voir R. Hurd; R. Milkman; L. Turner: *Reviving the American Labour movement: Institutions and mobilization*, Institut international d'études sociales, document d'information 132 (Genève, BIT, 2002) pp. 10-12.

<sup>9</sup> T. Fashoyin «Promoting social dialogue: Issues and trends», dans A.S. Oberai; A. Sivananthiran; C.S Venkata Ratnam (ouvrage publié sous la direction de): *Promoting harmonious labour relations in India: Role of social dialogue* (New Delhi, OIT/SAAT, 2001), p. 36.

---

un processus de consultation ou un processus de négociation. Dans le cas d'une négociation, si elle aboutit à un accord, celui-ci devrait être exécuté conformément aux dispositions juridiques applicables <sup>10</sup>».

Les négociations sur les services de santé se sont toujours inscrites dans une perspective plus vaste de la politique de la santé. Compte tenu de la nature spécifique de ce secteur, qui touche aux conditions sociales et à la santé de l'ensemble de la population, la possibilité d'associer la société civile au dialogue est souvent envisagée. Dans les services de santé comme dans d'autres services d'utilité publique, la pratique adoptée par de nombreux pays consiste à associer d'autres parties, en plus des partenaires tripartites traditionnels, notamment les usagers, à un dialogue élargi. Selon les conclusions de la Réunion paritaire sur l'incidence de l'ajustement structurel dans les services publics, qui s'est tenue en 1995, «pour que les réformes des services publics aient toutes les chances d'atteindre leurs objectifs, à savoir la prestation de services efficaces, efficaces et de haute qualité, elles doivent être planifiées et mises en œuvre avec l'entière participation des travailleurs de ce secteur, de leurs syndicats et des consommateurs des services publics, dans toutes les phases du processus de décision <sup>11</sup>».

En octobre 2001, la Réunion paritaire sur l'impact de la décentralisation et de la privatisation sur les services municipaux a conclu que, dans le contexte de la décentralisation des services dans l'intérêt général, «le dialogue social peut être conduit en plusieurs étapes et devrait être accompagné par un dialogue externe entre les municipalités, instances concernées de l'administration, les citoyens et les usagers <sup>12</sup>». Cela a forcément un impact sur le dialogue social tripartite. Le document de stratégie sanitaire de la Nouvelle-Zélande, publié en décembre 2000, comprend, parmi les sept principes régissant les prestations de soins, celui de la «participation active des consommateurs et des communautés à tous les niveaux <sup>13</sup>». Cependant, il importe de distinguer entre un aspect du dialogue social qui touche à l'évolution et à la politique des services et qui devrait associer le cercle le plus large possible de parties prenantes et un autre aspect qui couvre les salaires et les conditions d'emploi et qui devrait concerner les employeurs (des secteurs public et privé) et les organisations de travailleurs.

Il est impératif d'établir un calendrier du dialogue social au niveau sectoriel. Le dialogue social peut être conduit en plusieurs étapes, depuis les contacts et entretiens officieux jusqu'aux négociations officielles. Dans l'UE, des discussions officieuses ont d'abord abouti, en 1996, à une déclaration commune <sup>14</sup> des organisations d'employeurs et de travailleurs, qui ont pris entre-temps d'autres mesures pour former un comité du dialogue social.

<sup>10</sup> BIT: *Note sur les travaux*, loc. cit.

<sup>11</sup> BIT: *Rapport final*, Réunion paritaire sur l'incidence de l'ajustement structurel dans les services publics (efficacité, amélioration de la qualité des services et conditions de travail) (Genève, 24-30 mai), p. 24.

<sup>12</sup> BIT: *Note sur les travaux*, Réunion paritaire sur l'impact de la décentralisation et de la privatisation sur les services municipaux (Genève, 15-19 oct. 2001), p. 35.

<sup>13</sup> R. Gauld: *Revolving doors: New Zealand's health reforms* (Wellington, Victoria, University of Wellington, 2001), p. 189.

<sup>14</sup> Déclaration commune de la Plate-forme des employeurs de la CCRE et de la FSESP sur la modernisation des services publics, nov. 1996; [http://www.ccre.org/sodmod\\_an.html](http://www.ccre.org/sodmod_an.html)

---

Dans le dialogue social en bonne et due forme, les parties intéressées ont besoin d'être officiellement reconnues et agréées. Au Canada, cette question est du ressort du Conseil des relations du travail qui applique les procédures de reconnaissance des syndicats prévues dans le Code canadien du travail (1985). Le conseil détermine l'unité compétente pour la négociation collective. Le terme «unité» s'entend d'un groupe de deux employés ou plus. Pour les professionnels, le conseil détermine quelle est l'unité habilitée à mener la négociation collective. Il peut décider d'intégrer des employés de plus d'une profession ainsi que des employés exerçant des fonctions sans qualifications professionnelles. Au Royaume-Uni, la loi sur les relations de travail de 1999 a établi une nouvelle procédure de reconnaissance des syndicats dans les unités employant plus de 20 personnes, ainsi qu'un modèle de la négociation collective<sup>15</sup>.

En période de restructuration, il peut s'avérer nécessaire de créer des structures telles que des comités et des forums chargés d'assurer un suivi de la représentation des intérêts tripartites dans le dialogue social. Ces institutions peuvent avoir une compétence générale ou couvrir des secteurs particuliers. En Hongrie, la fonction globale a été assurée par le Conseil tripartite de conciliation des intérêts, créé en 1988. En 1992, le Conseil tripartite de conciliation des intérêts pour les institutions budgétaires (CTRIIB) a été créé pour couvrir principalement les services publics, dont les services de santé.

Le CTRIIB était l'instance nationale de consultation et de négociation des services publics, y compris des services de santé, financé par prélèvement sur le budget central de l'Etat et des administrations locales<sup>16</sup>. Il traitait des questions touchant aux relations de travail et des aspects financiers et réglementaires qui déterminent les conditions d'emploi des agents du service public. Dans le cadre du CTRIIB, les parties (administration centrale et locale, syndicats de la fonction publique) ont négocié et conclu des accords sur certains aspects des relations de travail (tels que la classification des emplois et les barèmes de salaires) et ont mené des consultations sur un projet de législation touchant au service public et à des questions générales, aussi bien économiques que sociales. Le CTRIIB a joué un rôle moteur dans l'établissement des critères de représentativité des syndicats au niveau national. Cette représentativité était évaluée sur la base des résultats obtenus aux élections du conseil des agents publics (loi de 1992 sur le statut juridique des agents de la fonction publique), qui ont eu lieu en 1993, 1995 et 1998. Pour être considéré comme représentatif, un syndicat devait obtenir au moins 10 pour cent des voix aux niveaux national, municipal ou institutionnel. Cependant, en novembre 1999 a été pris un décret stipulant que le dialogue social dans la fonction publique n'aurait lieu qu'au niveau sectoriel, ce qui revenait implicitement à dissoudre le CTRIIB. Le Conseil tripartite de conciliation des intérêts a également été supprimé, mais remplacé par plusieurs autres organes nationaux traitant de questions de travail. Au Forum pour la coopération des syndicats (SZEJ), tenu à la fin de 1999, des négociations ont été menées entre le plus grand syndicat du secteur public et le gouvernement, qui ont abouti, en mars 2001, à un accord de trois ans prévoyant: a) la création d'un forum spécial du dialogue social couvrant tous les agents du secteur public, y compris ceux du secteur de la santé, et b) un relèvement du salaire moyen du secteur public égal au taux d'inflation augmenté de la moitié de la croissance réelle du PIB.

Dans certains pays, même si des institutions tripartites nationales ont été créées par voie législative, leur utilisation et leur fonctionnement n'ont pas toujours été très réguliers,

<sup>15</sup> J. Lethbridge: *Social dialogue in health services – Four case studies*. Programme des activités sectorielles, document de travail (Genève, BIT, à paraître).

<sup>16</sup> L. Héthy: *Hungary: Social dialogue within and outside of the framework of tripartism*, Programme focal pour le renforcement du tripartisme, document de travail n° 4 (Genève, 2000), pp. 10-11, 22.



---

comme en témoigne le cas du Kenya, où l'on s'est intéressé de plus en plus au mécanisme tripartite national du marché du travail et aux questions y relatives à la fin des années quatre-vingt-dix. Aujourd'hui, le Comité consultatif tripartite national est perçu comme un important forum où sont abordées des questions essentielles touchant aux relations de travail et aux autres aspects du marché du travail<sup>17</sup>.

Des institutions de dialogue social (officielles ou officieuses) peuvent également être créées pour un programme spécifique ou en vue de son élaboration). Ainsi, dans un effort pour accroître l'emploi des minorités, la province canadienne du Saskatchewan a lancé en 1992 le Programme d'emploi des autochtones (AEDP), qui a entrepris ses activités dans le secteur de la santé (exposées en détail à la sous-section 2.8). Après que des accords individuels de partenariat eurent été conclus au niveau des districts, un accord a été signé au niveau des provinces en 2000 entre le ministère des Affaires intergouvernementales et autochtones (AIA), l'Association des organismes de santé du Saskatchewan (SAHO) (en tant qu'organisation des employeurs) et le Syndicat canadien de la fonction publique (SCFP). Par la suite, un comité tripartite a été créé pour préparer le dialogue social et élaborer les programmes d'éducation et de formation correspondants.

Le dialogue social au niveau national peut être limité par des dispositions figurant dans des accords ou traités internationaux. Dans l'Union européenne, les soins de santé sont de la responsabilité des Etats membres, mais la législation de l'UE influe sur la nature des prestations de santé, et donc sur le dialogue social mené à ce sujet. La législation de l'UE a une incidence sur les politiques nationales de santé par le biais des réglementations relatives à son marché intérieur et de celles concernant la concurrence et le commerce. S'agissant du marché intérieur, la liberté de circulation des biens, des personnes, des services et des capitaux a favorisé la libéralisation des politiques nationales de santé. A cet égard, la Cour européenne de justice a rendu récemment une décision autorisant les patients, s'ils souffrent de retards anormaux dans leur pays, à se faire traiter dans un autre pays de l'UE, aux frais de leur propre autorité de santé<sup>18</sup>.

La création et la maintenance de réseaux entre partenaires sociaux sont indispensables au dialogue social. Au sein de l'UE, où le secteur hospitalier représente à lui seul 15 000 hôpitaux et cinq millions d'agents, on envisage de recourir aux technologies de l'information pour faciliter cette interconnexion sectorielle<sup>19</sup>. Même si ces institutions «virtuelles» de dialogue social en sont encore à leurs premiers balbutiements, leur potentiel doit être pris au sérieux, car elles permettraient éventuellement de soutenir le processus consistant à associer au dialogue, à grande distance et pour un coût limité, un nombre important de personnes et d'organisations. Les données d'expérience relatives aux institutions virtuelles d'enseignement peuvent se révéler utiles pour évaluer les perspectives existant dans ce domaine. Assurément, ce type de communication se prête davantage à l'information et à la consultation. La possibilité de mener un dialogue social plus structuré grâce aux technologies de l'information est une autre dimension à explorer. Dans le contexte du dialogue social européen, les projets transnationaux lancés dans les services de santé prévoient notamment la création d'un site Internet ([www.eurocarenet.org](http://www.eurocarenet.org)) dans le but de promouvoir l'interconnexion et le dialogue social dans le secteur hospitalier. Outre l'accès à l'information et à la documentation ce site

<sup>17</sup> T. Fashoyin: *Kenya: Social dialogue and social and economic development*, Programme focal pour le renforcement du dialogue social, document de travail n° 3 (Genève, BIT, 2001), pp. 25-26.

<sup>18</sup> C. Fishbach-Pyttel, discours d'ouverture à la deuxième Conférence sur le dialogue social dans le secteur hospitalier en Europe; <http://www.eurocarenet.org/allefiler/Taler1/Taler4-Carola.shtm>

<sup>19</sup> EuroCareNet: *Change of work organisation and development of key qualifications: A collection of experiences from a Leonardo da Vinci project* (2001), p. 125.

---

proposera des forums de discussion sur les questions relevant du dialogue social ainsi que des liens avec les organisations compétentes.

### 2.3. Structures gouvernementales

Pour que le dialogue social soit efficace, il faut y associer toutes les structures gouvernementales concernées. Outre les ministères chargés du travail, le processus doit inclure les ministères des Finances, de la Planification, du Développement économique et de l'Éducation. Dans le cas des services de santé, le ministère compétent et celui qui est chargé de la fonction publique doivent également être associés. Lorsque les services sont décentralisés, différents échelons administratifs doivent participer, notamment au niveau local.

Les gouvernements sont appelés à jouer un double rôle, celui d'employeur et celui d'instance réglementaire pour les services de santé. Certaines structures administratives peuvent également être chargées d'assurer la coordination entre le secteur public et le secteur privé dans les services de santé.

En Nouvelle-Zélande, dans le cadre des réformes entreprises en 1999 après l'élection du gouvernement de coalition appelé *Labour Alliance*, les conseils de santé de district (DHB) ont été chargés, en tant qu'autorités décentralisées pour la santé, d'assurer la coordination de la planification, de la fourniture et de l'évaluation des services de santé entre les secteurs public, privé et non gouvernemental <sup>20</sup>.

Eu égard à la fonction du gouvernement en tant qu'employeur, il convient d'envisager toute une série de structures et d'accords décentralisés. Cette décentralisation doit souvent se faire dans les limites des ressources financières et humaines existantes, voire en deçà de ces limites. Cependant, du fait de la décentralisation et de la délégation de responsabilités en matière de ressources humaines, le gouvernement central a du mal à calculer les besoins en personnel et à contrôler les niveaux de dotation. En Nouvelle-Zélande, par exemple, au cours des réformes de la santé de 1999, le ministère de la Santé a décidé de maintenir le niveau des effectifs lorsqu'il a délégué des fonctions aux 21 agences locales du système des DHB. On a souvent soutenu que la dotation en personnel recommandée par les autorités centrales était insuffisante par rapport aux besoins des DHB <sup>21</sup>.

La négociation collective dans la fonction publique pose des problèmes particuliers <sup>22</sup>. D'un côté, il arrive souvent que les conditions de service laissent peu de marge à la négociation. Dans les services de santé du secteur public, cela donne parfois lieu à des propositions visant à dissocier les conditions de service du personnel de santé de celles de la fonction publique. Les problèmes découlent, d'autre part, du fait que les rémunérations des fonctionnaires ont une incidence financière sur les budgets publics, de sorte que les parties à la négociation dépendent de l'administration nationale. Aujourd'hui, il arrive même que certaines limitations découlent de l'incidence budgétaire d'accords et traités conclus au niveau régional ou international. Ainsi, l'accord de l'UE instituant l'Euro prescrit aux Etats Membres des taux maximaux d'endettement budgétaire.

A ces problèmes viennent s'ajouter d'autres comme la détermination des matières négociables et leur répartition entre les divers niveaux de structure territoriale et

<sup>20</sup> Gauld, *op. cit.*, p. 181.

<sup>21</sup> *Ibid.*, p. 203.

<sup>22</sup> Voir par exemple, Gernigon et coll., *op. cit.*, pp. 52-53.

---

fonctionnelle de l'Etat, ainsi que la détermination des parties chargées de la négociation aux niveaux en question <sup>23</sup>.

C'est ce qui explique que la convention (n° 151) sur les relations de travail dans la fonction publique, 1978, et la convention (n° 154) sur la négociation collective, 1981, autorisent l'adoption de modalités particulières d'application pour la négociation collective dans la fonction publique. Toutefois, les cas où s'appliquent ces modalités particulières doivent être soigneusement examinés. S'agissant de l'application des conventions et des recommandations, la Commission d'experts pour l'application des conventions et recommandations a exprimé l'avis suivant: sont compatibles «les dispositions législatives qui permettent au Parlement ou à l'organe compétent en matière budgétaire de fixer une «fourchette» pour les négociations salariales ou d'établir une «enveloppe» budgétaire globale dans le cadre desquelles les parties peuvent négocier les clauses monétaires ou normatives (par exemple: réduction du temps de travail ou autres aménagements, modulation des augmentations salariales en fonction des niveaux de rémunération, modalités d'étalement des revalorisations), ou encore celles qui confèrent aux autorités financièrement responsables un droit de participation à la négociation collective aux côtés de l'employeur direct, dans la mesure où elles laissent une place *significative* à la négociation collective. Il est essentiel, toutefois, que les travailleurs et leurs organisations puissent participer pleinement et de façon significative à la détermination de ce cadre global de négociation, ce qui implique notamment qu'ils aient à leur disposition toutes les données financières, budgétaires ou autres, leur permettant d'apprécier la situation en toute connaissance de cause <sup>24</sup>.» Une récente étude de l'OIT donne un aperçu du dialogue social tel qu'il est pratiqué par le gouvernement dans la fonction publique de certains pays: Australie, Barbade, Canada, Egypte, Espagne, Inde, Mali, Philippines <sup>25</sup>.

En ce qui concerne le calendrier du dialogue social, le gouvernement doit résoudre la difficile question de savoir comment engager et poursuivre des réformes propres à créer des services de santé performants et économiques sans consacrer de ressources supplémentaires et sans créer de difficultés au niveau du processus de réforme lui-même.

La réforme du secteur de la santé engagée en 1999 en Nouvelle-Zélande est un exemple de la diversité des activités à entreprendre et des partenaires à associer à ce processus <sup>26</sup>. Après les élections de 1999, le gouvernement de coalition a entrepris une réforme dont la mise en œuvre s'est poursuivie en 2002, après la phase de planification et l'adoption de mesures législatives, qui ont eu lieu en 2000 et 2001. Pour éviter les résistances et mobiliser le soutien et la coopération de toutes les parties concernées, au niveau central comme au niveau décentralisé, un processus détaillé de planification a été engagé, avec échelonnement des mesures (tableau 2.1). L'objectif global du gouvernement étant d'améliorer la situation générale de la santé et de réduire les disparités entre les groupes de population, il a été accordé une attention toute particulière à l'égalité des chances pour tous ces groupes, y compris le peuple maori.

<sup>23</sup> *Ibid.*

<sup>24</sup> BIT: *Liberté syndicale et négociation collective*, rapport III (partie 4B), Conférence internationale du Travail, 81<sup>e</sup> session (Genève, 1994), paragr. 263, *ibid.*

<sup>25</sup> J.L. Daza Pérez, *Government's practice of social dialogue in the public service*, Département de l'action gouvernementale, de la législation du travail et de l'administration du travail (Genève, BIT, à paraître).

<sup>26</sup> Les informations concernant la Nouvelle-Zélande sont tirées principalement de Gauld, *op. cit.*, pp. 179 à 211.

**Tableau 2.1. Calendrier de la réforme du secteur de la santé en Nouvelle-Zélande**

Elaboration de politiques, consultations, action législative	Dates provisoires
Elaboration d'une stratégie de la santé pour la Nouvelle-Zélande et consultations	Janvier-juin 2000
Soumission de documents d'orientation sur la conception des structures à des comités gouvernementaux	Février-avril 2000
Préparation d'un projet de loi sur les services de santé publique de la Nouvelle-Zélande	Avril 2000
Dépôt du projet de loi	Mai 2000
Soumission du projet au comité spécial, consultation, troisième lecture	Mai-septembre 2000
Mise en œuvre de la restructuration sectorielle	
Création d'un conseil intérimaire de l'Autorité de financement de la Santé (HFA)	Février 2000
Les conseils de la HFA et du Service hospitalier et sanitaire (HHS) sont informés de ce que l'on attend d'eux (élaboration des politiques)	Février 2000
Le HHS entreprend la transition (nomination d'administrateurs supplémentaires, création de sous-comités)	A partir de février 2000
Dissolution de la HFA (après promulgation de la loi)	Vers novembre 2000
Création et nomination de conseils de santé de district intérimaires (DHB)	Vers novembre 2000
Election des membres des DHB (et révision des nominations)	Octobre-novembre 2001

Source: Ministre de la Santé: «Health and disability changes and their implementation, memorandum to Cabinet business Committee (Wellington), cité dans Gauld, *op. cit.*, p. 187.

Toutefois, ce plan a dû être modifié en raison du retard pris par rapport au calendrier et compte tenu de la nécessité d'y associer plus étroitement les prestataires de santé. Ce processus a été décrit comme une démarche à mi-chemin entre l'approche «du sommet vers la base» et celle «de la base vers le sommet». Un dialogue social a été instauré aux fins de l'élaboration et la mise en œuvre de la politique elle-même. Dans le cadre de la décentralisation, le ministère de la Santé a été restructuré en 2000. En prévision des problèmes majeurs susceptibles de se présenter pendant la période de transition vers le système décentralisé des Conseils de santé de district (DHB), les responsables ont été priés d'établir une liste des risques prévus, assortis des stratégies propres à les maîtriser. Ci-après sont énumérés les risques types et les parades (tableau 2.2).

Le Brésil et le Chili ont aussi décentralisé leurs structures administratives dans le secteur de la santé (pour plus de détails, voir sections 2.8.1 et 2.8.3). Le Brésil a institué en 1988 le Système unifié de la santé (SUS) afin d'assurer une couverture universelle et un accès équitable aux soins de santé. Pour ce faire, il a fallu décentraliser la gestion du système de santé au profit des autorités municipales. En 1997, le ministère de la Santé a créé le Comité national de négociation pour traiter les conflits du travail aux différents échelons du SUS.

Au Chili, le ministère de la Santé administre et régit le secteur de la santé par l'intermédiaire de 29 agences régionales chargées des services de santé, de la promotion de la santé et de l'exécution des programmes de protection de la santé. Depuis 1998 ont été créés des centres de santé familiale administrant des soins élémentaires, y compris les soins à domicile, et assurant des services de conseil aux familles. Malgré la décentralisation, ces structures relèvent du ministère central de la Santé. En 2000, un

**Tableau 2.2. Nouvelle-Zélande: les risques liés à la transition, et leur gestion; les conseils de santé de district (DHB)**

Risque	Réponse
Accroissement des frais de planification, de consultation, de communication, etc.	Assurer le remboursement par le ministère de la Santé
Manque de connaissances techniques pour évaluer les besoins Les attentes de la communauté sont trop élevées	Processus de développement partagé Recruter à l'étranger des épidémiologistes/démographes Avoir des contacts réguliers avec la communauté
Echec des efforts pour établir un partenariat avec les Maoris	Création d'un comité pour la santé des Maoris Création de partenariats
Incapacité à créer un plan de priorités	Travailler en liaison avec le bureau local de l'Autorité de financement de la santé (HFA) pour acquérir les connaissances et compétences requises
Systèmes d'information déficients Information insuffisantes	Plan d'action local/régional en préparation S'efforcer d'attirer du personnel expérimenté de la HFA
Sentiment que le secteur hospitalier est favorisé	Aménager les DHB à l'écart des hôpitaux Garantir un processus contractuel transparent
Incapacité à financer les programmes des conseils de santé de district (DHB)	Obtenir du ministère de la Santé des assurances concernant le financement
Différences de motivation/objectifs entre les prestataires	Engager des prestataires pour l'élaboration de plans annuels et stratégiques
Main-d'œuvre soumise à des pressions supplémentaires dues à la transition	Assurer une gestion dynamique des ressources humaines
Perte de personnel clé imputable à la transition de l'Autorité de financement de la santé (HFA) à un autre système	Demander au ministère de la Santé d'élaborer une stratégie nationale des ressources humaines
Augmentation des coûts de transaction/gestion	Etablir des programmes et des budgets bien définis
Les attentes de tous les groupes d'intérêt sont représentées dans les comités des DHB	Promouvoir les groupes de planification stratégique axés sur les services
La responsabilité des risques et des engagements est transférée aux DHB sans véritable reconnaissance	Le ministère de la Santé doit conduire un processus assurant toute la diligence voulue de la part de l'Autorité de financement de la santé (HFA) et du service hospitalier et sanitaire (HHS); contribution des DHB à la réalisation de cet objectif
Temps de planification/préparation insuffisant pour le transfert, prévu pour le 1 <sup>er</sup> juillet 2001, de la responsabilité financière des soins individuels	Priorité accordée à l'appui au groupe de travail sur les soins de santé individuels
Manque d'informations contractuelles relatives à l'Autorité de financement de la santé (HFA)	Le bureau des services partagés doit assurer une couverture détaillée de tous les problèmes Faire une estimation approximative sur la base des données disponibles
Les DHB ne réussissent pas à créer une culture des bailleurs de fonds	Traduire les changements aux divers niveaux de gouvernance Être attentif aux besoins de changement dans les politiques de l'emploi Associer la direction du HHS au changement et la tenir informée

Source: Gauld, *op. cit.*, pp. 204-205.

---

processus de réforme de la santé a été engagé avec la participation des partenaires sociaux et d'autres groupes de la société civile<sup>27</sup>.

## 2.4. Les employeurs et leurs organisations

Les employeurs des services de santé ont connu une évolution considérable au cours des vingt dernières années. Par le passé, le ministère de la Santé était souvent le principal employeur national du secteur, et c'est lui qui dirigeait les négociations collectives et autres mécanismes de détermination des salaires au niveau national. Dans de nombreux pays, les services de santé suivaient habituellement les dispositions générales applicables aux agents de la fonction publique. Avec la décentralisation des services de santé, désormais confiés aux autorités locales et régionales, et l'apparition d'entreprises publiques plus indépendantes dans le secteur de la santé, il existe maintenant toute une gamme d'employeurs publics, représentés par de nouvelles organisations. L'objectif principal étant l'amélioration de la qualité et de l'efficacité, les services de santé ont créé aujourd'hui des unités locales plus modestes, dont les administrateurs ont un pouvoir de décision. L'employeur public a été souvent remplacé par des employeurs plus indépendants qui s'efforcent d'être efficaces sur le plan local. En même temps, on constate souvent encore une absence de coopération et de coordination avec les autres employeurs publics et semi-publics similaires. Ces employeurs publics ont créé leurs propres organisations, dont certaines ont établi d'étroites relations avec des employeurs privés, comme dans le cas du Kenya, où l'Association des employeurs publics locaux fait partie de la Fédération des employeurs du Kenya<sup>28</sup>.

Les employeurs du secteur à but non lucratif des services de santé privés entretiennent souvent des relations étroites avec les employeurs publics. Dans un certain nombre de pays, par exemple en Allemagne, ils adhèrent à des conventions sur les conditions d'emploi et de travail dans la fonction publique. Cependant, dans certains cas, au lieu de conclure des conventions collectives avec les syndicats du secteur de la santé, ils opèrent sur la base de contrats individuels.

Dans le secteur privé, la profession médicale est souvent constituée essentiellement de médecins libéraux qui emploient quelques personnes dans leur cabinet. Dans certains pays comme les Etats-Unis, les personnels de santé libéraux sont appelés de plus en plus souvent à participer aux négociations portant sur des programmes de santé privés tels que les organisations de soins de santé intégrés (HMO). Aussi cherchent-ils à obtenir une représentation par le biais de réseaux et d'associations afin d'engager un dialogue social avec les acheteurs de leurs services. Au Brésil, environ un tiers des médecins indépendants du pays sont organisés en coopératives qui se sont fédérées pour constituer la plus grande coopérative de prestataires de soins de santé du monde, couvrant environ 11 millions d'utilisateurs<sup>29</sup>.

Les besoins grandissants en services de santé ont suscité un intérêt croissant des entreprises privées pour ce secteur et induit l'émergence de nouveaux employeurs dans d'autres secteurs de services, notamment les assurances, le nettoyage, la restauration, la technologie de l'information et la gestion. Un certain nombre d'employeurs privés se sont lancés dans la fourniture de services d'utilité publique, faisant ainsi irruption sur des marchés réglementés. Ces employeurs sont souvent affiliés à des associations extérieures

<sup>27</sup> Lethbridge, *op. cit.*

<sup>28</sup> Fashoyin: *Kenya, op.cit.*, p. 8.

<sup>29</sup> G. Ullrich: «Innovative approaches to cooperation in health care and social services», *Journal of Cooperative Studies* (Manchester), vol. 33/1, avril 2000, p. 57.

au secteur de la santé et préfèrent négocier au niveau de l'entreprise ou au niveau individuel.

Il existe toutefois d'autres entreprises privées ayant une longue histoire en matière d'administration des soins de santé: ainsi, la Kaiser Permanente, l'une des principales organisations de soins de santé intégrés (HMO) des Etats-Unis, mène depuis la fin des années quatre-vingt-dix un dialogue social avec une coalition d'organisations de travailleurs de santé (encadré 2.2).

#### Encadré 2.2

##### Kaiser Permanente, Etats-Unis

La Kaiser Permanente est issue de programmes industriels de soins de santé menés en faveur des ouvriers du bâtiment, de la construction navale et de la sidérurgie durant la seconde guerre mondiale. Ses fondateurs, Henry J. Kaiser et le médecin Sidney Garfield, ont élaboré le concept de soins de santé payés d'avance qui soient abordables, accessibles et de haute qualité. Kaiser est aujourd'hui l'une des plus grandes HMO des Etats-Unis, avec plus de huit millions d'utilisateurs et plus de 100 000 médecins, infirmières, personnels soignants associés et membres de professions libérales. L'organisation comprend deux éléments: le système de soins médicaux et les hôpitaux de la Fondation Kaiser à but non lucratif, d'une part, et les *Permanente Medical Groups*, d'autre part. En plus de son siège à Oakland, en Californie, la Kaiser Permanente dispose d'installations réparties en divisions en Californie (employant 7 000 médecins et 80 000 autres travailleurs de professions libérales et de catégories associées) et dans huit autres Etats.

En 1997, la coalition AFL-CIO regroupant les syndicats de la Kaiser Permanente (à savoir 33 syndicats et associations professionnelles du secteur de la santé et d'autres secteurs) et la Kaiser Permanente ont passé un accord de partenariat national (LMP), suivi d'un long processus de dialogue social et de négociation collective qui a conduit, en septembre 2000, à la conclusion d'un accord national qui constitue un cadre dans lequel les syndicats et les employés sont associés aux instances de planification et de prise de décisions à tous les niveaux, qu'il s'agisse du budget, des activités, des initiatives stratégiques, des processus garantissant la qualité ou de la dotation en personnel. Cet accord vise à soutenir le partenariat aux niveaux local et national. Il couvre les privilèges et obligations s'attachant au partenariat et prévoit des mécanismes d'élargissement des partenariats et de restructuration; il contient des dispositions spécifiques sur les indemnités, les prestations, les procédures de règlement des différends et la portée, l'application et la durée de l'accord. Il a résulté d'une coopération entre 300 représentants syndicaux et cadres de tous niveaux.

Depuis lors, les activités en partenariat se sont étendues à d'autres services de la Kaiser Permanente et à d'autres questions. S'agissant de la cogestion, un sous-comité conjoint est en train d'élaborer un processus national d'élaboration des politiques et de prise de décisions. Ce sous-comité aura notamment à examiner la possibilité de «récupérer» les activités que la Kaiser Permanente a confiées en sous-traitance.

Source: <http://www.kaiserpermanente.org>; <http://www.unac-ca.org/pdf/nationalagreement2000.pdf>

Les partenariats public/privé constituent un défi relativement nouveau pour de nombreux employeurs de cette catégorie, car les acheteurs de services de santé publique établissent des accords avec des fournisseurs privés, comme le Service national de santé (NHS) du Royaume-Uni l'a fait récemment avec l'entreprise multinationale BUPA. En vertu de cet accord, le Redwood Hospital, situé à Redhill, dans le Surrey, et qui appartient à la BUPA, accomplira chaque année 5 000 opérations courantes afin de réduire les listes d'attente. La BUPA facturera son travail au NHS. Ce centre devait devenir opérationnel en avril 2002. Ce sera le premier des vingt centres de traitement et de diagnostic que le gouvernement s'est engagé à créer d'ici à 2004. L'objectif est de réduire le délai d'attente pour une opération à six mois au maximum d'ici à 2005<sup>30</sup>.

Au sein de l'UE, dans le seul secteur hospitalier, il est difficile, voire impossible, de trouver un partenaire pour représenter les organisations d'employeurs<sup>31</sup>. Les hôpitaux sont

<sup>30</sup> BBC News: *Unions attack private hospital deal*, 4 déc. 2001; <http://news.bbc.co.uk>

<sup>31</sup> M. Tast: Discours d'ouverture à la deuxième Conférence sur le dialogue social dans le secteur hospitalier en Europe, 4-5 fév. 2002.

dirigés par une autorité publique, locale ou régionale, ou par des organisations caritatives ou privées. Ces organisations sont souvent, mais non nécessairement, affiliées aux organisations d'employeurs nationales intersectorielles, lesquelles font partie de l'Union des confédérations de l'industrie et des employeurs d'Europe (UNICE) ou du Centre européen des entreprises à participation publique et des entreprises d'intérêt économique général (CEPP). Toutes les organisations municipales sont affiliées au Conseil des communes et régions d'Europe – Plate-forme des employeurs (CCRE PE). Selon les résultats préliminaires d'une étude sur la représentativité du CCRE PE, au moins dans certains pays nordiques (Danemark, Finlande et Suède) et certains autres Etats membres de l'UE, le secteur public local de la santé est organisé de telle manière que les employeurs au niveau des autorités locales et leurs associations sont parties à la négociation dans le secteur hospitalier. Cependant, les employeurs n'ont pas, au niveau européen, de représentation sectorielle bien définie, ni pour les services de santé du secteur public ni pour ceux du secteur privé.

Au Danemark, l'Association des conseils de comté fait office d'organisation centrale pour la négociation collective des salaires dans les comtés. Cette association et les syndicats nationaux ont négocié un accord-cadre central sur les conditions salariales, les horaires de travail et les conditions d'emploi, accord qui tient compte de la situation économique nationale. La tendance de ces dernières années a consisté à déléguer davantage de pouvoirs et de responsabilités pour la conduite des négociations et la conclusion des accords aux partenaires sociaux au niveau des comtés ou des hôpitaux. Cette tendance s'inscrit dans une stratégie visant à conférer aux établissements une plus grande flexibilité et une plus grande liberté dans le cadre national<sup>32</sup>.

#### Encadré 2.3.

##### Point de vue d'un employeur danois

«Je dois souligner que les caractéristiques propres aux secteurs de la santé impliquent clairement que l'on ne peut se placer simplement dans la perspective d'un employeur ou d'un cadre lorsque l'on s'occupe de ce secteur. De mon point de vue, il faut associer et responsabiliser les employés, faute de quoi il est impossible de construire et de développer un secteur de la santé adapté aux besoins du XXI<sup>e</sup> siècle».

Source: Bent Hansen, maire du comté de Viborg au Danemark, président du comité des services de santé de l'Association danoise des conseils de comté, intervenant à la deuxième Conférence sur le dialogue social dans le secteur hospitalier en Europe (Bruxelles, 4-5 fév. 2002); [http://www.eurocarenet.org/allefiler/Taler1/tale7\\_Bent\\_Hansen.shtm](http://www.eurocarenet.org/allefiler/Taler1/tale7_Bent_Hansen.shtm).

S'agissant du dialogue social, les employeurs rencontrent des difficultés pour recruter du personnel qualifié et le retenir, gérer les compétences professionnelles et maintenir les coûts à un bas niveau tout en satisfaisant les besoins des acheteurs de services de santé. Ces difficultés existent, indépendamment du caractère public ou privé de ces acheteurs. En raison du manque de personnel qualifié, la formation continue et la polyvalence professionnelle figurent en bonne place dans les priorités. C'est ainsi que les employeurs européens affiliés à l'UNICE ont souligné l'importance de la formation continue.

## 2.5. Les agents et leurs organisations

Les travailleurs de la santé ont toujours été fortement syndiqués et/ou regroupés au sein d'associations professionnelles. Comme ils sont employés pour la plupart dans la fonction publique, ces travailleurs sont souvent membres des organisations de

<sup>32</sup> B. Hansen: Présentation de modèles nationaux de systèmes de santé: Le modèle nordique, exposé à la deuxième Conférence sur le dialogue social dans le secteur hospitalier en Europe (Bruxelles, 4-5 fév. 2002); [http://www.eurocarenet.org/allefiler/Taler1/tale7\\_Bent\\_Hansen.shtm](http://www.eurocarenet.org/allefiler/Taler1/tale7_Bent_Hansen.shtm)



fonctionnaires. Par exemple, le taux de syndicalisation dépasse 90 pour cent au Danemark. Il est de 50 à 68 pour cent en Italie, selon la catégorie de travailleurs<sup>33</sup>, et de 43,9 pour cent en Ontario (Canada)<sup>34</sup>. Cependant, par suite de la privatisation et de la sous-traitance, le nombre d'adhérents des syndicats de la fonction publique va en diminuant. Certaines organisations se sont diversifiées pour représenter les travailleurs de la santé également dans le secteur privé. Le gouvernement est toutefois le principal partenaire des syndicats des agents de santé. Sa conception du dialogue social découle de ce qu'il considère les services de santé comme des services publics, ainsi qu'il apparaît dans diverses déclarations conceptuelles de l'Internationale des services publics (ISP) (encadré 2.4).

#### Encadré 2.4.

##### L'ISP et le dialogue social: déclaration de politique générale

«Aucune stratégie syndicale n'a de chances d'aboutir si les syndicats ne se prennent pas eux-mêmes au sérieux et ne sont pas résolus à devenir des organisations fortes, bien dotées en ressources, efficaces et démocratiques, donnant aux travailleurs la faculté et la capacité d'organiser la société d'une manière respectueuse de leurs intérêts. Toute stratégie qui ne serait pas inspirée par ce principe fondamental est vouée à l'échec. Une fois organisés, les travailleurs doivent définir différents objectifs politiques (parfois avec l'assistance d'éléments extérieurs disposant de davantage de pouvoir) auxquels ils doivent s'efforcer de rallier leurs concitoyens, leurs employeurs et leurs gouvernements:

- L'Etat doit jouer un rôle déterminé pour assurer le financement et la fourniture de divers biens et services (sociaux et matériels) essentiels au bon fonctionnement de la société;
- L'Etat doit traiter équitablement ses citoyens, en particulier ses propres agents;
- la politique économique du pays doit être fondée sur le consensus et sur la participation de tous à la vie publique.

Plus précisément, les syndicats, qui sont les représentants des travailleurs, doivent exiger d'être traités comme de véritables partenaires sociaux dans tout processus important de planification et de prise de décisions socio-économiques. Ils doivent exiger un dialogue social plein et entier. Rien de moins. Dès lors que ces principes sont respectés par le gouvernement, les syndicats peuvent étudier toute proposition, sachant qu'ils pourront négocier dans une atmosphère d'authentique partenariat social. Les gouvernements doivent choisir: ou ils associent les travailleurs et leurs syndicats à la prise de décisions, ou ils les poussent à s'unir dans l'opposition. Certes, l'un ou l'autre de ces principes du dialogue social sera jugé inapplicable et suicidaire par certains syndicats parce que leur gouvernement y est hostile. Dans ce cas, il est évident que le gouvernement, en laissant passer une chance de construire une société nouvelle et de créer des services publics de qualité, aura opté pour la voie du conflit. Les syndicats devront alors arrêter des stratégies inspirées de principes très différents de ceux qui sont été examinés ci-dessus. Ils doivent faire de ce choix du gouvernement une question d'intérêt public.»

Source: Contribution de l'ISP au présent rapport, mars 2002.

Dans les services de santé, les organisations de travailleurs doivent relever aujourd'hui le difficile défi consistant à réaliser l'unité dans les situations relevant du dialogue social. Outre la fragmentation professionnelle en syndicats et associations représentant les agents de santé, l'unité est difficile du fait de la décentralisation des services publics au niveau des pouvoirs locaux ou d'autres employeurs publics ayant leur propre autorité de négociation collective. En fait, les organisations de travailleurs peuvent avoir du mal à identifier leurs partenaires de dialogue. Comme l'indiquent les syndicats des agents de santé d'Europe centrale et orientale, qui sont affiliés à l'ISP, les directions

<sup>33</sup> S. Dragonetti: Le modèle italien de dialogue social dans le service de santé national; exposé à la deuxième Conférence sur le dialogue social dans le secteur hospitalier en Europe (Bruxelles, 4-5 fév. 2002).

<sup>34</sup> Ce chiffre se réfère aux services sanitaires et sociaux. BIT: *Examen des rapports annuels en vertu du suivi de la Déclaration relative aux principes et droits fondamentaux au travail, partie II*, Conseil d'administration, doc. GB.283/3/2, 283<sup>e</sup> session (Genève, mars 2002), p. 38.

---

centrales, régionales et locales refusent souvent d'admettre qu'elles sont elles-mêmes en position d'employeur. D'où la grande difficulté pour les travailleurs et leurs syndicats de traiter des problèmes touchant aux relations de travail, au point que les travailleurs pourraient en conclure que les syndicats ne sont pas en mesure de défendre leurs intérêts.

Dans les pays en transition, les effectifs syndicaux ont souvent diminué de manière spectaculaire<sup>35</sup> après l'effondrement des régimes communistes. Dans les années quatre-vingt-dix, le taux de syndicalisation est tombé de 100 à 20 pour cent en Lituanie, de 93,5 à 32,5 pour cent en République tchèque, de 99 à 50,2 pour cent en Lettonie et de 80 à 30 pour cent en Arménie. En Pologne, ce taux, qui était déjà faible (40 pour cent), est tombé à 20 pour cent. Il n'y a qu'au Kirghizistan et en Ukraine que le taux de syndicalisation reste supérieur à 95 pour cent. Les raisons de cette baisse sont complexes. Dans le secteur public, il semble que le patronat ait adopté une position de neutralité à l'égard des activités syndicales. Cependant, il est peu probable que la tendance du secteur privé à décourager le syndicalisme soit responsable de cette évolution, car les services de santé privés sont encore limités en Europe centrale et orientale, et leur progression est trop faible pour expliquer un tel recul du syndicalisme. Il reste qu'un tel recul était prévisible dès lors que l'affiliation syndicale n'était plus obligatoire et qu'était instituée la liberté syndicale.

Comme l'a observé le projet OIT/ISP sur la privatisation des soins de santé en Europe centrale et orientale, le nombre de syndicats représentant les agents de santé est resté inchangé dans certains pays en transition, où le personnel est souvent représenté par un syndicat unique, comme en Arménie, au Bélarus, au Kirghizistan et en République de Moldova. Dans d'autres pays, le nombre de syndicats représentant différentes catégories d'agents de santé a augmenté, contribuant peut-être à une certaine fragmentation des organisations de travailleurs. C'est notamment le cas de la Croatie, de la Lituanie et de la Pologne, pays où une organisation unique en position monopolistique a été remplacée respectivement par dix, huit et sept organisations. Ainsi, des organisations de travailleurs ont été amenées à croire que les intérêts de petits groupes ou de professions individuelles sont favorisés au détriment d'autres groupes, empêchant de ce fait la conclusion d'accords généraux et l'élargissement de la représentation. Le nombre d'associations professionnelles semble également avoir augmenté dans certains pays, bien que l'on ne dispose pas de données complètes sur ces associations.

D'après les résultats des recherches menées dans le cadre du projet OIT/ISP, le rôle des syndicats paraît avoir évolué dans certains pays d'Europe centrale et orientale au cours des dix dernières années, tant en restant axé autour d'une série d'activités communes. La plupart des syndicats se concentrent sur la négociation des salaires, des avantages et de la formation. Le pouvoir de négociation des syndicats varie selon qu'ils opèrent dans le secteur privé ou public. Les syndicats sont plus fréquemment associés aux négociations que les associations professionnelles. Dans la plupart des pays, les négociations sont menées aux niveaux national et provincial ainsi qu'à celui des établissements. Le nombre de niveaux de négociation pose la question du caractère contraignant des accords nationaux pour l'établissement employeur. Il n'y a qu'en Croatie que la négociation collective est limitée au niveau national. Les activités des organisations de travailleurs peuvent aller au-delà de la négociation collective: dans certains pays, ces organisations sont également associées à la gestion des hôpitaux, notamment en ce qui concerne les questions touchant aux droits des travailleurs (par exemple en Arménie, en Lituanie et en Pologne); ils peuvent aussi apporter un soutien financier à la formation et à la reconnaissance des titres de compétence (par exemple en Lettonie). Ils peuvent en outre engager des consultations de fréquence variable avec les partenaires nationaux sur des questions telles

<sup>35</sup> C. Afford: *Privatization of health care in Central and Eastern Europe*, Programme focal sur la sécurité socio-économique (Genève, BIT, à paraître), pp. 40-41.

que la formation, les horaires de travail et les heures de repos, ainsi que sur des questions plus générales concernant les réformes et la législation.

Les travailleurs du secteur de la santé de la région ont généralement évité la grève, bien que le droit de grève soit illimité dans la plupart des professions du secteur, à l'exception des médecins en Pologne, des médecins travaillant dans les services essentiels en République de Moldova et des médecins et des infirmières en Arménie. Cependant, des manifestations ont eu lieu dans presque tous les pays ces dernières années, ce qui témoigne de problèmes dans les relations de travail des services de santé, même si cela ne s'est pas traduit statistiquement par des journées de travail perdues par suite d'actions menées pour la défense d'intérêts professionnels<sup>36</sup>.

Ailleurs en Europe, en revanche, des syndicats du secteur des services ont fusionné au niveau national, permettant ainsi aux travailleurs de se faire mieux entendre dans le dialogue social. On peut citer deux exemples de fusion, celle de UNISON au Royaume-Uni (encadré 2.5) et, en Allemagne celle de Ver.di, le plus grand syndicat du monde du secteur des services créé en 2001. Au niveau de l'UE, les agents de santé sont représentés principalement par la Fédération syndicale européenne des services publics (FSESP), qui a créé quatre comités sectoriels permanents, dont un pour les services sanitaires et sociaux.

#### Encadré 2.5.

##### Représentation des agents de santé par UNISON au Royaume-Uni

UNISON est issu d'une fusion de trois syndicats du secteur public britannique. Lors de sa création, en 1993, il est devenu le plus grand syndicat du pays et le premier représentant des agents du secteur public, parmi lesquels 440 000 agents du secteur de la santé. La création d'UNISON n'était pas qu'une réponse à l'évolution structurelle de l'emploi du secteur public; elle procédait aussi de la nécessité pour les membres de s'unir pour renforcer leur position de négociation. Les questions salariales ont toujours été au cœur de la négociation collective. Sous les gouvernements conservateurs, de 1979-1997, la détermination des salaires du secteur public s'est faite à un niveau de plus en plus décentralisé et, sous l'effet de la privatisation, d'une manière de plus en plus fragmentée. La loi de 1990 sur les soins communautaires a constitué un défi de taille pour la négociation collective nationale et le rôle représentatif des syndicats. La dissociation des fonctions d'acheteur et de fournisseur de services de santé, prévue par la loi, entraînait également la fourniture de services de santé par le secteur privé et la création de «marchés internes» au secteur public. Cette évolution a permis au Service national de santé (NHS) de fixer les salaires localement et a donc favorisé la fusion qui a donné naissance à UNISON, unifiant les fonctions représentatives des syndicats aux niveaux national et local. Par la suite, après avoir mené différentes actions de revendication, UNISON a opéré un tournant dans la politique des gouvernements conservateurs sur ces questions. Parmi les autres questions auxquelles UNISON s'est particulièrement intéressé, on peut citer la pratique consistant à remplacer les infirmières par des assistantes moins bien formées aux soins de santé et moins bien payées. De manière générale, les salaires des groupes professionnels à forte dominante féminine sont moins élevés. Aujourd'hui, sous le gouvernement travailliste, les systèmes de salaires n'ont pas encore évolué autant que ne le souhaiterait UNISON, et ils présentent des écarts de rémunération qui s'accroissent du fait de la décentralisation en ce domaine et du rôle accru du secteur privé dans la fourniture des soins de santé, qui expliquent la détérioration des salaires et des conditions de travail. En outre, les appels d'offres concurrentiels sont devenus une obligation pour les pouvoirs locaux, avec des effets inchangés sur le niveau des salaires. UNISON va peut-être avoir la possibilité de lier directement les salaires aux difficultés rencontrées pour recruter et retenir des travailleurs dans certaines professions de santé, difficultés qui se traduisent par des pénuries de personnel pour le Service national de santé.

Source: C. Thornley; M. Ironside; R. Seifert: «UNISON and changes in collective bargaining in health and local government», dans M. Terry (ouvrage publié sous la direction de): *Redefining public sector unionism: UNISON and the future of trade unions* (Londres/New York, Routledge, 2000), pp. 137-154.

L'Amérique latine présente une image diverse en ce qui concerne l'unité des organisations de travailleurs dans les services de santé. Au Chili, la représentation des agents de santé est assurée par différentes organisations fondées sur le critère de la

<sup>36</sup> *Ibid.*, pp. 40-42.

---

profession et sur celui du type d'établissement, ce qui risque d'entraîner une fragmentation. Les principales organisations de travailleurs du secteur de la santé sont les suivantes:

- Confédération nationale des agents de santé municipaux (CONFUSAM);
- Confédération nationale des agents de santé (CONFENATS);
- Fédération nationale des associations de techniciens des services de santé (FENTEES);
- Fédération nationale des professionnels universitaires des services de santé (FENPRUSS);
- Collège des médecins du Chili;
- Collège des infirmières du Chili;
- Collège de sages-femmes du Chili <sup>37</sup>.

La situation est différente au Brésil, malgré l'évolution récente vers la négociation collective dans les services de santé. Selon la loi, seules les organisations jouissant du statut de *sindicato* sont autorisées à représenter une profession et une branche d'activité dans une zone particulière. Les syndicats d'entreprise n'ont pas de statut légal. A l'intervention de l'Etat a été substituée l'application par voie judiciaire de lois interventionnistes. Les tribunaux jouent un rôle important dans la fixation des conditions d'emploi et des avantages connexes, mais leur influence tend à faiblir du fait du pouvoir accru des syndicats et de la décentralisation de la négociation collective. Dans le secteur de la santé, ces accords trouvent leur expression dans les nombreux syndicats qui agissent au niveau des Etats et dans les groupes professionnels affiliés à des confédérations telles que la Confédération nationale des agents de la sécurité sociale (CNTSS) et la Confédération nationale des agents de santé (CNTS). Dans le cadre du Système de santé unifié (SUS), a été créé en 1997 un comité national de négociation pour combler un besoin constaté par la Conférence nationale sur la santé, les conférences sur les ressources humaines du SUS et les organisations d'agents de santé, avec pour objectif d'engager un processus national de négociation en vue de régler les différends du travail. Il incombait au ministère de la Santé d'instituer un tel processus de négociation, lequel a été lancé au moment où le comité national de négociation du SUS a été créé officiellement, le but étant d'établir une instance permanente de négociation entre les employeurs et les travailleurs du système de santé. Cette instance avait pour mission d'instaurer avec le Conseil national de la santé (CNS) des relations telles que le CNS puisse jouer un rôle de médiateur en cas de différend. Le comité de négociation national compte neuf représentants des employeurs du secteur public et du gouvernement, mais aucun du secteur privé, et neuf représentants des syndicats et des organisations professionnelles <sup>38</sup>.

En Afrique, certains pays n'offrent aux agents de la fonction publique aucune possibilité de participation au dialogue social. Au Kenya, alors que les fonctionnaires jouissaient de droits syndicaux avant l'indépendance, le gouvernement a interdit en 1980 le Syndicat des fonctionnaires kenyans <sup>39</sup>, qui a été remplacé par une association du personnel

<sup>37</sup> Lethbridge, *op.cit.*

<sup>38</sup> *Ibid.*

<sup>39</sup> T. Fashoyin, *Kenya, op. cit.*, pp. 13-14.

---

non habilitée à négocier les conditions d'emploi. Toute tentative d'organisation par les travailleurs de certains secteurs de la fonction publique, notamment les médecins, était perçue comme une agression et était fortement combattue. A la fin des années quatre-vingt, une grève des médecins du service public, lesquels cherchaient à créer leur propre syndicat, a conduit au licenciement des grévistes. Ce type de restrictions n'est pas omniprésente en Afrique. La Zambie, par exemple, a été un pionnier de la négociation collective dans la fonction publique, une centaine de milliers d'agents étant couverts<sup>40</sup>.

Dans certains pays et régions, les organisations de travailleurs ont créé d'autres partenariats avec la société civile, y compris avec des organisations d'utilisateurs des services de santé<sup>41</sup>. Dans l'UE, de tels partenariats sont déjà bien développés et se traduisent par des déclarations communes de politique générale et des actions conjointes sur différentes questions sociales<sup>42</sup>. Aux Etats-Unis, après des débuts modestes, un certain nombre d'initiatives communes ont été prises sous forme de partenariats entre des organisations de travailleurs et d'autres organisations de la société civile. La création d'alliances travailleurs/communauté est devenue aujourd'hui l'une des grandes priorités du mouvement syndical américain<sup>43</sup>.

En ce qui concerne les questions relevant du dialogue social, des difficultés apparaissent dans divers domaines: accès à l'éducation et à la formation continue dans les professions médicales à évolution rapide; détermination d'une combinaison viable de compétences; organisation du travail; systèmes salariaux; approche équilibrée hommes-femmes dans la réforme des services de santé.

Pour les organisations de travailleurs, la *formation continue* est une question importante à divers égards. Tout d'abord, c'est un instrument de développement structurel pouvant se révéler utile aux membres dans les négociations collectives portant sur l'apprentissage; ensuite, elle apparaît aujourd'hui comme un thème de partenariat avec les employeurs. Aux Etats-Unis, le partenariat employeurs-travailleurs entre la Kaiser Permanente et la coalition syndicale (voir section 2.4) reconnaît à l'éducation et à la formation un rôle central dans l'élaboration des partenariats eux-mêmes et dans la promotion du développement des compétences en vue de l'amélioration des services. Pour UNISON, au Royaume-Uni, l'apprentissage est de plus en plus perçu comme une ressource stratégique du dialogue social. Outre la négociation de la formation professionnelle, UNISON propose lui-même un programme d'éducation et de formation par l'intermédiaire de son *Open College*, notamment des cours du cycle élémentaire dans le cadre d'un programme efficace appelé «Return to Learn», et des cours sanctionnés par un certificat dans toute une série de professions. Outre l'éducation et la formation prévues

<sup>40</sup> Voir T. Fashoyin: *Zambia – The contribution of social dialogue to economic and social development in Zambia*, Programme focal pour le renforcement du dialogue social (Genève, BIT, 2002), pp. 16-17.

<sup>41</sup> R. Simpson: *Decentralization and privatization of municipal services: The perspective of consumers and their organizations*, document de travail n° 176 du Programme des activités sectorielles (Genève, BIT, 2001), pp. 10-11.

<sup>42</sup> R. Hyman: *Social dialogue in Western Europe: «The state of the art»*, Programme focal pour le renforcement du dialogue social, document de travail n° 1 (Genève, BIT, 2000), pp. 11-12.

<sup>43</sup> K. Quan: *State of the art of social dialogue: The United States*, Programme focal pour le renforcement du dialogue social, document de travail n° 2 (Genève, BIT, 2000).

---

à l'intention des syndicalistes, ces activités visent à faciliter le renouveau de l'organisation et le perfectionnement individuel <sup>44</sup>.

Les systèmes de salaires mis en place ou modifiés par les gouvernements dans le cadre des réformes du secteur de la santé sont une tentative de réponse aux problèmes concernant la quantité et la qualité des services de santé, le but étant d'améliorer la santé publique et de répondre aux aspirations des usagers. Même si les gouvernements sont préoccupés par le manque de motivation du personnel, ce ne sont pas ces considérations qui les inspirent en premier lieu lorsqu'ils instaurent des systèmes de salaires. Lors des négociations collectives sur les salaires, les syndicats et les associations professionnelles doivent avoir conscience que cette priorité des gouvernements peut être contraire aux intérêts des travailleurs <sup>45</sup>. En Europe centrale et orientale, la rémunération des agents de santé a généralement baissé par rapport au salaire moyen national, après les réformes structurelles. Il faut dire aussi que les salaires sont de plus en plus souvent fixés par les institutions elles-mêmes (publiques et privées), au détriment de la négociation collective nationale <sup>46</sup>.

Au Royaume-Uni, le salaire des infirmières est devenu l'une des questions essentielles de la négociation collective depuis 1997, ce qui traduit une prise de conscience des pénuries croissantes dans ce secteur existant. Avant 1997, les infirmières et d'autres groupes professionnels de ce secteur bénéficiaient d'une seule augmentation de salaire par an. Depuis lors, des augmentations de salaires ont été accordées à certains groupes spécifiques, le but étant de recruter et de retenir des infirmières et autres agents de santé dont on avait besoin de toute urgence. Le personnel nouvellement recruté s'est vu accorder des augmentations de salaire plus élevées, et les barèmes salariaux ont favorisé les échelons les plus hauts, de manière à retenir le personnel le plus expérimenté. Ainsi les revenus sont-ils devenus plus élevés dans les services de santé que dans des professions d'autres secteurs de la fonction publique. Il y a également une tendance à regrouper les douze échelons salariaux existants en trois groupes, à savoir les médecins, les cadres et les non-cadres <sup>47</sup>.

Les syndicats et les associations professionnelles ont intensifié leurs efforts pour traiter par le dialogue social les questions de *l'égalité des chances et de traitement* entre hommes et femmes et entre les autres groupes de travailleurs (voir aussi la section 2.8.2). Dans les professions essentiellement féminines du secteur de la santé, la question de l'égalité entre hommes et femmes se pose essentiellement en termes d'égalité des chances sur le plan de la carrière et des rémunérations <sup>48</sup>. En cas de pénurie de personnel, la question peut aussi se poser de savoir comment attirer plus d'hommes dans ces

<sup>44</sup> A. Munro; H. Rainbird: «UNISON's approach to lifelong learning», dans M. Terry (ouvrage publié sous la direction), *op. cit.*, pp. 175-187.

<sup>45</sup> Afford, *op. cit.*, p. 19.

<sup>46</sup> *Ibid.*, pp. 43-44.

<sup>47</sup> Lethbridge, *op. cit.*

<sup>48</sup> «L'équité salariale» est définie comme suit: «Relever les salaires des femmes par différents mécanismes, notamment les revendications portant sur l'égalité de rémunération, l'égalité de rémunération pour un travail de valeur égale ou comparable, des salaires garantissant le minimum vital et la réévaluation du travail des femmes». J. Pillinger: *Pay equity in the public services*, Rapport de recherche pour le partenariat ISP/OIT sur l'équité des rémunérations dans le cadre de la campagne de l'ISP en faveur de l'équité salariale. Programme focal sur la promotion de la Déclaration (Genève, BIT, projet) (glossaire).

---

professions. La part des femmes dans les services de santé en général est importante (voir la section 1.3), mais varie d'une catégorie professionnelle à l'autre. C'est dans la catégorie des personnels infirmiers et dans les professions peu qualifiées que la proportion de femmes est la plus forte.

Pour diverses raisons, les perspectives de carrière des femmes sont médiocres dans les services de santé de nombreux pays. Les promotions sont souvent incompatibles avec le travail à temps partiel, souvent pratiqué par les agents de santé de sexe féminin. Par ailleurs, dans la fonction publique, les promotions sont liées à l'ancienneté et à la durée de service, ce qui désavantage les femmes ayant des responsabilités familiales, car elles sont souvent contraintes de prendre congé pendant leurs années de service. Or l'augmentation des rémunérations de la fonction publique passe par les promotions, d'où des écarts de salaires. En 1992, la Réunion sectorielle de l'OIT dans les services de santé a accordé une attention toute particulière à cette question au titre du point de l'ordre du jour intitulé «Egalité de chances et de traitement entre hommes et femmes dans les services médicaux et de santé».

A première vue, l'égalité des rémunérations semble aller de soi dans la fonction publique puisque la rémunération des employés suit traditionnellement des barèmes souvent valables à l'échelle nationale et appliqués de la même façon à toutes les personnes exerçant des fonctions classées dans des catégories établies qui couvrent fréquemment des secteurs divers. Cependant, en y regardant de plus près, on constate: *a*) que la rémunération réelle des personnes et groupes de personnes dépend d'une série d'autres facteurs que les barèmes salariaux; et *b*) que l'évolution qui s'opère actuellement dans le secteur public engendre une plus grande flexibilité de rémunération, comportant le risque de pratiques salariales inéquitables<sup>49</sup>. Dans la fonction publique, l'égalité de chances et de traitement n'est pas seulement une obligation juridique et sociale, mais aussi une nécessité à une époque où l'on tient de plus en plus compte des besoins des usagers. Les femmes sont souvent majoritaires chez les usagers des services de la fonction publique. En outre, dans certaines professions, le maintien des rémunérations à de faibles niveaux entraîne de graves pénuries de personnel qualifié. L'ISP a lancé en 2001 chez ses adhérents une campagne de sensibilisation sur l'équité des rémunérations et, en partenariat avec l'OIT, de promotion de la convention (n° 100) sur les relations de travail dans la fonction publique, 1951, et de la convention (n° 111) concernant la discrimination (emploi et profession), 1958, qui font partie des conventions fondamentales de l'OIT. De nombreux syndicats réévaluent leurs stratégies visant à assurer l'équité des rémunérations et insistent de plus en plus sur une approche intégrée de l'égalité entre hommes et femmes et sur la promotion de l'égalité<sup>50</sup>.

Les préoccupations évoquées ci-dessus sont souvent partagées par les organisations de travailleurs et d'employeurs et relèvent donc du dialogue social et des partenariats.

<sup>49</sup> Peut-être faudra-t-il remplacer les classifications de salaires par une analyse plus détaillée du travail effectué. L'ancien syndicat allemand des services publics et des transports (ÖTV) (qui a désormais fusionné pour devenir le Ver.di) avait exigé que soient inclus des critères supplémentaires pour les évaluations portant sur les compétences, la résistance au stress au travail, les qualités de direction requises et les conditions environnementales qui conviendraient mieux aux professions du secteur des services. M. Behrens; M. Fichter; C. Frege: *Unions in Germany: Groping to regain the initiative*, Institut international d'études sociales, document d'information n° 131 (Genève, BIT, 2002), pp. 21-22.

<sup>50</sup> Pour diverses stratégies, consulter J. Pillinger, *op. cit.*

---

## 2.6. Perspectives du dialogue social: conditions préalables et critères

Les perspectives du dialogue social sont fonctions d'une situation juridique déterminée par la législation du travail et le statut de la fonction publique dans un pays donné<sup>51</sup> ainsi que des normes internationales du travail et autres conventions et déclarations internationales. Cette situation juridique est également déterminée par la capacité institutionnelle et humaine à ouvrir et à maintenir le dialogue. Cette capacité peut elle-même être influencée et renforcée par l'éducation et la formation et par le développement d'autres formes de renforcement des capacités.

Pour que le dialogue social soit efficace, certaines conditions préalables doivent être remplies, notamment les suivantes<sup>52</sup>.

*Premièrement, la présence de partenaires sociaux forts, indépendants et responsables, qui soient capables de s'engager avec efficacité dans le dialogue social.* Des projets européens et des conférences sur le dialogue social dans le secteur hospitalier (voir section 2.2) ont exprimé à cet égard la nécessité d'assurer une formation intensive de toutes les parties au dialogue social. Au Royaume-Uni, le *Wolverhampton Health Care NHS Trust* est en train de mettre au point depuis 2000 un programme pilote de formation à l'intention des employeurs, des représentants syndicaux et des employés. Ce programme est mené en partenariat avec UNISON et est soutenu par le ministère du Commerce et de l'Industrie (voir section 2.8.4). Aux Etats-Unis, l'accord national passé en 2000 entre la Kaiser Permanente (voir section 2.4) et une coalition syndicale reconnaît qu'un «engagement important doit être pris en faveur de l'investissement dans la formation et l'éducation de la main-d'œuvre... Une participation efficace exige une connaissance et une compréhension élevées du secteur des soins de santé, des activités de la Kaiser Permanente et des principes du partenariat salariat-patronat.» Cet accord prévoit l'élaboration conjointe de programmes d'éducation des employés et la création d'un comité mixte pour les mettre en œuvre<sup>53</sup>.

*Deuxièmement, la volonté politique du gouvernement et des partenaires sociaux d'engager le dialogue social.* La condition préalable est que le gouvernement reconnaisse les employeurs et travailleurs comme partenaires sociaux du développement et que les employeurs et les travailleurs s'acceptent aussi mutuellement. En Nouvelle-Zélande, un cadre de travail sur l'approche tripartite des problèmes concernant les soins infirmiers a été élaboré en 2001 par trois conseils de santé de district (DHB) d'Auckland, par l'Organisation des personnels infirmiers de Nouvelle-Zélande (NZNO), par l'Association de la fonction publique (PSA) et par le gouvernement<sup>54</sup>. Ce document énonce les principes, suggère une marche à suivre, fixe le calendrier et définit les principaux indicateurs de succès et facteurs de risque. Les principes exposés présentent le gouvernement, les employeurs et les syndicats comme des partenaires légitimes ayant un rôle et des exigences différentes, et il est fait référence au système de dialogue social dans

<sup>51</sup> Pour un aperçu général, voir J. Hodges Aeberhard: *Comparative study of contents of civil service statutes*, Département de l'action gouvernementale, de la législation du travail et de l'administration du travail, doc. n° 5 (Genève, BIT, 2001).

<sup>52</sup> T. Fashoyin: *Promoting social dialogue ...*, *op. cit.*, p. 37.

<sup>53</sup> National Agreement: Kaiser Permanente – The Coalition of Kaiser Permanente Unions, AFL-CIO, oct. 2000, p. 14; <http://www.unac-ca.org/pdf/nationalagreement2000.pdf>

<sup>54</sup> Proposition d'approche tripartite des problèmes concernant le personnel infirmier de la région d'Auckland (Nouvelle-Zélande, 6 juillet 2001).



---

l'UE. L'initiative de la création d'une structure et d'un processus tripartites est fondée sur trois grands principes:

- reconnaissance du rôle et des intérêts légitimes de chaque partie;
- volonté de toutes les parties de contribuer de manière constructive aux actions engagées d'un commun accord;
- engagement de toutes les parties à respecter les résultats négociés.

*Troisièmement, un programme concret en ce qui concerne les questions économiques et sociales et celles relatives au travail, qui définit la portée du dialogue. Ce point inclut les thèmes et la forme de dialogue (consultation, négociation ou information). Des initiatives visant à créer un cadre formel de dialogue social au niveau de l'UE ont proposé pour ce programme les thèmes suivants<sup>55</sup>:*

- modernisation;
- développement de la qualité et réorganisation du travail;
- nouvelle gestion des ressources;
- pratiques optimales;
- éducation, formation et perfectionnement des compétences;
- égalité entre les sexes et entre les races;
- association des usagers/patients aux efforts visant à améliorer la qualité des soins de santé.

En Nouvelle-Zélande, la proposition d'approche tripartite des problèmes concernant les personnels infirmiers de la région d'Auckland a retenu les questions suivantes en vue du dialogue social:

- pénuries de personnel infirmier – stratégie de recrutement et de fidélisation du personnel;
- formation continue;
- dotation en personnel/charge de travail/combinaison de compétences;
- salaires;
- santé et sécurité.

*Quatrièmement, l'existence de divers niveaux de dialogue social (pays, secteurs, entreprises) liés entre eux par des mécanismes officiels et officieux. Au Danemark, l'Association des conseils de comté, l'Association danoise des personnels infirmiers, l'Association danoise des médecins assistants et l'Association danoise des agents du secteur public ont lancé un projet commun de coopération et de développement dans les hôpitaux, qui visait le développement organisationnel et la mise en valeur des ressources*

<sup>55</sup> *Le dialogue social dans le secteur hospitalier*, rapport de la conférence tenue au Parlement européen (Bruxelles, 12-13 mai 2000).

---

humaines. Le projet opère au niveau national ainsi qu'à celui des hôpitaux et des services hospitaliers. L'aptitude à prendre des mesures conjointes et à développer l'organisation du travail par le dialogue social est considérée comme essentielle au succès du projet <sup>56</sup>.

*Cinquièmement, une forme de dialogue adaptée à la situation nationale, les systèmes de relations de travail n'étant pas toujours transposables.* Il est essentiel que le dialogue social soit mené dans le respect des normes internationales du travail. Cependant, chaque situation est unique, puisqu'elle est déterminée par un certain nombre d'éléments, comme notamment le secteur en cause, les acteurs impliqués et l'environnement socio-économique et politique. Un système n'est pas forcément transposable dans un autre contexte, et les «modèles» ainsi que les «enseignements tirés» doivent être examinés avec soin de manière à déterminer leur applicabilité à d'autres situations. Le dialogue social peut être mené par secteur ou selon d'autres critères, mais les critères retenus doivent être explicites. Ces critères sont souvent définis conjointement par les partenaires sociaux et appliqués dans le cadre du dialogue social. Ils peuvent être de nature méthodologique: «créer un processus durable», «parvenir à des accords officiels», «éviter une action revendicative». La capacité et l'efficacité des mécanismes tripartites dépendront, entre autres, de facteurs tels que la représentativité des participants, mais aussi de la combinaison des activités, de leur fréquence et de leur coordination.

## **2.7. Les indicateurs d'efficacité du dialogue social**

L'efficacité du dialogue social s'exprime à travers la satisfaction que tirent les employeurs et les travailleurs des accords conclus. Etant donné que les accords résultent de compromis, le degré de satisfaction doit s'équilibrer entre les deux parties. Cette satisfaction peut se mesurer à l'aune des résultats économiques des services de santé et à celle des conditions d'emploi et de travail du personnel. L'efficacité du dialogue social se traduit aussi par un impact accru des services de santé sur la santé publique, c'est-à-dire par une amélioration des «résultats de la santé» et de la satisfaction des patients et du public en général.

Pour contrôler et mesurer cette appréciation et l'efficacité du dialogue social, il faut disposer d'indicateurs d'évaluation, d'où la nécessité de convenir de tels indicateurs par le dialogue social. Il pourrait être encore préférable d'élaborer ces indicateurs, dans le cadre du dialogue social, ce qui assurerait le contrôle des partenaires et l'utilisation de leurs connaissances spécifiques.

Au Danemark, les employeurs du secteur public ont pris une initiative visant à définir des indicateurs de qualité des traitements et des soins dans les services de santé. Ce projet a été mis en œuvre dans des services hospitaliers, avec la participation des associations de personnel infirmier, de médecins et de thérapeutes. Des indicateurs ont été établis et l'on a procédé à une tentative d'évaluation qualitative. Les principaux aspects évalués sont la satisfaction au travail, la productivité et la qualité, les nouvelles relations entre les parties et les nouvelles relations dans les services <sup>57</sup>.

En Nouvelle-Zélande, les parties signataires de la proposition d'approche tripartite des problèmes concernant les soins infirmiers ont défini un certain nombre d'indicateurs de succès importants pour les différents points du programme relatif au dialogue social (tableau 2.3).

<sup>56</sup> B. Hansen, *op. cit.*

<sup>57</sup> EuroCareNet: Change of work organization, *op. cit.*, pp. 98-101.

**Tableau 2.3. Principaux indicateurs de succès par point du programme relatif au dialogue social (Nouvelle-Zélande)**

Domaine relevant du dialogue social	Principaux indicateurs de succès
Pénuries de soins infirmiers: stratégie d'embauche et de maintien dans l'emploi du personnel infirmier	<ul style="list-style-type: none"> <li>- détermination précise de l'ampleur du problème</li> <li>- données cohérentes et défendables</li> <li>- lorsque c'est utile, stratégies communes d'embauche et de maintien dans l'emploi et, lorsque c'est nécessaire, stratégies différenciées</li> <li>- réduction du nombre d'emplois vacants</li> <li>- embauche mieux ciblée</li> </ul>
Formation continue	<ul style="list-style-type: none"> <li>- vision commune du plan de carrière</li> <li>- réduire la bureaucratie en matière transferts de compétences</li> <li>- contribution accrue du secteur à la formation universitaire et post-universitaire</li> </ul>
Dotation en personnel/charge de travail/combinaison de compétences	<ul style="list-style-type: none"> <li>- excellentes qualités des services</li> <li>- réduction des risques cliniques</li> <li>- les infirmiers ont plus de temps pour fournir les soins voulus</li> </ul>
Salaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>- prévisions budgétaires fiables pour toutes les parties</li> <li>- apaiser les actions revendicatives</li> </ul>
Santé et sécurité	<ul style="list-style-type: none"> <li>- diminution des congés de maladie</li> <li>- maintien accru du personnel dans l'emploi</li> <li>- diminution de la responsabilité de l'employeur</li> </ul>

Source: Proposition d'approche tripartite des problèmes concernant le personnel infirmier dans la région d'Auckland (Nouvelle-Zélande, 6 juillet 2001).

Des indicateurs pourraient également être élaborés afin d'évaluer les situations où les problèmes subsistent. S'agissant des négociations, ces indicateurs pourraient être liées à la fréquence des actions revendicatives, des médiations et des procédures de conciliation ou à l'échec de ces négociations.

## **2.8. L'efficacité dans les faits: exemples de bonnes pratiques**

Il y a de nombreux exemples où l'absence ou l'insuffisance de dialogue social a contribué à faire échouer les changements ou réformes mis en œuvre dans les services de santé. Il semble cependant approprié de se fonder sur les bonnes pratiques pour établir des cadres pour la conception et la conception et l'application du dialogue social. Identifier les bonnes pratiques puis opérer un choix entre divers cas est une tâche complexe, l'un ou l'autre des partenaires sociaux estimant toujours que tel ou tel élément du processus est susceptible d'amélioration. Les sous-sections suivantes décrivent plus en détail quatre cas: Brésil, Canada, Chili et Royaume-Uni<sup>58</sup>, qui illustrent chacun une manière de conduire le dialogue social dans différentes parties du monde. Ces exemples montrent aussi comment d'autres groupes de la société civile peuvent apporter une contribution complémentaire au dialogue social. Il appartient à ceux qui cherchent leurs propres modalités de dialogue social d'en tirer des enseignements.

<sup>58</sup> La description des quatre cas est empruntée pour l'essentiel à J. Lethbridge: *Social dialogue in health services, op. cit.*

---

### 2.8.1. Brésil: décentralisation

Comme on l'a vu à la section 2.6 ci-dessus, la capacité de dialogue social est fondée sur la situation juridique dans un pays donné, laquelle est déterminée par la législation nationale, par les normes internationales du travail et par d'autres conventions et déclarations internationales. En ce qui concerne les normes internationales du travail, il convient de noter que le Brésil n'a pas encore ratifié la convention (n° 87) sur la liberté syndicale et la protection du droit syndical, 1948<sup>59</sup>. En tant qu'Etat Membre de l'OIT, il est néanmoins tenu de respecter les principes et droits fondamentaux au travail, parmi lesquels figure la liberté syndicale, ainsi que le confirme la Déclaration de l'OIT.

Les conseils de santé municipaux ont été choisis comme exemple de dialogue social dans les services de santé du Brésil. Les conseils de santé ont été créés en tant que partie intégrante du Système unifié de santé (SUS), dans le cadre de la décentralisation, entreprise au début des années quatre-vingt-dix. Les membres des conseils sont issus de trois groupes: hauts fonctionnaires/directeurs de services de santé, agents de santé, usagers. Ils opèrent aux niveaux local, municipal et fédéral ainsi qu'à celui des Etats. Les objectifs des conseils de santé sont les suivants:

- surveiller la santé de la population par rapport aux risques et droits en matière de santé;
- promouvoir, protéger et rétablir la santé de la population, notamment des catégories les plus exposées aux risques;
- élaborer des stratégies et plans d'application pour améliorer la santé.

Les conseils de santé municipaux illustrent une forme de dialogue social mise en place et officialisée dans un système général de réforme de la santé. Ils témoignent de la nécessité de créer un mécanisme de dialogue social à tous les niveaux et de la difficulté à encourager la participation populaire.

La Constitution du Brésil de 1988 fixe un certain nombre d'objectifs qui régissent les droits en matière de santé, de sécurité sociale et d'assistance sociale. L'un de ces objectifs est une forme démocratique et décentralisée d'administration quadripartite à laquelle participent les travailleurs, les employeurs, les pensionnés et l'Etat. Par ailleurs, l'article 377 de la loi n° 8.080 (19 sept. 1990) a institué le Conseil national de santé (CNS) et la loi n° 8.142 (28 la décentralisation et de la privatisation sur les services municipaux. 1990) prévoit la convocation, tous les quatre ans, d'une conférence nationale de la santé et définit les rapports entre le CNS, la Conférence nationale de la santé et les conseils locaux, d'Etat et municipaux.

La Conférence nationale de la santé et les conseils de santé, qui sont les deux formes de participation populaire, ont à charge de superviser la gestion du Système unifié de santé. Ces deux structures sont considérées comme essentielles pour débattre de la politique de la santé dans chaque domaine géré par le système. Tout en ayant des objectifs spécifiques, les conseils ont également à charge: *a)* de suivre les relations entre les travailleurs et les employeurs, *b)* de traiter les plaintes émanant d'usagers des services de santé, et *c)* d'organiser des projets multidisciplinaires pour la promotion, la protection et le rétablissement de la santé de la population.

<sup>59</sup> Cependant, le Brésil a ratifié les sept autres conventions fondamentales, y compris la convention (n° 98) sur le droit d'organisation et de négociation collective, 1949.

---

## Préparation au dialogue social?

La préparation du dialogue social, dans lequel les conseils de santé sont appelés à jouer un rôle de premier plan, est fondée sur trois éléments:

- élaboration initiale du concept d'action sociale dans le cadre du secteur de la santé;
- expérience relative aux structures de participation;
- perfectionnement des membres des conseils de santé, avec le soutien du CNS, du Conseil national des secrétaires municipaux à la santé (CONASEMS) et des autorités municipales.

De 1979 à 1986, une alliance formée de professionnels de la santé, d'universitaires, de chefs d'agences publiques et de parlementaires a élaboré un plan d'action pour une réforme de la santé visant à garantir l'accès des soins à l'ensemble de la population. Ce plan, connu sous le nom d'action intégrée pour la santé (AIS) recense une série de mesures prioritaires visant à garantir l'accès universel aux services de santé, en vue de régir les relations entre le secteur public et le secteur privé, et de démocratiser le processus de décisions concernant les politiques et les priorités. Cet agenda a été examiné à la huitième Conférence nationale de la santé en 1986, et une proposition de réforme a été soumise à l'Assemblée constitutionnelle nationale. La réforme de la santé qui a suivi a résulté de facteurs politiques et idéologiques plutôt que de facteurs financiers. La loi portant réforme de la santé a complété le droit de la population, inscrit dans la nouvelle Constitution, à participer à la prise de décisions. L'alliance qui a conçu cette réforme a été influencée par les expériences de type participatif entreprises dans le domaine de la santé pendant les années soixante et soixante-dix et qui se sont poursuivies avec le rétablissement de la démocratie en 1982. Ces expériences qui ont façonné la réforme et la législation de la santé ont préparé le terrain pour la création des conseils de santé municipaux.

Il ressort des études, qui ont examiné l'expérience des douze conseils de santé municipaux légalement établis en 1993 dans différents Etats du Brésil, que quatre municipalités étaient déjà dotées de tels conseils avant cette date. Forts de cette expérience de la participation populaire pour les questions de société et de santé, ces conseils étaient mieux préparés à assumer leurs responsabilités.

Le Conseil national de santé (CNS) a joué un rôle important en apportant son appui aux membres des conseils de santé, notamment par le biais de la Conférence nationale de la santé. Il a facilité la tenue de réunions régulières des secrétaires des conseils de santé, et le Conseil national des secrétaires d'Etat à la santé (CONASS) et le CONASEMS ont apporté une précieuse contribution en offrant aux conseils de santé la possibilité de se réunir, de débattre de problèmes communs et de déterminer comment renforcer les capacités et intensifier la formation.

## Amorce du dialogue social

Le dialogue social a commencé par la réforme consistant à décentraliser le Système unifié de santé (SUS). La formulation de la politique de santé a légitimement été confiée aux conseils de santé, ce qui témoignait d'une nouvelle façon de concevoir la gestion du secteur. En 1992, le CNS a approuvé la résolution 33/92 portant création des conseils de santé municipaux et des conseils de santé des Etats. Plus de 3 000 conseils municipaux ont été créés dans tout le Brésil, et on estime à plus de 70 000 le nombre de personnes associées à leurs activités.

---

## Modalités et étapes du dialogue social

Le mode de fonctionnement des conseils de santé municipaux a entraîné une modification de leur composition ainsi que des structures et processus y afférents. Nombre de ces changements peuvent être perçus comme une évolution du processus élargi de dialogue instauré par ces conseils.

Comme point de départ, il est utile de comprendre comment les conseils de santé municipaux perçoivent leur rôle et leurs fonctions. Une étude sur les représentants des usagers au sein d'un conseil de santé municipal de Rio de Janeiro a porté sur un total de 18 membres représentant les usagers des services de santé, dont 15 hommes et trois femmes. Les grands groupes professionnels représentés étaient les pensionnés, les professionnels et les travailleurs qualifiés. Nombre de ces membres siégeaient au conseil de santé en raison de leurs convictions, d'autres estimaient que leur responsabilité consistait à transmettre au conseil de santé municipal les préoccupations de la population locale concernant la santé et les services de santé et à communiquer ensuite à cette population les vues du conseil.

S'agissant des conseils de santé municipaux en général, l'étude indique que, de l'avis de la moitié des représentants, ces conseils jouent un rôle important dans la recherche de solutions aux problèmes et contribuent à l'action sociale. Cependant, des divergences de vues sont apparues sur le rôle des conseils dans l'amélioration des services de santé. Certains représentants estiment que leur mission principale est d'améliorer les services de santé, d'autres que leur rôle est de dresser le bilan des services de santé et d'identifier les responsables; d'autres encore considèrent qu'il leur incombe d'identifier les problèmes et d'associer la population locale à la recherche de solutions. Ces divergences montrent que les conseils de santé municipaux couvrent de vastes secteurs de responsabilité et peuvent parfois avoir des différends.

Parmi les autres formes de participation populaire aux services de santé, on peut citer les groupes de travail créés par certains conseils de santé municipaux, ou les conférences ordinaires que ces conseils sont légalement tenus de convoquer. De nouveaux groupes, tels que ceux formés par les syndicats s'intéressant à la santé des travailleurs, ont été associés dans un premier temps par le biais des conférences municipales sur la santé et, par la suite, par l'adhésion au conseil. Les conférences sur la santé offrent une occasion importante de débattre des travaux des conseils. Quelques municipalités ont aussi créé des conseils de santé locaux pour couvrir des localités de leur ressort. Ces structures décentralisées ont contribué à améliorer la diffusion des informations et des décisions émanant des conseils de santé municipaux, d'où aussi le fonctionnement des structures de santé municipales.

La réforme générale de la santé et le processus de décentralisation touchent progressivement toutes les municipalités. Certaines d'entre elles sont chargées de la gestion de l'ensemble du système de santé, d'autres gèrent les services de soins ambulatoires et de soins de santé primaires. L'introduction de responsabilités de gestion, même partielles, a souvent entraîné des changements dans les conseils de santé municipaux. On a constaté que cinq municipalités ont modifié la composition de leurs conseils pour assumer la gestion des services de soins ambulatoires et de soins de santé primaires. Toutes ont augmenté le nombre de représentants communautaires.

Il y a également eu des changements dans le mode de sélection du président des conseils de santé municipaux. Au début, dans 11 municipalités sur 12, le secrétaire local à la santé, souvent un médecin, était le président «naturel» du conseil. Six municipalités ont procédé ultérieurement à des changements pour qu'une élection puisse avoir lieu. Le fait d'avoir désormais la haute main sur le budget municipal de la santé a été, semble-t-il, un

---

facteur important qui a permis d'instituer un processus plus transparent d'élection du président.

Parmi les questions inscrites à l'ordre du jour de la réunion de 2000 des conseils nationaux de la santé figurait la nécessité de renforcer les infrastructures institutionnelles d'appui, d'assurer la circulation des informations et des communications entre les conseils à tous les niveaux, et de renforcer la capacité des membres. L'expérience des dix dernières années montre que certains conseils ont réussi, dans certains districts et à certains niveaux, à influencer la politique de santé et à superviser la prestation des services. Toutefois, dans certains Etats et certaines municipalités, des problèmes subsistent en ce qui concerne les compétences techniques des conseils, et l'on observe des clivages entre les membres.

## Contrôle et évaluation du dialogue social

En 2000, après dix années de fonctionnement, le Conseil national de santé a analysé l'expérience des conseils de santé; les résultats ont été examinés avec les secrétaires de ces conseils, en décembre 2000. Cette analyse a porté sur plusieurs aspects du rôle et du fonctionnement des conseils, ainsi que sur certains des problèmes auxquels ils sont confrontés depuis leur création.

Les conseils municipaux de la santé sont composés de représentants des administrateurs/prestataires de services de santé (publics et privés), des agents de santé et des usagers. Ces trois principaux groupes d'intérêts ont des optiques différentes. Il leur faut travailler ensemble pour recueillir des informations, analyser des stratégies et superviser la mise en œuvre de la politique de santé. Il est ressorti de cette analyse qu'il faut élaborer une nouvelle culture politique qui soit plus vaste que la somme des intérêts particuliers de ces groupes.

Au sein de la société brésilienne, l'action sociale a été fortement influencée pendant les années quatre-vingt-dix par la transformation des mouvements de travailleurs urbains en groupes d'action constitués de retraités (Caisse des retraites et pensions). On a également observé une augmentation du nombre des associations de résidents, des groupes religieux, des groupes de femmes et autres groupes communautaires, qui ont commencé à exprimer des demandes à l'égard des services de santé. Le développement de ces groupes a également eu un impact sur les conseils de santé municipaux. Dans les années 90, les membres des conseils de santé d'Etat et des conseils de santé municipaux ont tenu deux réunions pour tirer des enseignements de la création et du fonctionnement des conseils. Ils se sont penchés en particulier sur le rôle et les besoins des usagers et des agents de santé les moins bien rémunérés. Dans ce sens, les revendications des conseils de santé sont l'expression de luttes plus vastes au sein de la société.

Le CNS a joué un rôle important d'appui au développement des conseils de santé, au niveau des Etats et des municipalités. Il a établi des partenariats féconds avec les secrétaires à la santé des administrations des Etats, qui ont conjugué leurs efforts pour enregistrer tous les conseils de santé et améliorer leur fonctionnement en permettant à leurs membres de se perfectionner. Le CNS a également joué le rôle de médiateur pour apaiser des tensions entre les conseils de santé des Etats et les conseils de santé municipaux.

Plus de 3 000 conseils de santé municipaux ont été créés au cours des années quatre-vingt-dix. Selon l'analyse du CNS, le système de santé comptait en 2000 de «nouveaux acteurs», porteurs d'une vision stratégique et conscients de leur pouvoir au sein du système de santé décentralisé. La capacité de ces nouveaux acteurs à influencer et modifier la politique de santé commence à devenir perceptible. En conclusion, les secrétaires des conseils de santé ont admis que ce sont les conseils qui ont façonné cette

---

vision, mais qu'il subsiste des problèmes quant à la capacité et aux relations sur les autres agences et acteurs.

### **2.8.2. Canada (Saskatchewan): égalité des chances**

L'accord de partenariat signé le 15 novembre 2000 entre la Saskatchewan Association of Health Organizations (SAHO), le Conseil des soins de santé du Syndicat canadien de la fonction publique (SCFP) et le Bureau des affaires intergouvernementales et autochtones du Saskatchewan (IAA) est pris comme exemple de dialogue social. Cet accord de partenariat vise à améliorer l'emploi des autochtones dans le secteur des soins de santé de la province du Saskatchewan.

En 1992, l'IAA a créé le Programme de développement économique des autochtones (PDEA), qui s'est fondé sur le partenariat pour élaborer une stratégie en faveur de la main-d'œuvre autochtone représentative. C'est parce qu'il comporte une main-d'œuvre nombreuse composée d'une grande variété de groupes professionnels que le secteur de la santé a été choisi pour l'accord de partenariat, et aussi parce que les populations autochtones y étaient nettement sous-représentées. En effet, elles ne représentaient alors qu'un pour cent des travailleurs du secteur de la santé alors qu'elles constituent 12 pour cent de la population du Saskatchewan.

En 1995, le PDEA avait mis en œuvre la stratégie pour une main-d'œuvre autochtone représentative et signé son premier accord de partenariat avec le Conseil du santé de district de Saskatoon. Entre 1995 et 2000, 20 districts ont signé des accords et, en 2001, ils avaient recruté plus de 900 autochtones qualifiés.

L'objet de cette stratégie est de créer une main-d'œuvre qui soit représentative de la population autochtone à tous les niveaux professionnels, en proportion de la population de la province. Seuls 47 pour cent environ de la population autochtone en âge de travailler ont un emploi et 46 000 autochtones devraient rejoindre les rangs de la population active au cours des neuf prochaines années.

#### **Amorce du dialogue social**

La SAHO est l'organisme de négociation pour tous les agents de santé de la province du Saskatchewan. En 1996, elle a signé avec l'IAA un accord de partenariat par lequel les parties sont convenues d'identifier, de concert avec les syndicats, les dispositions figurant dans les conventions collectives susceptibles de décourager les travailleurs autochtones ou de limiter leur accès aux possibilités d'emploi dans le secteur de la santé, et d'étudier et de favoriser l'incorporation dans les conventions collectives de dispositions propres à promouvoir l'équité pour tous les agents, actuels et futurs, du secteur de la santé.

En 1999, le partenariat SAHO/IAA a cherché à dialoguer avec les syndicats au sujet du PDEA et invité des représentants du SCFP, ainsi que quatre autres syndicats de travailleurs de la santé à la table du comité directeur des partenariats. Ce comité a créé une série de groupes pour faire avancer les travaux. La SAHO a conduit deux de ces groupes, qui ont traité de questions touchant à l'élaboration des politiques et à l'évaluation des besoins en ressources humaines et en formation.

#### **Préparation au dialogue social**

##### **Modalités et étapes du dialogue social**

Pour élaborer une politique de développement économique des autochtones, la SAHO a invité les syndicats, les employeurs, les institutions de formation et la communauté



---

autochtone à participer à une série de discussions de groupe sur le développement des ressources humaines, et il a été convenu qu'un instrument de mise au point de la politique et un guide de planification pour une main-d'œuvre représentative seraient mis à disposition en février 2002. Le processus d'évaluation des besoins en ressources humaines et de formation a conduit à l'établissement d'un rapport final en 2000.

Au terme des discussions menées avec la SAHO et l'IAA, le SCFP a manifesté un intérêt grandissant pour signer avec ces organisations son propre accord de partenariat. Les trois parties ont élaboré un projet, qu'ils ont soumis à un certain nombre de membres du SCFP de la province et aux employeurs, pour examen et discussion.

Après les premières discussions du groupe, la SAHO a créé un groupe de travail des employeurs, composé de directeurs généraux et de spécialistes des ressources humaines. Une fois approuvé, l'accord a été soumis au conseil de la SAHO. La signature officielle de l'accord entre la SCPF, la SAHO et l'IAA a eu lieu le 15 novembre 2000.

Par cet accord, le SCPF, la SAHO et l'IAA ont établi le principe d'une collaboration pour la recherche de solutions relatives aux questions suivantes:

- initiatives concernant des conventions collectives;
- élaboration d'une stratégie de communication entre les autochtones et le secteur de la santé;
- établissement de plans de carrière;
- stratégie relative aux besoins de formation avec des institutions appropriées;
- coopération avec les employeurs du secteur de la santé pour élaborer une stratégie de recrutement, de formation et d'insertion durable de travailleurs autochtones.

Un comité directeur tripartite pour les partenariats a été constitué depuis la signature de l'accord; composé de représentants du SCPF, de la SAHO, de l'IAA et d'autres syndicats, il est chargé d'établir un plan-cadre pour inscrire la question de la main-d'œuvre représentative dans le prochain cycle de négociations. Cette question figurait à l'ordre du jour des négociations pour la nouvelle convention collective, qui a été ratifiée en octobre 2001. D'autres syndicats ont inclus une formulation similaire dans leur convention collective. Sont abordées les questions suivantes:

- représentation de la main-d'œuvre;
- préparation du lieu de travail: possibilités d'éducation à l'intention du personnel en place pour mettre un terme aux préjugés concernant les populations autochtones;
- formation en cours d'emploi, y compris alphabétisation et orientation professionnelle;
- anciens: si le travailleur en fait la demande, un ancien peut être présent lors de l'examen de problèmes touchant les autochtones;
- prise en compte des pratiques religieuses et culturelles.

Le comité directeur a également demandé au gouvernement d'apporter une aide financière à la formation, à hauteur de 3 millions de dollars canadiens pour les trois prochaines années. Le SCPF et la SAHO ont organisé beaucoup d'activités de formation et d'éducation à l'intention de la main-d'œuvre et des employeurs. La SAHO est en train d'élaborer une formation en ligne pour les nouveaux agents (autochtones et non

---

autochtones) du secteur de la santé. Le SCFP et la SAHO ont recruté à plein temps des coordinateurs chargés d'animer des ateliers éducatifs dans toute la province, et la SAHO a assuré, sur l'ensemble du territoire de la province, une formation par satellite fondée sur son propre matériel didactique vidéo.

### Contrôle et évaluation du dialogue social

L'application des accords de partenariat est cosurveillée et co-évaluée par le comité directeur tripartite des partenariats, qui se réunit régulièrement, entre deux fois par an et une fois par mois. A cette réunion, l'IAA et les partenaires évaluent les progrès accomplis et identifient les difficultés, se concertant pour la recherche de solutions. Certains partenariats ont des plans stratégiques qui sont examinés une fois par an pour évaluer les résultats. Les projets sont ensuite classés selon un ordre de priorité en fonction des progrès à accomplir. Les réunions régulières permettent de maintenir la force de l'engagement commun et le soutien mutuel.

Le PDEA prend aussi des initiatives à l'échelon de la province, qui assure un appui complémentaire aux partenariats du secteur de la santé, notamment en se réunissant avec des syndicats extérieurs pour les sensibiliser à l'importance de leur participation à la stratégie pour une main-d'œuvre représentative.

### **2.8.3. Chili: réforme du secteur de la santé**

Le processus de consultation pour la réforme de la santé est un exemple du dialogue social au Chili. Ce processus, engagé à la fin de 2000, suit toujours son cours. Il n'a pas été facile. Le bilan ci-après illustre certaines des pressions qui s'exercent au cours d'une consultation nationale associant beaucoup de groupes d'intérêts souvent très divers.

La réforme du secteur de la santé se poursuit depuis les années soixante-dix, la participation du secteur privé s'étant élargie par le biais d'un régime privé d'assurance maladie. De nombreux groupes du secteur de la santé ont voulu entreprendre une nouvelle réforme en vue, dans un premier temps, d'aborder les problèmes suivants:

- accroissement de la demande de services de santé familiale dans le cadre du Plan de santé pour la famille;
- conflit entre le financement par habitant assuré par l'administration centrale et la multiplication des demandes individuelles de services;
- incapacité des prestataires municipaux à fournir des services faute de ressources financières et de contrôle financier au niveau municipal;
- prise en charge sélective (écrémage) des risques par les caisses privées d'assurance maladie (ISAPRE – *Instituciones de Salud Previsional*), dont la majorité des affiliés ont entre 25 et 40 ans, et qui ne compte que 2 pour cent d'affiliés de plus de 65 ans.

### Préparation au dialogue social

Le débat public mené depuis 1990 sur la santé et autres questions sociales a permis à différents groupes tels que syndicats, groupes de la société civile et différents échelons de l'administration d'acquérir une certaine expérience. En 1990, a été conclu un accord-cadre général qui permet de développer le dialogue entre le gouvernement, les employeurs et les syndicats. Dernièrement, les partenaires sociaux ont intensifié les négociations sur des questions sociales et économiques. De nombreux syndicats préparent des déclarations concernant les futures politiques de la santé. L'expérience globale d'un débat social élargi

---

sur la santé et d'autres questions clés ont aussi préparé d'autres groupes de la société civile à ce processus. En outre, le Collège des médecins du Chili, que le gouvernement a exclu en 1981 de la participation à l'élaboration de la politique de la santé, parle à nouveau d'une voix forte sur les questions médicales et sanitaires au Chili.

### Amorce du dialogue social

En 2000, le gouvernement a initié un processus de dialogue social avec les syndicats, les utilisateurs des services de santé, les professionnels de la santé, des groupes du secteur privé et des groupes non gouvernementaux. Cette évolution s'inscrit dans le contexte des dix années précédentes où avec le retour de la démocratie, des initiatives ont été prises pour stimuler le dialogue entre le gouvernement et d'autres groupes et secteurs sur une série de questions.

### Modalités et étapes du dialogue social

Le processus de consultation peut se diviser en deux étapes. La première, qui a démarré à la fin de l'année 2000 et s'est poursuivie jusqu'en avril 2001, comportait des discussions informant le public sur le projet de réforme de la santé. La seconde a commencé en mai 2001 avec le lancement du projet de réforme de la santé et l'élaboration d'un projet de loi relatif aux droits en matière de santé.

A la fin de l'année 2000, le ministère de la Santé a organisé une série de «journées de participation communautaire» dont l'objet était de déterminer le contenu d'une future stratégie nationale et d'un futur plan national de la santé. Les discussions ont porté principalement sur le thème «La santé que nous voulons pour le Chili». Les informations recueillies lors de ces discussions ont servi à élaborer des propositions pour la réforme de la santé. Des groupes très divers ont été associés à ces discussions, y compris des syndicats.

Une série de réunions a été organisée avec les dirigeants d'associations citoyennes communautaires et de consommateurs sur les thèmes suivants:

- les objectifs nationaux dans le domaine de la santé doivent être fixés compte tenu des problèmes les plus importants aux niveaux régional et national. Ces objectifs guideront l'élaboration du système de santé sur la base des avis tant d'experts que de profanes;
- amélioration des traitements et de la qualité des soins;
- amélioration du système de santé dans les régions;
- lutte contre la discrimination à l'égard des personnes vulnérables et les plus exposées aux risques;
- la santé: une responsabilité qui incombe à chacun;
- la population doit contribuer à la promotion de la santé et à la création d'un environnement salubre.

Les discussions supplémentaires de mars et avril 2001 ont permis aux populations de contribuer au processus au niveau local.

Lorsque le Président du Chili a lancé la réforme, il a souligné que la santé est une priorité sociale et que la dignité de la personne humaine est au cœur de la réforme. Celle-ci vise à promouvoir la santé publique, en encourageant la prévention. Le Président a indiqué

---

qu'un Plan de santé garanti facilitera l'accès aux services et que les centres de soins de santé primaires seront ouverts toute la semaine et le samedi matin. Il a ajouté que le secteur privé doit être réglementé et que les affiliés à une caisse privée d'assurance maladie (ISAPRE) bénéficieront de droits renforcés contre la discrimination. Il ne s'agit pas de défendre les régimes privés ou les régimes publics, mais plutôt un système où les deux secteurs coopèrent sans heurts.

La loi sur les droits en matière de santé, promulguée en juin 2001, énonce les droits et devoirs de la population relatifs à la santé. Ces droits sont notamment les suivants:

- accès sans discrimination;
- traitement digne et amical;
- droit des patients hospitalisés de recevoir visites (famille, amis) et soutien moral;
- possibilité d'exprimer son avis aux agents de santé;
- droit à l'information sur les aspects tant cliniques qu'administratifs des soins;
- droit de consentir ou non, en connaissance de cause, à un traitement ou à une intervention invasive;
- information privée et confidentielle.

Pour ce qui est des devoirs, la loi dispose qu'il incombe à chacun de travailler avec les autres à créer un milieu sain et de contribuer à sa propre santé, à celle de sa famille et de la communauté. La réforme renforcera la protection des droits à la santé et précisera les devoirs de chacun à cet égard.

Une seconde étape du processus de consultation a commencé par une série de réunions au cours desquelles le projet de loi a été débattu. Certaines des réponses apportées par les groupes professionnels, les syndicats et les groupes communautaires montrent la diversité des doctrines et principes présentés dans le cadre de ce processus de dialogue social. Nombre de réponses sont la réaffirmation du droit de la personne à la santé et de la nécessité de disposer d'un système de soins de santé qui soit équitable et universel. Autre sujet récurrent: il importe de renforcer le système de santé publique et de rejeter l'idée de traiter la santé comme une marchandise.

Pendant la Conférence nationale du Collège des infirmières du Chili en 2001, les personnels infirmiers ont adressé au ministère de la Santé différentes revendications, à savoir:

- rôle accru dans la réforme de la santé;
- amélioration des plans de carrière et, partant, des conditions de travail;
- mise en valeur des ressources professionnelles et humaines;
- politique explicite en faveur de la formation d'effectifs plus nombreux;
- rôle plus important confié aux personnels infirmiers au sein de la communauté et dans le domaine de la prévention.

---

Ces exigences sont nettement plus spécifiques que celles des médecins et reflètent certaines des difficultés que rencontrent les personnels infirmiers dans le système de santé publique.

Le Collège des médecins du Chili a présenté un long rapport très positif sur la réforme de la santé. Il a demandé que les dépenses de santé soient portées à des niveaux comparables à ceux d'autres pays. Il a énoncé un certain nombre de principes directeurs pour la réforme:

- une population en bonne santé;
- respect de la dignité humaine;
- la santé et les soins: un bien social;
- la santé et les soins: une responsabilité de l'Etat;
- égalité, solidarité, universalité et utilisation efficace des ressources, qualité et efficacité;
- un système de santé mixte: amener les secteurs public et privé à travailler ensemble dans la transparence.

L'étape suivante a consisté à organiser une série de tables rondes réunissant syndicats, employeurs, utilisateurs des services de santé, groupes communautaires, consommateurs et autres groupes de la société civile. Ces tables rondes ont été inaugurées par le ministère de la Santé. Les discussions ont été retardées et beaucoup ont remarqué l'absence de personnes qui auraient souhaité participer. Les tables rondes ont connu un coup d'arrêt en octobre 2001 à la suite des critiques émanant de tous les participants selon lesquelles les discussions ne portaient pas suffisamment sur les problèmes de fond et qu'elles étaient trop influencées par les élections prévues en 2002.

La faillite des tables rondes a été déclenchée par l'annonce d'un nouveau projet de législation visant à garantir les soins aux affiliés d'une caisse privée (ISAPRE). Un document avait déjà filtré en août 2001 dans lequel était exposé un projet de proposition relative à la réforme des ISAPRE, préconisant un modèle similaire aux organisations de soins de santé intégrés relevant du système de gestion des soins en vigueur aux Etats-Unis. Bien que le ministre de la Santé l'ait alors contesté, le nouveau projet de loi rendu public en novembre comportait certaines de ces recommandations.

A la mi-novembre, de nombreux participants à ce processus de dialogue social ont ouvertement manifesté leur désapprobation et décidé d'élaborer leurs propres propositions. Le Collège des médecins a proposé qu'une assemblée nationale de la santé soit convoquée le 21 novembre 2001 pour présenter un plan de rechange. Le gouvernement a aussi été critiqué pour ne pas avoir clairement pris les choses en main; il était notamment reproché au ministre de la Santé et au Secrétaire exécutif de la Commission de la réforme de la santé de ne pas avoir présenté une position cohérente du gouvernement.

Le dialogue social n'a pas été aisé jusqu'à présent en raison de l'imprécision concernant la structure du processus de consultation. Pour les syndicats, c'est le «spectre» de la privatisation qui plane sur les discussions. Une déclaration de la Fédération nationale des professionnels universitaires des services de santé (FENPRUSS) a commenté, le 1<sup>er</sup> décembre 2001, les propositions du gouvernement visant à privatiser les hôpitaux publics par voie de concessions au secteur privé. Le gouvernement avait proposé que le secteur public assume le rôle d'administrateur et entre dans une relation de partenariat avec des sociétés privées pour créer de nouveaux hôpitaux. La FENPRUSS a expliqué que les

---

syndicats des travailleurs de la santé doivent s'opposer à cette proposition, estimant qu'elle encourage la privatisation du système de soins de santé au détriment des utilisateurs des services et des travailleurs de ce secteur. Les services de nettoyage, de sécurité, de blanchisserie et de restauration sont déjà sous-traités et les droits et les conditions de travail des agents de santé s'en ressentent.

Il y a manifestement entre les partenaires sociaux des divergences perçues comme des conflits d'intérêts, découlant de conceptions différentes du secteur de la santé. Cependant, il ressort de l'examen des réponses de certains des principaux syndicats d'agents de santé et de certaines des principales organisations professionnelles et fédérations communautaires que la conception de la santé en tant que droit est largement partagée. Le financement du secteur de la santé, la réforme de la santé publique et le rôle du secteur privé dans le domaine de la santé sont autant de questions contentieuses.

### Contrôle et évaluation du dialogue social

Le processus de consultation se poursuit. Différents groupes évalueront ses résultats en fonction de la manière dont leurs conceptions, aspirations et intérêts auront été pris en compte dans la réforme finale. Les premières conclusions font état d'une vive controverse principalement provoquée par le manque de vision d'ensemble dont souffrirait le processus. Il existe un certain consensus concernant le droit à la santé et aux soins de santé mais, en revanche, il n'y a pas d'accord sur les modalités d'organisation et de financement des soins de santé. Cependant, le processus du dialogue social a permis à différents groupes d'exprimer leurs points de vue et d'en débattre, ce qui est positif. Quant au gouvernement, il a ainsi eu l'occasion de prendre conscience de la force de la réaction publique à ses propositions.

#### **2.8.4. Royaume-Uni: partenariat au travail**

Un autre exemple de dialogue social est l'expérience de partenariat au travail réalisée par l'hôpital autonome de (*Wolverhampton Health Care NHS Trust*) dans la région des West Midlands au Royaume-Uni.

### Les changements qui conditionnent le dialogue social

Le concept de partenariat au travail a été développé au Royaume-Uni par plusieurs administrations et organismes publics. Le ministère du Commerce et de l'Industrie (DTI) a approuvé cette approche dans un livre blanc intitulé «Équité au travail», qu'il a présenté au Parlement en mai 1998. Dans son manifeste («Travailler pour l'avenir»), qui complète le livre blanc, le DTI décrit le partenariat comme un moyen de créer «une meilleure organisation du travail ... pour mieux gérer le changement ..., sur les fondements de la compétence, de la confiance et de la qualité ... et en œuvrant ensemble à la recherche de solutions et d'un consensus». La Loi de 1999 sur les relations d'emploi vise également à modifier par le partenariat la culture des relations de travail. Aussi le DTI a-t-il créé en 1999 un fonds qui verse des subventions à des organisations afin de promouvoir cette approche.

Le Congrès des syndicats (TUC) encourage le partenariat au travail par le biais de l'Institut des partenariats du TUC, qui réalise des travaux de recherche, fournit des informations, assure la formation et apporte son soutien au travail en partenariat. Dans son analyse de l'étude réalisée en 1998 sur les relations des salariés sur le lieu de travail, le TUC montre que les organisations travaillant en partenariat sont généralement plus efficaces. L'IPA, une organisation non gouvernementale qui œuvre pour la participation (*Involvement and Participation Association*) a constaté qu'un niveau élevé de partenariat

---

au sein des sociétés et des organisations tend à réduire le taux de rotation de personnel ainsi que l'absentéisme et à favoriser la participation des salariés<sup>60</sup>.

Dans le secteur de la santé, l'équipe spéciale du Service national de santé (NHS) a recommandé que tous les organismes relevant du NHS fassent de la participation du personnel aux décisions une priorité. L'un des objectifs de l'équipe spéciale est de promouvoir de bonnes relations professionnelles de manière à accroître la participation du personnel en encourageant le partenariat à tous les niveaux.

### Préparation au dialogue social

Lorsqu'il a été établi en 1995, l'hôpital autonome de Wolverhampton assurait des services dont plusieurs étaient de mauvaise qualité et ne répondaient pas aux besoins des patients ou utilisateurs. Le nouveau directeur général a estimé qu'il fallait modifier la culture interne de cet établissement, caractérisée par une division nette entre, d'un côté, les administrateurs qui prenaient les décisions et, de l'autre côté, le personnel qui fournissait les services et, d'autre part, adopter une forme plus intégrée d'organisation du travail en associant davantage le personnel aux décisions. L'importance d'une telle participation tenait également à la nécessité de recruter du personnel de qualité et de le retenir, de réduire l'absentéisme et d'améliorer la capacité de l'organisation de faire face au changement. L'établissement souhaitait aussi améliorer l'image du NHS dans les médias.

Une série d'initiatives ponctuelles associant le personnel à certaines parties du processus de décisions a conféré à l'approche un caractère plus stratégique, direction et syndicats travaillant ensemble. Le Trust de Wolverhampton a aussi été invité à solliciter des fonds auprès du DTI. En 2000, en partenariat avec UNISON, il a obtenu une subvention pour un projet visant à développer la formation des cadres, des représentants syndicaux et des travailleurs, afin de leur permettre d'acquérir des compétences en matière de partenariat, y compris dans le domaine de la communication et de la recherche conjointe de solutions. Le but de cette formation est de promouvoir une conception du partenariat dans l'ensemble du Trust et d'influer ainsi de manière déterminante sur son mode de fonctionnement.

La formation a été dispensée dans trois groupes. Les représentants syndicaux ont été les premiers à en bénéficier. Le second groupe était composé de représentants syndicaux et de membres de la direction. Le troisième groupe était constitué de l'ensemble du personnel et des cadres. Le syndicat a estimé que cette formation «avait brisé la glace» entre la direction et le personnel. A ainsi été créé un groupe d'action pour la communication, qui a facilité les échanges au sein du Trust, par différents moyens: ligne téléphonique spéciale, tableau d'affichage, bulletin d'information, magazine, circulaire, site Intranet.

### Amorce du dialogue social

L'établissement de Wolverhampton compte 1 700 salariés, affiliés à sept syndicats reconnus. En 1999, il a créé un projet à long terme visant à promouvoir la participation du personnel. Il a nommé un représentant syndical, qui siège au Conseil du Trust. Des représentants du personnel sont invités à assister au «forum de la direction», qui se tient chaque mois, et d'y apporter leur contribution.

<sup>60</sup> La spécialité de l'IPA est d'aider les établissements à améliorer leur performance et leur productivité en encourageant le partenariat et la participation des travailleurs; <http://www.partnership-at-work.com>

---

## Modalités et étapes du dialogue social

Une première étape a été l'établissement d'un document d'information rédigé par le directeur général et directeur des ressources humaines, intitulé «Pour une participation réelle du personnel», fondé sur des exemples réussis de participation du personnel, notamment dans le secteur privé. Ce document met en exergue trois éléments importants: communication efficace dans l'ensemble de l'établissement; équilibre entre vie quotidienne et travail; relations avec les syndicats.

Une stratégie en cinq points a été adoptée et approuvée par la direction et les syndicats:

- définir et élaborer pour la direction des normes de conduite et un style de commandement favorable à la participation du personnel;
- définir d'un commun accord le rôle des syndicats;
- mettre en œuvre une stratégie de communication;
- élaborer une méthode de travail flexible;
- mener une enquête annuelle sur le comportement du personnel et agir en fonction de ses conclusions.

Le financement du projet par le DTI a favorisé le développement et la diffusion d'un modèle de partenariat et de participation du personnel au NHS. Le projet a démarré en mai 2000 et comporte quatre phases. La première (de juin à septembre 2000) a permis, à l'issue d'entretiens et de consultations réunissant personnel, directeurs et représentants syndicaux, d'établir le profil du Trust, pour ce qui est de sa culture d'entreprise et du style de direction. Des critères ont ainsi été établis pour mesurer les progrès. Au cours de la deuxième phase (de novembre à décembre 2000) a été élaboré un mécanisme de recherche de solutions pour la direction et les syndicats. Les deux dernières phases sont en cours et couvrent l'application dudit mécanisme aux problèmes auxquels le Trust est confronté dans la pratique, ainsi que la diffusion des résultats à l'intention d'autres établissements.

Le mécanisme de recherche de solutions comprend cinq étapes fondamentales:

1. identifier le problème ou les questions à régler;
2. clarifier le problème;
3. associer d'autres parties prenantes/acteurs;
4. régler le problème;
5. tirer collectivement des enseignements des réussites comme des échecs.

## Contrôle et évaluation du dialogue social

Deux centres universitaires ont réalisé une évaluation indépendante financée par une subvention du DTI, dont les conclusions n'ont pas encore été publiées. Les résultats les plus concrets trouvent leur expression dans la modification de certaines pratiques au sein de l'établissement: un représentant syndical a été admis à siéger au conseil d'administration et des représentants du personnel ont été nommés dans de nombreux autres comités. Le personnel est donc plus à même d'influer sur la prise de décisions et sur



---

la gestion de l'établissement, dont il connaît et comprend mieux les problèmes, grâce à l'amélioration des communications.

Les directeurs tiennent compte désormais des patients et de la réalité des soins, et les prestataires de services comprennent mieux l'environnement extérieur dans lequel opère l'établissement de Wolverhampton et pourquoi certains choix doivent être faits. Le taux de rotation du personnel n'a jamais été aussi bas.

Cette initiative suscite cependant quelques réserves. Le directeur général du Trust estime que la route est encore longue avant que la participation du personnel aux décisions soit considérée comme la «norme». Il s'agit là d'un processus à long terme et souvent lent. De l'avis d'UNISON, l'initiative «Partenariat au travail» a eu des effets positifs sur le plan de la formation, de la santé et de la sécurité, et de la participation du personnel à la prise de décisions, mais les résultats sont moins probants pour ce qui est des négociations salariales.

---

### **3. Un cadre possible pour le renforcement du dialogue social dans le secteur de la santé: points suggérés pour la discussion**

#### **3.1. L'action de l'OIT visant à renforcer le dialogue social, notamment à propos des services de santé**

Le concept du dialogue social qui a caractérisé les activités de l'OIT à la fin des années quatre-vingt-dix couvre toutes les formes de négociation et de consultation entre partenaires sociaux, aux niveaux international, national, local, sectoriel et de l'entreprise. Cette approche s'est forgée lorsque les partenaires sociaux ont eu à relever trois défis majeurs:

- Comment enrichir la négociation collective traditionnelle, souvent conflictuelle, par un dialogue marqué par une volonté de coopération afin que la négociation se termine à la satisfaction de toutes les parties concernées? La négociation collective peut-elle être élargie en amont, de manière à permettre aux partenaires sociaux de participer aux premières étapes de la prise de décisions afin de faciliter, en aval, la négociation collective?
- Comment envisager le dialogue avec les partenaires sociaux et autres parties prenantes en vue de les associer à la prise de décisions?
- Comment moduler la négociation collective, souvent décentralisée aux niveaux local et de l'entreprise, en fonction de la situation propre à chaque pays, compte tenu du fait que le dialogue social, s'il est centralisé, peut avoir un impact sur le développement économique et social, alors qu'il peut, s'il est décentralisé, apporter des réponses flexibles et appropriées à l'évolution du marché du travail?

Le dialogue social peut relever ces défis, mais sous certaines conditions préalables, par exemple:

- Il est essentiel de reconnaître les travailleurs et les employeurs comme partenaires du dialogue avec les pouvoirs publics.
- S'il n'est pas toujours nécessaire de parvenir à un consensus, confiance et compréhension mutuelles sont en revanche indispensables: chaque partie doit reconnaître les autres, sans pour autant renoncer à défendre les intérêts de ceux qu'elle représente.
- Les parties doivent garder présent à l'esprit que la réussite dépend dans une large mesure de l'environnement socio-économique.

Même si l'objectif est de conclure à la satisfaction de toutes les parties, cela ne veut pas dire que le dialogue social est exempt de confrontation. Autre point à ne pas oublier: les schémas de négociation collective sont façonnés par l'évolution de l'organisation du travail et par la restructuration. Par exemple, la sous-traitance et la mondialisation des entreprises rendent encore plus nécessaire la participation, en amont, à la prise de décisions. A mesure que l'évolution s'accélère, la nécessité s'impose d'établir le dialogue social en tant que processus permanent. C'est en tant que processus qu'il peut aider les employeurs et les travailleurs à s'adapter aux processus de changement.

---

Le dialogue social est l'expression du principe constitutionnel de base de l'OIT – le tripartisme – et figure donc au cœur de l'action de l'Organisation. Il constitue un objectif stratégique à part entière ainsi qu'un moyen fondamental de réaliser tous les objectifs de l'OIT. Cependant, de nombreux pays éprouvent des difficultés à exploiter pleinement le dialogue social. Aujourd'hui, trois grands facteurs expliquent cette situation que les efforts de l'OIT visent à améliorer<sup>1</sup>.

Premier facteur: de nombreux pays sont dépourvus de cadres et institutions efficaces de dialogue social. Bon nombre de gouvernements ne sont pas engagés dans la voie d'un dialogue constructif avec les partenaires sociaux sur les politiques sociale et économique, comme en témoigne l'absence de garanties en matière de liberté syndicale et de négociation collective, notamment lorsque le secteur public est le principal employeur. Même lorsque de telles garanties existent et sont normalement respectées, la privatisation et la réforme du secteur public ont souvent été opérées sans le niveau de dialogue social nécessaire pour garantir de meilleurs résultats, résultats particulièrement importants dans le secteur de la santé.

Les cadres et institutions du dialogue social sont parfois inopérants lorsque les organisations d'employeurs et de travailleurs ne sont ni suffisamment fortes ni à l'abri de l'emprise du gouvernement. Même dans un contexte plus favorable, ces organisations ont parfois une base trop étroite et ne sont pas dotées de services efficaces. Nombre d'entre elles n'influent guère sur les décisions, faute d'avoir la capacité de participer à un débat de plus en plus complexe. Cela vaut en particulier pour le secteur de la santé, qui a fait partie, et c'est encore souvent le cas, du secteur public.

Le second facteur est l'évolution rapide de l'environnement traditionnel de la négociation collective. La négociation collective aux niveaux national et sectoriel cède pas à une tendance à prendre les décisions au niveau de l'entreprise et à une fragmentation croissante des marchés de l'emploi. Les gouvernements jouent souvent un rôle moins actif sur le marché du travail et les ministres du travail n'ont généralement qu'une influence limitée sur les grandes orientations économiques et sociales des gouvernements. De grandes décisions sont prises aussi par de nombreuses organisations régionales ou sous-régionales, émergentes ou en expansion, qui peuvent assigner ou non un rôle aux partenaires sociaux.

Le troisième facteur concerne la représentation et les liens avec d'autres groupes. Par exemple, les ministères du travail et les organisations d'employeurs et de travailleurs n'appréhendent pas toujours de manière efficace les problèmes intéressant particulièrement les femmes, comme en témoignent la faible participation des femmes et leur petit nombre au niveau de la prise de décisions dans de nombreuses organisations. Certaines organisations doivent aussi définir des stratégies efficaces de coopération avec les nombreux organismes de la société civile qui s'intéressent aux questions touchant le lieu de travail ainsi qu'aux questions sociales et économiques.

Favoriser la participation par le dialogue social pour permettre aux personnes les plus directement concernées dans le monde du travail de se faire entendre est indispensable pour promouvoir le travail décent. Ce processus ne peut s'opérer dans le vide. Les activités du BIT à l'appui du dialogue social visent à renforcer la capacité des partenaires de poursuivre, en matière de travail décent, des priorités spécifiques aux niveaux national, régional ou sectoriel. Elles visent aussi à mettre au premier plan l'expérience des hommes et des femmes qui travaillent.

Pour ce faire, le BIT a développé sa base de recherche et sa collaboration avec d'autres organisations internationales, notamment avec les plus actives sur le terrain du développement économique et social, par exemple avec l'OMS dans le secteur de la santé.

<sup>1</sup> BIT: *Programme et budget pour la période biennale 2002-03* (Genève, 2001), p. 41.

---

Elle continue de soutenir les organisations de travailleurs et d'employeurs et les ministères du travail qui sont confrontés à un environnement social en pleine mutation. Ce travail s'accomplit en grande partie dans le cadre de la coopération technique et repose sur une collaboration entre le siège et les structures extérieures. Il vise principalement à faciliter, au niveau des pays, l'élaboration de stratégies cohérentes de promotion du dialogue social et du travail décent, fondées sur la pleine participation des partenaires sociaux. Les activités sectorielles du BIT visent à favoriser la réalisation de chaque objectif stratégique en fonction, d'une part, des points choisis par le Conseil d'administration pour l'ordre du jour des réunions sectorielles et, d'autre part, des résultats de ces réunions. Le BIT s'attache aussi à coordonner les efforts de dialogue social visant à promouvoir des salaires décents par le biais de mécanismes de fixation des salaires et par la négociation collective, et plus particulièrement à réduire l'écart persistant entre le salaire des femmes et celui des hommes<sup>2</sup>. C'est particulièrement important dans le secteur de la santé, où de nombreux services sont à forte dominante féminine.

La stratégie du BIT visant à favoriser le développement des organisations d'employeurs et à accroître leur capacité d'attirer de nouveaux membres continue à mettre l'accent sur la planification stratégique et sur un dialogue approfondi qui permettra d'identifier les priorités du dialogue social.

La réalisation de cet objectif passe par l'amélioration de la gestion des organisations d'employeurs. Les principaux moyens sont les suivants: formation du personnel, soutien à l'interconnexion avec d'autres institutions et organisations d'employeurs, création ou amélioration des capacités d'information organisationnelle et de recherche appliquée, soutien au développement des services par des matériels de formation, d'information et de recherche, et renforcement de la capacité structurelle de promouvoir les changements nécessaires au développement économique et social.

Le BIT consacre des études de cas aux pratiques exemplaires concernant les services offerts par les organisations d'employeurs afin d'aider celles-ci à mettre en place des services nouveaux ou plus efficaces pour le dialogue social.

Pour les questions de gestion des ressources humaines, les organisations d'employeurs bénéficient d'un soutien afin que leurs membres puissent agir sur leur propre lieu de travail. Les valeurs consacrées dans la Déclaration de l'OIT relative aux principes et droits fondamentaux au travail tiennent une place de premier plan dans ces travaux.

Il importe que les organisations d'employeurs soient à même de participer efficacement, au nom de leurs membres, au dialogue social sur la croissance et le développement de l'entreprise ainsi que sur les questions de compétitivité et les problèmes du marché du travail. Le BIT coopère avec les organisations d'employeurs pour améliorer leurs compétences techniques sur des sujets qui sont souvent au cœur du dialogue, par exemple les politiques qui favorisent la compétitivité ou la réforme de la législation du travail ou des relations professionnelles. Cela les aide, notamment, à mieux influencer sur les politiques et à mieux gérer les potentialités et les situations spécifiques au niveau national<sup>3</sup>. Cela vaut, par exemple, pour les réformes des services de santé entreprises au Brésil et au Chili.

Le BIT poursuit sa stratégie globale visant à aider les organisations de travailleurs à fournir des services nouveaux ou de meilleure qualité et à étendre leur représentation. Cette stratégie permet d'identifier les possibilités de promouvoir le dialogue social et le travail décent et de répondre aux demandes d'assistance spécifique. Elle prévoit une

<sup>2</sup> *Ibid.*, p. 42.

<sup>3</sup> *Ibid.*, p. 44.

---

collaboration avec les organisations de travailleurs, avec les organisations syndicales internationales et avec tous les secteurs et tous les bureaux extérieurs du BIT.

Au-delà des rôles traditionnels de l'éducation ouvrière, les recherches et les réunions, telles que celle sur les services de santé, aident à renforcer la capacité des organisations syndicales de participer efficacement aux débats sur la mondialisation et le dialogue social et permettent d'élaborer des propositions concernant des changements d'orientation avec les organisations syndicales internationales et les organisations nationales qui leur sont affiliées.

S'agissant d'aider les organisations de travailleurs à intégrer la notion d'égalité entre hommes et femmes, particulièrement importante dans les services de santé, les syndicats sont encouragés à mettre en œuvre des stratégies pour inciter plus de femmes à devenir membres, en centrant leurs efforts sur les activités à dominante féminine. Grâce aux programmes d'éducation ouvrière, les syndicats disposent aussi d'instruments pour favoriser une plus large participation des femmes aux activités syndicales et au dialogue social, y compris au plus haut niveau.

Ces programmes sont censés avoir un impact au-delà du lieu de travail traditionnel. Ils permettent aux syndicats et à leurs membres de devenir des partenaires plus efficaces du dialogue social sur toutes les questions ayant trait au travail décent. Dans le droit fil de cette orientation, l'éducation sur les techniques d'organisation est de plus en plus axée sur les nouveaux contextes découlant, par exemple, de l'ajustement structurel, de la restructuration industrielle et de la privatisation, par exemple dans le service public et dans les services de santé<sup>4</sup>.

La liberté syndicale est essentielle à l'instauration du dialogue social et à toute avancée vers le travail décent. En conséquence, le BIT s'attache à promouvoir la ratification des normes internationales du travail qui présentent un intérêt pour le dialogue social, en mettant l'accent sur la convention (n° 144) sur les consultations tripartites relatives aux normes internationales du travail, 1976. A cet effet, des initiatives sont prises avec les mandants de l'OIT au niveau national. Ces initiatives permettent aux partenaires sociaux et aux organismes bipartites et tripartites de voir de quelle manière ils peuvent participer aux processus de ratification et engagent les ministères du travail, les parlementaires et les organes parlementaires<sup>5</sup>.

Un autre champ d'action important est l'assistance que le BIT apporte aux Etats pour les aider à adopter et mettre en œuvre une législation du travail pleinement conforme aux normes internationales du travail. Une étude comparative de la réforme des législations du travail nationales et régionales sera publiée avant la fin de 2003. Elle portera sur les enseignements à tirer de l'expérience, sur les sujets de préoccupation des organisations de travailleurs et d'employeurs et sur l'impact du dialogue social. Les résultats devraient favoriser le dialogue social sur la réforme des législations du travail et faciliter la participation active de l'OIT aux processus d'intégration économique sous-régionale et régionale.

La privatisation et la restructuration ayant fait du secteur public, y compris les services de santé, un important point focal des questions relatives au dialogue social, le BIT encourage les gouvernements, en tant qu'employeurs, à mener un dialogue social plus efficace avec les travailleurs pendant les périodes d'ajustement structurel et de transition. Il s'attache notamment à promouvoir la convention (n° 151) sur les relations de travail dans la fonction publique, 1978, ainsi que les normes sectorielles dans le cadre de l'assistance

<sup>4</sup> *Ibid.*, p. 45.

<sup>5</sup> *Ibid.*, p. 46.

---

visant à renforcer les ministères du travail ainsi que les politiques et pratiques d'autres services gouvernementaux <sup>6</sup>.

Les questions relatives à la parité hommes-femmes sont intégrées dans les efforts visant à promouvoir le dialogue social. Un rapport sur la représentation des hommes et des femmes dans les syndicats, les organisations d'employeurs et les ministères du travail, notamment aux postes de direction, est prévu en tant qu'importante contribution à ces efforts. Ce rapport, dont la publication doit intervenir d'ici à la fin de 2003, comportera des données de référence, compilées par région. Il présentera des données comparatives sur les mécanismes et les stratégies utilisés par les institutions bipartites et tripartites pour promouvoir l'égalité entre hommes et femmes. Il soulignera les avantages du dialogue social pour traiter les questions relatives à l'égalité entre hommes et femmes et définira des stratégies d'intégration de ces questions <sup>7</sup>. C'est un point très important pour les professions dans lesquelles on trouve une majorité de femmes – les professions de santé par exemple.

Les initiatives internationales, régionales et sous-régionales relatives au travail ont des incidences importantes pour les travailleurs et les employeurs, d'où la nécessité d'étendre le dialogue social au-delà des réseaux bipartites et tripartites traditionnels de l'OIT. C'est la raison pour laquelle le BIT s'attache à resserrer ses liens avec les institutions financières internationales, telles que la Banque mondiale, et avec les institutions spécialisées des Nations Unies, telles que l'OMS et l'UNESCO, afin d'encourager une plus large utilisation des mécanismes de dialogue engageant tous les partenaires sociaux. Dans le domaine de la santé, la coopération avec l'OMS concernant les réformes et les ressources humaines s'est développée conjointement avec les organisations internationales représentant les mandants de l'OIT, avec l'Internationale des services publics (ISP) et avec le Conseil international des infirmières (CII).

Le BIT s'attache aussi à montrer quelles peuvent être les retombées positives du dialogue social grâce aux dialogues sectoriels. Par exemple, le fait de faciliter le dialogue social sur la sécurité et la santé au travail dans des secteurs tels que la construction, la foresterie, les industries extractives, l'industrie chimique, le secteur maritime et l'agriculture aux niveaux international et national devrait permettre de conclure des conventions tripartites dans les domaines où les partenaires sociaux peuvent œuvrer ensemble à la promotion du travail décent <sup>8</sup>. Cela vaut également pour les services de santé.

#### Encadré 3.1.

##### L'action du BIT en faveur du dialogue social dans le secteur de la santé

L'action du BIT en faveur du dialogue social dans le secteur de la santé est guidée par les conclusions de la Réunion paritaire de 1998 sur les conditions d'emploi et de travail dans les réformes du secteur de la santé: «Dans le processus de réforme du secteur de la santé, des politiques devraient être élaborées pour favoriser le dialogue social, car les meilleures réformes naissent d'un tel dialogue. Conformément aux conventions n<sup>os</sup> 87, 98 et 151 de l'OIT, les travailleurs de la santé jouissent du même droit d'organisation et de négociation collective que les travailleurs des autres secteurs. La détermination des salaires et les conditions de travail devraient faire l'objet de négociations entre les travailleurs et les employeurs du secteur de la santé. Particulièrement à une époque où le contenu des tâches, l'environnement financier et la sécurité de l'emploi sont sujets à des changements rapides, les mécanismes de la négociation collective sont un moyen approprié d'améliorer la situation des travailleurs et de leurs familles.»

<sup>6</sup> *Ibid.*, p. 46.

<sup>7</sup> *Ibid.*, p. 48.

<sup>8</sup> *Ibid.*, p. 49.

La réunion paritaire a notamment recommandé au BIT d'«intensifier sa coopération avec d'autres organisations internationales ainsi que son assistance technique et les services de conseil fournis aux gouvernements et aux organisations d'employeurs et de travailleurs, notamment dans les pays en développement, en ce qui concerne en particulier l'intégration des normes du travail pertinentes ainsi que la planification et la mise en œuvre des réformes du secteur de la santé». Cela a débouché sur une étroite coopération entre le BIT et l'OMS, ainsi qu'avec des organisations internationales de travailleurs et la Fondation allemande pour le développement international (DSE) en vue de l'élaboration d'instruments propres à promouvoir le dialogue social dans le secteur de la santé ainsi que dans le service public. Pendant la période 1999-2000, un certain nombre d'études et de réunions ont eu lieu qui ont conduit à la mise en place des instruments pratiques nécessaires pour permettre aux partenaires sociaux de promouvoir le dialogue dans leur pays.

Source: BIT: *Note sur les travaux de la Réunion paritaire sur les conditions d'emploi et de travail dans les réformes du secteur de la santé*, Genève, 1998, p. 33.

### Encadré 3.2.

#### Coopération interinstitutions pour faciliter le dialogue social dans le secteur de la santé: les réformes du secteur public et leur impact sur les personnels soignants

En 1998, le BIT et l'OMS, avec le soutien de la Fondation allemande pour le développement international (DSE), l'Internationale des services publics (ISP) et du Conseil international des infirmières (CII), ont lancé un programme de recherche conjoint afin d'examiner un certain nombre de processus de réforme et d'en étudier l'impact sur les personnels de santé. Les leçons tirées de cette analyse devraient aider les conseillers internationaux, les gouvernements, les partenaires sociaux ainsi que les organisations de la société civile à mettre en œuvre des réformes du secteur de la santé qui soient plus efficaces, grâce au dialogue social. Le BIT et l'OMS avaient des raisons différentes de lancer ce projet, mais celui-ci a suscité un grand intérêt. En 1998, la Réunion paritaire sur les conditions d'emploi et de travail dans les réformes du secteur de la santé a demandé au BIT de faciliter l'échange de données d'expérience entre les pays par le biais de réunions régionales et de réseaux constitués entre les représentants des employeurs et des travailleurs et les gouvernements, et de faciliter l'étude de l'impact des réformes sur la main-d'œuvre. Le programme conjoint avec l'OMS, y compris une table ronde tenue à Berlin en 1999 et chargée d'examiner les résultats de cette recherche, était une première réponse à ces demandes. Pour le BIT, ce programme contribue au suivi de toute une série de réunions sectorielles sur les réformes des services de santé et du service public, qui ont conclu que les réformes ayant le plus de chances d'atteindre leurs objectifs sont celles qui sont planifiées et mises en œuvre avec la pleine participation des partenaires sociaux grâce au dialogue social.

Sur la base des études de cas et de la vaste expérience des participants de la table ronde, des questions critiques ont été soulevées pour aider les décideurs à améliorer la qualité et l'efficacité des réformes du secteur public. Elles ont été publiées en plusieurs langues et largement diffusées à l'intention des partenaires sociaux. Ces questions, que certains pourraient considérer comme «évidentes» ou «coulant de source», sont rarement posées et restent souvent sans réponse. Elles constituent donc un outil de contrôle particulièrement utile si l'on veut que les réformes du service public soient conformes aux objectifs sociaux établis au niveau national. Les questions d'égalité entre hommes et femmes, d'équité et d'égalité des chances doivent être omniprésentes. Il convient de relever que les questions n'ont pas été classées par ordre de priorité. Elles forment une liste qui n'est pas exhaustive et toutes ne se posent pas dans tous les pays. Elles visent plutôt à susciter des discussions aux différents niveaux concernés et devront être revues au fil des expériences et des réformes. Cet outil est utile aussi bien pour les réformes en cours que pour les réformes en gestation. Il doit être utilisé en tenant compte du contexte national. Dans chaque pays, la réforme est par nature un processus graduel et évolutif. Les questions correspondent aux différentes phases du processus: examen/préparation; élaboration de la politique; mise en œuvre; contrôle et évaluation. Elles permettent d'adapter les réformes et le dialogue social aux besoins particuliers de chaque pays.

Source: BIT/OMS: *La réforme du service public et son impact sur le personnel de santé. Etudes de cas sur le Cameroun, la Colombie, la Jordanie, les Philippines, la Pologne, l'Ouganda* (Genève, 2000); DSE: *La réforme du service public et son impact sur le personnel de santé*, rapport de la table ronde de Berlin, 13-15 oct. 1999; BIT/OMS/CII/ISP: *La réforme du service public et son impact sur le personnel de santé – Questions critiques: un outil pour agir* (Genève, 2001).

Pour promouvoir le dialogue social, il faut compiler et analyser d'abondantes informations sur le contexte dans lequel le dialogue social s'inscrit et sur les attentes des partenaires sociaux. Cette compilation et cette analyse serviront aussi à développer la

---

capacité de dialogue social et à élaborer les indicateurs nécessaires pour en évaluer l'efficacité. Dans le cas des pays en transition d'Europe centrale et orientale, on ne dispose guère d'informations sur l'impact de la restructuration et de la privatisation sur les travailleurs des services de santé et leurs organisations. Après une décennie de transition, le BIT a entrepris avec l'ISP un grand projet de recherche dans un certain nombre de pays de la région pour évaluer les incidences des réformes sur la rémunération, le temps de travail, les perspectives de carrière, la santé au travail et divers aspects de la sécurité des travailleurs. Les conclusions ont été examinées lors d'une consultation technique, en décembre 2001, avec les partenaires nationaux du projet. Elles ont également servi à l'établissement du présent rapport, mais ces activités de recherche ont surtout permis de fournir aux partenaires sociaux des données et des informations plus fiables que celles dont on disposait auparavant, contribuant ainsi à faire progresser le dialogue social lui-même.

### **3.2. Points suggérés pour la discussion**

Les points suggérés pour la discussion, indiqués ci-après, sont regroupés en deux catégories. Ceux qui se rattachent à la première visent à mieux faire comprendre l'intérêt du dialogue social, ceux qui se rattachent à la seconde portent sur les questions relatives à la participation à ce dialogue. Compte tenu des objectifs fixés, la réunion paritaire souhaitera sans doute s'interroger sur la manière d'exploiter les réponses aux questions soulevées pour instituer un cadre de dialogue social dans les services de santé.

#### ***Les services de santé et la compréhension du dialogue social***

Lorsqu'ils décident d'engager le dialogue social, les partenaires sociaux doivent partager une vision commune des facteurs qui en déterminent fondamentalement le processus. Seul l'examen d'un certain nombre de questions, indispensable à l'efficacité de ce dialogue, permettra de dégager une vision claire de ces facteurs. Parmi les principales questions pourraient figurer les suivantes.

##### **1. Qu'est-ce que le dialogue social?**

Le concept de dialogue social peut être désigné de diverses façons: «partenariat au travail», «partenariat salariat-patronat» ou «partenariat pour la qualité». Le dialogue social peut s'entendre de toutes formes de négociation ou de consultation ou simplement de 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. Il est impératif qu'il y ait communauté de vues sur ce que doit être le dialogue social.

*Quelles composantes du dialogue social faudrait-il inclure? Qui devrait décider de cette inclusion?*

##### **2. Quels sont les aspects couverts par le dialogue social dans les services de santé?**

Le dialogue social ne peut s'instaurer dans le vide. Il faut que soient inscrites à l'ordre du jour des questions concrètes touchant à l'économie, aux problèmes sociaux ou au travail. Il convient donc de répertorier ces questions. Dans le secteur de la santé, elles touchent souvent aux réformes institutionnelles, à la maîtrise des coûts, à la qualité des services de santé, aux conditions de travail, aux compétences, à la formation continue, au



---

recrutement et au maintien dans l'emploi du personnel, aux systèmes de rémunération et aux questions d'égalité entre hommes et femmes.

*Selon quelles modalités faudrait-il établir le programme du dialogue social? Qui devrait s'en charger?*

### 3. Qui représente les partenaires sociaux?

S'agissant des services de santé, les partenaires sociaux sont l'Etat-patron, les employeurs privés et les travailleurs de ce secteur. 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. Les agents de santé se déplacent d'un pays à l'autre et, à l'intérieur des frontières nationales, de l'un des secteurs (public ou privé) à l'autre. L'évolution des compétences et de leurs combinaisons a également une incidence sur la représentation professionnelle.

*Quelles sont les instances administratives concernées, et sont-elles représentées conjointement? Quels sont les employeurs privés concernés – entreprises à but lucratif et organismes sans but lucratif? Ces deux types d'employeurs sont-ils représentés conjointement? Comment la représentativité des organisations de travailleurs est-elle déterminée? Ces représentants des partenaires sociaux se reconnaissent-ils mutuellement comme partenaires?*

### 4. Comment prévoir l'évolution structurelle?

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 ne soient pas techniquement en mesure de participer à cette tâche aussi pleinement que nécessaire tout en exerçant leurs activités quotidiennes. Il est plus facile de régler des situations difficiles lorsqu'il existe un mécanisme 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.

*Quels mécanismes pourraient faire office de «système d'alarme avancée» visant à signaler qu'une réforme des services de santé s'impose? Qui devrait participer aux consultations permanentes sur les réformes?*

### 5. Comment identifier les normes de qualité?

Toutes les transformations structurelles et réformes entreprises dans le secteur de la santé visent globalement à améliorer la qualité de la santé publique et, à cette fin, à améliorer la qualité des services et à en faciliter l'accès ou du moins à en maintenir la qualité malgré les éventuelles coupures budgétaires. Tous les partenaires sociaux font de la qualité leur cheval de bataille. Il convient cependant, dans l'intérêt du dialogue social, que soient définies des normes de qualité communes à tous les partenaires et que ceux-ci partagent en la matière les mêmes conceptions.

*Quels types de normes de qualité convient-il d'établir? Qui devrait décider de ces normes? Quels mécanismes convient-il d'utiliser pour en contrôler l'application?*

---

## **Les services de santé et la participation au dialogue social**

Participer au dialogue social pour améliorer la qualité et le rapport coût-efficacité des services de santé implique que les partenaires sociaux s'emploient, tout au long de ce processus, à traiter de nombreuses questions. Cela suppose en outre l'existence de mécanismes de contrôle et d'évaluation visant à suivre et à mesurer l'efficacité avec laquelle ces questions sont traitées. Il devrait notamment être tenu compte de la spécificité des services de santé en tant que services d'intérêt public appartenant largement au secteur public. Parmi les principales questions pourraient figurer les suivantes.

### **6. Comment créer et renforcer les institutions de dialogue social dans les services de santé?**

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. La formation et le développement des ressources humaines sont un moyen de promouvoir le dialogue social et de renforcer ainsi les institutions qui ont à charge de le conduire.

*Comment concevoir les programmes de formation en vue de cet objectif? 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?*

### **7. Comment planifier le dialogue social?**

La planification du dialogue social dans les services de santé doit prendre comme point de départ la situation régnant dans ce secteur et être étroitement liée au processus global de réforme. 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.

*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?*

### **8. Comment engager le dialogue social?**

Le dialogue social n'est pas une démarche ponctuelle, mais un processus continu de consultation et de négociation visant à améliorer les services de santé et la santé publique. 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. Ce processus peut être amorcé sous une forme informelle, en fonction des circonstances ou selon une procédure officielle déterminée soigneusement à l'avance.

*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?*

---

9. Comment conduire le dialogue social?

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, dans la réalité des services de santé, la mise en œuvre du plan d'action s'avère souvent difficile, d'où la nécessité d'ajuster ou de relancer le dialogue. Aussi les partenaires sociaux doivent-ils avoir une vision réaliste de ce qui est faisable.

*Comment maintenir le dialogue social? Qui devrait gérer et faciliter le processus du dialogue social? Quels mécanismes faut-il prévoir pour adapter le plan d'action à la réalité?*

10. Comment suivre et évaluer le processus de dialogue social?

La mise en œuvre est effectuée en relation étroite avec les mécanismes de suivi et d'évaluation du dialogue social, en fonction des objectifs à atteindre. Elle doit être soumise à des contrôles, selon le plan d'action initial établi conjointement par les partenaires sociaux. Les écarts importants par rapport à ce plan doivent être évalués selon les objectifs. Si les résultats ne sont pas satisfaisants, il appartiendra aux partenaires sociaux de prendre des mesures correctives.

*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?*

11. Comment mobiliser les ressources nécessaires au dialogue social dans les services de santé?

Le dialogue social est souvent perçu comme un moyen utile et efficace de mieux faire accepter les nouvelles approches améliorées des services de santé. Si l'on conçoit aisément que le processus du dialogue social est complexe et s'inscrit dans la durée, il n'est pas toujours facile, en revanche, de faire admettre qu'il requiert des ressources financières et humaines.

*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 de processus du dialogue social dans les services de santé?*