

PROMOUVOIR LA COUVERTURE UNIVERSELLE  
DE SANTE PAR LE TRAVAIL DECENT  
ET LA RENOVATION DU DIALOGUE SOCIAL

# L' ESSOUFLEMENT DU MODELE DE DIALOGUE SOCIAL DANS LE SERVICE PUBLIC DE SANTE

SAÏD BEN SEDRINE & MONGI AMAMI

**FRIEDRICH  
EBERT**  
**STIFTUNG**



Fédération générale  
de la santé

DECEMBRE 2016



# Table des matières

AVANT-PROPOS.....	4
<b>I- LA GOUVERNANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ PUBLIQUE AGGRAVE L'INÉGALITÉ SOCIALE FACE AU RISQUE DE LA MALADIE .....</b>	<b>8</b>
I.1. Le système de santé publique dispense des soins au rabais aux populations défavorisées.....	8
I.2. Le système de financement et la gestion budgétaire fragilisent la mission du service public de santé.....	10
I.3. Les hôpitaux à vocation universitaire perdent leur statut de référence médicale et scientifique .....	13
<b>II- LES CONDITIONS DE TRAVAIL ET LES RELATIONS DE TRAVAILS DANS LE SERVICE PUBLIC DE SANTÉ NE FAVORISENT PAS L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES PRESTATIONS DE SOINS.....</b>	<b>15</b>
II.1. Les concepts « travail décent » et « ressources de pouvoir syndical », outils d'analyse des relations de travail.....	15
II.2. Les acquis et les déficits du travail décent du personnel paramédical.....	17
II.3.Acquis et limites de la reconnaissance de l'exercice du droit syndical.....	21
II .3.1.Les acquis de la législation du travail.....	21
II.3.2. Le recouvrement des cotisations syndicales est assuré.....	23
II.3.3. Inégalité des conditions matérielles et de l'accès aux lieux de travail des syndicats de base.....	23
II.3.4. Une part importante des représentants des travailleurs ne bénéficie pas du temps libre pour exercer efficacement sa mission syndicale.....	25
II.3.5. Accès fréquent des syndicats à la direction et organisation de réunions régulières.....	25
II.4. Inefficacité du dialogue social dans les structures sanitaires publiques.....	26
II.4.1. Les syndicats sont informés sur les programmes de la politique de santé publique.....	26

II.4.2. Ils sont aussi écoutés mais leur avis est rarement ou jamais pris en considération.....	27
II.4.3. Les accords conclus ne sont pas toujours respectés par l'administration.....	28
II.5. La gestion centralisée et autoritaire du système de santé et les problèmes de financement du service public ne favorisent pas la promotion du dialogue social .	29
II.6. Faible impact de l'action syndicale sur l'amélioration de la qualité des prestations de soins et risque d'inefficacité de la grève .....	31
<b>III- PROPOSITIONS POUR PROMOUVOIR LA QUALITÉ ET L'ÉQUITÉ DES PRESTATIONS DE SOINS PAR LE TRAVAIL DÉCENT ET LA RÉNOVATION DU DIALOGUE SOCIAL.....</b>	<b>33</b>
III.1. La réforme de la gouvernance du service public de santé est un préalable à une politique de santé pour tous.....	33
III.1.1. Renforcer la capacité du service public à promouvoir la couverture universelle de santé (CSU).....	33
III.1.2. Professionnaliser la gestion des ressources humaines comme un vecteur de transformation de la fonction publique hospitalière.....	35
III.2. Renforcer la reconnaissance du droit syndical.....	37
III.2.1. Faciliter la mission des syndicats à tous les niveaux du système de santé publique.....	38
III.2.2. Prendre en considération l'avis des représentants des travailleurs lors d'une consultation.....	38
III.2.3. Respecter les accords conclus avec les syndicats.....	39
III .3. Promouvoir toutes les dimensions du travail décent par le dialogue social.....	39
III.3.1. Titulariser les travailleurs sous statut précaire .....	39
III.3.2. Appliquer sans discrimination les dispositions de la loi relative au recrutement, à la promotion et l'avancement du personnel.....	40
III.3.3. Former les personnels de santé du XXIème siècle.....	41
III.3.4. Instituer la formation tout au long de la vie du personnel pour promouvoir la qualité des prestations de soins par le travail décent.....	44

III.3.5. Donner l'exemple en matière de respect des normes de sécurité et santé au travail et en matière de sécurité du patient....	44
III.3.6. Améliorer la santé maternelle par la promotion du travail décent.....	47
<b>III.4. Renforcer la capacité des syndicats de dialoguer autour de la qualité et l'équité des prestations de soins.....</b>	<b>49</b>
III.4.1. Les syndicats doivent reconnaître l'amélioration de la qualité des prestations de soins comme un objectif de leur mission dicale.....	49
III.4.2. Créer des unités syndicales d'appui à la promotion de la qualité des soins de santé par le travail décent .....	49
III.4.3. Faire de la coopération internationale un levier pédagogique d'appropriation des programmes de réformes par les partenaires sociaux.....	51
III.4.4. Apprendre à piloter le système de santé par les besoins des citoyen ou le défi du changement structurel.....	52

## RÉFÉRENCES



# AVANT-PROPOS

Ce rapport est un extrait de l'étude réalisée par les auteurs sur l'aggravation de l'inégalité sociale face au risque de la maladie en Tunisie <sup>1</sup>. Il résume les caractéristiques de l'organisation et la gestion du système de santé publique et présente le diagnostic des conditions de travail du personnel paramédical et du modèle de dialogue social dans le secteur public.

L'enquête sur les déficits du travail décent dans ce secteur a été réalisée avec l'appui de la Fédération Générale de la santé (FGS) de l'UGTT. Nous remercions tous les responsables de la fédération pour cet appui précieux.

Nos remerciements s'adressent aussi aux membres des syndicats de base et des délégations syndicales qui ont bien voulu répondre au questionnaire d'une manière individuelle. L'enquête s'est déroulée dans tous les gouvernorats du pays, auprès de l'ensemble des structures syndicales implantées dans les trois lignes de santé publique.

Enfin, nous présentons nos remerciements aux médecins, aux responsables des syndicats de base et aux patients qui nous ont éclairés sur plusieurs sujets de l'étude au cours de nos entretiens.

---

<sup>1</sup> Saïd Ben Sedrine & Mongi Amami. La gouvernance du système de santé publique aggrave l'inégalité sociale face au risque de la maladie en Tunisie. Edition Fondation Friedrich Ebert, Tunis juin 2016





## INTRODUCTION

---

En dépit du progrès de la vaccination obligatoire, on craint aujourd'hui une réémergence de certaines maladies transmissibles (en particulier les zoonoses et les maladies hydriques), liées aux changements environnementaux. La transition démographique épidémiologique du pays est accompagnée de l'augmentation des maladies non-transmissibles liée au mode de vie et au vieillissement de la population. Les progrès de la lutte contre la mortalité ne permettent pas d'atteindre le cinquième objectif millénaire du développement « améliorer la santé maternelle »<sup>2</sup>. Cette mortalité varie du simple au double d'une région à une autre. On observe une évolution de l'étiologie du handicap et de l'accidentologie (routes, accidents de travail, accidents domestiques)<sup>3</sup>. Enfin, il semble que la santé mentale se soit rapidement dégradée après le « tremblement social » de la révolution.

Le « dialogue sociétal » organisé durant la période allant de juin 2013 à mars 2014 par le ministère de la santé a été utile pour définir les orientations pertinentes de la réforme de santé publique, mais la participation des syndicats représentant le personnel paramédical a été insuffisante en raison du contexte fortement conflictuel entre les partenaires sociaux<sup>4</sup>. Sans la participation des syndicats à la conception de la réforme, ils ne peuvent pas alors s'approprier son contenu et le mettre en œuvre par leurs pratiques professionnelles. Le conflit qui perdure entre eux et le ministère devient le symbole de l'essoufflement du modèle de dialogue social dans le secteur de la santé publique. En effet, l'action publique a perdu sa finalité sociale dans le régime politique autoritaire des dernières décennies et l'action syndicale n'a eu aucun impact significatif sur les choix de la politique publique de santé, sous la contrainte de ce régime et la bureaucratie syndicale indifférente au délabrement du service public.

Dans le nouveau contexte de la transition démocratique, les modèles de gouvernance du système de santé et de dialogue social sont un handicap

---

2 Les huit objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) forment un plan approuvé par tous les pays du monde et par toutes les grandes institutions mondiales de développement. Ils ont galvanisé des efforts sans précédent pour répondre aux besoins des plus pauvres dans le monde et arrivent à expiration à la fin 2015.

3 Cf. Dialogue sociétal sur les politiques, les stratégies et les plans nationaux de santé. Etat des lieux. Chapitre V, La santé et les déterminants immédiats de la santé pp 33-45

4 Durant toute la période de ce dialogue, les grèves du personnel paramédical étaient fréquentes.

majeur à la promotion de la couverture universelle de santé. Cette étude analyse les deux modèles en partant de l'hypothèse où il ne peut y avoir de prestations de soins de qualité sans travail décent promu par le dialogue social renoué. C'est un grand défi à relever non seulement par les pouvoirs publics, mais aussi par le mouvement syndical car il s'agit bien là de revenir à la vocation première de l'UGTT au lendemain de l'indépendance qui est de défendre simultanément les intérêts des travailleurs et le développement économique et social du pays<sup>5</sup>.

Désormais, le dialogue social doit porter sur toutes les dimensions du travail décent et sur les orientations et les programmes de réformes qui assurent l'efficacité, l'efficience et l'équité du service public de santé. Il doit aussi se dérouler en dehors de la période de négociation collective qui n'offre pas le cadre serein nécessaire à l'examen approfondi des problèmes complexes de la réforme du système de santé. Ce dialogue devrait avoir un effet très positif : celui de clarifier et valoriser les missions du service public, de donner la vision à moyen terme du sens de l'action de réforme, clarification très utile pour le public, mais aussi pour les fonctionnaires puisque c'est un facteur fort de motivation. Il va de la crédibilité de l'autorité politique et du mouvement syndical de devenir le leadership de la transition vers un modèle de santé publique inclusif pour relever le défi de promotion de la couverture universelle de santé.

Cinq ans après la révolution, la population tunisienne ne tolère plus l'injustice sociale. Les propositions de cette étude mettent l'accent sur la réforme structurelle de la gouvernance du système de santé publique et la rénovation du dialogue social pour obtenir une vitesse optimale de la transition vers un modèle de santé inclusif. Ce changement devrait être une priorité absolue de l'agenda des partenaires sociaux, car il est impossible de le mettre en œuvre sans la rénovation simultanée de l'action syndicale et celle de l'action publique. Sur cette base, nous pouvons alors juger la crédibilité de leurs discours en faveur de la santé pour tous. Les acquis du dialogue social en Tunisie permettent de relever ce défi.

---

5 Le programme économique et social mis en œuvre par le gouvernement durant les années 1960 s'inspire de celui de l'UGTT.

# I. LA GOUVERNANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ PUBLIQUE AGGRAVE L'INÉGALITÉ SOCIALE FACE AU RISQUE DE LA MALADIE

---

Tels qu'ils ont été conçus à l'origine par l'OMS, les soins de santé primaires ont été la référence de la politique de santé en Tunisie. En effet le pays a réalisé des investissements dans la construction, l'équipement des centres de santé de base, la formation des médecins et du personnel paramédical et la mobilisation de la coopération internationale pour assurer la meilleure qualité de soins dans toutes les régions du pays. La création d'un réseau de centres de santé de base était une ambition aussi importante que la création d'un réseau d'écoles. Ce dernier réseau constitue le cadre dans lequel sont mis en œuvre de nombreux programmes nationaux qui sont gérés à l'échelle centrale par diverses directions du ministère et organismes sous sa tutelle. A cet égard le programme de médecine scolaire constitue particulièrement un levier fondamental de la politique de promotion des soins primaires en intégrant deux dimensions de l'investissement dans le capital humain.

La Tunisie a fait le choix d'un modèle d'organisation fortement centralisé du réseau de soins, en cohérence avec son régime politique autoritaire. Depuis les années 1990, les services publics de santé subissent une régression qui fait perdre à la politique publique de santé son rôle de régulation sociale face au risque de la maladie.

## **I.1. Le système de santé publique dispense des soins au rabais aux populations défavorisées.**

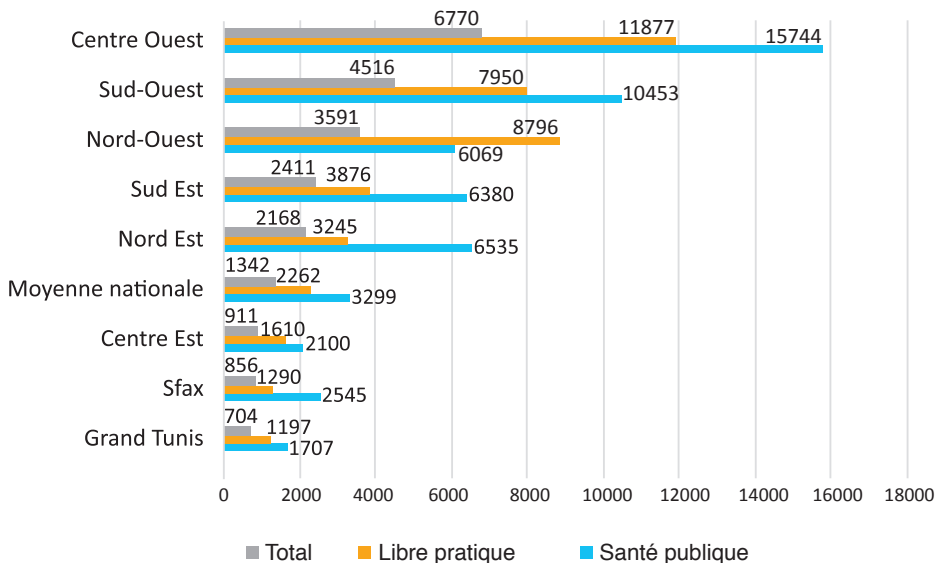
Le dysfonctionnement de la première et deuxième ligne de santé publique aggrave l'inégalité sociale face au risque de la maladie. En moyenne, seulement 19,5 % des centres de santé de base garantissent une consultation médicale de 6 jours par semaine. Les hôpitaux de circonscription n'ont d'hôpital que le nom dans la mesure où ce type d'établissements doit disposer au minimum d'un service de chirurgie et d'un service de réanimation, avec le plateau technique nécessaire à la prise en charge des différents types d'urgence. Le nombre moyen d'unités d'imagerie médicale pour 100000 habitants est de 2,09. Ce ratio varie entre un minimum de 0,19 et un maximum de 3,68. L'entretien et la maintenance de ces équipements sont défectueux en raison de l'insuffisance des ressources humaines qualifiées

nécessaires à cette fonction et la rareté des contrats d'entretien et de maintenance avec les sociétés privées qui offrent ce service.

Le nombre moyen de laboratoire de biologie médicale pour 100 000 habitants est de 1,77 dans la première ligne de santé. Ce ratio est en dessous de la moyenne dans les grands centres urbains où le rythme de consultation médicale est élevé (Grand Tunis, Sousse et Sfax). On retrouve la logique de gestion des ressources techniques qui pousse les patients à s'orienter vers le secteur privé pour réaliser l'analyse biologique prescrite par les médecins. Le même phénomène est observé avec l'imagerie médicale et la pénurie des médicaments dans les structures sanitaires publiques.

Le nombre d'habitants par médecin spécialiste est très élevé dans le Centre-Ouest (15744) et le Sud-Ouest (10453). Ce ratio est environ le double de la moyenne nationale dans les régions du Nord-Ouest, Sud-Est et le Nord-Est. La colère de la population contre la pénurie des spécialistes dans les régions de l'intérieur du pays a pris de l'ampleur à l'occasion du décès des patients dans les hôpitaux. Cette pénurie concerne la médecine obstétrique, la chirurgie, la cardiologie, la pédiatrie, la radiologie ainsi que l'anesthésie et la réanimation.

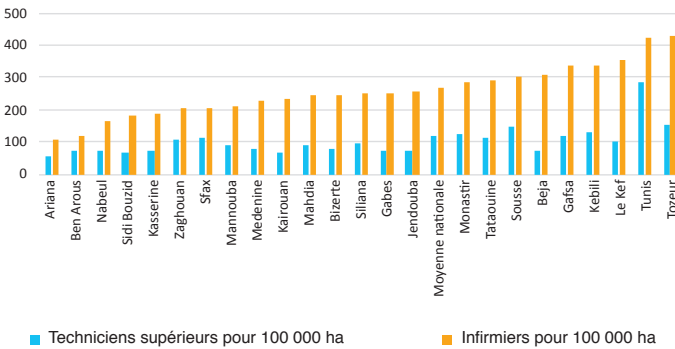
Figure 1: Nombre d'habitants par médecin spécialiste, par région selon le secteur public ou privé



Sources : Base de données du Conseil National de l'Ordre des médecins (CNOM) 2015, Institut National de la Statistique, Population estimée en juillet 2013, Calcul des ratios par les auteurs

En 2013, la densité moyenne des paramédicaux est 120,6 et 270,3 pour 100 000 habitants, respectivement pour les techniciens supérieurs et les infirmiers. Le cumul de l'effectif des deux catégories du personnel donne un niveau de densité proche des valeurs européennes (> 300 pour 100 000 habitants). Cependant, l'effectif des paramédicaux est mal réparti dans le pays. La densité de ce personnel est supérieure à la moyenne nationale dans des gouvernorats appartenant aussi bien aux régions intérieures (Tozeur, Kebili, Gafsa, Beja et Le Kef) que côtières (Tunis, Sousse, Monastir).

Figure 2: Densité régionale du personnel paramédical 2013



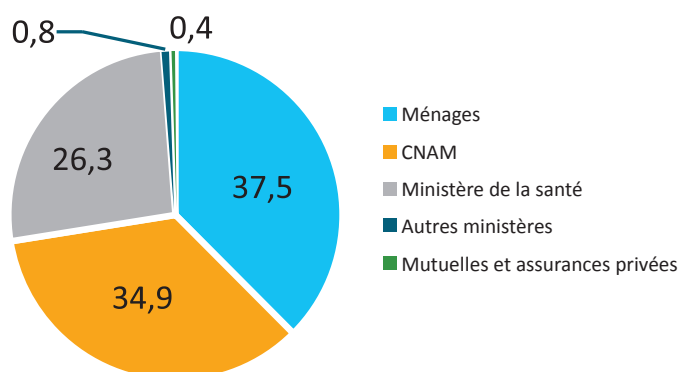
Source : Ministère de la santé publique. Offre des services de soins dans le secteur public en chiffre.2013 version en arabe.

## I.2. Le système de financement et la gestion budgétaire fragilisent la mission du service public de santé

La contribution relative de l'Etat au financement de la santé est nettement inférieure à celles des ménages et de la CNAM. Ce constat pose deux problèmes qui ont eu un impact sur l'inégalité d'accès aux soins dans un contexte où le taux de chômage est élevé et le taux de pauvreté a surement augmenté après la révolution avec la persistance de la crise économique et sociale<sup>6</sup>.

6 En 2010, le taux de pauvreté au niveau national est de 14 %.

Figure 3: Structure de financement des dépenses de la santé en 2013 (en %)



Source : Inès Ayadi, Les comptes de la santé de la Tunisie-2012 et 2013, Le pôle de l'économie de la santé.

Les paiements directs des ménages représentent la contribution relative la plus élevée de la structure de financement de la santé. Elle est supérieure à la norme de 20%, soit le niveau qui entraîne selon l'OMS un risque non négligeable de dépenses dites « catastrophiques » et le risque d'appauvrissement. En effet, la nécessité de recourir à la médecine privée pour raccourcir les délais de rendez-vous dans le secteur public, de bénéficier d'un meilleur accueil, d'obtenir les médicaments nécessaires et d'éviter les coûts de déplacement, n'est pas une alternative accessible à la population d'origine sociale modeste.

La contribution élevée de la CNAM pose également un problème au secteur de la santé publique. Elle ne pourra plus occuper une place centrale dans son financement en raison du déficit du régime d'assurance maladie, dans un contexte où les ressources en cotisations sociales sont réduites par le niveau élevé du chômage et la part importante de la population active insérée dans le secteur informel. Durant la période 2007-2010, les dépenses de la CNAM dans le secteur public ont augmenté de 52,5% (passant de 452 à 689 MD) alors qu'au secteur privé, cette augmentation est de 194% (passant de 175 à 514 MD)<sup>7</sup>. On aboutit alors à une sous rémunération des facteurs de production dans le secteur public qui contribue à son déclin.

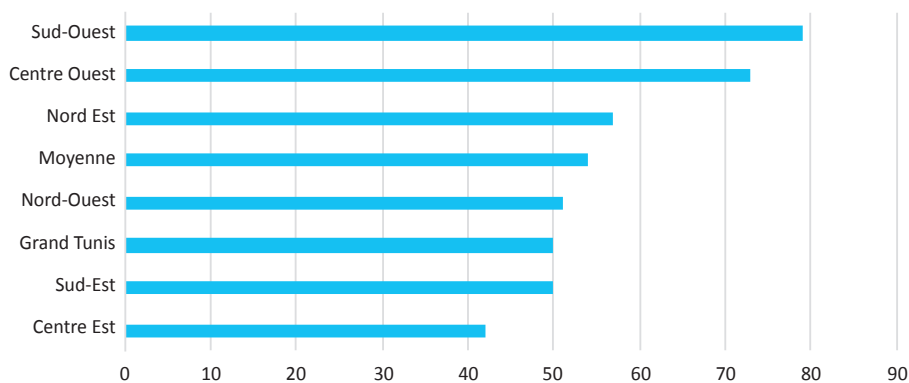
Le problème de rareté des ressources est amplifié par la mauvaise gestion financière. En effet, sous l'ère du régime politique autoritaire de Ben Ali, la

<sup>7</sup> Le comité technique du dialogue sociétal, La santé et le système de santé en Tunisie : Acquis et enjeux, Rapport du diagnostic de situation dans le cadre du dialogue sociétal pour la réforme du système de santé. Tunis, 2014, p 63

gestion des marchés publics est l'un des domaines les plus exposés aux gaspillages des ressources et à la corruption <sup>8</sup>. Dans le secteur de la santé la corruption a débouché sur le délabrement du secteur et au développement du secteur privé médical. Les locaux des structures sanitaires publiques ne sont pas souvent adaptés pour accueillir le flux des patients. Ils manquent d'entretien (réparation, badigeonnage) et de propreté. La corruption aggrave la pénurie des médicaments et la gestion irrationnelle de l'achat et de la répartition des équipements lourds.

Parmi la population bénéficiaire des services de la santé publique 54 % sont insatisfaits de leur qualité en raison du manque de médicaments, du long délai d'attente, de la non-disponibilité des médecins et de l'engorgement des structures sanitaires <sup>9</sup>. Le taux d'insatisfaction est supérieur à cette moyenne dans les régions du Sud-Ouest, du Centre Ouest et du Nord Est. Ainsi, le modèle d'organisation et de gestion du système de santé publique n'est pas piloté par la demande de prestation de soins des usagers du service public.

Figure 4: Taux d'insatisfaction des usagers du service public de santé par région (en % du total des usagers) .2014

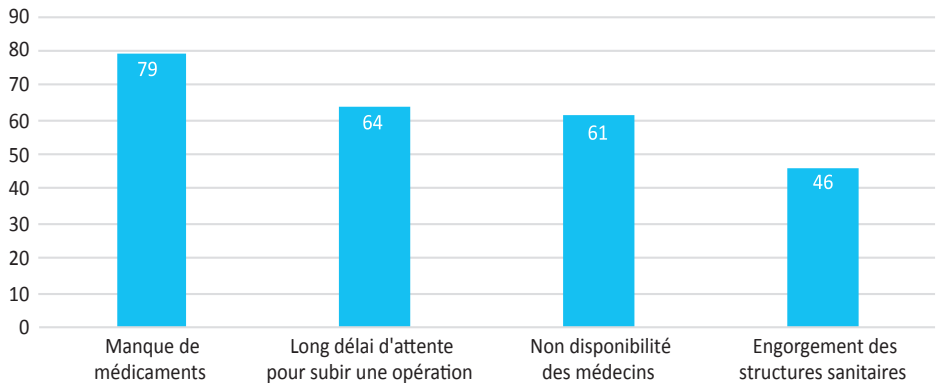


Source : INS. Résultats de l'enquête nationale sur «la perception des citoyens envers la sécurité, liberté et la gouvernance locale en Tunisie». 2014 Tunis Octobre 2015

8 Voir le rapport de la commission nationale d'investigation sur la corruption et la malversation (CNICM) qui a été mise en place en février 2011 pour enquêter sur les abus de l'ère Ben Ali et soumettre des propositions d'action au gouvernement pour renforcer la lutte et la prévention de la corruption.

9 INS. Résultats de l'enquête nationale sur «la perception des citoyens envers la sécurité, liberté et la gouvernance locale en Tunisie». 2014 Tunis Octobre 2015

Figure 5: Les raisons d'insatisfaction de la qualité des services fournis aux usagers -2014 (en % du total des usagers non satisfaits)



Source : INS. Résultats de l'enquête nationale sur «la perception des citoyens envers la sécurité, liberté et la gouvernance locale en Tunisie». 2014 Tunis Octobre 2015

### 1.3. Les hôpitaux à vocation universitaire perdent leur statut de référence médicale et scientifique

Un hôpital à vocation universitaire est fondé sur l'équilibre entre trois missions indissociables, soins, enseignement et recherche. De cet équilibre dépend le renforcement mutuel de ces trois missions. La qualité du système de santé est liée en grande partie à ce type d'hôpital puisque les professionnels, quel que soit leur mode ou leur lieu d'exercice, y sont formés. L'hôpital universitaire est la référence médicale et scientifique pour l'ensemble du système de santé d'un pays.

Les hôpitaux à vocation universitaire disposent d'un nombre important de médecins spécialistes. Mais l'organisation de travail des services hospitaliers est devenue perturbée par le manque de disponibilité des médecins en raison de l'autorisation qui leur est accordée de réaliser une activité privée complémentaire (APC) pour les retenir dans le secteur public. En 2010, près de 50% des professeurs et 31% des MCA et 77% des chefs de service exerçaient une activité privée complémentaire<sup>10</sup>.

L'Etat a aussi autorisé les médecins spécialistes de la santé publique à exercer une activité privée rémunérée à l'hôpital (APR) dans les régions de l'intérieur du pays. Ces deux formes d'activité sont bien réglementées et limitées dans le temps à deux après-midis par semaine.

10 Le comité technique du dialogue sociétal, La santé et le système de santé en Tunisie : acquis et enjeux, Rapport du diagnostic de situation dans le cadre du « dialogue sociétal pour la réforme du système de santé » 2014, p96



En fait la majorité des médecins sous ce statut, à cheval entre les secteurs public et privé, consacrent davantage de leurs temps de travail au secteur privé. Les jeunes médecins du service, deviennent alors de plus en plus livrés à eux-mêmes avec les risques de ne pas recevoir la formation nécessaire et multiplier les erreurs professionnelles dans un domaine où la santé et parfois la vie des patients est entre leurs mains. Au fil des années la culture de travail qui ne met plus le patient au cœur des activités de soins se propage parmi le personnel de toutes les catégories de qualifications suivant l'exemple des médecins adoptant les formules « APC » et « APR ». La file des patients devient alors longue, les rendez-vous des explorations ou des hospitalisations sont si tardifs que l'attente amplifie la souffrance des patients. Parmi cette file d'attente, certains membres de l'équipe du professeur ou du chef de service détectent les patients qui peuvent être détournés pour en faire des clients de l'activité privée dans une clinique<sup>11</sup>. Cette discrimination en fonction du revenu des patients devient visible et provoque souvent la colère des patients et le comportement violent de leurs accompagnateurs, notamment après la révolution.

Les centres hospitalo-universitaires s'isolent peu à peu des hôpitaux de circonscription, des hôpitaux régionaux et n'assurent plus l'équilibre entre leurs missions de soins, d'enseignement et de recherche. Ils perdent ainsi leur statut de référence médicale et scientifique. Heureusement, il existe encore une part importante de médecins qui défend le prestige et l'expertise des centres hospitalo-universitaires car elle adhère à leur rôle de leadership dans le développement de la médecine académique et l'offre des soins de haut niveau dans le secteur public.

---

11 Entretiens avec les patients et le personnel révoltés par ces pratiques

## II. LES CONDITIONS DE TRAVAIL ET LES RELATIONS DE TRAVAILS DANS LE SERVICE PUBLIC DE SANTÉ NE FAVORISENT PAS L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES PRESTATIONS DE SOINS.

---

### II.1. Les concepts « travail décent » et « ressources de pouvoir syndical », outils d'analyse des relations de travail.

Le concept «travail décent» apparaît pour la première fois en 1999, dans le rapport présenté par le Directeur général à la 87e session de la Conférence internationale du Travail (BIT, 1999). Dans le contexte de la mondialisation, l'absence de sécurité est un trait caractéristique des mutations économiques. Le travail décent est associé à sept formes de sécurité pour construire une mondialisation juste :

- Le travail décent est d'abord associé à un emploi productif résultant d'une politique macroéconomique ; c'est la sécurité du marché du travail.
- Il assure la protection contre les licenciements abusifs et la stabilisation dans l'emploi compatible avec une économie dynamique ; c'est la sécurité de l'emploi.
- Il assure la protection contre les accidents du travail et les maladies professionnelles grâce à des réglementations sur la santé et la sécurité, sur la limitation du temps de travail et des heures supplémentaires, grâce aussi à la diminution du stress au travail ; c'est la sécurité au travail.
- Il offre la possibilité d'avoir une « carrière » ; c'est la sécurité professionnelle.
- Il multiplie les possibilités d'acquérir ou de maintenir ses qualifications grâce à des moyens innovants, à l'apprentissage ou la formation professionnelle ; c'est la sécurité du maintien des qualifications.
- Le travail décent est associé à la création de revenus adéquats ; c'est la sécurité du revenu.
- Il assure la protection de l'expression collective sur le marché du travail grâce à des syndicats et organisations patronales indépendants, ainsi qu'à d'autres organismes capables de représenter les intérêts des travailleurs ; c'est la sécurité de représentation. Le droit à la liberté syndicale est ainsi,

un thème étroitement lié au dialogue social.

Les conditions de travail des professionnels de santé constituent une problématique majeure au vu de leurs conséquences sur la dispensation des services de santé publique. Le rôle de l'action syndicale est d'y promouvoir le travail décent.

Le pouvoir de négociation des syndicats de l'UGTT est relativement plus fort dans le secteur public que dans le secteur privé. Leurs ressources de pouvoir de négociation sont multiples et se renforcent mutuellement :

- i) le nombre d'adhérents dans le secteur de la santé publique est élevé <sup>12</sup> et leur cotisation est retenue à la source (sur leur demande) ;
- ii) les syndicats occupent la position d'un monopole syndical depuis très longtemps;
- iii) ils disposent d'une infrastructure et d'une organisation sectorielle en réseau qui couvrent les structures sanitaires dans tout le territoire national ;
- iv) la solidarité interne est très développée dans le secteur public du fait de l'existence d'une identité collective de contre-pouvoir qui se cristallise via des expériences quotidiennes communes de militantisme syndical ;
- v) le recours à la grève perturbe fortement le service public mais l'usage inefficace de ce droit constitutionnel <sup>13</sup> présente le risque de porter préjudice à l'image du syndicalisme dans la société <sup>14</sup>.

Ce pouvoir de négociation a permis aux syndicats d'accumuler des acquis en matière de travail décent au cours des négociations collectives périodiques depuis le début des années 1990. Après la révolution, l'action syndicale s'est poursuivie contre les déficits du travail décent dans un contexte marqué par les changements de gouvernements et la forte crise économique et sociale qui perdure depuis 2011. Les résultats de notre enquête auprès des syndicats de base implantés dans les structures sanitaires publiques, nous donnent un état des lieux des acquis et des déficits de travail décent par référence aux normes internationales du travail.

---

12 En 2013, le nombre d'adhérents est environ de 42 000 dont 95% appartiennent au secteur public.

13 Article 36 de la constitution promulguée le 27 janvier 2014.

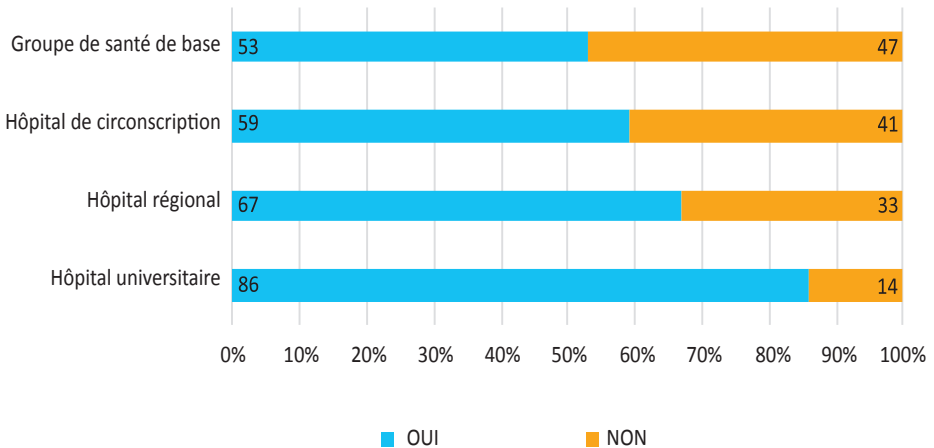
14 Le même risque existe dans d'autres services publics, notamment dans les secteurs de l'éducation et du transport.

## II.2. Les acquis et les déficits du travail décent du personnel paramédical

La perception du pouvoir d'achat par les travailleurs détermine leur stratégie syndicale de revendication salariale. Convaincus qu'ils n'ont pas les moyens d'agir sur les prix <sup>15</sup>, le souci majeur des syndicats est d'améliorer le salaire nominal par le biais de la négociation collective où leur stratégie cherche à obtenir une augmentation du salaire de base et de ses accessoires et les chances d'avancement et de promotion professionnelle des travailleurs.

L'horaire de consultation externe limité seulement à la matinée contribue à l'engorgement des structures sanitaires publiques et par-là même à la mauvaise qualité des prestations offertes par les services publics. De nombreux citoyens revendiquent un horaire de travail pour toute la journée. Les syndicats de base des hôpitaux à vocation universitaire et des hôpitaux régionaux sont relativement les plus favorables à cette proposition. Probablement, dans le cadre d'un dialogue social serein, il est possible d'aboutir à une organisation du temps de travail qui concilie une meilleure qualité d'accueil des patients et temps de travail décent pour le personnel paramédical dans l'ensemble des structures sanitaires publiques.

Figure 6: Les services publics de santé doivent-ils fonctionner toute la journée pour améliorer l'accueil des patients ? (en %)

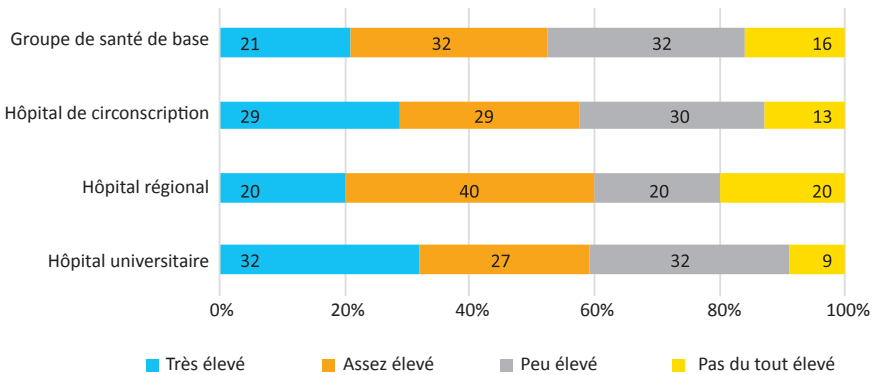


Source : Ben Sedrine Saïd & Amami Mongi, Enquête auprès des syndicats de base dans le système de santé publique. 2016

<sup>15</sup> Les syndicats considèrent que le gouvernement ne lutte pas suffisamment contre la spéculation sur les marchés dominés par la contrebande au cours de ces dernières années. En plus, toujours, il existe un décalage possible entre l'inflation mesurée par l'institut national de la statistique et l'inflation perçue. Ceci tient au fait que la hausse des prix n'affecte pas tous les ménages de la même façon. En effet, l'indice des prix à la consommation (IPC) reflète l'évolution du prix d'un panier de biens et services représentant la consommation de l'ensemble des ménages résidant sur le territoire national. Mais chaque catégorie de la population a sa propre structure de consommation, qui diffère plus ou moins de la structure générale

L'une des tendances les plus importantes au cours des deux dernières décennies est indéniablement la montée de l'insécurité dans le monde du travail dans les secteurs privé et public. L'inclusion des salariés dans l'emploi « stable et protégé » de la fonction publique devient la revendication principale des syndicats dans toutes les régions et tous les secteurs. Plus de la moitié des syndicats estime que cinq ans après la révolution, la précarité de l'emploi du personnel paramédical demeure encore élevée.

Figure 7: Le nombre de personnel paramédical sous contrat de travail précaire demeure-t-il ? (en %)

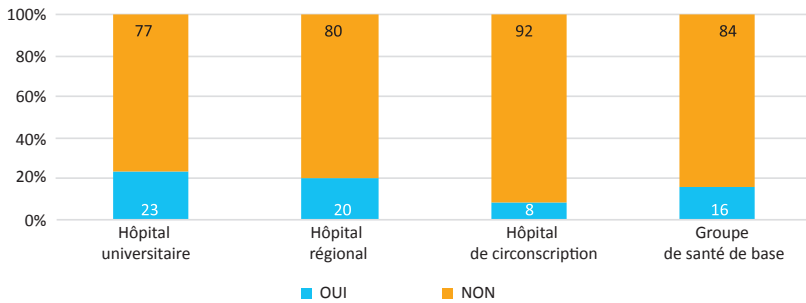


Source : Ben Sedrine Saïd & Amami Mongi, Enquête auprès des syndicats de base dans le système de santé publique. 2016

Les pratiques de corruption marquent l'organisation des concours d'accès à l'emploi public dans un contexte de forte compétition sociale autour de ce type d'emploi. La rareté de l'emploi devient une source de désespoir, de violence et de perte de confiance dans l'équité du concours de recrutement, notamment pour ceux qui ont perdu leur jeunesse dans le chômage de très longue durée.

Selon le témoignage des syndicats, l'opportunité de passer un concours de promotion professionnelle ne se présente pas d'une manière régulière, notamment pour le personnel de la première ligne de santé publique. L'attestation de présence au cycle de formation continue est jugée suffisante pour les dossiers de candidature à un concours de passage de grade. (MDCI, FNUAP 2014). Elle assure les chances de réussite à ce concours. La limite d'accès au cycle de formation continue est le moyen de réguler le nombre de candidats. De ce fait, la formation continue n'est pas accessible à toutes les catégories du personnel et n'atteste pas les compétences acquises puisque l'organisation et la gestion du système de santé publique ne vise pas l'amélioration de la qualité des prestations de soins.

Figure 8: Les programmes de formation continue ont-ils été suivis par toutes les catégories du personnel paramédical ? (en %)



Source : Ben Sedrine Saïd & Amami Mongi, Enquête auprès des syndicats de base dans le système de santé publique. 2016

Le risque d'infection dans les structures sanitaires publiques est élevé. Les dispositions de prévention des risques des maladies professionnelles comme ceux des accidents de travail ne sont pas appliquées dans les structures sanitaires publiques alors qu'elles devraient donner l'exemple dans ce domaine.

Tableau 1 : Le personnel est-il protégé contre les infections en milieu de travail ?

	Groupes de santé de base	Hôpitaux de circonscription	Hôpitaux régionaux	Hôpitaux universitaires	Total
Oui	11	6	27	5	11
Non	89	94	73	95	89
Total	100	100	100	100	100

Source : Ben Sedrine Saïd & Amami Mongi, Enquête auprès des syndicats de base dans le système de santé publique. 2016

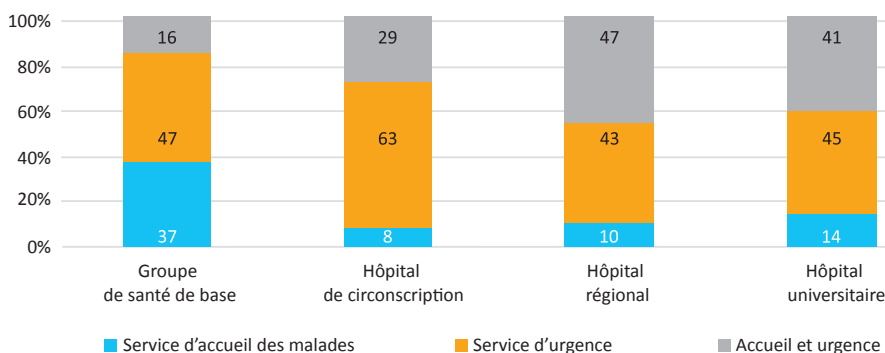
Tableau 2 : Le personnel est-il protégé contre les accidents de travail ?

	Groupes de santé de base	Hôpitaux de circonscription	Hôpitaux régionaux	Hôpitaux universitaires	Total
Oui	21	10	30	9	16
Non	79	90	70	91	84
Total	100	100	100	100	100

Source : Ben Sedrine Saïd & Amami Mongi, Enquête auprès des syndicats de base dans le système de santé publique. 2016

Le personnel subit souvent la violence des patients ou de leurs accompagnateurs insatisfaits. Le personnel est confronté à la violence des patients ou de leurs accompagnateurs aussi bien dans les urgences que dans les services d'accueil des structures sanitaires publiques.

Figure 9: Dans quels services la violence des patients ou de leurs accompagnateurs est-elle fréquente



Source : Ben Sedrine Saïd & Amami Mongi, Enquête auprès des syndicats de base dans le système de santé publique. 2016

Les violences sont nombreuses, quotidiennes et diversifiées. Trois formes de violences sont classées selon leur gravité :

- i) injures, insultes, provocation sans menaces ;
- ii) menaces d'atteinte à l'intégrité physique, de mort ou port d'armes ;
- iii) violence effective à l'intégrité physique du personnel ou à leurs biens

La première forme de violence est relativement la plus fréquente puisqu'elle est observée par 90 % des syndicats. La violence effective à l'intégrité

physique du personnel ou à leurs biens est assez préoccupante dans la mesure où la moitié des syndicats signale que c'est un fait très fréquent ou fréquent dans les hôpitaux régionaux et les hôpitaux à vocation universitaire (voir tableau ci-dessous).

Tableau 3 : Fréquence des différentes formes de violence selon le témoignage des syndicats (en %)

	Injures, insultes, provocation sans menaces	Menaces d'atteinte à l'intégrité physique, de mort ou port d'armes	Violence effective à l'intégrité physique du personnel ou à leurs biens
Très fréquente	48	15	13
Fréquente	43	31	37
Rare	10	45	43
Inexistante	0	10	7
Total	100	100	100

Source : Ben Sedrine Saïd & Amami Mongi, Enquête auprès des syndicats de base dans le système de santé publique. 2016

La pénibilité de travail du personnel paramédical n'est pas reconnue par l'administration et les patients. Violence des patients et manque de reconnaissance du travail du personnel soignant sont des faits objectivement produits par le modèle d'organisation et de gestion du système de santé dont la logique ne met pas le patient au centre de l'acte de soin et ne mobilise pas le personnel autour de cet objectif.

### II.3. Acquis et limites de la reconnaissance de l'exercice du droit syndical.

#### II.3.1. Les acquis de la législation du travail

La Tunisie s'est engagée dans un processus de ratification des conventions internationales relatives à la liberté et au droit syndical depuis l'indépendance. La loi codifie les droits et les devoirs du personnel de la fonction publique et des établissements publics et reconnaît le droit syndical <sup>16</sup>.

<sup>16</sup> Article 4 de la loi n° 83-112 du 12 décembre 1983, portant statut général des personnels de l'Etat, des collectivités locales et des établissements publics à caractère administratif. (JORT n° 82 du 16 décembre 1983)



Ce droit est aujourd'hui reconnu au niveau de la nouvelle constitution tunisienne dans ses articles 35 et 36 :

*Article 35 : La liberté de constituer des partis politiques, des syndicats et des associations est garantie. Les partis politiques, les syndicats et les associations s'engagent dans leurs statuts et leurs activités au respect des dispositions de la Constitution, de la loi, de la transparence financière et au rejet de la violence.*

*Article 36 : Le droit syndical est garanti, y compris le droit de grève. Ce droit ne s'applique pas à l'Armée nationale. Le droit de grève ne s'applique pas aux forces de sécurité intérieure et aux douanes.*

Le 11 février 2014, la Tunisie a ratifié la convention n°151 sur les relations de travail dans la fonction publique. Cette convention assure aux agents publics, tels qu'ils y sont définis, une protection adéquate en ce qui concerne leur emploi contre tous actes de discrimination tendant à porter atteinte à la liberté syndicale. Les organisations d'agents publics doivent bénéficier d'une complète indépendance à l'égard des autorités publiques et d'une protection adéquate contre tous actes d'ingérence des autorités publiques dans leur création, leur fonctionnement et leur administration.

Les droits syndicaux comprennent le droit des représentants des travailleurs d'obtenir des facilités pour exercer leur mission syndicale. La recommandation n°159 de l'OIT sur les relations de travail dans la fonction publique stipule dans son article 4 : « pour déterminer la nature et l'étendue des facilités qui devraient être accordées aux représentants des organisations d'agents publics conformément au paragraphe 3 de l'article 6 de la convention sur les relations de travail dans la fonction publique, 1978, il conviendrait de tenir compte de la recommandation concernant les représentants des travailleurs, 1971. ». A cet égard, la recommandation no 143 concernant les représentants des travailleurs précise les facilités qui doivent leur être accordées. Notre enquête auprès des syndicats des structures sanitaires publiques a recueillie l'information sur ce sujet pour évaluer le niveau d'effectivité du droit syndical par référence aux critères de la norme internationale.

### **II.3.2. Le recouvrement des cotisations syndicales est assuré**

Le recouvrement des cotisations syndicales est assuré par la retenue sur les salaires des adhérents à l'UGTT et leur transfert à la centrale syndicale.

### **II.3.3. Inégalité des conditions matérielles et de l'accès aux lieux de travail des syndicats de base.**

Pour que le droit syndical ait vraiment un sens, les organisations de travailleurs doivent être en mesure de promouvoir et de défendre les intérêts de leurs membres en bénéficiant des facilités nécessaires au libre exercice des activités liées à la représentation des travailleurs. La direction devrait mettre à leur disposition les facilités d'ordre matériel, comme l'occupation d'un bureau de travail. Sur ce plan, la majorité des représentants des travailleurs des groupes de santé de base et des hôpitaux de circonscription ne disposent pas d'un bureau de travail. La situation est relativement meilleure dans les hôpitaux régionaux et les hôpitaux à vocation universitaire où, respectivement, 71 % et 82 % des syndicats ont un bureau de travail. Probablement l'exiguïté des locaux des centres de santé de base explique la faible proportion de syndicats disposant d'un bureau de travail.

Aussi, le syndicat peut ne pas disposer d'un bureau lorsque le personnel n'est représenté que par un « premier délégué syndical », situation fréquente dans les centres de santé de base<sup>17</sup>.

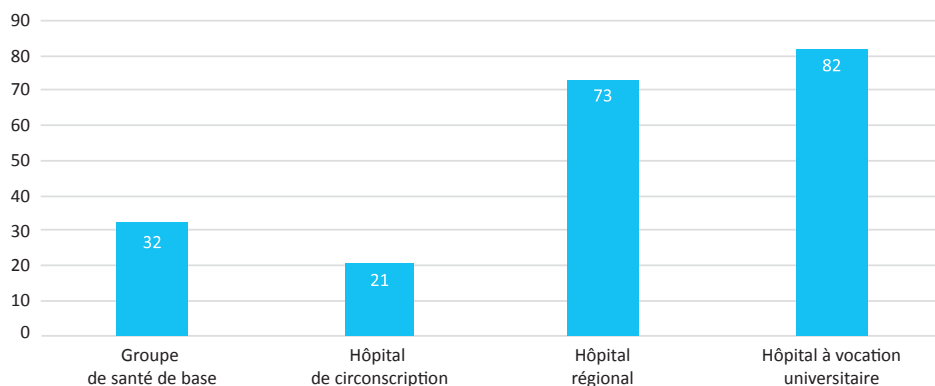
---

17 Le statut de l'UGTT stipule que la création d'un syndicat de base exige au minimum 50 adhérents. En dessous de ce seuil, on peut créer une délégation syndicale dont le nombre de délégués dépend de celui des adhérents comme suit :

- 10 adhérents : 1 délégué
- 11-20 adhérents : 2 délégués
- 21-49 adhérents : 3 délégués

Un premier délégué est élu parmi ces délégués de chaque tranche d'adhérents. La délégation syndicale a les mêmes missions qu'un syndicat de base (Voir statut UGTT p60 et p63)

Figure 10: Part des syndicats qui dispose d'un bureau de travail (en%)

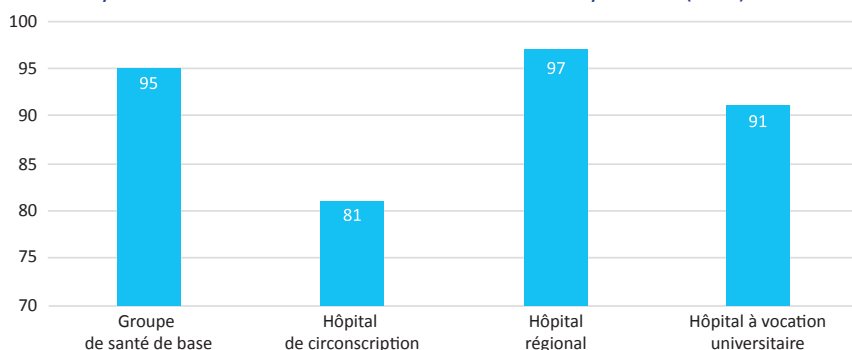


Source : Ben Sedrine Saïd & Amami Mongi, Enquête auprès des syndicats de base dans le système de santé publique. 2016

Selon la recommandation n° 143 de l'OIT, les représentants des travailleurs devraient être autorisés à afficher des avis syndicaux dans l'une des structures sanitaires publiques à un ou à plusieurs emplacements qui seront déterminés en accord avec l'administration et auxquels les travailleurs auront facilement accès. La direction devrait aussi les autoriser à distribuer aux travailleurs des bulletins d'information, des brochures, des publications et d'autres documents du syndicat. Cependant les avis et documents syndicaux devraient porter sur les activités syndicales normales; leur affichage et leur distribution ne devraient pas porter préjudice au fonctionnement régulier ni à la propreté de l'établissement sanitaire.

De ce point de vue, la majorité des syndicats du secteur de la santé publique a obtenu les facilités nécessaires pour exercer sa mission syndicale (voir figure ci-dessous)

Figure 11: Part des syndicats qui accède à tous les lieux de travail pour afficher des avis syndicaux ou distribuer de la documentation syndicale (en%)



Source : Ben Sedrine Saïd & Amami Mongi, Enquête auprès des syndicats de base dans le système de santé publique. 2016

### II.3.4. Une part importante des représentants des travailleurs ne bénéficie pas du temps libre pour exercer efficacement sa mission syndicale

Les représentants des travailleurs dans la structure sanitaire devraient bénéficier, sans perte de salaire ni de prestations et avantages sociaux, du temps libre nécessaire pour pouvoir remplir leurs fonctions de représentation dans cette structure. Des limites raisonnables pourront être fixées pour la durée du temps libre accordé aux représentants des travailleurs. Aussi, ils devraient bénéficier du temps libre nécessaire pour assister à des réunions, cours de formation, séminaires, conférences et congrès syndicaux. Une part importante des représentants des travailleurs ne bénéficient pas de ces dispositions de la recommandation n°143 de l'organisation internationale du travail (Voir Tableau n°11).

Tableau 4 : Part des responsables de syndicat de base qui ont du temps libre pour remplir leur mission syndicale avec l'accord de l'employeur (en%)

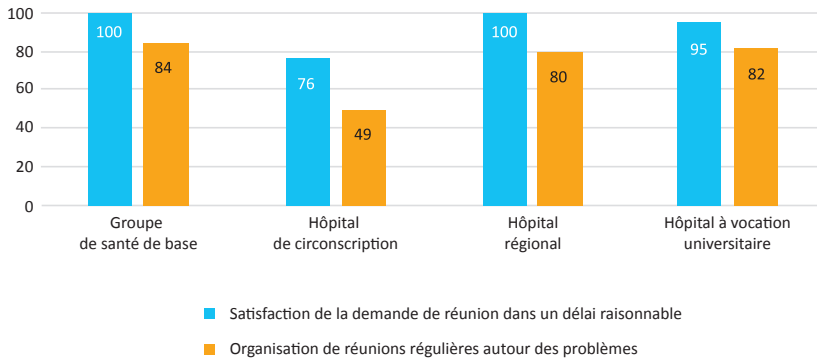
	Groupes de santé de base	Hôpitaux de circonscription	Hôpitaux régionaux	Hôpitaux universitaires
Oui	53	37	53	41
Non	47	63	47	59
Total	100	100	100	100

Source : Ben Sedrine Saïd & Amami Mongi, Enquête auprès des syndicats de base dans le système de santé publique. 2016

### II.3.5. Accès fréquent des syndicats à la direction et organisation de réunions régulières

Les représentants des travailleurs devraient avoir accès sans retard injustifié à la direction de l'administration et auprès des représentants de la direction autorisés à prendre des décisions lorsque cela est nécessaire pour le bon exercice de leurs fonctions. Nous constatons que la majorité des syndicats peut obtenir à sa demande une réunion dans un délai raisonnable et se réunit régulièrement avec le chef d'administration pour résoudre les problèmes qui se posent dans les structures sanitaires publiques. Toutefois, les syndicats dans les hôpitaux de circonscription bénéficient moins fréquemment de ces facilités.

Figure 12: Part des syndicats qui obtient l'accès à la direction selon la norme internationale (en %)



Source : Ben Sedrine Saïd & Amami Mongi, Enquête auprès des syndicats de base dans le système de santé publique. 2016

## II.4. Inefficacité du dialogue social dans les structures sanitaires publiques.

### II.4.1. Les syndicats sont informés sur les programmes de la politique de santé publique.

Sans base d'information commune, il est difficile de mener un dialogue social constructif. La recommandation no 163 sur la négociation collective souligne l'importance de l'accès à l'information. Des mesures adaptées aux circonstances nationales peuvent être prises pour que les parties aient accès aux informations nécessaires pour pouvoir négocier en connaissance de cause. Ces informations pourraient porter notamment sur la situation économique et sociale de l'unité de négociation et de l'entreprise dans son ensemble. Les pouvoirs publics devraient fournir les informations nécessaires sur la situation économique et sociale globale du pays et de la branche d'activité intéressée, dans la mesure où la divulgation de ces informations n'est pas préjudiciable à l'intérêt national. De ce point de vue de la reconnaissance du droit syndical, la majorité des syndicats de base est relativement bien informée sur les programmes de la politique de santé publique ; c'est particulièrement le cas dans les centres de santé de base et les hôpitaux régionaux.

Tableau 5 : Le syndicat reçoit-il une information précise sur les programmes de la politique de santé publique ?

	Groupes de santé de base	Hôpitaux de circonscription	Hôpitaux régionaux	Hôpitaux universitaires
Souvent	74	57	63	23
Rarement	26	43	37	77
Total (en%)	100	100	100	100

Source : Ben Sedrine Saïd & Amami Mongi, Enquête auprès des syndicats de base dans le système de santé publique. 2016

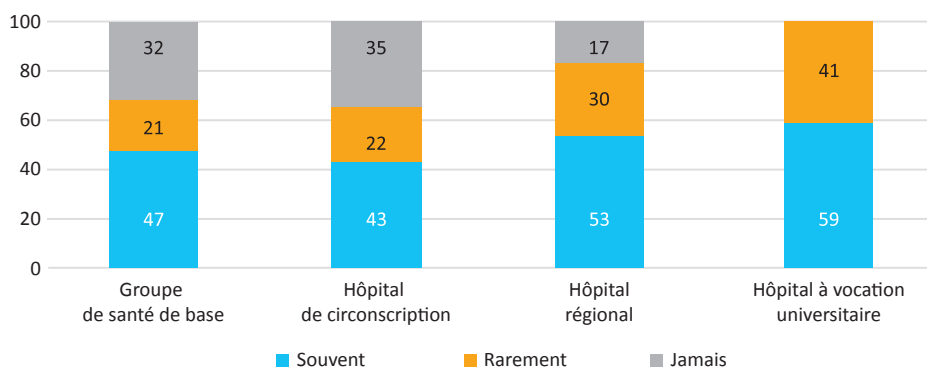
#### **II.4.2. Ils sont aussi écoutés mais leur avis est rarement ou jamais pris en considération.**

Les travaux préalables à l'adoption de la convention n° 154 ont fortement insisté sur l'importance de la bonne foi. La négociation collective ne peut fonctionner efficacement que si les deux parties la mènent de bonne foi. C'est l'engagement des parties à négocier de bonne foi qui assure le développement du dialogue social. Négocier de bonne foi implique que les deux parties fassent des efforts réels et durables pour parvenir à un accord, que les négociations soient constructives, que l'on évite les délais injustifiés et que les termes de l'accord soient respectés et observés. Dans certains pays, le droit du travail précise en détail ce que doivent faire les employeurs, les organisations d'employeurs et les syndicats, et va jusqu'à considérer que le non-respect de ces dispositions est une forme de pratique déloyale de travail.

La consultation impose, préalablement à toute décision, que soit pris en considération l'avis des personnes concernées par une question. La réussite de la négociation implique que les parties concernées deviennent partenaires dans un processus de prise de décision portant sur des questions d'intérêt commun.

Une part importante des syndicats de base affirme que son point de vue sur la conception et la mise en œuvre des programmes du ministère de la Santé est rarement ou jamais pris en considération. L'inefficacité du dialogue social est particulièrement observée dans la première ligne de santé publique (groupe de santé de base et hôpital de circonscription).

Figure 13: Les propositions du syndicat sur la conception et la mise en oeuvre des programmes de la politique de santé sont-elles prises en considération?



Source : Ben Sedrine Saïd & Amami Mongi, Enquête auprès des syndicats de base dans le système de santé publique. 2016

#### II.4.3. Les accords conclus ne sont pas toujours respectés par l'administration

La négociation collective devrait autant que possible relever de la compétence des parties concernées. Comme soulignée dans la recommandation n°163, la promotion de la négociation collective par le gouvernement et les différentes parties, exige de veiller à ce que les représentants des organisations d'employeurs et de travailleurs soient reconnus aux fins de la négociation collective. Sur ce plan, le non-respect des accords conclus est un obstacle majeur au développement du dialogue social. En effet, la majorité des syndicats souligne ce problème qui la pousse à exercer son droit de grève. Grâce à cette action, une partie des revendications syndicales a été satisfaite en 2015<sup>18</sup>.

Tableau 6 : Le non-respect de l'administration des accords conclus est-il un obstacle au dialogue social ?

	Groupes de santé de base	Hôpitaux de circonscription	Hôpitaux régionaux	Hôpitaux universitaires
Oui	74	63	63	68
Non	26	37	37	32
Total (en%)	100	100	100	100

Source : Ben Sedrine Saïd & Amami Mongi, Enquête auprès des syndicats de base dans le système de santé publique. 2016

18 Publication en 2015, des décrets portant modification des statuts particuliers des techniciens supérieurs et des infirmiers, ceux fixant la concordance entre l'échelonnement des grades et les niveaux de rémunération et les décrets portant augmentation de l'indemnité de risque de contagion et de la rémunération des emplois fonctionnels.

Les grèves se poursuivent en 2016 car l'accord conclu le 05 novembre 2015 n'a pas été respecté par les autorités publiques <sup>19</sup>. Cet accord prévoit notamment, la création d'une fonction publique hospitalière<sup>20</sup>, la régularisation du personnel qui assure des fonctions administratives ou techniques sans bénéficier des droits prévus pour ces catégories, la reclassification des titulaires de licence appliquée parmi les infirmiers et les techniciens supérieurs, la classification professionnelle de tous les agents selon le niveau et la spécialité de leur diplôme. Autrement dit, l'Etat tarde à mettre en œuvre la réforme structurelle de la fonction publique ce qui aggrave les conflits collectifs de travail et porte préjudice à la qualité des prestations de soins du service public <sup>21</sup>.

## **II.5. La gestion centralisée et autoritaire du système de santé et les problèmes de financement du service public ne favorisent pas la promotion du dialogue social**

En sa qualité d'approche participative, le dialogue social constitue un apport fondamental à la gouvernance démocratique, à la transparence et à la justice sociale. Les défaillances de la politique de santé au niveau de la première ligne sont en grande partie liées à l'inefficacité du dialogue social. Dans le secteur public, les administrations régionales et l'administration centrale ont le statut de partenaire à la négociation sans avoir le pouvoir de décider. De ce fait, les accords conclus à leur niveau ne sont pas respectés. Cette situation a été à l'origine de la forte détérioration des relations de travail entre les syndicats de base et le ministère de la Santé depuis 2012.

---

19 Cet accord est conclu entre le ministère de la santé et le ministre des affaires sociales, d'une part, et la Fédération Générale de Santé (FGS) et l'Union Générale Tunisienne du Travail (UGTT), d'autre part,

20 Ce problème se pose depuis l'année 2012 marquée par plusieurs grèves du personnel de la santé publique. Selon les syndicats, la fonction publique hospitalière doit regrouper la branche des cadres médicaux et paramédicaux, celle des enseignants et médecins-assistants et la branche administrative de la santé publique.

21 Dans plusieurs domaines, le gouvernement hésite à introduire les réformes structurelles dans un contexte marqué par l'absence de cohésion politique de la coalition des quatre partis au pouvoir (Nidaa, Ennahdha, Afek et UPL).



Tableau 7 : La gestion centralisée des ressources humaines et financières est –elle un obstacle au dialogue social ?

	Groupes de santé de base	Hôpitaux de circonscription	Hôpitaux régionaux	Hôpitaux universitaires
Oui	79	70	83	64
Non	21	30	17	36
Total (en%)	100	100	100	100

Source : Ben Sedrine Saïd & Amami Mongi, Enquête auprès des syndicats de base dans le système de santé publique. 2016

L'insuffisance des ressources financières du système de santé est considérée par les syndicats comme un obstacle supplémentaire au dialogue social. Cette crise financière est attribuée aux orientations de la politique publique de santé qui a encouragé le développement du secteur privé au détriment du secteur public au cours des deux dernières décennies. Ils ne constatent pas une volonté politique d'engager des réformes qui assurent l'accès équitable des citoyens au droit de santé<sup>22</sup>.

Tableau 8 : L'insuffisance des ressources financières est-elle un obstacle à la négociation collective ?

	Groupes de santé de base	Hôpitaux de circonscription	Hôpitaux régionaux	Hôpitaux universitaires
Oui	95	81	97	86
Non	21	30	17	36
Total (en%)	100	100	100	100

Source : Ben Sedrine Saïd & Amami Mongi, Enquête auprès des syndicats de base dans le système de santé publique. 2016

22 Entretiens avec les syndicats confirmés par leur intervention dans les mass médias au cours des grèves.

## **II.6. Faible impact de l'action syndicale sur l'amélioration de la qualité des prestations de soins et risque d'inefficacité de la grève**

La gestion participative des ressources humaines est une notion subversive du point de vue de la logique de gestion autoritaire et bureaucratique du service public. Au cours des dernières décennies, ce type de « gouvernance participative » ne vise pas en fait la participation à la décision. La démarche satisfait les bailleurs de fonds, mais elle entraîne un gaspillage du potentiel en ressources humaines qui se traduit par le rejet de la réforme au moment de sa mise en œuvre. Dans ce cadre institutionnel du dialogue social, le mouvement syndical est contraint d'axer son action sur les revendications professionnelles et la défense des libertés syndicales sans pouvoir résister à la politique publique générant la médiocrité des prestations fournies aux patients du service public de santé. La bureaucratie syndicale a développé les attitudes syndicales souvent indifférentes face au délabrement croissant du secteur public.

Nombreux alors sont les citoyens qui n'ont pas foi en l'intégrité des organisations syndicales et qui les considèrent comme corporatistes, nuisibles au bon fonctionnement de l'économie, et peu soucieux de l'intérêt des usagers des services publics. C'est le cas lors des grèves dans les secteurs de l'éducation, du transport et de la santé publique. La colère des usagers du service public est exploitée par le pouvoir politique qui cherche à domestiquer le mouvement syndical et par tous ceux qui sont opposés au droit syndical. Certains responsables syndicaux tombent dans le piège par leur comportement extrémiste, animé par une stratégie politique plutôt qu'une stratégie syndicale. Dans le contexte d'instabilité politique et sociale de la Tunisie, le ministère et les syndicats deviennent en fait objets de manipulations de tous bords qui les font perdre le contrôle du processus de négociation <sup>23</sup>.

L'arme de la grève dans les services publics de santé, de l'éducation et du transport est à double tranchant : Si elle alloue un pouvoir étendu aux syndicats dans leur processus de négociation avec l'employeur, elle débouche en même temps sur la colère des usagers du service public. Une haute aptitude à gérer les conflits dans les services publics de santé, de l'éducation et du transport consiste à utiliser le droit de grève avec discernement et dans un souci d'efficacité afin de défendre les intérêts des salariés. La capacité des syndicats de définir, de proposer et de poursuivre des projets qui défendent

---

23 Les relations de travail dans les hôpitaux de Sfax est un exemple de l'impasse du dialogue social

au quotidien les besoins des usagers des services publics, en même temps que leur mission syndicale, est un axe stratégique de la rénovation de l'action syndicale de l'UGTT pour obtenir leur solidarité au moment de la grève. Ainsi l'exercice de ce droit constitutionnel devient le moyen de promouvoir un modèle inclusif de la santé publique.

### **III. PROPOSITIONS POUR PROMOUVOIR LA QUALITÉ ET L'ÉQUITÉ DES PRESTATIONS DE SOINS PAR LE TRAVAIL DÉCENT ET LA RÉNOVATION DU DIALOGUE SOCIAL**

---

#### **III.1. La réforme de la gouvernance du service public de santé est un préalable à une politique de santé pour tous**

##### **III.1.1. Renforcer la capacité du service public à promouvoir la couverture universelle de santé (CSU)**

La CSU a pour objectif de garantir à toutes et tous l'accès à des services de santé de qualité, indépendamment de la capacité de chacun à payer. La voie la plus efficace et rentable pour atteindre cet objectif consiste bien à renforcer le secteur public de la santé. Mais ce dernier doit subir une réforme pour assurer cette mission.

Un constat semble partagé par l'ensemble des pays démocratiques : aujourd'hui, l'évolution des missions de l'État, devenu prestataire de services, s'accommode difficilement de la rigidité et de la complexité des administrations centralisées. Donner plus d'autonomie aux gestionnaires de services publics est le moyen de consacrer la séparation entre les sphères politique et administrative : aux politiques la tâche de définir les politiques publiques, aux agences la tâche de les mettre en œuvre. En contrepartie de l'autonomie, les gestionnaires sont comptables de leurs résultats à l'égard de leur hiérarchie mais également devant les citoyens représentés par le Parlement. Ce couple « autonomie et responsabilité » inséparable assure la réactivité et la capacité d'innovation des structures sanitaires publiques pour mieux servir les citoyens.

Dans le contexte post-révolution marqué par la liberté d'expression, l'utilisateur du service public n'est plus l'administré docile face à l'administration régionale et centrale. Il demande de plus en plus aux organismes publics d'être disponibles, de conseiller efficacement, de faire en sorte que son cas particulier soit bien pris en compte. Le citoyen a besoin d'une administration de proximité réactive pour réduire le temps de réponse à ses besoins et proactive pour les anticiper. Les mouvements sociaux nombreux dans toutes les régions du pays revendiquent l'amélioration de la qualité et l'équité des prestations du service public de santé. Le modèle d'organisation et de gestion du secteur public doit alors répondre à cette attente.

Les fonctionnaires expriment le souhait de carrières plus valorisantes, d'initiatives accrues, d'explications sur la finalité du service public où ils exercent. Ils expriment par le biais des syndicats un besoin accru de participation et de responsabilité <sup>24</sup>. Ces aspirations constituent une opportunité de changement si on adopte un modèle d'organisation et de gestion qui les valorisent puis les canalisent vers la satisfaction des usagers du service public.

Les ressources financières sont rares. Adopter les bonnes pratiques de gestion financière signifie moins de dettes, moins de pression fiscale et donc plus d'indépendance du pays. Cela signifie aussi, permettre à l'Etat de faire plus pour la justice et la cohésion sociale avec les mêmes ressources. Mais cette logique ne peut être admise par les fonctionnaires que lorsque la politique fiscale est équitable et la gestion budgétaire est « saine » <sup>25</sup>. Au cours des dernières décennies, les fonctionnaires ont été les mieux placés pour constater la contradiction entre le discours politique sur la réforme fiscale et budgétaire et les pratiques de fuite fiscale et de corruption à une grande échelle.

L'évaluation du cadre d'intégrité dans le secteur public a identifié un ensemble de mesures à mettre en œuvre pour atteindre cet objectif (OCDE – CLEANGOV BIZ, 2013). Certaines mesures permettent de mobiliser des ressources publiques supplémentaires et de les utiliser de manière plus efficace afin de répondre aux besoins de financement des programmes de la couverture universelle de santé : sur le plan des recettes, la transparence fiscale contribue à maximiser la collecte de l'impôt et sur le plan des dépenses, la réforme de la passation des marchés publics évite les gaspillages des ressources. Par conséquent, promouvoir la culture d'intégrité est aujourd'hui une priorité absolue dans le secteur de la santé.

#### Encadré 1: Qu'est-ce que la couverture universelle?

La couverture (sanitaire) universelle consiste à veiller à ce que l'ensemble de la population ait accès aux services préventifs, curatifs, palliatifs, de réadaptation et de promotion de la santé dont elle a besoin et à ce que ces services soit de qualité suffisante pour être efficaces, sans que leur coût n'entraîne des difficultés financières pour les usagers. Cette définition contient trois objectifs de la couverture universelle, liés entre eux:

- l'accès équitable aux services de santé – tous ceux qui ont besoin des services de santé, quels que soient leurs moyens financiers, doivent pouvoir y accéder;
- la qualité – les services de santé doivent être d'une qualité suffisante pour améliorer la santé de ceux qui en bénéficient;

24 Entretiens avec les syndicats de base dans plusieurs régions du pays

25 C'est-à-dire non infectée de corruption selon un responsable syndical

- la protection financière – le coût des soins ne doit pas exposer les usagers à des difficultés financières.

Pour des centaines de millions de gens, en particulier pour les plus vulnérables, la couverture universelle c'est l'espoir d'être en meilleure santé sans s'appauvrir.

Source : OMS [http://www.who.int/health\\_financing/universal\\_coverage\\_definition/fr/](http://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/fr/)

### **III.1.2. Professionnaliser la gestion des ressources humaines comme un vecteur de transformation de la fonction publique hospitalière.**

La gestion des ressources humaines dans le secteur public se consacre pour une large part à l'application impersonnelle de normes et de procédures, abstraction faite du profil des agents, des emplois à pourvoir et des missions du service public. Gérer dans ce cas, c'est mettre en œuvre des textes et des directives, réunir des instances consultatives, appliquer des barèmes, s'astreindre à toute une série de tâches administratives, très consommatrice de temps et d'énergie, au détriment d'une gestion plus centrée sur la valorisation des ressources humaines en fonction de l'intérêt de l'utilisateur du service public.

Les illustrations de cette gestion administrative sont multiples : de la notation, qui absorbe l'énergie des gestionnaires sans pour autant déboucher sur des appréciations facilement lisibles, des avancements qui n'échappent que difficilement à la pesanteur de l'ancienneté, ou encore les préoccupations de formalisme juridique lors de l'organisation des concours l'emportent souvent sur la définition des aptitudes nécessaires des candidats pour améliorer la qualité du service public. L'absence de gestion de proximité des ressources humaines contribue à l'inégalité de la densité sectorielle et régionale des ressources humaines par rapport aux besoins des citoyens.

Au cours des années 1980 et 1990, les pays de l'OCDE ont adopté une réforme des institutions administratives. Le point capital de la réforme de la fonction publique est d'intégrer la gestion des ressources humaines aux objectifs et aux résultats attendus des programmes de la santé publique. Les principales tendances de cette réforme ont été les suivantes (OCDE, 1996. p9):

- Décentralisation : les responsabilités en matières GRH passent des organes centraux de ministères vers les organismes opérationnels
- Déconcentration : au sein des différents ministères et organismes opérationnels, les responsabilités en matière de gestion des ressources humaines sont confiées aux gestionnaires opérationnels

- Application de cadres généraux et principes directeurs mettant l'accent sur les normes fondamentales et les pratiques à suivre, plutôt que sur les contrôles détaillés
- Mise en place au niveau des départements et organisme opérationnel d'un système de budgets autonomes combinant les dépenses de personnel et les dépenses d'administration
- Assouplissement des systèmes de rémunération, d'emplois et d'affectation
- Mesure de formation et de perfectionnement visant à adapter les qualifications et les compétences et à accroître la souplesse du personnel en vue d'améliorer l'exécution des programmes et de renforcer les réformes introduites dans le secteur public.

Les stratégies adoptées permettent alors de rendre la fonction publique plus productive, davantage orientée vers les résultats et l'écoute des citoyens.

La mise en œuvre de la gestion du budget par objectif (GBO) en Tunisie est un levier du changement réel de la gouvernance du système de santé<sup>26</sup>. Elle pourrait conduire au déplacement des responsabilités vers les gestionnaires de programmes budgétaires et par conséquent à la rénovation de la gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière.

La GBO consacre l'obligation d'une répartition du budget de chaque administration par programmes auxquels sont adossés des objectifs et des indicateurs de résultats ; assure une fongibilité des crédits permettant une meilleure souplesse dans la gestion des finances publiques et renforce les pouvoirs d'amendement et de contrôles et de suivi des parlementaires. Au niveau comptable, l'approche permettra en plus de la comptabilité budgétaire actuelle la mise en place d'une nouvelle comptabilité d'exercice, en partie double qui garantit la sincérité et la clarté de la gestion publique et qui permettra la description de la situation patrimoniale de l'Etat ; et la mise en place d'une comptabilité d'analyse des coûts des programmes et par-là même l'analyse des politiques publiques.

En réponse à un appel pour plus de transparence et un meilleur accès à l'information, le Ministère des Finances a lancé, un nouveau portail afin de

---

26 Nous avons déjà souligné que les cadres du Ministère de la santé ont montré leur capacité à appliquer la GBO en préparant le budget de 2016.

faciliter l'accès de tous les citoyens aux dépenses publiques <sup>27</sup>.

Afin de compléter ces réformes, la Tunisie devrait simplifier ses structures de contrôle et les adapter à une approche programmatique. Cet objectif peut être atteint par l'utilisation des techniques d'information et de communication et l'intégration de ses systèmes financiers et comptables<sup>28</sup>.

Les établissements de soins devraient être dotés d'une autonomie de décision dans la gestion des moyens qui lui sont alloués parmi lesquels figurent les moyens en personnel. Les notions de responsabilisation des acteurs et de performance se concrétisent dans des contrats crédibles entre le ministère de santé et les établissements de soins. Dans ce domaine, le ministère a bénéficié d'un appui méthodologique pour créer un environnement cohérent et favorable à l'engagement des structures sanitaires publiques dans une approche contractuelle <sup>29</sup>. Un véritable dialogue doit alors s'engager avec les syndicats autour des actions de réformes pour que la politique publique de santé se traduise concrètement par des parcours de soins centrés sur les patients.

Améliorer l'efficacité du dialogue social suppose le renforcement du droit syndical, la promotion de toutes les dimensions du travail décent dans le secteur de la santé et renforcer la capacité des syndicats et des responsables des ressources humaines à dialoguer autour de la conception et la mise en œuvre des programmes de santé publique.

### **III.2. Renforcer la reconnaissance du droit syndical**

Les résultats de notre enquête auprès des syndicats de base montrent que le mouvement syndical a obtenu un certain nombre de facilités pour exercer sa mission. Toutefois, par référence à la norme internationale du travail, les résultats révèlent aussi que les syndicats rencontrent encore des obstacles majeurs à exercer leur droit syndical. Les propositions suivantes indiquent le chemin qui reste à parcourir pour améliorer l'efficacité du dialogue social dans les structures sanitaires publiques.

---

27 [http://www.mizaniatouna.gov.tn/tunisia/template\\_fr/index.html](http://www.mizaniatouna.gov.tn/tunisia/template_fr/index.html)

28 Une réforme est en cours dans ce domaine

29 Cf. Banque Mondiale. Guide Méthodologique relatif à la conclusion de contrats de performance entre le ministère de la santé et ses établissements de soins en Tunisie. Mai.2010



### **III.2.1.Faciliter la mission des syndicats à tous les niveaux du système de santé publique**

a) Les syndicats de la première ligne doivent disposer de bureau de travail comme c'est le cas dans les structures sanitaires de la 2ème et 3ème ligne.

b) L'accès des représentants à tous les lieux de travail est autorisé dans toutes les structures sanitaires publiques sauf dans les hôpitaux de circonscription. Etendre cette facilité aux syndicats de ces hôpitaux leur permettra « d'afficher des avis syndicaux à un ou à plusieurs emplacements qui seront déterminés en accord avec l'administration et auxquels les travailleurs auront facilement accès. La direction devrait aussi autoriser les syndicats à distribuer des bulletins d'informations, des brochures, des publications et d'autres documents du syndicat. Cependant les avis et documents syndicaux devraient porter sur les activités syndicales normales; leur affichage et leur distribution ne devraient pas porter préjudice au fonctionnement régulier ni à la propreté de l'établissement sanitaire ». (OIT, R143)

c) La majorité des syndicats de base dans les structures sanitaires publiques ne disposent pas du temps libre pour assurer leur mission syndicale : « Ils devraient bénéficier, sans perte de salaire ni de prestations et avantages sociaux, du temps libre nécessaire pour pouvoir remplir leurs fonctions de représentation dans les structures sanitaires. Des limites raisonnables pourront être fixées pour la durée du temps libre accordé aux représentants des travailleurs. Aussi, pour que les représentants des travailleurs puissent remplir efficacement leurs fonctions, ils devraient bénéficier du temps libre nécessaire pour assister à des réunions, cours de formation, séminaires, conférences et congrès syndicaux » (OIT. R143).

### **III.2.2.Prendre en considération l'avis des représentants des travailleurs lors d'une consultation**

La majorité des syndicats de base est relativement bien informée sur les programmes de la politique de santé publique ; c'est particulièrement le cas dans les centres de santé de base et les hôpitaux à vocation universitaire. Mais la réussite du dialogue social implique que les parties concernées deviennent partenaires dans un processus de prise de décision portant sur des questions d'intérêt commun. Le point de vue d'une part importante des syndicats de base sur la conception et la mise en œuvre des programmes du ministère de la Santé n'est pas pris en considération. L'inefficacité du dialogue

social est particulièrement observée dans la première ligne de santé publique (groupe de santé de base et hôpital de circonscription). La promotion du dialogue social crédible au niveau micro et méso du système public de santé exige évidemment un modèle d'organisation et de gestion décentralisé.

### **III.2.3. Respecter les accords conclus avec les syndicats**

La majorité des syndicats souligne que les accords conclus avec l'administration ne sont pas respectés à tous les niveaux du système de santé. La négociation collective devrait autant que possible relever de la compétence des parties concernées. Comme soulignée dans la recommandation n°163 de l'OIT, la promotion de la négociation collective par le gouvernement et les différentes parties, « exige de veiller à ce que les représentants des organisations d'employeurs et de travailleurs soient reconnus aux fins de la négociation collective » pour garantir l'application de l'accord conclu et par-là même la création d'un climat de confiance entre les partenaires sociaux.

Le non-respect des accords a provoqué des conflits collectifs de travail d'une grande ampleur qui n'ont pas favorisé la mobilisation du personnel autour de la conception de la réforme du service public de santé. En effet, l'absence d'implication active des syndicats dans le « dialogue sociétal » initié par le ministère de la Santé est le résultat des mauvaises conditions de déroulement du dialogue social.

## **III .3. Promouvoir toutes les dimensions du travail décent par le dialogue social**

### **III.3.1. Titulariser les travailleurs sous statut précaire**

Avant la révolution, la fonction publique a développé le recrutement du personnel sous contrats de travail atypique dans le cadre du Fonds National de l'emploi relevant de la politique de gestion active du marché de travail. L'instrument 16 de ce fonds a servi au recrutement du personnel paramédical dans le secteur de la santé publique. Un accord est signé entre l'UGTT et le gouvernement pour régulariser la situation de tous les travailleurs recrutés dans le cadre de cet instrument. Il s'agit de leur accorder le statut d'un fonctionnaire titulaire au sens défini par l'article 27 de la loi n° 83-112 du 12 décembre 1983, portant statut général du personnel de l'État, des collectivités locales et des établissements publics à caractère administratif :

Article 27 Est fonctionnaire titulaire, celui qui, nommé dans un emploi permanent, est titularisé dans un grade permanent prévu dans les cadres de l'administration dont il relève

L'accord précité prévoit une régularisation par étapes selon des critères définis par les partenaires sociaux. Il s'agit donc de respecter cet accord pour créer chez les travailleurs la confiance dans le dialogue social.

### **III.3.2. Appliquer sans discrimination les dispositions de la loi relative au recrutement, à la promotion et l'avancement du personnel**

Les pratiques de recrutement et de promotion du personnel n'inspirent pas confiance aux candidats à l'emploi public. Les syndicats soulignent aussi ce problème. La loi portant statut général du personnel de l'Etat stipule que « le recrutement a lieu par voie de concours sur épreuves, sur titres ou sur dossiers, les aptitudes professionnelles des candidats sont appréciées par un jury désigné par arrêté du Premier ministre qui établit un classement des candidats par ordre de mérite. Les élèves issus des écoles agréées sont recrutés par voie de nomination directe. Les modalités d'application de ces dispositions sont fixées par les statuts particuliers à chaque corps ». Article 18 (modifié par la loi n°97-83 du 20 décembre 1997)

L'organisation de ces concours doit être transparente dans toutes les étapes du processus de recrutement. Il s'agit d'appliquer la loi à tous les candidats. Il faut aussi assurer l'application juste des dispositions de la loi relative à la promotion (chapitre II) et à la notation et l'avancement du personnel (chapitre III). De ce point de vue, il s'agit d'appliquer la convention internationale du travail (no111) concernant la discrimination (emploi et profession) ratifiée par la Tunisie le 15 mai 1997. Cette convention fondamentale définit la discrimination comme étant « toute distinction, exclusion ou préférence fondée sur la race, la couleur, le sexe, la religion, l'opinion politique, l'ascendance nationale ou l'origine sociale, qui a pour effet de détruire ou d'altérer l'égalité de chances ou de traitement en matière d'emploi ou de profession ». Elle demande aux États qui l'ont ratifiée de s'engager à formuler et à appliquer une politique nationale visant à promouvoir, par des méthodes adaptées aux circonstances et aux usages nationaux, l'égalité de chances et de traitement dans l'emploi et la profession, afin d'éliminer toute discrimination dans ce domaine.

Il faut aussi souligner que l'égalité d'accès aux emplois publics et l'égalité de traitement dans la carrière relèvent du principe général d'égalité inscrit dans la nouvelle constitution qui stipule que les citoyens sont égaux devant la loi sans discrimination (Article 21). Le statut du personnel est au cœur de la fonction publique ; il précise les garanties fondamentales qui sont du

domaine de la loi et contient les dispositions applicables à chaque catégorie de fonctionnaires <sup>30</sup>.

### III.3.3. Former les personnels de santé du XXIème siècle

Partout dans le monde, on assiste à une modification rapide dans le poids relatif des problèmes de santé aigus et chroniques, qui fait naître des demandes nouvelles et différentes pour les personnels de santé. On s'accorde généralement à reconnaître que, pour assurer des soins efficaces aux malades chroniques, il faut doter les professionnels de compétences plus étendues, pour leur permettre de faire face à ces nouvelles situations complexes. L'organisation mondiale de la santé identifie cinq compétences essentielles pour former le personnel de santé du XXIe siècle (OMS, 2005). Tout d'abord, les personnels de santé doivent adopter une approche de soins centrée sur le patient. Les personnels de santé doivent être capables :

- de s'enquérir des préférences, des valeurs, des différences et des besoins exprimés par les patients, de s'en préoccuper et de les respecter ;
- de coordonner les soins sur la durée et de les dispenser en temps voulu ;
- de soulager la douleur et la souffrance ;
- d'écouter, de communiquer ;
- d'éduquer et d'informer ;
- de partager la prise de décision et la gestion des problèmes ;
- de prévenir la maladie, les incapacités et les handicaps ;
- de promouvoir le bien-être et des modes de vie sains

Deuxièmement, ils doivent posséder des aptitudes à la communication leur permettant de collaborer entre eux. Lorsque les problèmes de santé sont chroniques, la coordination des soins devient essentielle. Les soins doivent être organisés et coordonnés dans le temps, aussi bien entre les soignants qu'à travers les différents milieux de soins. En dotant le personnel d'un ensemble de compétences de base en communication, on le préparera à collaborer activement avec d'autres acteurs – les patients, les dispensateurs de

---

30 Le Décret est le texte juridique qui aborde les particularités liées aux différentes catégories de personnel dans les administrations publiques en respectant la loi

soins et/ou les communautés. Ces compétences comprennent notamment la capacité à :

- négocier ;
- prendre des décisions en commun ;
- résoudre les problèmes collectivement ;
- fixer des objectifs ;
- engager des actions ;
- repérer les points forts et les points faibles ;
- préciser les rôles et responsabilités de chacun ;
- évaluer les progrès.

Troisièmement, les personnels de santé doivent avoir les capacités nécessaires pour assurer une amélioration constante de la sécurité et de la qualité des soins dispensés aux patients. D'une manière générale, l'amélioration de la qualité exige que les personnels de santé sachent clairement quels sont les objectifs vers lesquels ils tendent et quels sont les changements qui conduiraient à des améliorations, et qu'ils soient capables d'évaluer leurs propres efforts. En outre, elle suppose qu'ils sachent mettre en pratique les enseignements qu'ils ont tirés de leurs propres efforts d'amélioration et de ceux consentis par d'autres. La compétence désignée sous le nom d'amélioration de la qualité comprend les préoccupations de sécurité des patients et d'efficacité dans la prestation des services.

Quatrièmement, ils doivent avoir les compétences voulues pour être capables de surveiller l'évolution des patients au fil du temps et pour utiliser et échanger des informations en se servant des nouvelles technologies disponibles.

Enfin, raisonner en termes de santé publique exige du soignant qu'il s'occupe non plus d'un seul patient à la fois, mais qu'il planifie des soins à l'échelle de populations de patients toutes entières. Les personnels de santé doivent avoir les capacités nécessaires pour évaluer les besoins sanitaires de la population dont ils s'occupent. Ils doivent aussi être capables de mettre en œuvre des interventions fondées sur des données factuelles et de les évaluer en vue de réduire les risques ou de retarder les complications auxquelles sont exposés

certains groupes particuliers. Un raisonnement à l'échelle du système des soins de santé peut être divisé en de multiples niveaux : micro (niveau du patient), méso (niveau de l'organisation de soins de santé ou niveau communautaire) et macro (niveau des politiques générales). Les personnels de santé doivent alors comprendre comment ces différents niveaux interagissant les uns avec les autres, c'est-à-dire mettre l'accent sur tout le continuum des soins, depuis la prévention clinique jusqu'aux soins palliatifs. Des agents de santé qui visualisent tout le continuum des soins peuvent mieux répondre aux besoins des patients atteints de maladies chroniques ainsi qu'à ceux de la population plus large dont ils s'occupent.

Pour travailler dans un système fondé sur les soins de santé primaires, les personnels de santé doivent être capables de s'intégrer dans de véritables équipes cliniques et avoir de bonnes aptitudes à la communication comme nous l'avons déjà souligné. Il s'ensuit que cette compétence doit être renforcée par d'autres compétences essentielles telles que celle d'établir des partenariats.

#### Encadré 2 : Compétences essentielles pour la prise en charge des patients souffrant de maladies chroniques

##### Compétence essentielle 1 : Soins centrés sur le patient

- Savoir interroger et communiquer efficacement
- Aider à faire changer les comportements influant sur la santé
- Favoriser l'autoprise en charge
- Adopter une approche préventive

##### Compétence essentielle 2 : Etablissement de partenariats

- Etablissement de partenariats avec les patients
- Etablissement de partenariats avec d'autres dispensateurs de soins
- Etablissement de partenariats avec les communautés

##### Compétence essentielle 3 : Amélioration de la qualité

- Evaluer la prestation des soins et mesurer les résultats obtenus
- Savoir tirer des enseignements et s'adapter au changement
- Mettre à profit dans la pratique les données factuelles

##### Compétence essentielle 4 : Technologies de l'information et des communications

- Conception et utilisation des dossiers de patients
- Utilisation des techniques informatiques
- Communication avec les partenaires

##### Compétence essentielle 5 : Perspective de santé publique

- Dispenser des soins à l'échelle de toute une population
- Raisonner à l'échelle du système
- Décompartmenter pour assurer un continuum des soins
- Travailler dans le cadre de systèmes fondés sur les soins de santé primaires

Source : OMS Former les personnels de santé du XXIème siècle. 2005

### **III.3.4. Instituer la formation tout au long de la vie du personnel pour promouvoir la qualité des prestations de soins par le travail décent**

Actuellement, la place de la formation du personnel est marginale dans la politique de gestion des ressources humaines. Elle traduit le peu d'intérêt accordé à la qualité des prestations des soins et l'ignorance de l'importance et du sens du concept « formation tout au long de la vie ». L'organisation de la formation pour la promotion professionnelle relève davantage du formalisme bureaucratique que de la volonté d'améliorer la compétence professionnelle du personnel et de considérer cela comme un véritable critère d'évolution de la carrière.

Toute formation devient obsolète avec l'évolution des sciences médicales et les modèles de politique de soins. Pour ces raisons, il est essentiel d'évaluer régulièrement la validité de l'enseignement et de la formation de tous les professionnels des soins de santé par référence aux besoins en compétences du système de santé.

Promouvoir la qualité des soins de santé pour tous exige d'abord la mise en œuvre de l'approche qualité pour mettre le patient au cœur du système de santé et conduire ainsi les structures sanitaires publiques à renforcer les compétences du personnel de santé selon l'approche par compétences. C'est la condition fondamentale pour maintenir l'employabilité du personnel en fonction des exigences de l'évolution du référentiel des métiers et compétences. Par conséquent, les gestionnaires des ressources humaines et les syndicats devraient s'appropriier les concepts et les méthodes d'un dispositif de formation tout au long de la vie (Ben Sedrine & Amami, 2015), puis dialoguer autour de ses composantes techniques pour les mettre en œuvre.

### **3.3.5. Donner l'exemple en matière de respect des normes de sécurité et santé au travail et en matière de sécurité du patient**

Les normes internationales du travail défendent le principe selon lequel les travailleurs doivent être protégés contre les maladies en général ou les maladies professionnelles et les accidents qui résultent de leur emploi. Les structures sanitaires publiques devraient donner l'exemple dans ce domaine. Malheureusement, ce n'est pas la réalité du service public de santé selon le témoignage des syndicats. Leur majorité affirme que le personnel n'est pas protégé contre les accidents de travail et contre les infections en milieu de travail, car il n'existe pas de mesures préventives des risques professionnels. Or la loi exige de tout employeur de prendre ce type de mesures en fonction

de la nature de l'activité professionnelle.

Il s'agit de promouvoir la culture en sécurité et santé pour aboutir progressivement à un milieu de travail sûr et salubre. Un programme national visant cet objectif doit inclure des mesures assorties de délais de réalisation et d'une méthode d'évaluation des progrès accomplis. L'alinéa 2 de l'article n° 89 de la loi 94-28 stipule que la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) peut accomplir toutes opérations liées à la prévention des risques professionnels. Elle est également habilitée à financer des programmes de prévention par l'octroi de subventions ou de prêts. L'article n° 90 de la loi 94-28 stipule la possibilité de diminuer ou d'augmenter les cotisations en fonction des moyens de prévention ou de soins procurés par l'employeur dans l'entreprise, ou en fonction des conséquences de sa négligence et de son refus d'appliquer les mesures de prévention des risques exceptionnels de l'entreprise. Ces moyens d'incitation et d'encouragement à la prévention conduisent la CNAM à adopter le slogan suivant : « Le meilleur médicament financé par la CNAM est la prévention ». Le service public de santé doit donner l'exemple dans ce domaine. Il doit aussi donner l'exemple dans la lutte contre la violence subie par le personnel<sup>31</sup>.

Les syndicats expriment une demande pressante de formation qui les aide à faire face au phénomène de la violence et bénéficier d'un dispositif de protection. Plusieurs pays ont mis en œuvre des mesures à cet effet :

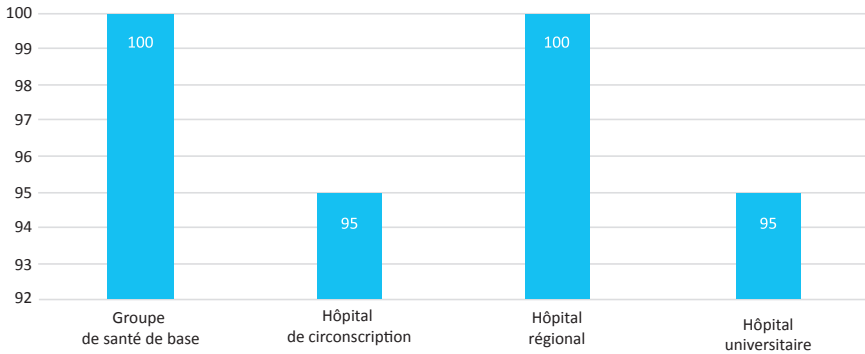
- la formation du personnel soignant pour apprendre à contenir l'agressivité d'un interlocuteur, à ne pas s'exposer, à garder ses distances de sécurité, à décrypter regards et gestuelle...
- l'instauration de procédures pour rechercher des solutions
- la surveillance permanente par un agent de sécurité ;
- le renforcement de la communication.

---

31 L'article 9 de la loi concernant le statut général du personnel de la fonction publique stipule : L'agent public a droit, conformément aux textes en vigueur, à une protection contre les menaces, outrages, injures ou diffamations dont il peut être l'objet. L'administration est tenue de protéger l'agent public contre les menaces et attaques de quelque nature que ce soit dont il peut être l'objet à l'occasion de l'exercice de ses fonctions et de réparer, s'il y a lieu, le préjudice qui en est résulté. L'Etat ou la collectivité publique, tenu dans les conditions prévues à l'alinéa précédent, est subrogé aux droits de la victime pour obtenir des auteurs des menaces ou attaques, la restitution des sommes versées à son agent. Il dispose, en outre, aux mêmes fins d'une action directe qu'il peut exercer au besoin par voie de constitution de partie civile devant la juridiction pénale



Figure 14: Part des syndicats de base qui demande une formation pour faire face à la violence dans les urgences et les services d'accueil (en %)



Source : Ben Sedrine Saïd & Amami Mongi, Enquête auprès des syndicats de base dans le système de santé publique. 2016

On fait aussi appel à des solutions techniques, nombreuses et diverses comme la vitre renforcée installée pour la protection physique du personnel d'accueil aux urgences ; d'autres dispositifs existent : séparation physique entre l'espace clinique et l'espace réservé au public ; ligne directe avec la Police, filtrage des entrées, mise en place d'un contrôle d'accès... Il est évident que la mise en place d'une organisation et de gestion des structures sanitaires publiques centrée sur les patients devrait être la mesure structurelle incontournable de lutte contre la violence subie par le personnel.

La sécurité du patient est aussi importante que celle du personnel. Elle est un principe fondamental des soins de santé, puisque le patient est exposé à des événements indésirables à chaque étape de l'administration des soins. Un ensemble de mesures recommandées par l'OMS sont susceptibles d'assurer sa sécurité. Il s'agit des mesures concernant la prévention des infections nosocomiales, le contrôle de la sécurité chirurgicale, l'hygiène des mains au cours des soins, les prélèvements sanguins et la ventilation naturelle pour lutter contre les infections en milieu de soins<sup>32</sup>.

32 Cf. OMS. Prévention des infections nosocomiales. Guide pratique.2008

OMS. Manuel d'application de la liste de contrôle de la sécurité chirurgicale Première édition. Une chirurgie plus sûre pour épargner des vies.

OMS. Recommandations de l'OMS pour l'hygiène des mains au cours des soins. 2010

OMS. Lignes directrices de l'OMS applicables aux prélèvements sanguins: meilleures pratiques en phlébotomie. 2010

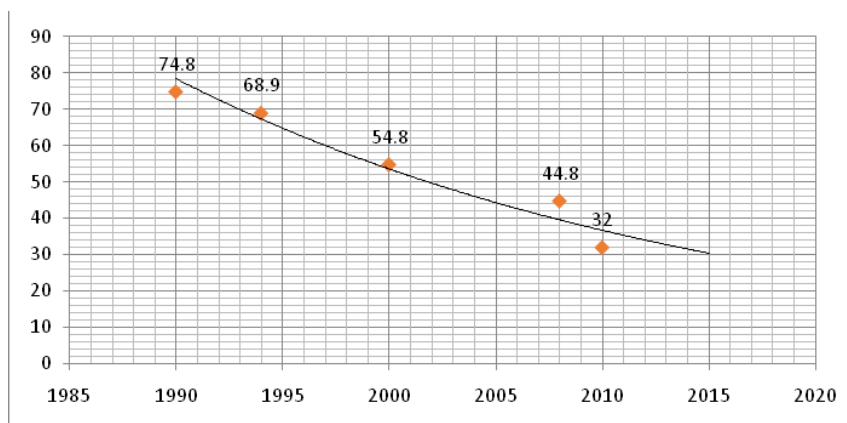
OMS. Ventilation naturelle pour lutter contre les infections en milieu de soins. 2010

### 3.3.6. Améliorer la santé maternelle par la promotion du travail décent

La Tunisie demeure éloignée de l'objectif de réduction des trois-quarts du taux de mortalité maternelle (TMM), cinquième objectif du millénaire pour le développement (PNUD-Tunisie, 2013).

Ce taux devrait passer de 74,8 à 18,1 entre 1990 et 2015. La courbe de tendance montre que cet objectif ne sera pas atteint.

Figure 15. Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes



Sources : INS-DSSB 1990, 1994, 2000 ; Enquêtes sur la mortalité maternelle 2008, 2010

Un système de santé efficace et de meilleure qualité est nécessaire pour faire diminuer la mortalité maternelle, en particulier dans les zones rurales. L'utilisation judicieuse d'investissements accompagnée de politiques de santé de base et de politiques des ressources humaines, permet de disposer d'un personnel soignant et de sages-femmes qualifiées, renforçant ainsi la sécurité des accouchements. Enfin, l'amélioration des services et de l'accès à ces services ne suffira pas à elle seule à assurer des améliorations significatives dans le domaine de la santé maternelle. Sensibiliser les femmes et les jeunes filles est aussi essentiel afin d'assurer qu'elles aient recours à des services de santé compétents lorsque cela est nécessaire.

Alors que l'attention portée à la santé et à la mortalité maternelles s'est focalisée avec raison sur les services de santé et le planning familial, les mères sont également des travailleuses qui ont besoin d'un soutien particulier pour pouvoir, d'une part, protéger leur santé au travail et, d'autre part, garantir leur sécurité économique pendant une grossesse et après un accouchement. Les problèmes associés à la maternité sont clairement liés à la pauvreté, à des conditions de travail inadéquates et aux inégalités entre hommes et femmes.

La protection de la maternité au travail a deux buts principaux: préserver la santé des mères qui travaillent et celle de leurs enfants ainsi que protéger ces femmes de la vulnérabilité économique engendrée par la grossesse et à la maternité. Ceci a toujours été un enjeu fondamental pour l'Organisation internationale du travail. La Convention (n° 183) sur la protection de la maternité ainsi que sa Recommandation (n° 191) contiennent les dispositions suivantes :

- 14 semaines de congé de maternité, dont 6 semaines de congé postnatal obligatoire.
- Des prestations en espèces suffisantes pour assurer que la mère puisse subvenir à ses propres besoins, ainsi qu'à ceux de son enfant, dans des conditions sanitaires corrects et avec un niveau de vie convenable.
- L'accès à des soins médicaux gratuits, comprenant notamment les soins prénatals, à l'accouchement et postnatals, ainsi que l'hospitalisation quand celle-ci s'avère nécessaire.
- La protection de la santé: le droit pour une femme enceinte ou qui allaite de ne pas effectuer des tâches préjudiciables à sa santé ou à celle de son enfant.
- L'allaitement: une pause rémunérée d'au minimum, une heure par jour.
- La protection de l'emploi et la non-discrimination.

En 2007, la Confédération syndicale internationale a lancé une campagne mondiale pour la protection de la maternité. Les syndicats ont œuvré à l'échelle mondiale, nationale et locale afin de faire de la protection de la maternité <sup>33</sup>une réalité, en encourageant la ratification et l'application de la Convention n° 183 dans les conventions collectives et la législation du travail. Le dernier congrès de l'UGTT a revendiqué sa ratification par la Tunisie<sup>34</sup>.

---

33 Cf. Déclaration de la CSI pour la protection de la maternité <http://www.ituc-csi.org/declaration-de-la-csi-pour-la>

34 Voir les motions du Congrès de Tabarka décembre 2011

### **III.4. Renforcer la capacité des syndicats de dialoguer autour de la qualité et l'équité des prestations de soins**

#### **III.4.1. Les syndicats doivent reconnaître l'amélioration de la qualité des prestations de soins comme un objectif de leur mission syndicale**

Depuis sa création, la mission de l'UGTT est double ; contribuer activement au développement économique, social et culturel du pays et défendre simultanément l'intérêt des travailleurs. La transition démocratique de la Tunisie lui offre l'opportunité de rénover son organisation et celle de son action syndicale en fonction de cette double mission (Ben Sedrine & Amami, 2015).

Les grèves générales régionales des populations autour des revendications du développement et de l'emploi ont obtenu l'appui des unions régionales de l'UGTT. Ces manifestations ont montré la capacité de l'UGTT à devenir un leadership des revendications d'un modèle de développement inclusif car le syndicalisme tunisien est nourri de valeurs et de projets alternatifs. Aujourd'hui, il s'agit de défendre la qualité la qualité et l'équité des prestations des services publics. L'agenda syndical dans le secteur de la santé, en faisant la promotion d'une plus grande équité dans l'accès aux soins de qualité, vise à surpasser une vision professionnelle étroite axée exclusivement sur l'amélioration des conditions de travail.

Sans le renouveau de son action syndicale, le pouvoir de négociation de l'UGTT risque de s'affaiblir et de perdre son influence sur les orientations économique, sociale et culturelle du développement. Or la faiblesse syndicale n'est pas seulement une faiblesse des syndicats : c'est aussi et d'abord, une faiblesse du pays, indépendamment de l'orientation politique du gouvernement. L'UGTT a montré l'importance de son rôle dans le processus de transition démocratique avec la société civile<sup>35</sup>. Le défi est aujourd'hui de contribuer à la conception et la mise en œuvre d'un modèle de développement inclusif par le développement d'un syndicalisme de proposition.

#### **III.4.2. Créer des unités syndicales d'appui à la promotion de la qualité des soins de santé par le travail décent**

Qui dit réforme systémique dans le secteur public, dit changement de culture, d'attitudes, voire de convictions. Ce n'est qu'à partir du moment où

---

35 Le prix Nobel accordé au Quartet a permis aux citoyens de découvrir l'importance du syndicalisme dans la transition démocratique du pays.

les fonctionnaires se seront approprié la réforme qu'elle pourra suivre son cours, car une réforme ne peut pas réussir contre les agents qui la mettent en œuvre. Les responsables des ressources humaines et les responsables syndicaux sont les principaux acteurs du changement, c'est-à-dire les partenaires d'un dialogue social quotidien autour de la mise en œuvre des programmes de réformes à tous les niveaux du système de santé. Si l'on veut parvenir à gérer dans de bonnes conditions la modernisation du secteur public à l'avenir, il convient de renforcer leur capacité de maîtriser les concepts de la réforme et le contenu des programmes.

**Des unités d'appui à la promotion de la qualité des soins par le travail décent devraient être créées dans la fédération générale de santé et les unions régionales de l'UGTT.** Cette innovation organisationnelle est cohérente avec la mission historique de l'UGTT qui consiste à défendre simultanément le développement du pays et les intérêts des travailleurs. Elle contribue à catalyser un processus de décentralisation du dialogue social sur les plans sectoriel et régional, dans la mesure où « l'organisation centralisée du dialogue social ne favorise pas l'innovation sociale»<sup>36</sup> .

En partenariat avec le ministère de la Santé un plan d'action peut être élaboré pour articuler toutes les dimensions du travail décent aux domaines très variés recouverts par les programmes de mise en œuvre des orientations de réformes proposées par les travaux du « dialogue sociétal »<sup>37</sup>:

- Rapprocher les services du citoyen en recentrant le système autour du citoyen.
- Construire la confiance et l'attractivité du système public de santé pour les citoyens et les professionnels de la santé.
- Développer une vision commune, oser faire des choix (réalistes et acceptables) et les mettre en œuvre de façon consistante.
- Construire sur tous les potentiels en décloisonnant le système de santé et en mobilisant tous les acteurs vers une vision commune.
- Assurer la solidarité et l'équité.
- Promouvoir la santé et prévenir les maladies à travers des approches pan-sociétales et pan-gouvernementales.

---

36 Entretien avec le Secrétaire Général de la fédération générale de santé sur l'organisation centralisée du dialogue social

37 Dialogue sociétal sur les politiques, les stratégies et les plans nationaux de santé. Santé en Tunisie, Etat des lieux..

Le dialogue social autour de la professionnalisation du personnel de santé selon les compétences requises pour la mise en œuvre de la réforme, devrait favoriser les innovations qui concilient travail décent et qualité des prestations de soins de santé. Ceci assurera le respect de la charte du patient.

Un processus de professionnalisation du personnel ne s'improvise pas et ne se décrète pas. **Il doit être l'objet d'un dialogue social serein qui prend du temps puisqu'il s'agit de commencer par partager le sens des nouveaux concepts de la réforme pour éviter le dialogue des sourds.** Cette question complexe, comme d'autres liées à la réforme de la gouvernance du système de santé publique, doivent faire objet du dialogue en dehors de la négociation collective. Cette dernière est toujours marquée par de fortes tensions sociales entre les partenaires à la recherche d'un accord le plus proche de leurs préférences dans un temps relativement court.

#### **III.4.3. Faire de la coopération internationale un levier pédagogique d'appropriation des programmes de réformes par les partenaires sociaux**

L'expertise internationale joue un rôle important dans la genèse et la mise en œuvre des réformes qui cherchent à promouvoir la couverture universelle de santé. Il s'agit de transferts de politiques publiques dans le domaine de la santé selon des référentiels qui se diffusent par les canaux de la coopération internationale de la Tunisie, particulièrement avec l'OMS et les pays de l'UE.

La mise en œuvre d'un modèle d'organisation et de gestion fondé sur le couple « autonomie-responsabilité » des acteurs et la satisfaction des bénéficiaires du service public est une condition nécessaire pour faire de la coopération internationale un levier pédagogique d'appropriation des réformes et maximiser ainsi son impact sur la promotion de la couverture universelle de santé. Le plan d'action des unités d'appui à la promotion de la qualité des prestations de soins par le travail décent pourrait alors impliquer des syndicats et des représentants des administrations publiques des pays partenaires de la coopération internationale. Le partenariat avec leurs homologues étrangers offre l'opportunité aux partenaires sociaux tunisiens de développer la capacité de réfléchir sur leurs expériences professionnelles, d'apprendre les bonnes pratiques internationales et d'innover en fonction des besoins du service public local.

La création d'unité syndicale de promotion de la qualité des prestations de soins permet à l'organisation syndicale de renforcer ses ressources

organisationnelles, sa solidarité interne et son ancrage dans des réseaux internationaux d'acquisition de nouvelles compétences professionnelles et syndicales. Les ressources seules ne suffisent pas pour renouveler l'action syndicale. Les syndicats doivent également être capables de les utiliser dans différentes situations (Lévesque, Murray, 2010).

Encore faut-il pour cela que le modèle de gouvernance du système de santé publique encourage l'initiative et l'innovation du personnel qui assurent la satisfaction des usagers du service public <sup>38</sup>.

#### **III.4.4. Apprendre à piloter le système de santé par les besoins des citoyens ou le défi du changement structurel**

Aujourd'hui, la complexité des problèmes auxquels est confrontée la Tunisie est une situation exceptionnelle. L'instabilité du système politique bloque la mise en œuvre des réformes structurelles pour affronter la crise économique et sociale. Les études réalisées et les activités des cercles de réflexion sur les problèmes du pays, montrent pourtant le chemin à suivre dans plusieurs domaines de l'action publique pour créer une dynamique de sortie de cette crise. Le gaspillage de ce potentiel de réflexion et des ressources humaines du pays est le phénomène le plus dangereux puisqu'il crée le désespoir généralisé parmi les jeunes dont les graves conséquences risquent d'être plus dramatiques qu'aujourd'hui.

L'élite qui a l'ambition légitime de diriger des institutions du pays doit avoir la modestie d'apprendre à s'approprier ce capital de réflexions et de propositions comme elle doit apprendre à conduire le changement pour rénover l'action publique. Dans le secteur de la santé, le dialogue sociétal a été très utile pour définir les orientations de changement structurel. Il s'agit maintenant de développer le dialogue social permanent et rénové autour de la construction d'un nouveau système de santé piloté par les besoins des citoyens. Cet apprentissage concerne d'abord les acteurs qui devraient jouer le rôle de leadership. Car malheureusement, le déroulement de l'actualité des partis politiques et de l'assemblée nationale révèle souvent que la plus forte résistance au changement ne vient pas souvent d'en bas, mais d'en haut sous la pesanteur des mécanismes de reproduction des pratiques de gouvernance du passé et la poursuite de la course au pouvoir sans la course au développement.

<sup>38</sup> Ce type de projet de coopération bilatérale soutenu par l'Agence Française de Développement (AFD) a été mis en œuvre dans le secteur de la formation professionnelle. Le modèle de gouvernance du service public a été l'obstacle majeur à obtenir les résultats attendus en matière de qualité des prestations du service public et de mobilisation du personnel autour de cet objectif (Cf. Ben Sedrine S, UNESCO, 2013)

## RÉFÉRENCES

- Banque Mondiale (2005). Analyse du cadre conceptuel des budgets par objectifs, juillet 2005 ;
- Banque mondiale (2007). Etablissement des nomenclatures de programmes et présentation budgétaire - Guide méthodologique. juin 2007
- Banque Mondiale (2008). Schéma directeur pour le développement d'une gestion budgétaire par objectifs en Tunisie, juin 2008
- Banque Mondiale.(2010) Guide Méthodologique relatif à la conclusion de contrats de performance entre le ministère de la santé et ses établissements de soins en Tunisie. Mai.2010
- Ben Sedrine Saïd (2013). Responsabiliser les établissements et réhabiliter les sciences de l'éducation pour donner aux enseignants et formateurs un rôle central dans l'amélioration de la qualité et l'équité de l'ETFP en Tunisie. UNESCO/ EFA Paris Août 2013
- Ben Sedrine Saïd & Amami Mongi, Enquête auprès des syndicats de base dans le système de santé publique. 2016
- Ben Sedrine Saïd (2016), La boîte noire de la réforme de l'éducation. Laure Lévêque et all, Les échanges dans l'espace euro-méditerranéen: Formes et dynamiques. Ed. L'Harmattan, 15 avril 2016
- BIT. (1999) : Un travail décent, Rapport du Directeur général à la Conférence internationale du Travail, 87e session (Genève).
- Boelen C., Heck JE. Defining and measuring the social accountability of medical schools. Genève : Organisation mondiale de la santé; 1995. Document OMS/HRH/95.7, 32 p.
- Christian Levesque, Gregor Murray (2010), « Comprendre le pouvoir syndical : ressources et aptitudes stratégiques pour renouveler l'action syndicale », La Revue de l'Ires 2010/2 (n° 65), p. 41-65. DOI 10.3917/rdli.065.0041
- CNICM. Rapport de la commission nationale d'investigation sur la corruption et la malversation 2011



- CNOM (2015). Base de données du Conseil National de l'Ordre des médecins.2015
- CNOM. Conseil National de l'Ordre des Médecins de Tunisie (CNOM), Historique, [http://www.ordre-medecins.org.tn/article.php?id\\_rubrique=72](http://www.ordre-medecins.org.tn/article.php?id_rubrique=72)
- Delamaire Marie-Laure et Lafortune Gaetan (2010). Les pratiques infirmières avancées : une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés. Document de travail sur la santé n°54, OCDE. 31 Août 2010
- Docteur Mohamed Nejib Chaabouni (2013), La compétence, une obligation déontologique. Le Bulletin du conseil national de l'ordre des médecins, n°36, Décembre 2013
- Gatti, R., Angel-Urdinola, D.F., Silva, J. and A. Bodor (2011). Striving for Better Jobs. The Challenge of Informality in the Middle East and North Africa Region. The World Bank. Washington, D.C.
- Grodos Daniel & Onglet René (2002). Maîtriser un espace sanitaire cohérent et performant dans les villes d'Afrique subsaharienne: le district de santé à l'épreuve. Tropical Medicine and International Health volume 7 no 11 pp 977–992 november 2002
- Guettat Malek (2015) Ces jeunes médecins assassinés par l'hôpital public: Chronique d'un massacre quotidien .02/11/2015
- IBP Partership, Enquête sur le budget ouvert 2012.
- Inès Ayadi (2014), Les comptes de la santé de la Tunisie-2012 et 2013, Le pôle de l'économie de la santé
- INS Les recensements de la population
- INS. (2015) Résultats de l'enquête nationale sur « la perception des citoyens envers la sécurité, liberté et la gouvernance locale en Tunisie ». 2014 Tunis Octobre 2015
- Jihen Aloulou, Rahma Damak, Fatma Masmoudi, Oussama Sidhom, Othman Amami(2013). L'épuisement professionnel du soignant : Etude tunisienne à propos de 142 infirmiers. La Tunisie Médicale - 2013 ; Vol 91 (n°01 ) : 44 – 49
- MDCI-FNUAP (2014) Acquis, défis et perspectives.

- MESRS, Base de données « indicateurs » Fichiers Excel par université. Calcul des auteurs
- Ministère de la santé (2013a). Carte de santé 2011 Direction des études et de la planification. Mai 2013
- Ministère de la santé (2013b), Carte sanitaire de la première ligne 2013
- Ministère de la Santé (2014). Comité technique du dialogue sociétal, La santé et le système de santé en Tunisie : acquis et enjeux, Rapport du diagnostic de situation dans le cadre du « dialogue sociétal pour la réforme du système de santé » 2014
- Ministère de la Santé Dialogue sociétal sur les politiques, les stratégies et les plans nationaux de santé. Santé en Tunisie, Etat des lieux..
- Ministère de la santé Dialogue sociétal sur les politiques, les stratégies et les plans nationaux de santé. Santé en Tunisie Etat des lieux pp96-97
- Ministère de la santé publique. Offre des services de soins dans le secteur public en chiffre.2013 version en arabe.
- Ministère des Finances (2015). Budget de l'Etat de 2016, Budget du Ministère de la santé. Octobre 2015 (en arabe)
- Ministère des Finances [www.mizaniatouna.gov.tn](http://www.mizaniatouna.gov.tn).
- Nizet Jean, Pichault François (2001) Introduction à la théorie des configurations: Du «one best way» à la diversité organisationnelle .De Boeck Supérieur, 20 sept. 2001 - 200 pages.
- OCDE (1996), Rapport sur la gestion du capital humain et réforme de la fonction publique. Septembre 1996
- OCDE, Evaluation du cadre d'intégrité dans le secteur public-Tunisie
- OMS (1978). Alma-Ata 1978. Les soins de santé primaires. Rapport de la Conférence Internationale sur les soins de santé primaires. Alma-Ata (URSS) 6-12 septembre 1978.
- OMS (1987) Déclaration sur le renforcement des systèmes de santé de district sur la base des soins de santé primaires. Réunion interrégionale sur le renforcement des systèmes de santé de district, Harare. Division du Renforcement des Services de santé, 1987.

- OMS (2003) ; Rapport sur la Santé dans le Monde, 2003 – Façonner l’avenir.
- OMS (2005) Former les personnels de santé du XXIème siècle. Le défi des maladies chroniques.
- OMS (2008). Prévention des infections nosocomiales. Guide pratique.2008
- OMS (2010). Recommandations de l’OMS pour l’hygiène des mains au cours des soins. 2010
- OMS (2010). Lignes directrices de l’OMS applicables aux prélèvements sanguins: meilleures pratiques en phlébotomie. 2010
- OMS (2010). Ventilation naturelle pour lutter contre les infections en milieu de soins. 2010
- OMS Déclaration d’Alma-Ata sur les soins de santé primaires.12 septembre 1978
- OMS. Manuel d’application de la liste de contrôle de la sécurité chirurgicale Première édition. Une chirurgie plus sûre pour épargner des vies.
- Pichault, F. (2005). Le changement Peut-il Être Géré? Dans P., Gilbert, F., Guérin, & F. Pigeyre, organisations et Comportements. Nouvelles Approches, Nouveaux Enjeux (pp 169-192.). Paris, France: Dunod.
- NUD-Tunisie (2013), Objectifs du millénaire pour le développement. Rapport national de suivi 2013. Avril 2014
- République Tunisienne, Présidence du gouvernement, Commission supérieur du marché, Rapport final sur l’évaluation du système national de passation des marchés publics en Tunisie. Appui technique et financier de la BAD et BM, Juin 2012
- UGTT (2006), Le renouveau syndical, Ed. FFEBERT, Tunis.
- UGTT Statut
- Union Européenne (2008). Assistance technique pour la mise en place d’un cadre de dépenses à moyen terme et l’élaboration d’indicateurs de performance pour la GBO, novembre 2008.
- UTICA. Vision Tunisie 2020. Des entreprises compétitives pour plus de croissance et plus d’emploi. Tunis. Décembre 2012.

