

# GUIDE DE LA SOCIÉTÉ CIVILE

Pour un socle de protection sociale en Tunisie

---

## PLAIDOYER POUR LA COUVERTURE SANTÉ UNIVERSELLE



# **GUIDE DE LA SOCIÉTÉ CIVILE**

Pour un socle de protection sociale En Tunisie  
(Plaidoyer pour la couverture santé universelle)

Pr. Abdessatar MOUELHI  
Pr. Hassen GHODHBANI

2019

Avant- propos .....	4
Préface .....	6
Abréviations et Acronymes .....	7

## **Première partie :**

Socle de Protection Sociale et société civile : vue d'ensemble et glossaire .....	9
Chapitre I : ce guide : pourquoi ? comment est-il fait ? .....	10
Pourquoi ce guide de plaidoyer ? .....	10
À qui est-il destiné ? .....	11
Comment est-il produit ? .....	11
Glossaire .....	13

## **Deuxième partie :**

Le Socle de Protection Sociale : le levier d'un droit humain .....	16
Chapitre I : les instruments internationaux, un encrage universel du SPS .....	17
Section 1 : La richesse des normes internationales .....	17
Section 2 : L'Approche Basée sur les Droits de l'Homme : la toile de fond du SPS .....	20
Section 3 : Cadre général de la couverture santé universelle .....	21
Section 4 : L'essentiel des principes dans la recommandation n° 202 de 2012 .....	24
Section 5 : La stratégie d'extension de la protection sociale : traits déterminants .....	26
Chapitre II : le Droit tunisien : des acquis à développer .....	32
Section 1 : Conception et architecture de la protection sociale : complémentarité de l'indemnitaire et de l'alimentaire .....	32
Section 2 : Une diversité d'acteurs .....	35

## **Troisième partie :**

Le rôle de la société civile : le Socle de Protection Sociale se produit par le bas .....	37
Chapitre I : Les acteurs de la société civile : un rôle déterminant .....	38
Section 1 : Mieux comprendre le jeu d'acteurs en matière de protection sociale .....	39
Section 2 : Les atouts pour une action fructueuse .....	40
Chapitre II : LE PLAIDOYER .....	45
Section 1 : Remarques introductives : voies pour le développement de la capacité de plaidoyer de la société civile .....	46
Section 2 : Les étapes du plaidoyer .....	49

<b>I - ANALYSER</b> .....	49
Résumé .....	50
§ 1 : Le contexte et ses défis .....	50
A- Phase d'identification du problème : la passivité face aux limites et iniquités du système d'accès aux soins de santé .....	50
B- Phase d'analyse du problème dans son ensemble .....	50
§2 : L'accès à la couverture santé (en Tunisie) dans tous ses états .....	51
A- Phase de recherche et de présentation de données .....	51
1- Du service public de santé : vue générale .....	52
a. Infrastructure et ressources humaines importantes .....	52
b. Un système de santé fortement déséquilibré .....	54
2- De la protection de la santé de manière particulière .....	56
a. La protection de la santé par la sécurité sociale .....	57
b. Population couverte par l'Assistance Médicale Gratuite (AMG) .....	61
3. Population dépourvue de la couverture maladie : diagnostic et approches de solution .....	64
B- Phase de l'établissement de l'arbre de problèmes .....	66
 <b>II- PLANIFIER</b> .....	 67
Résumé .....	67
1- Elaborer une stratégie de plaidoyer .....	68
2- Identifier le public cible .....	69
3- Elaborer un plan de mise en œuvre .....	71
4- Identifier les obstacles et les opportunités .....	72
5- Recenser les ressources pour le plaidoyer .....	72
 <b>III- CRÉER ET AGIR</b> .....	 73
Résumé .....	73
1- Construire des alliances .....	74
2- Elaborer des messages fondés sur des données probantes .....	75
 <b>IV- ÉVALUER</b> .....	 78
Résumé .....	78
1- Les indicateurs .....	78
2- Cadre de suivi et d'évaluation du plaidoyer .....	79
Annexes .....	81
Bibliographie .....	90

## Avant- propos

L'universalisation de la protection sociale comme droit humain est un enjeu majeur pour la communauté internationale. Elle fait appel à la solidarité internationale, pilotée par les organismes internationaux compétents, dont notamment l'OIT (Organisation Internationale du Travail) qui, avec le concours d'autres organismes internationaux, a conçu un agenda pour la promotion du droit à la sécurité sociale. Cet agenda est fondé sur un plancher de garanties essentielles de soins et de transferts sociaux par des revenus minima reconnus en 2012 avec la dénomination de Socle de Protection Sociale (SPS).

Certes, les garanties du droit universel à la sécurité sociale forment un droit sur l'État, mais elles exigent la mobilisation de différents acteurs sociaux, notamment le soutien et l'apport crucial de la société civile : la recommandation 202 de 2012 renvoie à ce mode de gouvernance, qui implique la société civile, dont le rôle serait déterminant pour l'efficience de tout projet relatif à l'universalisation du droit à la protection sociale. En effet, la recommandation 202 stipule que les États membres doivent formuler et appliquer des stratégies « sur la base des consultations nationales à travers un dialogue social efficace et la participation sociale ».

En Tunisie, la sécurité sociale a toujours été une « propriété de l'État » et le rôle des acteurs sociaux et de la société civile était quasiment défaillant. Malgré son importance, les acteurs sociaux se sont relativement peu intéressés à la sécurité sociale. Ceux-ci ne se sont fortement activés qu'après la révolution de 2011, quand la demande sociale de protection est devenue pressante.

Par ailleurs, aucun document complet sur les socles de protection sociale n'a été, jusqu'à présent, fourni au grand espace public (y compris les associations, les partis politiques...). La participation de la société civile n'est pas pédagogiquement éclairée, pourtant, l'institution d'un socle de protection sociale constitue désormais un objectif de développement (plan 2016-2020), et requiert tout particulièrement l'apport des acteurs sociaux pour la défense et la promotion des garanties minima.

La Couverture Santé Universelle (CSU), qui constitue une préoccupation vitale et quotidienne du citoyen tunisien, constitue aussi une composante essentielle du socle de protection sociale dont l'institution est envisagée par le plan de développement 2016-2020. Elle donnerait une logique d'ensemble aux efforts déployés pour l'extension du droit à la santé, dans la mesure où elle serait fédératrice des mécanismes de prise en charge du besoin de santé (assurance et assistance sociales). L'État est invité à élaborer une approche adaptée au contexte social, économique et politique du pays. A cet égard,

la société civile peut apporter son concours précieux. Elle peut jouer un rôle essentiel pour assurer un niveau adéquat de protection sociale et permettre que toute réforme de la protection sociale, tournée vers son universalisation, fasse l'objet d'une consultation constructive, en évitant ainsi des décisions unilatérales mal acceptées et nocives. Grâce à son rôle dans le renforcement du consensus national, la société civile peut ainsi contribuer à la mise en œuvre d'un socle de protection sociale véritablement adapté au contexte national.

Ce guide serait utile pour soutenir l'engagement de la société civile dans le plaidoyer de promotion du SPS en Tunisie.

Rappelons qu'il comprend les trois parties suivantes :

### **1.Première partie :**

- Présentation des principaux éléments de ce guide (vue d'ensemble)
- Élaboration d'un glossaire qui simplifierait notamment la lecture du plaidoyer de la société civile pour une couverture sanitaire universelle ;

### **2.Deuxième partie :**

- Présentation des fondements du socle de protection sociale et de son processus dans les normes internationales
- Étude du Droit tunisien et des «ingrédients» du socle de protection sociale dans le système social, sanitaire (avec une étude de l'accès aux soins de santé) et d'urgence, ainsi que les exigences de la garantie du socle comme demande sociale et constitutionnelle, programmée dans le plan de développement 2016-2020 ;

### **3.Troisième partie :**

- Présentation des acteurs de la société civile, des domaines d'engagement possibles et du processus de constitution de coalition autour du socle, de mobilisation et de suivi par ladite société civile.
- Construction d'une approche méthodologique structurée pour une action de plaidoyer de la société civile

# Abreviations et acronymes

**AMG:** l'Assistance Médicale Gratuite  
**ARP:** Assemblée des Représentants du Peuple  
**ATDS:** Association Tunisienne de Défense du Droit à la Santé  
**BIT:** Bureau International du Travail  
**BM:** Banque Mondiale  
**CNSS:** Caisse Nationale de Sécurité Sociale  
**CSU:** Couverture Santé Universelle  
**CRESS:** Centre de Recherches et d'Études Sociales  
**CNAM:** Caisse Nationale d'Assurance Maladie  
**CNRPS:** Caisse Nationale de Retraite et de Prévoyance Sociale  
**CRDPH:** Convention Relative aux Droits des Personnes Handicapées  
**DUDH:** Déclaration Universelle des Droits de l'Homme  
**FES:** Friedrich Ebert Stiftung  
**INS:** Institut National de la Statistique  
**MAS:** Ministère des Affaires Sociales  
**ODD:** Objectifs de Développement Durable  
**OIT:** Organisation Internationale du Travail  
**ONG:** Organisation Non Gouvernementale  
**OMS:** Organisation mondiale de la Santé  
**ONU:** Organisation des Nations Unies  
**OXFAM:** Oxford Committee for Famine Relief  
**PDESC:** Pacte des Droits Économiques Sociaux et Culturels  
**PNAFN:** Programme National d'Aide aux Familles Nécessiteuses  
**PNUD:** Programme des Nations Unies Pour le Développement  
**SPS:** Socle de Protection Sociale  
**UNICEF:** Fonds des Nations unies pour l'enfance

“...Dans un monde ébranlé par la crise, où les incertitudes politiques, environnementales, économiques et budgétaires n'ont jamais été aussi importantes, cette recommandation (n°202 de 2012) est porteuse de messages forts destinés aux responsables politiques du monde entier. Les principaux messages sont :

- La sécurité sociale est un droit de la personne et tous les hommes et les femmes, où qu'ils vivent, devraient bénéficier au minimum d'un socle de protection sociale de base.
- La sécurité sociale est une nécessité sociale et économique pour lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale, ainsi que pour promouvoir le développement, l'égalité et l'égalité des chances.
- Un socle de protection sociale est économiquement abordable et peut être mis en place, complété ou maintenu dans tous les pays, en fonction de leur situation nationale.
- Un socle de protection sociale devrait se composer d'au moins quatre garanties élémentaires de sécurité sociale: l'accès aux soins de santé essentiels, ainsi que la sécurité élémentaire de revenu pendant l'enfance, l'âge adulte et la vieillesse pour tous les résidents et les enfants.
- Toutes les sociétés devraient élaborer des stratégies pour améliorer leur niveau de sécurité sociale en s'inspirant des normes de l'OIT relatives à la sécurité sociale à mesure que leur économie et leur marge de manœuvre budgétaire se développent...

”

### **Directeur général, Bureau international du Travail**

La stratégie de l'Organisation internationale du Travail  
La sécurité sociale pour tous. Mettre en place des socles de protection sociale et des systèmes complets de sécurité sociale  
OIT, Première édition 2012

# Première partie

Socle de protection sociale et société civile:  
Vue d'ensemble et glossaire

## CHAPITRE I :

### CE GUIDE : POURQUOI ? COMMENT EST-IL FAIT ?

Ce guide, le premier de son genre en Tunisie, soutenu par FES (une ONG internationale), est un outil d'appui méthodologique pour le renforcement de capacité des acteurs de la société civile dans leur action de promotion et de défense d'un Droit humain à la protection sociale. Il est pour l'essentiel destiné à consolider leur plaidoyer pour l'établissement d'un Socle de Protection Sociale (SPS), couvrant notamment le droit à une Couverture Sanitaire Universelle (CSU).



#### CE GUIDE A POUR OBJECTIFS DE :

1. Sensibiliser les acteurs de la société civile sur les exigences de promotion de la protection sociale comme Droit humain
2. Sensibiliser autour du plaidoyer pour un SPS et ses méthodes ;
3. Renforcer les capacités de base en matière de plaidoyer

### POURQUOI CE GUIDE DE PLAIDOYER ?

Le processus du plaidoyer est d'importance critique pour accélérer la cadence des changements dans les politiques et les programmes.

L'adhésion de l'Etat aux engagements internationaux pour la promotion d'un Socle de Protection Sociale est un acquis majeur. La détermination des difficultés du système de protection sociale et l'étude de diverses solutions possibles sont des outils généralement utilisés pour instaurer le changement et notamment pour promouvoir ledit socle. Cependant, la nécessité, ainsi que l'utilité d'entreprendre un plaidoyer systématique dans ce processus sont moins assimilées.

Ce guide fournit aux acteurs de la société civile œuvrant dans le domaine social et sanitaire des informations, des conseils et des outils qui leur permettront d'adapter le Cadre international du socle de protection sociale (SPS) au contexte tunisien et de revendiquer des conditions plus propices à la mise en œuvre et ce :

- En renforçant la capacité de ces acteurs à s'engager auprès d'autres parties prenantes (ex. gouvernement, donateurs internationaux) de renforcer la demande d'un SPS;
- En aidant ces acteurs à l'analyse de l'ensemble du contexte et du système de protection sociale, en général, et du système d'accès aux soins, en particulier, de manière à repérer les principaux obstacles endogènes et exogènes (notamment les normes juridiques, la gouvernance, les difficultés financières, les défis démographiques, pratiques,...) invalidants, qui inhibent la capacité des acteurs à contribuer efficacement à la promotion d'un SPS.
- En proposant des outils pour recenser les principaux intervenants dans la question de protection sociale et d'identifier les populations cibles (les personnes influentes) ;
- En prodiguant des conseils pour lever ces obstacles extérieurs et obtenir des changements positifs
- En proposant quelques méthodes pour élaborer des messages efficaces et sélectionner des actions ou des outils de plaidoyer, afin de faire passer ses messages et de mobiliser les appuis autour de l'objectif de promotion d'un SPS ;
- En favorisant la coordination et le renforcement des efforts déployés collectivement autour de l'objectif du plaidoyer :
  - Entre acteurs de la société civile : pour mutualiser leurs bonnes pratiques, leurs acquis et leurs expériences et pour promouvoir le maillage et la collaboration en vue d'atteindre l'objectif assigné au SPS ;
  - Vis-à-vis des parties prenantes extérieures : au travers d'un engagement formel à soutenir le travail des acteurs de la société civile en tant qu'acteurs incontournables des politiques publiques, y compris sociales et sanitaires.

## À QUI EST-IL DESTINÉ ?

- Aux acteurs de la société civile œuvrant dans le domaine social et sanitaire ;
- Aux personnes et institutions de tous les secteurs qui souhaitent améliorer les politiques et les programmes par le biais du plaidoyer.

## COMMENT EST-IL PRODUIT ?

- Les outils proposés sont issus de diverses méthodes de plaidoyer «classique», servant à atteindre les objectifs de la structure qui mène les actions de plaidoyer.

## Ce guide :

- Propose une définition largement acceptée de ce qu'est le travail de plaidoyer
- Présente les étapes détaillées, les recommandations et les outils permettant de développer et de mettre en place une stratégie de plaidoyer.
- Décrit les aspects qui peuvent aider à renforcer les capacités des acteurs de la société civile en termes de promotion et de défense d'un SPS, et touche à plusieurs dimensions transversales du travail de plaidoyer, notamment l'usage de l'analyse du contexte, le développement de partenariats, le développement de messages, le suivi et l'évaluation...
- Il est important de garder à l'esprit que ce guide n'impose aucune approche ou méthode particulière. Les acteurs directement au contact des décideurs et personnes influentes ainsi que des destinataires du SPS sont plus au fait des demandes, des besoins, de ce qu'il est bon de faire ou non et sont plus à même de développer le plaidoyer.



### **RECOMMANDATION / RÔLE DE LA SOCIÉTÉ CIVILE**

- Renforcer la collaboration pour exercer une pression collective sur les États et autres parties prenantes, en faveur d'une approche de la CSU qui intègre les valeurs d'universalité, d'équité et de solidarité.
- Demander des comptes aux États par le biais d'un dialogue politique, en surveillant les dépenses de santé et la prestation des soins, et en révélant les cas de corruption.
- Attirer l'attention sur les situations où les bailleurs de fonds influents promeuvent des mécanismes de financement inéquitables et leur demander des comptes.
- Travailler avec des « experts » de la justice sociale issus de la société civile, afin de demander une action urgente sur la fraude fiscale et l'évasion fiscale.
- Les syndicats du secteur formel doivent se montrer solidaires des travailleurs de l'économie informelle et plaider pour un régime de santé universel et équitable.

## Glossaire

**Activité :** Ce qu'on fait concrètement dans le plaidoyer (ex. écrire un document (pétition), Organiser une rencontre...).

**Alliance :** terme utilisé en plaidoyer pour désigner la relation avec une personne ou une organisation qui porte, au moins à un moment donné ou sur un sujet particulier, les mêmes objectifs et/ou les mêmes positions. Un allié peut être par exemple un média, une université, un institut de recherche ou même un membre d'une institution publique ou privée que l'on cherche à influencer.

**Assurance sociale :** est un mécanisme de protection sociale reposant sur des techniques de transfert du type contribution / rétribution. Elle s'inspire des principes de l'assurance privée mais fonctionne sur la base de la mutualisation des risques. En contrepartie d'une cotisation qu'il paie, et en fonction de leur revenu, les travailleurs s'ouvrent ainsi un droit à la protection. Ce droit couvre une prestation dont le montant est en rapport avec leur revenu, en cas d'interruption ou de privation d'emploi du fait d'un des risques sociaux couverts.

**Assistance sociale :** se définit comme le devoir de la société de porter secours aux personnes dans le besoin de protection sociale (personnes sans ressources ou avec ressources insuffisantes). Elle peut prendre la forme de prestations en espèces et / ou en nature. Aucune contrepartie n'est exigée du bénéficiaire et les prestations sont financées par les impôts et versées par l'État. En revanche, elles sont de manière générale soumises à des conditions de ressource et de besoin qui justifient l'examen au cas par cas de la situation du demandeur.

En droit tunisien, les deux institutions sont relativement associées dans certaines dimensions de la protection sociale (prise en charge par la sécurité sociale de certaines fonctions de l'assistance sociale (ex. aide aux licenciés pour cause économique)). Elles se complètent pour donner au système une cohérence relative (assurance maladie et assistance médicale). Par ailleurs, le dénominateur commun aux deux institutions, c'est la solidarité que l'on peut retrouver aussi bien dans l'assistance que dans l'assurance sociale (minimum de la pension vieillesse).

**Assistance médicale :** assistance sociale médicale (AMG) au profit des familles nécessiteuses et à revenu limité, des personnes handicapées et des enfants sans soutien familial leur permettant d'accéder aux soins de santé dans les structures de santé publiques. La prise en charge est assurée selon deux modalités : l'AMG1 et l'AMG2 :

**AMG 1 :** modalité au profit des familles pauvres leur permettant d'accès aux soins gratuit. Ils ne payent pas des tickets modérateurs.

**AMG 2 :** Modalité au profit des familles à bas revenu leur permettant d'accéder aux soins de santé avec le paiement des tickets modérateurs et une participation annuelle de 10 dinars.

**Assurance privée :** repose sur un contrat synallagmatique de contreparties : primes contre prestations. Elle porte souvent sur la garantie de compléments de protection.

**Cibles :** Personnes ou institutions décideurs qui ont le pouvoir (direct ou indirect) de répondre à la demande de plaider et de faire évoluer le processus politique pour résoudre la problématique envisagée.

**Couverture Santé Universelle (CSU) :** La CSU garantit à tous l'accès aux soins et aux médicaments dont ils ont besoin, sans crainte de basculer dans la pauvreté.

**Lobbying :** Conversations directes / tête-à-tête où l'on cherche à rencontrer et à persuader un détenteur de pouvoir.

**Objectif (du plaidoyer) :** Doit indiquer concrètement ce qui sera accompli, avec qui, comment, et dans quels délais. L'objectif doit porter sur une action précise visé par le plaidoyer qu'une institution peut mener dans un délai déterminé.

**Media :** Système organisé pour apporter l'information au public par le biais de la télévision, de la radio, des journaux, des revues, des bulletins...

**Message :** communication de nature importante qui vise à informer, persuader ou motiver un public cible.

**Partenariat :** Terme qui désigne la relation avec une personne ou une organisation qui porte en commun le problème, ou du moins une partie, du plaidoyer. Un partenaire participe donc d'une manière ou d'une autre (matérielle, connaissance et expertise, financière, humaine, etc.) aux activités, aux positionnements et aux messages de plaidoyer que l'on développe.

**Parties prenantes :** Tous ceux qui peuvent affecter ou être affectés par le changement que l'on essaie d'obtenir.

**Plaidoyer :** Un processus dont le but avoué est d'influencer les politiques et les actions des détenteurs afin de pouvoir obtenir des conditions propices à la mise en place d'un SPS.

**Réseaux :** Sont souvent des associations souples, plus ou moins organisées, de personnes ou de groupes unis par une préoccupation commune, par un intérêt commun ou par des initiatives périodiques conjointes. Les réseaux favorisent le partage des informations et des idées.

**Pnafen :** Le Programme National d'Aide aux Familles Nécessiteuses, créé en 1986, alloue une aide monétaire aux familles nécessiteuses et démunies et un accès gratuit aux soins (Assistance Médicale Gratuite de type 1 - AMG 1) dans les structures hospitalières publiques.

**Société civile :** De manière générale, la Société civile peut se définir<sup>1</sup> comme un domaine de la société, qui est apparu entre les sphères étatique, économique et privée – ou encore : entre État, marché et famille. Ce domaine est considéré comme un espace public.

Composé, de nos jours, par un grand nombre de groupements plus ou moins indépendants de l'Etat, plus ou moins bien organisés, dotés de différentes formes d'organisation telles que les organisations syndicales et patronales (les «partenaires sociaux»), les organisations non gouvernementales (ONG), les associations professionnelles, sociales et sanitaires et de manière générale les associations constituées pour la défense des grandes causes, les associations de proximité... Les personnes se regroupent suivant leurs centres d'intérêt ou leur orientation personnelle et professionnelle, (ex. au sein d'associations) pour agir ensemble en vue d'objectifs communs.

**Socle de protection sociale :** défini pour la première fois dans le Pacte mondial pour l'emploi de l'OIT adopté à la conférence internationale du travail en 2009, comme étant : « un accès aux soins de santé, garantie de revenu pour les personnes âgées et handicapées, l'octroi des prestations pour les enfants à charge et une garantie de revenu pour les chômeurs et les travailleurs pauvres combinée à des programmes publics de garanties de l'emploi ».

---

<sup>1</sup> Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) : qu'est-ce que la société civile. 2009

# Deuxième partie

Le socle de protection sociale :  
Le levier d'un droit humain

## CHAPITRE I :

### LES INSTRUMENTS INTERNATIONAUX : UN ENCRAGE UNIVERSEL DU SPS

#### SECTION 1 : LA RICHESSE DES NORMES INTERNATIONALES <sup>2</sup>

- Le SPS est ancré dans la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 (DUDH) et le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels de 1966 (PIDESC). Il reflète l'appel de la DUDH pour l'accès à un niveau de vie décent ainsi qu'à la santé, l'éducation, l'alimentation, le logement et la sécurité sociale. Le droit à la sécurité sociale lui-même est reconnu comme un droit de l'homme dans les articles 22 et 25 de la DUDH et l'article 9 du PIDESC. En outre, le concept du socle de protection sociale vise à garantir une réalisation concrète des droits de l'homme.
- La Recommandation n°67 (1944) sur la garantie des moyens d'existence préconise l'établissement complet d'un système de sécurité sociale dans le but de garantir des moyens d'existence dans huit cas possibles : maladie, maternité, invalidité, vieillesse, décès du soutien de famille, chômage, dépenses exceptionnelles, et lésions résultant de l'emploi (maladies ou blessures). L'un des principes fondamentaux de la recommandation est l'universalité de la couverture : toute la population devrait être couverte par la protection sociale en vigueur dans le pays. Par ailleurs, elle dispose que la garantie des moyens d'existence devrait être établie sur la base de l'assurance sociale obligatoire pour les travailleurs et leurs familles. L'assistance sociale devrait comporter les domaines suivants : bien être des enfants à charge, allocations spéciales de subsistance à des taux prescrits en faveur des invalides, des vieillards et des veuves qui ne sont pas couvertes par l'assurance sociale obligatoire, et assistance générale « à toutes personnes dans le besoin, lorsqu'il n'y a pas lieu à internement en vue de soins correctifs ».
- La Recommandation n°69 sur les soins médicaux de 1944, se base aussi sur le principe de couverture universelle. En effet, dans ce texte, la disponibilité des soins médicaux est reconnue comme un élément essentiel de la sécurité sociale. Il est mentionné que « le service de soins médicaux devrait englober tous les membres de la communauté, qu'ils exercent ou non une occupation lucrative ».

---

2 V. not. OIT : Établir des normes de sécurité sociale dans une société mondialisée : Une analyse de la situation et de la pratique présentes, ainsi que des options futures pour l'établissement par l'Organisation internationale du Travail d'une norme de sécurité sociale globale. 2008

Les deux recommandations ont été reprises dans la Déclaration de Philadelphie de 1944 où les États membres de l'OIT ont reconnu l'importance des questions sociales et environnementales. Un certain nombre de principes ont été posés, dont : « la pauvreté, où qu'elle existe, constitue un danger pour la prospérité de tous », « tous les êtres humains, quels que soient leur race, leur croyance ou leur sexe, ont le droit de poursuivre leur progrès matériel et leur développement spirituel dans la liberté et la dignité, dans la sécurité économique et avec des chances égales ».

- D'autres instruments sont notables pour le cadre juridique de la protection sociale. Il s'agit notamment de :
  - La convention n°102 concernant la sécurité sociale (norme minimum de sécurité sociale), 1952 ;
  - La convention n°130 concernant les soins médicaux et les indemnités de maladies, 1969 ;
  - La convention n°168 sur la promotion de l'emploi et la protection contre le chômage, 1988 ;
  - La convention n°183 sur la protection de la maternité, 2000.

L'ensemble de ces instruments forme les bases d'un système complet de sécurité de revenu et de protection de la santé pour chacune de neuf branches de la sécurité sociale.

La Convention n°102 établit les normes minimales de sécurité sociale. Elle est intéressante car elle comporte des clauses de souplesse qui permettent aux pays, une fois qu'ils l'ont ratifiée, de mettre en œuvre leur propre système de protection sociale en tenant compte de leurs spécificités nationales. La convention fixe uniquement un ensemble d'objectifs et de normes fondées sur des principes reconnus par tous les États membres de l'OIT. Elle insiste aussi sur le caractère progressif de la mise en place de la protection sociale. Elle autorise les États qui l'ont ratifiée à accepter au minimum trois branches dont au moins le chômage ;

- La Déclaration de l'OIT sur la justice sociale pour une mondialisation équitable (2008) établit une nouvelle base, sur laquelle l'OIT peut soutenir efficacement les efforts des États, visant à réaliser le progrès et la justice sociale et ce à travers les quatre objectifs stratégiques de l'OIT exprimés dans l'Agenda du Travail Dément, à savoir la promotion des droits fondamentaux, la création d'emplois, la protection sociale et le dialogue social.
- Le Pacte mondial pour l'emploi (2009) invite les pays à adopter « une protection sociale adéquate universelle fondée sur un socle de protection sociale prévoyant notamment un accès aux soins de santé, une garantie de

revenu pour les personnes âgées et les handicapés, l'octroi de prestations pour enfants à charge et une garantie de revenu pour les chômeurs et les travailleurs pauvres combinée à des programmes publics de garantie de l'emploi. » Il invite également la communauté internationale à fournir une aide au développement pour les pays qui en ont besoin, notamment sous forme de soutien budgétaire, afin qu'ils instaurent un socle de protection sociale à l'échelon national.

- La recommandation (n° 202) OIT sur les socles de protection sociale, 2012 (qui fera l'objet d'un examen plus détaillé) traduit le consensus international sur la nécessité d'une protection sociale pour tous. Elle préconise une approche universelle et progressive de l'extension de la protection sociale ; elle rétablit le lien entre les diverses politiques publiques en matière de protection sociale, d'économie, d'emploi, de santé... – et met nettement l'accent sur la nécessité de cohérence et de coordination.

## Un droit humain

"Toute personne, en tant que membre de la société, a droit à la sécurité sociale; elle est fondée à obtenir la satisfaction des droits économiques, sociaux et culturels indispensables à sa dignité et au libre développement de sa personnalité, grâce à l'effort national et à la coopération internationale, compte tenu de l'organisation et des ressources de chaque pays."

Article 22 de la Déclaration universelle des droits de l'homme

§1 "Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté.

" §2 "La maternité et l'enfance ont droit à une aide et à une assistance spéciales. Tous les enfants, qu'ils soient nés dans le mariage ou hors mariage, jouissent de la même protection sociale."

Article 25 de la Déclaration universelle des droits de l'homme

"Les Etats parties au présent Pacte reconnaissent le droit de toute personne à la sécurité sociale, y compris les assurances sociales."

Article 9 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels

## SECTION 2 :

### L'APPROCHE BASÉE SUR LES DROITS DE L'HOMME :

#### LA TOILE DE FOND DU SPS

Le droit à la sécurité sociale fait partie de la deuxième génération des droits de l'homme, à savoir les droits économiques et sociaux. Il s'est donc construit selon une approche basée sur les droits de l'homme. Il revêt une importance capitale pour garantir la dignité humaine à toutes les personnes confrontées à des circonstances qui les privent de réaliser pleinement leurs droits en vertu du Pacte. Le droit à la sécurité sociale a été fermement affirmé dans le Droit International.

D'après l'observation générale n° 19 (2008) du Comité sur les droits économiques, sociaux et culturels sur le droit à la sécurité sociale, celui-ci englobe le droit d'avoir accès à des prestations, en espèces ou en nature, et de continuer à en bénéficier, sans discrimination, afin de garantir une protection, entre autres, contre :

- La perte du revenu lié à l'emploi, pour cause de maladie, de maternité, d'accident du travail, de chômage, de vieillesse ou de décès d'un membre de la famille ;
- Le coût démesuré de l'accès aux soins de santé ;
- L'insuffisance des prestations familiales, en particulier au titre des enfants et des adultes à charge.

Les mesures à utiliser peuvent porter sur l'assurance contre le risque social (conception assurantielle) ou de protection contre le besoin (conception universelle) ou les deux objectifs en même temps. Les prestations de la sécurité sociale peuvent inclure :

- Des systèmes contributifs ou des systèmes d'assurance tels que les assurances sociales. Ceux-ci supposent généralement le versement de cotisations obligatoires par les bénéficiaires, les employeurs et parfois l'État, conjugué au financement des prestations et des dépenses administratives par une caisse commune ;
- Des systèmes non contributifs tels que les systèmes universels (qui garantissent en principe la prestation adéquate à toute personne exposée à un risque ou aléa particulier) ou les systèmes d'assistance sociale ciblés (dans le cadre desquels des personnes dans le besoin reçoivent des prestations). Dans presque tous les États parties, des systèmes non contributifs seront nécessaires car il est improbable qu'un système d'assurance parvienne à couvrir chacun de façon adéquate.

D'autres formes de couverture sociale sont aussi acceptables, notamment a) les régimes privés et b) les assurances personnelles ou d'autres mesures telles que les assurances communautaires ou mutualistes.

## SECTION 3 :

### CADRE GENERAL DE LA COUVERTURE SANTÉ UNIVERSELLE

La CSU est devenue l'une des priorités mondiales en matière de santé. Elle prend ses racines dans la Constitution de l'OMS, adoptée en 1948, qui fait de la santé l'un des droits fondamentaux de tout être humain<sup>3</sup>, et s'inspire également de la Stratégie mondiale de la santé pour tous lancée en 1979.

La CSU comprend une gamme variée de prestations qui permet à tout un chacun d'avoir accès aux services couvrant les causes les plus importantes de morbidité et de mortalité et garantit que la qualité de ces services soit suffisamment bonne pour améliorer la santé des personnes qui en bénéficient.

Ces prestations incluent notamment la santé du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et de la mère, la santé sexuelle et génésique, les maladies infectieuses, les maladies non transmissibles...

**“ La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale ”**

Constitution OMS

Selon l'OMS, la CSU 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 soient de qualité suffisante pour être efficaces, sans que leur coût n'entraîne des difficultés financières pour les usagers.

Le mouvement international pour la promotion de la CSU dans les pays pauvres s'est amplifié depuis une dizaine d'années. En 2005, la 58ème Assemblée Mondiale de la Santé a adopté à l'unanimité une résolution qui urge les pays membres de l'OMS à développer des systèmes de financement de la santé pour fournir à toute leur population un accès aux services de santé de qualité. Une résolution sur la CSU a été adoptée lors de la 67ème session de l'Assemblée générale des Nations Unies (du 12 décembre 2012). Elle appelle chaque État membre de l'ONU à éviter de recourir au paiement direct des soins par les usagers et à financer son système de santé par le biais de mécanismes plus

équitable et solidaire. L'Assemblée générale exhorte ainsi les gouvernements à intensifier leurs efforts pour accélérer la transition vers l'accès universel à des services de santé de qualité et à des prix abordables.

La promotion du droit d'accès aux soins figure désormais parmi les ODD 2016-2030 des nations. Il s'agit de l'ODD3 qui vise la bonne santé et le bien-être de tous et à tout âge. Ainsi, la consécration de la CSU comme sous-objectif du nouveau programme de développement mondial invite les acteurs de la santé mondiale à se mobiliser en faveur de l'atteinte des trois volets phares de la CSU : assurer la protection du risque financier, améliorer l'accès aux services de santé pour les populations vulnérables, et augmenter la qualité des services. La mise en œuvre de la CSU reposerait donc sur un certain nombre de valeurs qui le mettent au service d'un droit humain : le droit à la santé.

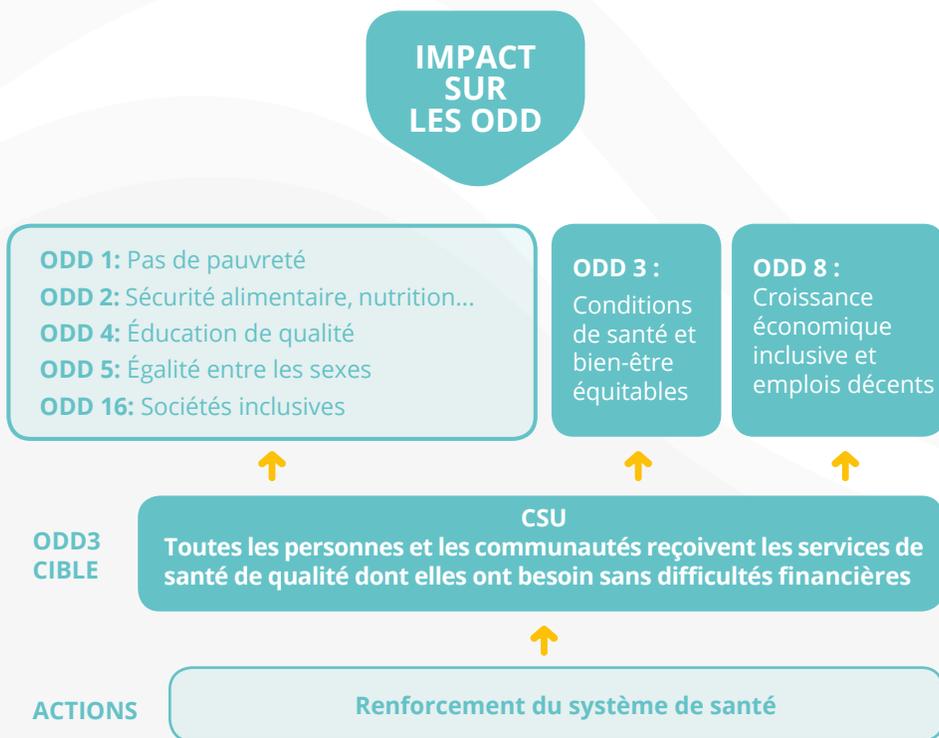
**Au moins la moitié de la population mondiale ne bénéficie pas d'une couverture totale des services de santé essentiels et, chaque année, près de 100 millions de personnes sont plongées dans « l'extrême pauvreté » (c'est-à-dire qu'elles vivent avec \$US 1,90 ou moins par jour) parce qu'elles doivent payer leurs dépenses de santé**

OMS

En plus de la promotion de l'ODD3 (permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge), la CSU contribue à :

- La réduction de la pauvreté (ODD1), puisqu'elle évite aux gens d'être plongés dans la pauvreté par des dépenses élevées occasionnées par les soins de santé.
- L'amélioration de la nutrition (ODD2), puisque les personnes reçoivent des informations correctes sur la santé et des conseils pour atténuer la malnutrition et la surnutrition.
- L'éducation (ODD4), car des systèmes de santé solides permettent aux enfants d'être suffisamment en bonne santé pour fréquenter l'école et achever leurs études.
- L'égalité entre les sexes (ODD5), en veillant à ce que toutes les personnes bénéficient des services de santé nécessaires, y compris les membres les plus vulnérables de la population, souvent les femmes et les enfants.
- La croissance économique et la création d'emplois (ODD8) et la réduction des inégalités au sein des pays et d'un pays à l'autre (ODD10), parce que les personnes sont suffisamment en bonne santé pour obtenir des emplois et contribuer de manière soutenue à l'économie de leur pays.

- Des sociétés pacifiques et ouvertes à tous (ODD16) car des populations en bonne santé aident à édifier des institutions opérantes, comptables de leurs actions et intégratrices à tous les niveaux.



(Source : adapté de Kiemy & al., 2017, WHO Bulletin)

### La garantie d'une CSU suppose :

- Que l'accès aux soins soit universel, c'est-à-dire que la garantie doit être détachée de la conditionnalité de l'emploi et de la contribution pour s'étendre à la population en vertu de la citoyenneté et/ou du lieu de résidence, pour que tout le monde ait la même protection financière et accède au même ensemble de services de santé de qualité en fonction de leurs besoins et non de leur capacité contributive. Une forte solidarité nationale peut développer les chances de réussite de mise en place d'un système d'accès aux soins universels. De cette solidarité dépendrait l'acceptation d'un taux d'imposition qui constitue sans doute un facteur qui facilite la réussite de ce type de garantie de soins, d'autant que de tels impôts touchent les populations aisées. Les impôts progressifs constituent souvent une condition préalable à une couverture maladie relativement viable financièrement (ex. Ghana et au Rwanda). La dénomination

même du cadre institutionnel de cette garantie de soins universels devrait porter l'esprit de solidarité et d'entraide pour conquérir la confiance des bénéficiaires (ex. mutualité) plutôt que de les enfermer dans une union formelle (assurance).

**“ La facturation des services est une question cruciale. Tous ceux qui ont dispensé des soins de santé aux pauvres savent que les frais à leur charge, aussi modestes soient-ils, peuvent les décourager de faire appel aux services dont ils ont besoin. C'est à la fois injuste et inutile. Les pays peuvent remplacer les services payants par diverses formes de financement durable qui ne risquent pas de placer les pauvres dans un dilemme potentiellement mortel. L'élimination de la tarification des services, ou une forte réduction des tarifs, est un élément commun de tous les pays qui ont atteint la couverture sanitaire universelle. ”**

Dr Jim Kim, Président de la banque mondiale  
Allocation à la 66ème Assemblée mondiale de la Santé, 2013.

- Que la qualité des services de santé soit d'une qualité suffisante pour améliorer la santé de ceux qui en bénéficient ;
- Que l'accès aux soins universels soit équitable et abordable, c'est-à-dire qui repose sur une proportionnalité juste entre droits et obligations. Ex. un niveau de contribution de la part des citoyens uniforme ou supérieur à ce qu'ils sont prêts à payer risque de pénaliser les bénéficiaires et de constituer un obstacle à l'accès aux soins.

## **SECTION 4 :**

### **L'ESSENTIEL DES PRINCIPES RELATIFS AUX SOCLES DE PROTECTION SOCIALE DANS LA RECOMMANDATION N°202 DE 2012**

#### **Les SPS/ minimum/ les 4 garanties élémentaires :**

- a) accès à des soins de santé essentiels, y compris les soins de maternité ;
- b) sécurité élémentaire de revenu pour les enfants assurant l'accès à l'alimentation, à l'éducation, aux soins et à aux autres biens et services nécessaires ;
- c) sécurité élémentaire de revenu pour les personnes d'âge actif qui sont dans l'incapacité de gagner un revenu suffisant, en particulier dans les cas de maladie, de chômage, de maternité et d'invalidité ;
- d) sécurité élémentaire de revenu pour les personnes âgées

## Un socle de protection devrait :

1. Répondre, de manière progressive, au principe d'universalité dans la mesure des moyens du pays et en conformité avec les exigences d'un droit humain. Il devrait assurer un minimum à toute personne dans le besoin, tout au long de la vie, l'accès à des soins essentiels de santé et une sécurité élémentaire de revenu qui, ensemble, garantissent un accès effectif aux biens et services définis comme nécessaires à l'échelle nationale. De fait, il devrait :

**Le socle de protection sociale constituerait une fondation de la construction progressive " d'étages supérieurs" offrant des perspectives plus larges de couverture de personnes avec des prestations plus complètes et de plus, la conception et substantielles.**

- Couvrir des garanties inscrites dans la loi nationale afin qu'elles soient un droit pour tous les citoyens et éviter toute forme d'abus tels que : définition de la gamme, des conditions d'attribution et le niveau des prestations qui donnent effet à ces garanties. Détermination des procédures de réclamation et de recours impartiales, transparentes, efficaces, simples, rapides, accessibles et peu coûteuses devraient aussi être définies... ;

- Permettre à chacun de mener une vie décente par des garanties de soins élémentaires, sans une charge financière trop lourde et par des revenus minimaux définis à l'échelle nationale (peuvent correspondre à la valeur monétaire d'un ensemble de biens et services nécessaires, aux seuils nationaux de pauvreté, à des seuils de revenu définis pour l'octroi de l'assistance sociale ou à d'autres seuils comparables...). Les niveaux des garanties élémentaires devraient être régulièrement actualisés de façon transparente (la participation tripartite des représentants d'employeurs et de travailleurs ainsi que la consultation d'autres organisations pertinentes et représentatives de personnes concernées devraient être garanties) ;

2. S'adapter aux besoins et moyens de chaque État. Ainsi le socle couvrirait les priorités établies par rapport aux risques à couvrir et les catégories sociales ciblées. Il doit être réaliste dans le sens où le paquet des prestations garanties doit être pertinent et efficient, correspondant aux ressources fiscales et sociales du pays ;

3. Être articulé et coordonné avec les différentes politiques publiques. Pour être efficace dans la lutte contre la pauvreté et les diverses privations, le socle de protection sociale doit être étroitement lié aux questions d'éducation, d'emploi, de santé... Ainsi, il devrait être inclusif par la coordination avec d'autres politiques notamment par la combinaison des prestations et services sociaux avec des mesures préventives, promotionnelles et actives à même de favoriser l'employabilité, l'emploi formel et la création de revenu dans le cadre du travail décent ;

4. Être financé par des ressources nationales variées afin d'assurer la viabilité financière, budgétaire et économique du socle national de protection sociale, en tenant compte des capacités contributives des différents groupes de la population. Ainsi, les mesures devraient se fonder sur la solidarité en matière de financement, allant de pair avec la recherche du meilleur équilibre possible entre les responsabilités et les intérêts parmi ceux qui financent et ceux qui bénéficient des régimes de sécurité sociale. Ces mesures devraient également garantir :

- Une pérennité financière, budgétaire et économique, compte dûment tenu de la justice sociale et de l'équité ;
- Une gestion financière et une administration saines, responsables et transparentes ;

5. Laisser à chaque pays le libre choix de son modèle de combinaison de systèmes et de programmes ainsi que du niveau de bénéfices. Afin de garantir les prestations définies à l'échelle nationale, l'Etat peut choisir les mécanismes les plus appropriés pour les mettre en œuvre : régime contributif ou non contributif, assurance sociale, prestations universelles ou mécanismes d'assistance, etc. La plupart du temps, les Etats sont censés disposer d'un ensemble de mécanismes pour construire un système complet de sécurité sociale.

## **SECTION 5 :**

### **LA STRATÉGIE D'EXTENSION DE LA PROTECTION SOCIALE : TRAITS DÉTERMINANTS**

Depuis 2012, la stratégie d'extension de la sécurité sociale de l'OIT est orientée par la recommandation n° 202 qui, par un cadre bidimensionnel d'extension de la protection sociale, propose des lignes directrices pour l'accomplissement de cet objectif. La stratégie incite les gouvernements afin de garantir une protection universelle à la population avec des niveaux minimums de sécurité de revenu et d'accès aux soins de santé essentiels (dimension horizontale) et d'élaborer progressivement des niveaux supérieurs de protection (dimension verticale)<sup>4</sup>.

---

4 OIT : La stratégie de l'Organisation internationale du Travail : La sécurité sociale pour tous. Mettre en place des socles de protection sociale et des systèmes complets de sécurité sociale. 2012

## Les quatre garanties de base

Accès aux services  
essentiels

sécurité du revenu tout au long  
de la vie

Santé

Enfant

Personne  
d'âge actif

Personne  
âgées

Définition nationale des niveaux minimum



La dimension horizontale : Rappelons que la dimension horizontale de l'OIT consiste à établir au niveau national un socle de protection sociale comportant des garanties élémentaires de sécurité sociale (ci-dessus mentionnées) en vertu desquelles, tout au long de leur vie, toutes les personnes qui en ont besoin auront un accès effectif à des soins de santé essentiels, ainsi qu'une sécurité du revenu, se situant au moins à un niveau minimal défini à l'échelon national.

La dimension verticale : Elle consiste à mettre en place progressivement des niveaux plus élevés de sécurité sociale au profit du plus grand nombre de personnes possible, au moins conformément aux dispositions relatives à la couverture et aux prestations de la Convention (No. 102) de 1952, concernant la sécurité sociale (norme minimum), voire à un niveau supérieur, tel que défini dans d'autres conventions plus récentes de l'OIT. Elle se compose généralement de systèmes de contributions obligatoires et volontaires.

Le socle de protection sociale constituerait la fondation d'une construction progressive "d'étages supérieurs", offrant des perspectives plus larges de couverture de personnes avec des prestations plus complètes et plus substantielles. A mesure que le pays dégage des marges de manœuvres budgétaires importantes, la gamme de prestations peut être plus variée, le niveau et la qualité de la protection devient meilleure et devrait permettre de monter "l'escalier de la sécurité sociale".

En termes de mécanismes, un système complet de protection sociale comprend les régimes non-contributifs (financés sur le budget général des états). Il s'agit de régimes universels (garanties de base de protection sociale), les régimes contributifs (assurances sociales financées par le paiement d'une cotisation par le bénéficiaire et/ou son employeur, conditionnant l'accès aux services) et l'assurance personnelle volontaire. Chacun de ces mécanismes recouvre un ensemble diversifié de prestations.

La recommandation reconnaît le fait que la mise en œuvre de stratégies d'extension de la sécurité sociale vers une protection universelle devrait suivre le principe de réalisation progressive, avec des objectifs fixés et un calendrier.

La mise en œuvre de socles de protection sociale et de stratégies d'extension de la sécurité sociale devrait prendre en compte une variété de méthodes et d'approches, y compris pour le financement, les mécanismes de distribution et les systèmes de prestations. Tous ces éléments impliquent l'engagement de toutes les parties prenantes.

- Le principe essentiel qui préside à la stratégie, c'est l'affirmation que la sécurité sociale est un droit de la personne humaine et la reconnaissance que le droit à la sécurité sociale est, avec la promotion de l'emploi, une nécessité économique et sociale pour le développement et le progrès. La stratégie de l'OIT est, comme déjà signalé, centrée sur une approche fondée sur les droits qui prône l'ancrage des plans politiques et des processus de développement dans les normes internationales des droits de l'homme.

## La stratégie de l'OIT :

- Elle reconnaît l'importance de l'universalisation de la protection fondée sur la solidarité sociale pour prévenir et réduire la pauvreté, les inégalités, l'exclusion sociale, pour promouvoir l'égalité des chances et l'égalité raciale et pour soutenir la transition de l'emploi informel vers l'emploi formel ;
- Elle considère que la sécurité sociale est un moyen de donner aux hommes et aux femmes la capacité de s'adapter aux

**La conception, la mise en œuvre et le suivi du socle de protection sociale devraient s'inscrire dans le cadre d'un processus national de consultation de grande envergure**

changements de l'économie et du marché du travail ;

- Elle reconnaît que les systèmes de sécurité sociale agissent en tant qu'amortisseurs sociaux et économiques automatiques et qu'ils contribuent à stimuler la demande globale en période de crise et au-delà, ainsi qu'à favoriser la transition vers une économie plus durable ;
- Elle met l'accent sur la responsabilité générale et principale qui incombe à l'Etat, en accord avec les priorités nationales, sur l'utilisation la plus rationnelle des ressources nationales, sur l'importance des prérogatives légales, ainsi que sur une gouvernance et une administration efficaces ;
- Elle insiste également sur l'importance d'un processus national de consultation de grande envergure.

Le dialogue social est le mécanisme qui devrait favoriser le consensus autour de l'élaboration et de la mise en œuvre de la stratégie d'extension de la protection sociale adaptée aux circonstances de chaque pays.

A ce titre, la contribution du dialogue national dans la formulation et la mise en œuvre de telles stratégies est capitale pour assurer que les systèmes sont complets et adaptés. Le dialogue national devrait impliquer tous les divers acteurs, c'est à dire les représentants du gouvernement, les travailleurs et les employeurs, ainsi que toute autre partie prenante pertinente. Un dialogue national complet permet le développement d'une feuille de route acceptée pour l'extension de la protection sociale, qui sert les intérêts respectifs des différentes parties prenantes.

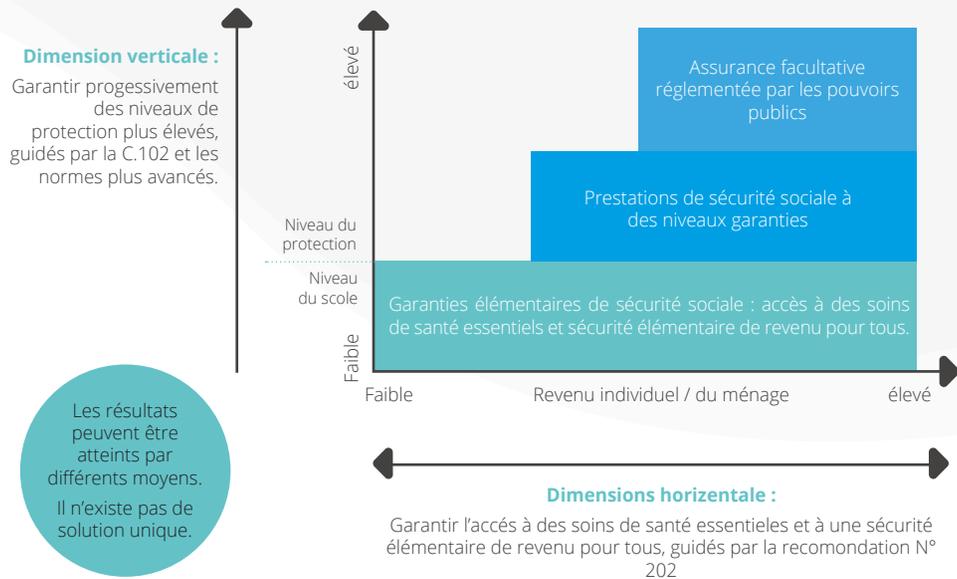
- Le processus pour formuler la stratégie devrait :

- Fixer les objectifs reflétant les priorités nationales ;
- Identifier les insuffisances et obstacles en matière de protection, ainsi que les moyens appropriés pour les surmonter ;
- Déterminer les besoins financiers et les ressources ainsi que le calendrier (délais et étapes) de la mise en œuvre de politiques appropriées ;
- Sensibiliser la population, y compris dans le cadre du dialogue social.

- La stratégie devrait englober la croissance de l'emploi formel et devrait être complétée par des politiques actives du marché du travail.

La nécessité de coordination avec les diverses politiques publiques est essentielle, et ce notamment par l'inscription de la stratégie dans le cadre des plans nationaux de développement social, économique et environnemental ;

- Le suivi des progrès enregistrés par des mécanismes appropriés, y compris par le biais de la participation tripartite avec les organisations représentatives d'employeurs et de travailleurs ainsi que la consultation d'autres organisations pertinentes et représentatives des personnes concernées.





## POINTS ESSENTIELS COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE

- Les estimations du BIT montrent que le droit à la santé n'est pas encore une réalité dans de nombreuses régions du monde, notamment en milieu rural, où 56 pour cent de la population n'a pas de couverture sanitaire, contre 22 pour cent en milieu urbain.

- Il faudrait embaucher 10 millions de professionnels de la santé pour atteindre une couverture sanitaire universelle et garantir la sécurité de la population, notamment en cas de maladie hautement contagieuse... Le déficit de 7 millions de professionnels qualifiés en milieu rural et le déficit élevé des dépenses de santé par habitant creusent ces inégalités entre la ville et la campagne. Un accès équitable à une prise en charge de qualité et un financement solidaire sont des éléments essentiels à l'extension de la couverture sanitaire.

- Ce sont les personnes âgées pouvant difficilement prendre soin d'elles-mêmes en raison de leur état physique ou mental qui ont le plus besoin d'une prise en charge des soins de longue durée ; 48 pour cent de la population mondiale vit aujourd'hui dans des pays qui n'offrent pas une telle prise en charge, et les femmes sont touchées de façon disproportionnée. Également une grande partie des 46,3 pour cent des personnes âgées dans le monde sont exclues en raison de conditions de ressources particulièrement restrictives qui limitent ces services aux personnes pauvres. Seulement 5,6 pour cent de la population mondiale vit dans des pays dont la législation nationale prévoit une prise en charge des soins de longue durée pour l'ensemble de la population.

-Face au vieillissement démographique, les soins de longue durée doivent être dûment pris en compte par les politiques publiques. Actuellement, le déficit de personnel est comblé par 57 millions de

« bénévoles » dans le monde, qui accompliraient à eux seuls l'essentiel du travail. La plupart de ces aidants sont des femmes qui prennent soin d'un membre de leur famille de façon informelle.

-Des millions d'emplois pourraient être créés pour pallier ce déficit de personnel de soin qualifié, estimé à 13,6 millions à l'échelle mondiale. Il convient de déployer d'importants efforts pour améliorer les conditions de travail de nombreux professionnels de la santé et des soins, notamment en matière de droit du travail et d'indemnisation, pour transformer ce travail non rémunéré en emplois décents et contribuer au plein emploi et à une croissance inclusive.

**OIT**

**Rapport mondial sur la protection sociale. Protection sociale universelle pour atteindre les objectifs de développement durable. 2017-2019**



## CHAPITRE II :

### LE DROIT TUNISIEN : DES ACQUIS À DÉVELOPPER

#### SECTION 1 : CONCEPTION ET ARCHITECTURE DE LA PROTECTION SOCIALE : COMPLÉMENTARITÉ DE L'INDEMNITAIRE ET L'ALIMENTAIRE<sup>5</sup>

Rappelons que l'expression protection sociale caractérise un ensemble de mécanismes destinés à la prise en charge du « besoin » et du « risque » social. Ces mécanismes trouvent leur origine dans des politiques sociales qui, pour atteindre leurs objectifs, se traduisent dans des systèmes de protection sociale juridiquement structurés.

Le droit tunisien, qui a hérité sa conception indemnitaire de l'époque coloniale, n'est de nos jours qu'une reproduction adaptée des normes internationales auxquelles il a emprunté l'essentiel des principes et techniques (emploi de l'assurance et de l'assistance sociales).

L'emploi des techniques assurancielles et assistancielles n'était pas exclusif du recours à l'assurance privée.,

Originellement, le système tunisien de sécurité sociale est fondé sur l'articulation des conceptions et des techniques (l'assurance sociale, l'assistance sociale et l'assurance privée)

La loi n° 60-30 du 14 décembre 1960 constitue le texte fondateur de la « sécurité sociale » en Tunisie depuis l'indépendance, ou du moins le droit commun de la sécurité sociale dans le secteur privé. Le rattachement à la Sécurité sociale est conçu comme

un prolongement des statuts de travail et vise à garantir aux travailleurs ainsi qu'à leur famille une sécurité économique – par des revenus de remplacement (indemnités, rentes, pensions...) et des prestations en nature (soins de santé) – lorsque surviennent des aléas strictement définis par la loi (maladie, maternité, charge d'enfants, accident de travail et maladies professionnels, vieillesse, invalidité et décès) portant atteinte à leur capacité de gain professionnel.

- Au système de protection par l'assurance sociale, qui renvoie à la centralité du statut par le travail, s'est greffée l'assistance sociale aux personnes exclues parce qu'elles sont inactives et ne peuvent donc prétendre qu'aux prestations non contributives servies par l'Etat, épaulé par les secours apportés par les associations.

5 V. not. Abdessatar MOUELHI : droit de la sécurité sociale. 2ème éd. 2005

Après plus de cinquante ans, la rupture avec les formes d'assistance et de secours aux « indigents » commence à se produire et la tendance est plutôt vers la reconnaissance d'un « droit à l'aide sociale » dans la nouvelle constitution du pays (de 2014). L'assistance apportée par les pouvoirs publics a pour fonction de suppléer à l'incapacité personnelle à satisfaire des besoins matériels de base dûment constatés, et à l'incapacité des alliés et membres de la famille à le faire dans le cadre des obligations alimentaires civiles. Elle prend les formes de prestations d'assistance médicale, de prestations matérielles d'entretien (notamment aux familles nécessiteuses) et l'accueil dans des établissements spécialisés (centres pour personnes handicapées et personnes âgées, centres de promotion et de défense sociale...).

- Les mutations profondes dans le pays (pressions du vieillissement démographique, délitement du marché du travail, demande sociale pressante de dignité et de bien-être, reconfiguration des droits de l'homme...) conduiront inexorablement à des arrangements institutionnels tournés vers la reconnaissance d'un droit à l'assistance sociale. La Sécurité sociale (l'assurance sociale) met en œuvre des financements salariaux (cotisations sociales patronales et salariales), qui éprouvent des difficultés de prise en charge de nouveaux risques de chômage, de dépendance et autres. Ces financements, surtout avec les déséquilibres financiers, doivent faire face au défi majeur de crédibilité et de pérennité. En revanche, les prestations de l'assistance font, pour l'essentiel, appel à des financements par le budget de l'Etat qui ont fait preuve de leurs limites dans la prise en charge des bénéficiaires.

### RAPPEL

La couverture santé universelle est un élément essentiel du SPS. Tous les tunisiens n'y ont pas encore accès : le coût, même résiduel des soins, retarde ou empêche le recours aux professionnels de la santé ; s'ajoutent à cela des obstacles culturels. Certaines zones du pays sont encore des déserts médicaux. De ce fait, l'offre de santé devrait être un élément de l'aménagement territorial. Face aux inégalités sociales de santé, il faut maintenir et renforcer des mécanismes de solidarité, notamment à travers des services réellement ouverts à tous...

Les deux institutions feront nécessairement appel, à titre principal ou complémentaire, à des ressources fiscales pour inscrire la protection sociale dans une perspective de solidarité nationale au lieu d'en faire « une protection à double vitesse » et de la situer dans la stricte dissociation assurance/assistance: le droit à la protection sociale se traduirait par des prérogatives reconnues à son titulaire à l'égard de la collectivité nationale et lui serait opposable.

La constitution de 2014<sup>6</sup> a énoncé un certain nombre de relatifs à la protection de la dignité du citoyen, à la consécration de l'égalité et à la promotion de la justice sociale qui revêtent une valeur considérable dans la promotion du droit à la protection sociale.

- La constitution tunisienne de 2014 formule un certain nombre de droits sociaux :
- Les droits sociaux, y compris le droit à la protection sociale, sont interdépendants et se complètent pour la construction d'un dispositif homogène relatif aux garanties de l'ensemble des droits de l'homme.
- La constitution de 2014 traite aussi de la protection de certaines catégories à besoins spécifiques dont une part des droits constituent une des composantes du droit à la protection sociale.

«Les droits à la dignité, à la santé, aux soins, à l'éducation et à l'enseignement sont garantis à l'enfant vis-à-vis de ses parents et de l'État. L'État doit garantir toute forme de protection à tous les enfants sans discrimination et en fonction de leur intérêt supérieur».

#### **Art. 47**

Pour sa part, l'article 48 dispose L'État de protéger les personnes handicapées contre toute forme de discrimination. Tout citoyen handicapé a le droit de bénéficier, selon la nature de son handicap, de toutes les mesures qui lui garantissent une pleine intégration dans la société ; il incombe à l'Etat de prendre toutes les mesures nécessaires à cet effet.



**La santé est un droit pour chaque être humain.**

**L'État assure à tout citoyen la prévention et les soins de santé et fournit les moyens nécessaires pour garantir la sécurité et la qualité des services de santé.**

**L'État garantit la gratuité des soins pour les personnes sans soutien et à faible revenu.**

**Il garantit le droit à une couverture sociale comme prévu par la loi**

**Article 38 Constitution**



<sup>6</sup> Article 12 : « L'Etat œuvre à la réalisation de la justice sociale »

## SECTION 2 : UNE DIVERSITE D'ACTEURS

### D'une omniprésence de l'Etat...

Une omniprésence de l'Etat dans l'organisation et l'administration des affaires publiques a originellement justifié et continué, dans une certaine mesure, de justifier l'exercice du pouvoir vertical en matière de protection sociale et explique donc les limites du débat sur son devenir.

C'est l'Etat qui - depuis l'indépendance du pays - a toujours pris l'initiative de conception, de mise en place et de développement des régimes de sécurité sociale et des formes d'assistance sociale. Au départ, les lois sur les assurances sociales importées à l'époque du protectorat ont servi dans la conception de la protection sociale de l'indépendance sans changements majeurs. L'Etat (employeur) avait notamment une fonction légitimant son intervention, qui était une fonction de construction et de redistribution dans tous les secteurs et notamment celui de la santé. L'intervention des syndicats était relativement faible.

L'Etat, et sans participation financière aucune mais au titre de l'administration d'un service public, s'est ainsi, et sans légitimité, approprié l'essentiel des institutions de la protection sociale.

### ... A un partenariat social

Particulièrement depuis la révolution du 14 Janvier 2011, la protection sociale se trouve dans le besoin d'une commande pour être bien pilotée, pour mieux répondre aux besoins pressants de sécurité et pour reproduire la solidarité qui préside ou qui devrait présider à l'esprit de l'ensemble de ses composantes.

La multiplicité des intervenants et des défis en matière de protection sociale fait de la question du pilotage du système de protection sociale un enjeu central. Il s'agit d'un paysage institutionnel nouveau qui impose aux différents partenaires de composer avec les exigences de la protection sociale qui devrait être tournée vers la garantie du droit à la protection et la solvabilisation des bénéficiaires actuels et futurs.

Pour pouvoir satisfaire les « sécurités juridiques » à l'égard de ses ressortissants, pour honorer ses engagements et pour sa pérennité, la protection sociale devrait s'inscrire dans un nouveau style de commandement, une nouvelle gouvernance. C'est dans cet esprit que s'inscrit « le contrat social » de 2013 (signé par le Gouvernement, l'UTICA et l'UGTT).

Ce contrat propose notamment, dans son 5ème axe relatif à la protection sociale, une « révision de l'ensemble des régimes de sécurité sociale dans ses différentes branches [...] sous l'égide d'un comité de pilotage qui associerait les parties signataires et les partenaires professionnels... » pour, selon les termes du contrat, déceler les raisons de la crise financière dont souffre l'institution et pour proposer les réformes nécessaires « [...] avec maintien d'un plancher de protection par répartition ».

La multiplicité des intervenants et des défis en matière de protection sociale fait de la question du pilotage du système de protection sociale un enjeu central. Il s'agit d'un paysage institutionnel nouveau qui impose aux différents partenaires de composer avec les exigences de la protection sociale, qui devrait être tournée vers la garantie du droit à la protection et la solvabilisation des bénéficiaires actuels et futurs.

Il est également question de situer la protection sociale dans une perspective de régulation d'ensemble (ajustement de ses institutions et de ses différentes branches avec les besoins et les attentes).

Cette institution est, on le voit, confrontée à une difficulté majeure : la viabilité financière, qui conduirait à sa reconstruction, vraisemblablement selon différents étages. La démarche de cette reconstruction de la protection sociale est d'établir les mécanismes de prévention des risques, de compensation de leurs conséquences financières et de soutien de l'individu dans la recherche des conditions de son autonomie, par « l'accompagnement social ».

## Objectifs, Réformes et Projets du Plan

### Axe N°3 : Développement humain et inclusion sociale

	Objectifs	Réformes & Projets
<div style="background-color: #008080; color: white; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;">2</div> <p style="margin-top: 10px;"><b>Prestations sociale</b></p>	<p><b>1) Traitement économique de la pauvreté et amélioration des conditions de vie</b></p> <p>Réduire le taux de la <b>pauvreté absolue</b> de 4,6% en 2010 à <b>2%</b> à l'horizon 2020</p> <p>Réduire le taux de <b>pauvreté</b> de 15,5% en 2010 à <b>10%</b> en 2020</p> <p>Hisser l'Indice de Développement Humain (IDH) de 0,729 en 2015 à <b>0,772</b> en 2020</p> <p>Construction de <b>100 000 logements sociaux</b> durant le quinquennat 2016-2020</p> <p>Augmenter la part des <b>transports en commun</b> de 30% à 40%</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Privilégier des <b>solutions durables</b> et <b>dynamiques</b> de la pauvreté</li> <li>• Effectuer un <b>ciblage géographique</b> et un <b>traitement personnalisé</b> des bénéficiaires</li> </ul>
	<p><b>2. Instaurer une plateforme de protection sociale globale et efficace</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instaurer le système de l'<b>identifiant social unique</b></li> </ul> <p>Réformer le <b>système des pensions</b> et de l'<b>assurance maladie</b>.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Repenser les <b>programmes d'aides sociales</b> et mettre en place une <b>banque de données</b> des familles récipiendaires</li> </ul>
<p><b>Source</b> : Plan de développement économique, 2016-2020 : Exposé. Ministère du développement de l'investissement et de la Coopération Internationale</p>		

# Troisième partie

Rôle de la société civile :  
Le socle de protection sociale se produit par le bas

## CHAPITRE I :

### LES ACTEURS DE LA SOCIÉTÉ CIVILE : UN RÔLE DÉTERMINANT

Depuis la révolution de 2011, la Tunisie s'est engagée dans un processus de redressement économique et social dans un contexte de renouveau démocratique. Le nouveau cadre politico-juridique a libéré les espaces et ainsi, la Société Civile s'est engagée dans le processus de la reconstruction citoyenne d'un État de Droit. Elle contribue à la promotion des libertés publiques et des Droits de l'Homme, notamment des Droits sociaux. On notera au passage combien les notions de société civile, de citoyenneté et de gouvernance sont souvent associées.

La société civile devient facilement "opposée" à la classe politique ou institutions, comme au marché. Le terme recouvre un entre-deux, où s'exprimerait toute la vitalité de la vie sociale, basée sur la libre volonté de tous, hors de tout rapport d'autorité ou d'intérêt privé.

**Les notions de société civile, de citoyenneté et de gouvernance sont souvent associées.**

Les acteurs de la société civile ne poursuivent aucun objectif visant un quelconque profit. Ils agissent au-delà des sphères privées individuelles et familiales, et cherchent à attirer l'attention de la société et créer un impact social dans la vie publique. La société civile naît lorsque les décisions sont confiées entre les mains de ceux qui sont directement concernés.

En règle générale, les acteurs de la société civile sont indépendants, aussi bien des institutions étatiques que des organisations économiques. Ils ne poursuivent pas des fonctions étatiques, mais s'intéressent uniquement à une participation politique et sociale indépendante.

**Les droits sociaux sont inhérents à la nature humaine ou du moins sont dépositaires des exigences sociales de dignité du citoyen. De ce fait, ils naissent et se développent au gré du quotidien, qui permet d'apprécier à la fois ce qui est et ce qui devrait être. Ils se produisent par le bas.**

## SECTION I :

# MIEUX COMPRENDRE LES JEUX D'ACTEURS EN MATIÈRE DE PROTECTION SOCIALE

Dans la philosophie qui le sous-tend, le système tunisien de protection sociale évolue vers un caractère hybride qui combine des traits assurantiels originels avec des traits assistanciers, dont témoigne l'importance croissante des populations relevant des filets minimaux de protection sociale (soins gratuits, revenus pour personnes nécessiteuses...).

Aussi faut-il noter que contrairement à ce que la tutelle de l'Etat semble induire, la protection sociale ne se limite pas aux seules interventions de l'Etat ; celui-ci dispose en la matière d'un pouvoir normatif, certes, et organise le secours aux plus démunis de la population, mais n'est pas le seul acteur de la protection sociale.

En fait, on identifie deux autres pôles de protection des individus, et donc d'autres acteurs : le marché et la société civile.

Le marché a le rôle primordial dans la production de protections par le biais des assurances sociales qui cohabitent avec les systèmes privés de protection. Par les contraintes des coûts de protection (les prestations), il dicte à ses acteurs (l'entreprise et les travailleurs) les contreparties en obligations, notamment financières.

Au sein de la société civile, la famille et les associations sont les principaux acteurs pourvoyeurs de prise en charge des personnes exclues de l'assurance sociale. Si la famille et les communautés ont constitué les premiers prestataires de soins et de soutien matériel aux individus, elles n'en ont pas moins conservé de nos jours un rôle important dans les mécanismes actuels de protection (le chômage et le vieillissement de la population ravivent les solidarités traditionnelles, dont les solutions de proximité).

**La société civile est « une arène d'action collective volontaire axée sur des intérêts, buts et valeurs partagés distincts de ceux de la famille, de l'Etat et des institutions à but lucratif »**

**PNUD**

**La société civile dans une Tunisie en mutation. 2014**

## SECTION II :

### LES ATOUTS POUR UNE ACTION FRUCTUEUSE

- La société civile est, de manière générale, l'un des traits les plus marquants de notre époque, à tel point qu'elle est devenue aujourd'hui un acteur incontournable dans le fonctionnement des sociétés contemporaines. En Tunisie, et depuis la révolution de 2011, la société civile est vue comme incontournable dans la transition démocratique et la réalisation des indispensables réformes économiques et sociales. Le thème des fonctions assignées à la société civile fait désormais partie du lexique des acteurs politiques et sociaux nationaux, ainsi que de celui des bailleurs de fonds qui l'ont intégré à leurs répertoires d'action.
- Le "réveil de la société civile" en Tunisie a donc été renforcé par le fait que celle-ci est devenue un maillon essentiel des stratégies contemporaines de coopération internationale. Une nouvelle légitimité de la société civile et de ses acteurs s'est peu à peu élaborée sur la base de quelques éléments majeurs: les stratégies de soutien des grands bailleurs de fonds multilatéraux ou bilatéraux aux organisations non gouvernementales, l'insertion de celles-ci dans des organes consultatifs ou comme partenaires de projets financés par ces institutions, ou encore les réformes visant l'interventionnisme étatique en matière économique et sociale et l'intérêt renouvelé pour les dynamiques associatives pour faciliter la prise en charge de certains secteurs sociaux.
- L'importance des relations que la société civile entretient avec son environnement institutionnel. Souvent, les associations sont liées à des projets d'organisations internationales présentes sur le territoire (ex.PNUD), mais aussi à des projets et des actions de départements nationaux (ex. Ministère des affaires sociales, de la santé...).
- La capacité de s'approprier des projets est un trait déterminant de la société civile. Les projets qu'elle développe, les acteurs qu'elle mobilise, les relais qu'elle établit avec les pouvoirs publics relève de l'exigence de proximité : cette proximité trouve ses expressions notamment dans l'utilité sociale de la société civile qui ne fait aucun doute : elle dispose des outils du vivre ensemble, a pris conscience de la nécessité de peser sur la dynamique du développement humain et de trouver de nouvelles formes d'action collective pour la promotion des Droits de l'Homme. Par ailleurs, la société civile est aujourd'hui en mesure de proposer des réponses aux principaux défis de la société (exclusion, pauvreté, chômage...).
- Le domaine d'actions des acteurs de la société civile touche la quasi-totalité des secteurs de la vie nationale. Le combat de la société civile se développe sur deux axes prioritaires : les droits et libertés publics et le développement socio-

économique des populations, aussi bien urbaines que rurales. Ses interventions embrassent des domaines aussi divers que le soutien aux microprojets, la solidarité et la défense sociale, la santé, le renforcement de capacités (la formation), la défense des intérêts des consommateurs, la défense des droits humains, La bonne gouvernance, etc.

La multitude et l'importance de leurs domaines d'intervention font qu'ils complètent considérablement l'action de l'État qu'ils suppléent parfois.

- La légitimité de l'intervention de l'État est désormais tributaire du soutien des différents acteurs de l'espace public<sup>7</sup>. Constitué pour l'essentiel en Tunisie de syndicats professionnels et d'associations, il permettrait de canaliser et de transformer le besoin de mise en place d'un socle de protection sociale et, de manière générale, de renouvellement des droits en opinions publiques, qui obligerait le pouvoir politique à prendre en charge et à traiter les demandes sociales. Il permettrait également la prise en charge des situations sociales qui peuvent ne pas s'inscrire dans le répertoire classique de la protection sociale :
- Le syndicat qui a joué un rôle déterminant dans la constitutionnalisation des droits sociaux aurait un rôle déterminant également dans la production des droits par le bas.

Le contrat social signé le 14 janvier 2013, et traitant du partenariat entre les différents acteurs et sur des questions aussi diverses que le développement régional, le système d'éducation et de formation, le droit au travail, la couverture sociale, est un exemple pertinent du cadre d'action des syndicats en partenariat avec l'Etat. Sur le thème de la couverture sociale, les partenaires sociaux évoquent pour la première fois :

- La nécessité d'une étude d'ensemble, qui associerait les représentants des travailleurs et des employeurs, sur l'érosion, en services et en moyens, des régimes de sécurité sociale et qui établirait des alternatives pour la pérennité de l'institution de couverture sociale, y compris la diversification de ses sources de financement.
- La mise en place d'un système de « bonne gouvernance » dans l'administration des caisses de sécurité sociale, notamment en conformité avec les principes de tripartisme de représentation et de l'autonomie des décisions ;
- La séparation de l'assurance et de la solidarité sociale pour plus de transparence institutionnelle ; ce qui n'est pas sans acculer à la recherche de nouvelles sources de financement, notamment fiscales, pour alimenter les prestations de l'assistance sociale qui se sont greffées sur l'assurance sociale.
- La préservation d'une couverture de base organisée selon le mécanisme de répartition, ce qui renvoie à la nécessité d'une reconception de l'architecture de l'institution qui pourrait comprendre différents étages de prévoyance sociale et qui inclurait notamment des régimes complémentaires de pensions.

7 Toute forme de rassemblement des individus en collectif

- La création d'un fond de garantie contre le chômage suite aux licenciements économiques.
- La garantie d'un droit d'accès aux soins de santé au profit des catégories sociales vulnérables et la garantie d'un minimum de revenu qui devrait cibler les personnes démunies.

### Dialogue sociétal :

En Tunisie, le ministère de la Santé a mené un processus de "dialogue sociétal" sans précédent au cours des trois dernières années (depuis 2015), visant à établir un consensus autour des réformes du système de santé, de la mise en œuvre progressive et de l'évaluation. Ce processus, soutenu par le Partenariat CSU, a permis de mener des consultations à l'échelle nationale auprès d'un large éventail de parties prenantes, ce qui a débouché sur l'élaboration du livre blanc pour une meilleure santé en Tunisie (un document approuvé par le Ministère des Finances pour servir d'exemple pour les réformes dans d'autres secteurs)

- Sur le terrain de la promotion du socle de protection sociale, et pour honorer ses engagements à l'égard des populations démunies ou à besoins spécifiques, l'Etat est appelé à composer davantage et de manière structurée avec les associations dans des domaines aussi divers que la défense des droits humains, l'assistance et la défense sociales, la santé...
- Composantes essentielles de la société civile, les associations auraient à jouer un rôle de premier plan, particulièrement dans les domaines de l'accessibilité aux droits composant le socle de protection sociale, dont notamment l'accès universel aux soins de santé.

En effet, fortes d'un nombre toujours croissant et bénéficiant d'une confiance de plus en plus certaine auprès des populations défavorisées, ces associations investissent aujourd'hui le terrain du social. La montée du désir et du travail associatif s'explique par une problématique sociale où se heurtent des idéaux de solidarité, de dignité et de

“ Les collectivités locales adoptent les mécanismes de la démocratie participative et les principes de la gouvernance ouverte afin de garantir la plus large participation des citoyens et de la société civile... ”

justice sociale, à des réalités de pauvreté, de misère et d'exclusion sociale. Elle s'explique aussi par une « panne sociale » de l'Etat qui se voulait autrefois seul en charge de la chose publique.

En proposant des services variés de proximité et surtout en nature, ces associations en viennent à se construire comme alternative, voire comme un « suppléant social » potentiel de l'Etat dont les services publics restent déficients à bien des égards et surtout dans les zones reculées du pays. Les associations pourraient également contribuer à restructurer l'assistance par le contrat pour mieux servir l'insertion sociale et professionnelle.

### Exemples de Ministères à cibler :

- Ministère des affaires Sociales
- Ministère de la santé
- Ministère de la femme, de la famille, de l'enfance et des seniors
- Ministère de la formation professionnelle et de l'emploi

En proposant des services variés de proximité et surtout en nature, ces associations en viennent à se construire comme alternative, voire comme un « suppléant social » potentiel de l'Etat dont les services publics restent déficients à bien des égards et surtout dans les zones reculées du pays. Les associations pourraient également contribuer à restructurer l'assistance par le contrat pour mieux servir l'insertion sociale et professionnelle.

- La proximité des associations du vécu social est un atout majeur pour la protection sociale. Leur action servirait l'objectif du ciblage visé par le contrat social de 2013 mais aussi pour transformer le statut de l'assisté par l'individualisation des aides et leur inscription dans une démarche d'intégration sociale et d'autonomie.

Les acteurs de la société civile locale ont des expériences d'intervention dans les différents secteurs sociaux (notamment dans les activités informelles, les quartiers précaires...). Ils y développent des actions de terrain ainsi qu'un dialogue avec les communautés et les autorités publiques. Ils ont parfois un rôle d'intermédiation en élaborant des diagnostics sociaux et territoriaux, en organisant des cadres de concertation avec les populations ou en appuyant la gestion communautaire.

La connaissance que les acteurs ont développée et capitalisée est un atout pour leur permettre de développer et de tester des approches innovantes, permettant de lever les barrières que ces populations rencontrent pour accéder aux régimes de protection sociale ou pour développer des prestations qui prennent mieux en compte les besoins spécifiques de ces populations.

- La délégation d'une part des services publics à la société civile répondrait à une exigence constitutionnelle nouvelle dans le pays (art.14).

Deux principes s'imposeraient désormais à l'action publique :

- D'une part, l'approfondissement de la décentralisation administrative avec le transfert de la gestion des politiques publiques et notamment sociale vers les

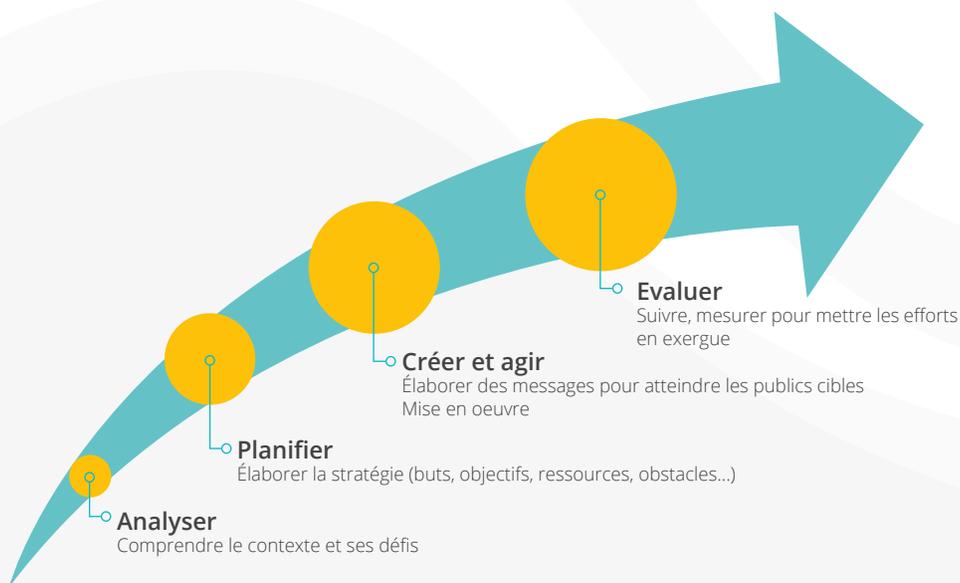
régions (les municipalités, les régions et les districts) (art. 131) appelées à gérer les affaires locales selon le principe de la libre administration (art. 132).

- D'autre part, une meilleure participation de la population, aussi bien dans l'élaboration que dans la mise en œuvre de ces politiques. L'article 139 de la constitution l'affirme clairement en disposant que « **Les collectivités locales adoptent les mécanismes de la démocratie participative et les principes de la gouvernance ouverte afin de garantir la plus large participation des citoyens et de la société civile...** ».

## CHAPITRE II :

### LE PLAIDOYER :

# «C'EST LA PROMOTION ET LA DÉFENSE D'UNE CAUSE»



## SECTION I : REMARQUES INTRODUCTIVES :

### VOIES POUR LE DÉVELOPPEMENT DE LA CAPACITÉ DE PLAIDOYER DE LA SOCIÉTÉ CIVILE

Les voies essentielles à emprunter sont :

- La promotion d'un nouveau débat : Le débat quantitatif, sur plus ou moins de protection face aux difficultés financières de la sécurité sociale, devrait céder la place à un débat plus qualitatif sur le mode de redéploiement de la protection sociale qu'il conviendrait de promouvoir pour remédier à ses dysfonctionnements majeurs. Parce que les parcours de vie sont de plus en plus rythmés par une variation des risques et des besoins, de succession de périodes d'activité et d'inactivité, la protection sociale ne peut plus se limiter à indemniser le risque survenu.

**Avec le soutien notamment de l'OIT, la fonction d'articulation des attitudes pourrait s'exercer à travers l'organisation d'ateliers sectoriels de sensibilisation visant le renforcement des capacités pour :**

- Doter les acteurs d'une expertise en vue de la formulation de stratégies visant à établir le socle de protection sociale qui soit socialement et économiquement viable et adéquat ;
- Doter les acteurs des connaissances leur permettant de participer activement à la mise en œuvre et au suivi du socle de protection sociale ;
- Favoriser les échanges d'informations, d'expériences et de bonnes pratiques entre les acteurs concernant leurs contributions et leurs rôles spécifiques dans la conception et la mise en œuvre des garanties de protection sociale pour tous ;
- Donner des arguments pour inscrire le socle de protection sociale comme thème prioritaire dans les agendas des acteurs.

La protection sociale devrait jeter un plancher de protections, composé de prestations couvrant le besoin de continuité de protection dans la variation de groupes sociaux et cycles de vie (enfants, jeunes, seniors), la discontinuité de l'activité (précarité de l'emploi) mais aussi couvrant la défaillance de l'activité (chômage) et du revenu ou son insuffisance (travail informel), et aidant à l'autonomisation de la personne humaine (personnes âgées, personnes handicapées, enfants...) par des garanties minimum indispensables pour l'inclusion et la cohésion sociale.

- Le plein exercice de la fonction d'articulation : La société civile peut contribuer au rassemblement et à la mobilisation des destinataires des garanties à établir dans le cadre du socle de protection sociale (ex. personnes occupées dans le secteur informel) et à faire articuler les mécanismes de protection, permettant le passage d'un niveau à un autre (ex. migration de l'informel au formel et la transition de l'assistance à l'assurance sociale). La société civile agit aussi comme intermédiaire entre les citoyens, les groupes d'intérêts et l'administration du service public des prestations sociales et sanitaires. Par exemple, réaliser un progrès vers la CSU est d'abord un processus politique qui passe par des négociations entre différents groupes d'intérêts au sein de la société, la question étant de savoir comment attribuer les prestations dans le domaine de la santé et à qui est demandé de payer pour celles-ci.

Selon l'OMS, au cours des dernières décennies, les organisations de la société civile ont fréquemment joué un rôle crucial :

- En participant à la conception des systèmes de santé au niveau national et à l'amélioration de la participation des communautés au processus de prise de décisions.

- En défendant les points de vue des populations pauvres et vulnérables dans ces négociations.

- En préconisant une distribution plus équitable à la fois du financement du système et des prestations reçues (ex. la Thaïlande et l'Inde).

- Le développement de coalitions : Le développement de coalitions permet de contourner le phénomène social de repli qui traduit l'épuisement des énergies militantes et qui n'épargne pas le monde associatif. Le repli est accentué du fait de l'absence de stratégies d'alliances entre acteurs de la société civile, (ONG, associations, syndicats). Les représentations et clivages hérités du passé et les concurrences entre acteurs sur les territoires, qui ternissent parfois les relations interacteurs, contribuent à renforcer cet isolement et pourrait engendrer des tensions au sein du monde associatif. La poursuite de l'objectif de promotion d'un socle de protection sociale constituerait un terrain d'action commun aux divers acteurs de la société civile.

- Se placer sur le long terme : Ce qui permet de préserver la crédibilité des promesses dans la mesure où l'institution d'un socle de protection sociale, notamment par une garantie de santé universelle est tributaire de nombreux facteurs (ex. mise à niveau des structures sanitaires qui renvoie à la nécessité de l'investissement public et privé dans le système de santé).

- L'exercice d'un droit de regard : permettant la surveillance des politiques de sécurité sociale et des politiques sanitaires. Ex. :

- Rendre publics et donc transparents par l'intermédiaire d'articles universitaires et des médias (y compris les réseaux sociaux) les bons et les mauvais exemples

de politiques de financement de la santé,

- Amener les parties prenantes puissantes à rendre compte de leurs actes pour veiller à ce que les réformes proposées et / ou mises en œuvre au nom de la garantie de la couverture sanitaire universelle soient véritablement universelles.

## SECTION II : LES ÉTAPES DU PLAIDOYER

1. L'analyse
2. La planification
3. La création et l'action
4. Le suivi et l'évaluation

### I. ANALYSER:

#### MIEUX COMPRENDRE le contexte et ses défis



#### RÉSUMÉ : (Étape 1)

##### Question 1. Que sait-on ? Que voulons-nous ?

L'analyse de la situation est la première étape qui permet d'identifier les domaines d'action du plaidoyer (système de protection sociale en Tunisie dans ses différentes composantes) et constitue la référence du programme de plaidoyer : Problème à traiter ? Contexte social, institutionnel... de la protection sociale ? Données fiables sur la situation du droit à la protection sociale ? Données fiables sur la couverture santé ?...

Choix des priorités : De nombreux problèmes peuvent être traités par le plaidoyer. Toutefois, s'en tenir à la CSU serait un choix qui tiendrait compte de l'urgence de la question pour l'ensemble de la population et de la capacité et des moyens des acteurs de plaidoyer.

## §1- Le contexte et ses défis

A- Phase de l'identification du problème : la passivité face aux limites et iniquités du système d'accès aux soins de santé

Savoir se poser de bonnes Questions (exemples) :

- Le droit à la santé est- il effectivement garanti ? Si oui comment ? Si non, pourquoi ?
- Pourquoi n'a-t-on pas mis en place une CSU ?
- Travailler sur cette question permettrait-il la promotion d'une prise de conscience et de respect du droit humain à la santé ?
- Comment peut-on appuyer les initiatives tournées vers la mise en œuvre d'une CSU ?

### Problème :

La passivité face aux limites et iniquités du système d'accès aux soins de santé.

B- Phase d'analyse du problème dans son ensemble

Dans un contexte où la crédibilité de l'institution de sécurité sociale se trouverait menacée et les remises en question des acquis se multiplient pour justifier les réformes que l'on estime incontournables, le projet de mise en place d'un socle de protection sociale, existe mais peine à se mettre en œuvre.

Mieux comprendre les Difficultés du système sanitaire

La garantie de l'accès aux soins serait confrontée à une exigence de soutien de développement et de durabilité qui dicte des choix difficiles en raison de la multiplicité et de la complexité des facteurs, contribuant à l'accroissement du besoin de soins et des dépenses. Certains de ces facteurs sont liés au contexte, alors que d'autres sont d'ordre institutionnel, dont notamment :

- Les taux importants de pauvreté et de chômage
- Le vieillissement de la population qui se trouve associé à une amélioration de l'espérance de vie,
- La transition épidémiologique la pression d'une offre de plus en plus diversifiée,

- La demande de santé n'est pas satisfaite de façon intégrale et la consommation des soins ne profite pas à tous les demandeurs de la même manière (variation géographique et variation selon le statut socioprofessionnel et le revenu) et les fournisseurs de soins (notamment privés) ne peuvent en aucune manière servir les demandeurs dans les mêmes conditions ;

Le système sanitaire est écartelé entre des objectifs souvent contradictoires : la viabilité financière, l'égal accès aux soins, la qualité des soins et la liberté du patient et du professionnel de santé

- La nécessité de faire de la protection des groupes vulnérables un des piliers d'une stratégie d'action (par l'investissement dans l'accès aux services sanitaires et sociaux de base et à la garantie d'un revenu minimum). L'institution d'un SPS figure dans le Plan de Développement Economique 2016-2020 et une étude de faisabilité a été engagée par le CRES, mais aucun calendrier concret d'action n'a été mis au point.

## §2- L'accès à la couverture santé (en Tunisie) dans tous ses états

### A- Phase de Recherche et de présentation de données

La plupart de la population tunisienne bénéficie d'une couverture sociale contre la maladie plus ou moins adéquate. Cependant, une partie importante reste en dehors de toute couverture sociale.

### Objectifs, Réformes et Projets du Plan Axe N°3 : Développement humain et inclusion sociale

<p>2 Prestations sociale</p>	Objectifs	Réformes & Projets
	<p><b>3) Une redistribution équitable des richesses</b> Allouer environ <b>20% du PIB</b> pour les <b>transferts sociaux</b> Maitriser la part des <b>dépenses</b> au titre de la <b>compensation</b> des produits de base pour la contenir dans la limite de <b>1% du PIB</b> en 2020</p> <p><b>4) Une couverture sanitaire globale, équitable et efficace</b> Augmenter <b>l'espérance de vie</b> à la naissance pour atteindre <b>76 ans</b> en 2020 Limiter les taux de mortalité au minimum <b>Réduire la contribution</b> des ménages au financement des services de <b>santé</b> à <b>30%</b> en 2020 contre 38% actuellement</p> <p><b>Source</b> : Plan de développement économique, 2016-2020 : Exposé. Ministère du développement de l'investissement et de la Coopération Internationale</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réformer le régime de compensation dans le sens d'un <b>meilleur ciblage des bénéficiaires</b> afin d'assurer une plus grande efficacité et éviter une utilisation abusive des produits subventionnés</li> </ul> <p>Conférer davantage d'efficacité et d'efficience à tous les programmes et interventions sociales</p> <p>Viser une <b>couverture sanitaire globale</b> et améliorer les prestations sanitaires et les rapprocher du citoyen</p>

## 1) Du service public de santé de manière générale

De point de vue quantitatif, le système de santé en Tunisie garantit une offre de soins respectable au niveau de l'infrastructure et des ressources humaines. Cependant, les inégalités régionales (infrastructures et ressources) et la dégradation de la qualité des services rendus par les structures publiques de santé limitent énormément l'efficacité de l'offre de soins existante, notamment pour les personnes les plus démunies.

### a. Infrastructure et ressources humaines importantes

L'offre de soins est assurée par un dispositif composé de structures publiques et privées.

Établissements par secteur	2011	2015
Secteur public	212	216
Hôpitaux de circonscription	109	108
Hôpitaux Régionaux	33	32
Établissements à vocation Universitaire	32	35
Les centres d'hémodialyses	38	41
Secteur privé	2 406	2 653
Cliniques privées	81	91
Les officines	1 902	2 006
Les centres d'hémodialyses	99	111
Les laboratoires médicaux	324	445

Source : Ministère de la santé, Carte sanitaire année 2015

- Les structures du secteur public

#### Ministère de la Santé publique :

- les centres de santé de base (2 091 en 2015 soit en moyenne un centre pour 5335 habitants), soins préventifs et curatifs de base.

- les hôpitaux de circonscription (108 avec 2 897 lits) ; Au minimum, un service de médecine, une maternité et un plateau technique de base.

-les hôpitaux régionaux (32 avec 5 676 lits) constituent le premier niveau de référence pour les soins spécialisés.

-Les Établissements à vocation Universitaire (35 avec 10 781 lits) situés au Grand

Tunis et dans les grandes villes côtières (Sousse, Monastir et Sfax). Ils assurent la plus grande part des services d'hospitalisations et de soins ambulatoires, à côté de leur rôle d'enseignement et de recherche.

- Autres structures publiques :

- Trois (03) hôpitaux militaires et un établissement hospitalier des forces de sécurité intérieure.

- Six (06) structures de soins ambulatoires dites polycliniques, dépendants de la caisse nationale de sécurité sociale.

- Des services médicaux dans les grandes entreprises réservés à leur personnel.

- Les structures du secteur privé

L'exercice de la médecine privée existe selon le mode individuel, en cabinet de soins ambulatoires, ou selon le mode d'hospitalisation.

- 91 cliniques, avec une capacité de 5020 lits, ce qui représente environ 20 % de la capacité hospitalière nationale (25458 lits).

- 445 laboratoires d'analyse.

- 111 centres d'hémodialyse pour 9860 malades.

- Les ressources humaines

Les médecins, acteurs principaux du système de santé, sont divisés à moitié près entre le secteur public et le secteur privé. Les pharmaciens et les médecins dentistes se concentrent dans le secteur privé.

**Tableau 2 : Les Médecins par secteur**

Secteurs	Généralistes	Spécialistes	Dentistes	Total
Public	3 797	3 035	641	7 473
Privé	2 955	4 720	2800	10475
Total	6 752	7 755	3441	10475

Source : Ministère de la santé, Carte sanitaire année 2015

**Tableau 3 : Pharmaciens des secteurs publics et privés**

Public	Privé			Total
Nombre de Pharmaciens	Officines de jour	Officines de nuit	Total du secteur privé	Total Général
587	1 710	296	2 006	2 593

Source : Ministère de la santé, Carte sanitaire année 2015

Le personnel paramédical se concentre dans le secteur public<sup>8</sup>.

13 287 Techniciens supérieurs et 29 620 Infirmiers + Aides-soignants

Dans le secteur privé on compte 2 288 Techniciens supérieurs<sup>9</sup> et 429 Infirmiers et Aides-soignants.

### b. Un système de santé fortement déséquilibré :

Le système de soins tunisien souffre de deux problèmes majeurs, mettant en cause son rôle et sa crédibilité pour les personnes les plus démunies :

- Une forte inégalité régionale ;
- Un déséquilibre flagrant entre la zone côtière (Tunis, Sousse, Monastir, Sfax) et les autres régions du pays qualifiés de déserts médicaux.
- 1er exemple : la distance moyenne d'accès à un hôpital universitaire est 333 KLM pour la population du gouvernorat de Tozeur.

#### 2. Distance moyenne d'accès à un hôpital général

Gouvernorat	Distance moyenne d'accès à un HG
Tunis	2
Ben Arous	17
Monastir	19
Mannouba	20
Sousse	22
Ariana	22
Q1	33
Sfax	37
Mandja	44
Zaghouan	69
Nabeul	84
Bizerte	86
Kairouan	98
Q2	112
Béja	127
Siliana	143

<sup>8</sup> Ayant toutes les spécialités (sages-femmes, secrétaires médicales, radio, biologes, kinésithérapie, instrumentistes, nutrition, etc.)

<sup>9</sup> Ayant les spécialités suivantes : sages-femmes, audiopro, nutrition, orthophonie, psychomo, ergothérapie, kinésithérapie, opticien, orthoptistes, prothésistes dentaires.

Sidi Bouzid	157
Jendouba	157
Gabès	168
Le Kef	206
<b>Q3</b>	209
Médenine	219
Gafsa	226
Kasserine	257
Kébili	299
Tataouine	307
Tozeur	333
<b>Q4</b>	333

Source : carte sanitaire de l'année 2015, ministère de la santé

- 2ème exemple : la répartition des médecins spécialistes dans quelques gouvernorats est très déséquilibrée.

**Tableau 5 : répartition des médecins spécialistes dans quelques gouvernorats**

Gouvernorat	Anesthésie-réanimation	Chirurgie Générale	Gynécologie	Pédiatrie	Imagerie médicale
Tunis	133	117	228	179	152
Ariana	14	17	57	50	36
Nabeul	11	22	58	42	21
Sousse	69	50	149	110	40
Monastir	25	32	95	68	31
Sfax	79	68	100	88	49
Seliana	0	4	6	4	1
Jendouba	3	6	12	9	2
Kasserine	4	5	11	8	5
Sidi Bouzid	1	2	10	9	4
Tozeur	1	1	3	3	2
Kébili	3	1	5	3	3
Tataouine	0	1	4	3	1

Source, CNOM 2016

- Une dégradation de la qualité des services rendus par les structures publiques.
- Près de la moitié des centres de santé de base n'offrent qu'une consultation médicale par semaine.
- La plupart des hôpitaux de circonscription ne disposent pas d'un plateau technique adéquat.
- Les hôpitaux régionaux connaissent un déficit important en médecins spécialistes.
- A cela s'ajoute les manques d'approvisionnement en médicaments dans les pharmacies des structures publiques qui oblige les malades à recourir aux pharmacies privées.

## 2 : De la protection sociale de santé de manière particulière

La couverture maladie se compose essentiellement de deux piliers ; un régime obligatoire d'assurance maladie destiné aux assurés sociaux, avec la possibilité d'adhérer aux régimes facultatifs complémentaires et un programme d'assistance sociale destiné aux familles pauvres et à bas revenu.

### Assurances privées

- **Facultatives**
- **Complémentaire au régime de base**

### Sécurité sociale: Assurance maladie

- **Obligatoire**
- **Régime de base**

### Assistance médicale gratuite

- **Assistance**
- **Régime de base**

## a. La protection de la santé par la Sécurité Sociale : L'assurance maladie

- Étendue de l'assurance maladie

L'assurance maladie couvre 83.8% de la population occupée par trois modalités de prise en charge et avec un coût soulevant désormais des difficultés à la fois pour la caisse gestionnaire et les assurés sociaux.

Le régime de base d'assurance maladie géré par la (CNAM) couvre :

- Les assurés sociaux du secteur public (CNRPS) et leurs ayants droit, le taux de couverture réelle est de 100%.
- Les assurés sociaux du secteur privé (CNSS) et leurs ayants droit, le taux de couverture réelle global est de 79,41% en 2016.



### POPULATION CONCERNÉE : NOTIONS DE BASE

**Population active :** La population active se définit comme l'ensemble des personnes en âge de travailler qui sont disponibles sur le marché du travail, qu'elles aient un emploi (population active occupée) ou qu'elles soient au chômage

**Population Occupée :** La population active occupée regroupe l'ensemble des personnes qui ont un emploi mais sa mesure diffère selon l'observation statistique qui en est faite.

**Population assujettie :** c'est la population légalement couverte par le champ des régimes obligatoires de sécurité sociale.

**Population non assujettie :** Les personnes qui ne sont pas doté d'un régime obligatoire de sécurité sociale, exemple les chômeurs.

**Population déclarée :** population déclaré auprès des services de la sécurité sociale, elle est dotée de la couverture sociale réelle

**Population non déclarée :** les personnes légalement couvertes par un régime obligatoire, mais qui n'y sont pas réellement affiliées.



Tableau 6 : Le taux de couverture sociale dans le secteur privé (CNSS)

Régime (CNSS)	Taux de couverture
Tous régimes confondus	79,41%
RSNA	80,77%
RSA	11,18%
RSAA	82,95%
RINA	81,77%
RIA	92,13%
RTTE	-
Régime artistes ...	-
Faibles revenus	79%

Source : CNSS

- La couverture du secteur privé par la CNAM dépend de celle de la CNSS, qui est passée de 60,3 % en 2005 à 73,7 % en 2010, pour atteindre 79,41 en 2016.

La tranche de la population non-déclarée s'élève à 591 271 personnes ce qui fait que le taux de couverture ne dépasse pas 79,41% pour tous les régimes de la CNSS.

L'âge moyen des non déclarées est de 39,5 ans et ils représentent 5,2 % de la population tunisienne.

L'extension de la couverture réelle aux personnes non déclarées exige :

Le renforcement des capacités des institutions de contrôle pour en assurer un meilleur rendement

L'adaptation de certains régimes de sécurité sociale à la spécificité des catégories socio-professionnelles concernées.

### Exemple :

La couverture sociale des pêcheurs assurée par quatre régimes différents soulève plusieurs difficultés, avec un taux de couverture ne dépassants pas 21 %.

- 1- RSNA = salariés de plus de 30 TG
- 2- RTI = armateurs et employeurs.
- 3- RSA = salariés entre 30 -5 TG
- 4- Loi 2002-32 = pêcheurs moins de 5 TG

- Contenu de l'assurance maladie :

Le régime obligatoire de base couvre indistinctement tous les assurés sociaux, quel que soit le statut, la nature de l'activité ou le secteur d'appartenance (public ou privé), et leurs ayants droit au titre des soins qui leur sont dispensés.

Le régime de base garantit la prise en charge les frais des prestations de soins nécessaires pour la sauvegarde de la santé des personnes assurées.

(Honoraires des praticiens, frais d'hospitalisation, frais de maternité, produits pharmaceutiques, transport sanitaire...) à l'exception de celles qui sont engagées pour convenance personnelle (de confort ou esthétique)

Malgré les principes de l'unicité et l'égalité adopté par la loi 2004-71, l'accès aux soins dans le cadre du régime obligatoire est diversifié en trois modes de prise en charge donnant des droits différents ; la filière publique de soins, la filière privée et le système de remboursement.

<b>Filière Avantages Taux d'adhésion</b>	<b>Avantages</b>	<b>Taux d'adhésion</b>
<b>Filière publique</b>	Permet l'accès aux soins auprès des structures sanitaires publiques moyennant le paiement d'un ticket modérateur.	<b>58%</b> des assurés de la CNAM
<b>Filière privée</b>	<p>1- accès aux soins ambulatoires (consultations, analyses, explorations, médicaments...) suivant le parcours de soins coordonné ; consulter en première ressort le médecin de famille avant de consulter tout autre médecin spécialiste à l'exception de certaines spécialités strictement énumérées.</p> <p>2- prise en charge selon le mode du tiers payant. L'assuré social ne paye que le ticket modérateur à sa charge et la Caisse procède au paiement direct des fournisseurs de soins concernés.</p> <p>3- plafonnement du montant de la prise en charge annuelle pour les soins ambulatoires, allant de 200 DT pour un seul bénéficiaire, jusqu'à 400 DT pour cinq bénéficiaires.</p>	<b>20%</b> des assurés de la CNAM
<b>Remboursement des frais</b>	<p>1- accès à tous les fournisseurs de soins conventionnés du secteur privé et les structures de santé publiques, moyennant le paiement de l'intégralité des tarifs.</p> <p>2-remboursement, selon le taux de prise en charge et dans la limite du plafond annuel, pour les soins ambulatoires allant de 200 DT pour un seul bénéficiaire jusqu'à 400 DT pour cinq bénéficiaires.</p>	<b>22%</b> des assurés de la CNAM

- Coût de l'assurance maladie

L'assurance maladie est financée par une cotisation de :

- 6,75% pour les assurés actifs (2.75 % quote part salarial et 4% quote part patronal)

- 4% pour les pensionnés.

Les recettes techniques étaient de 2 353,0 MD en 2015 et les dépenses techniques ont atteint 2 013,4 MD pour la même année soit un excédent de 339,6 MD.

En 2016, les dépenses de la filière publique sont de l'ordre 1 016,5 MD, soit 551 dinars par bénéficiaire.

Les deux filières du secteur privé engendrent 47% des dépenses globales, soit 886,0 MD.

Les dépenses de la filière privée sont de l'ordre de 464,3 MD.

Les dépenses du système de remboursement sont 421,7 MD.

- Difficultés de l'assurance maladie

La couverture sociale par l'assurance maladie souffre de quatre problèmes qui limitent en profondeur son efficacité :

- La sous-déclaration dans le secteur privé.

- Le déséquilibre financier dû à l'augmentation accélérée des dépenses de santé notamment dans le secteur privé d'une part et d'autre part à la défaillance des mécanismes de virement des cotisations d'assurance maladie par la CNSS et la CNRPS (résolu relativement par la loi n°2017-47).

- La dégradation du taux réel de prise en charge et l'augmentation des dépenses directes supportées par les assurés sociaux.

- La tendance inflationniste des dépenses allouées aux prestataires de soins du secteur privé dans le cadre des deux filières privées.

## **b. La couverture santé par l'Assistance Médicale Gratuite :**

- L'Etat a institué une assistance sociale médicale (AMG) au profit des familles nécessiteuses et à revenu limité, des personnes handicapées et des enfants sans soutien familial.

- L'organisation de l'AMG est caractérisée par l'absence de cadre juridique claire définissant les responsabilités des parties intervenantes.

- **Les personnes bénéficiaires de l'AMG :**

L'accès aux soins dans le cadre de l'AMG est assuré selon deux modalités ; l'AMG 1 et l'AMG 2.

- **L'AMG 1 : carnet de soins gratuit (sans ticket modérateur) :**

Le Programme National d'Aide aux Familles Nécessiteuses (PNAFN), créé en 1986, alloue une aide monétaire aux familles nécessiteuses et démunies et un accès gratuit aux soins (Assistance Médicale Gratuite de type 1 - AMG 1) dans les structures hospitalières publiques.

L'effectif des familles bénéficiaires de l'AMG 1 (PNAFN) a évolué de 78000 en 1987 à 118 000 en 2010 et à 239 059 familles en 2016.

L'éligibilité au programme est déterminée par une commission régionale (représentants des ministères des affaires sociales, des finances et de l'intérieur et ceux des caisses de sécurité sociales) selon des critères catégoriques (ex. la base du revenu déclaré, une enquête sociale, le budget disponible des aides monétaires.)

En 2011, le seuil d'éligibilité au PNAFN fixé par le Ministère des Affaires Sociales s'élevait à 685 DTN (seuil bas de la pauvreté estimé par l'INS), combiné à d'autres critères d'éligibilité comme la taille de la famille, la capacité à travailler, la présence de personnes handicapées et l'âge.

- **L'AMG 2 : Carnet de soins à tarifs réduits (Avec ticket modérateur) :**

Le Programme d'accès aux soins à tarifs réduits (AMG 2) pour les familles à revenus limités.

Le Ministère des Affaires Sociales offre à ses bénéficiaires un accès aux soins à tarifs réduits au sein des structures publiques de santé, moyennant une cotisation annuelle fixe (timbre) de 10 DT. En 2016, le nombre de ces bénéficiaires s'est établi aux alentours de 525 019.

L'éligibilité au programme est déterminée sur la base du critère de revenu du bénéficiaire (entre 1 et 2 SMIG, travail informel) et à la lumière des résultats d'une enquête sociale.

**A l'instar de l'AMG 1, il n'existe pas d'approche systématique de suivi et d'évaluation de l'éligibilité à l'AMG 2 ni de revérification ou de gestion de sortie, soit vers la sécurité sociale ou vers l'AMG 1.**

**L'évaluation de ces programmes dénote d'un mérite incontestable dans la couverture sanitaire des populations les plus pauvres, (avec toujours des disparités régionales). Cependant, le ciblage de ces populations demeure perfectible, notamment à cause d'un manque de coordination avec le système fiscal et la présence d'un secteur informel important.**

## • Contenu de l'AMG

L'AMG 1 et 2 offrent (carnet blanc et jaune) l'accès aux soins dans les structures de la santé publique.

Théoriquement, ils ont le droit d'accéder à tous les services médicaux assurés par la santé publique ; les soins ambulatoires, l'hospitalisation, les actes de radiologie, les analyses et les médicaments.

Sur le plan pratique, les défaillances du système de santé, notamment au niveau de la répartition géographique limitent en profondeur la portée et l'effectivité des soins offerts aux bénéficiaires de l'AMG 1 et 2.

## • Coût de l'AMG

Les dépenses publiques en matière de l'AMG 1 s'élèvent à 264 010,6 mille dinars et 242 543,7 mille dinars en matière de l'AMG 2. Les dépenses des deux programmes sont de l'ordre de 506 554,3 mille dinars.

Selon une étude élaborée par la Banque Mondiale<sup>11</sup> en 2016, la dépense moyenne d'un carnet AMG 1 est estimée à 954 dinars. Le ménage supporte en plus le paiement direct de 577 dinars pour manque de médicaments et autres. La dépense moyenne d'un carnet AMG 2 est estimée à 350 dinars supportés par l'Etat et 664 dinars supportés par le ménage pour les mêmes raisons de manque de médicaments et autres, selon la même étude.

## • Gouvernance de l'AMG

Les programmes de PNAFN / AMG 1 et AMG 2 sont gérés, au niveau de l'accès, par le Ministère des affaires sociales et se basent sur un large réseau régional composé de 24 divisions régionales et de 264 unités de promotion sociale réparties sur les 264 délégations (unité administrative) du pays.

Les structures de la santé publique fournissent les soins garantis par l'AMG 1 et l'AMG 2, mais le ministère de la santé n'intervient pas dans la gestion et le suivi de ces programmes.

## • Problèmes et Limites du programme AMG

Les programmes de l'AMG 1 et l'AMG 2 souffrent de quatre problèmes essentiels mettant en cause leur efficacité :

- ➔ Problème de ciblage et ambiguïté des critères d'éligibilité
- ➔ La pénurie de l'offre de soins
- ➔ L'absence de structure autonome de gestion et de suivi des programmes.
- ➔ L'absence d'encadrement financier fixant les ressources et les dépenses.

11 - (assistance technique de la banque mondiale sur le financement de la sante en Tunisie : étude sur l'assistance médicale gratuite, 2016).

### 3 : la population dépourvue de la couverture maladie :

Diagnostic et approches de solution

Sur l'ensemble de la population Tunisienne, la population dépourvue de toute couverture sociale se compose des :

**Personnes assujetties non déclarées** à la sécurité sociale,

Chômeurs non couverts par des programmes actifs de travail et autres personnes à statuts divers.

Les personnes assujetties non déclarées à la sécurité sociale sont estimées à 591 271 personnes soit 5,2 % de l'ensemble de la population.

L'extension de la couverture réelle aux personnes non déclarées exige l'amélioration des mesures et des efforts de contrôle et l'adaptation de certains régimes de sécurité sociale à la spécificité des catégories socioprofessionnelles concernées comme les pêcheurs.

**Les chômeurs** comptent 632 500 personnes, en 2016, dépourvues de toute protection sociale, à l'exception des chômeurs pris en charge par des programmes actifs d'incitation à l'emploi qui bénéficient d'une couverture sociale de santé durant les périodes de programmes allant en général de six mois à deux ans.

La population qui ne bénéficie pas de la couverture maladie (CNAM ou AMG) autre que les assujetties non déclarées et les chômeurs comptent 297 916 personnes soit 2,6% de l'ensemble de la population Tunisienne en 2016. Elle se compose éventuellement des **travailleurs du secteur informel et des personnes pauvres non bénéficiaires du PNAFN.**

Il est à noter que le socle de protection sociale concerne aussi bien personnes dépourvues de toute protection que les personnes couvertes par l'AMG qui ne constitue pas un régime obligatoire basé sur la notion de droit, mais une simple aide allouée par l'Etat.

La promotion de SPS aux populations vulnérables exige la prise en compte des éléments suivants :

#### ➔ **Étude des caractéristiques de la population concernée par le régime universel:**

- Démographiques (répartition démographique, répartition par âge),
- Sociales (composition de famille, nombre des enfants .. )
- Économiques (revenu, forme et période de travail)
- Étude des caractéristiques épidémiologiques de la population pour définir le contenu du régime : Panier de soins offerts

### ➔ **Étude du coût financier du régime :**

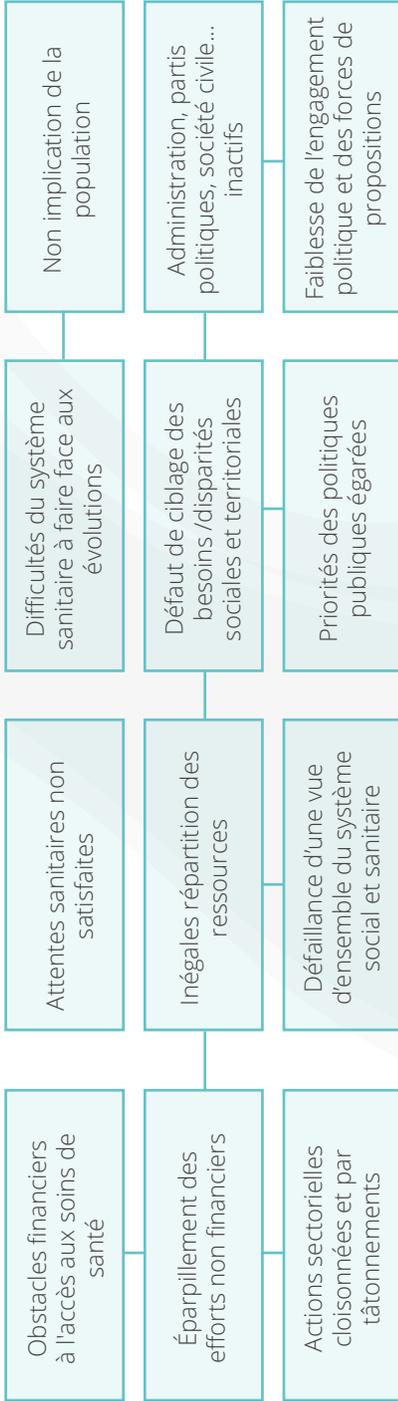
- Le coût du régime
- Les modalités de financement
- Maîtrise des dépenses
- Implications macroéconomiques

### ➔ **Mode de paiement des prestations :**

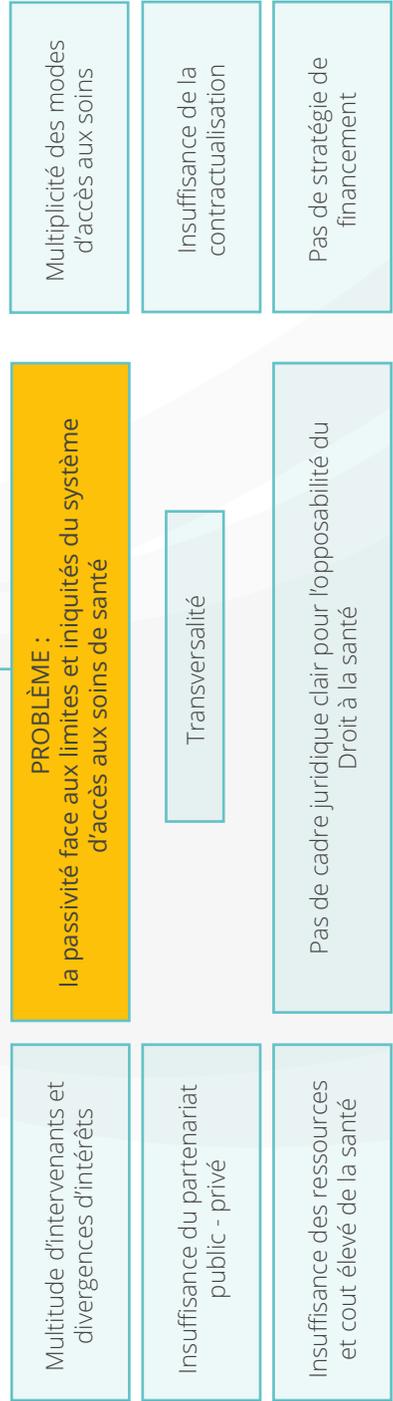
- Octroi direct et rôle des structures de santé publiques
- Prise en charge
- Conditions et procédures d'accessibilité aux soins

## B- Phase de l'établissement de l'arbre de problèmes

### Effets



### Causes



## PAR OU COMMENCER ?

Pourquoi, quand, comment et avec qui élaborer votre stratégie de plaidoyer ?

Quels sont les principaux éléments d'une stratégie de plaidoyer ?

PAR LÀ ?

PAR LÀ ?

PAR LÀ ?

**DÉCOUVREZ COMMENT ÉLABORER VOTRE STRATÉGIE DE PLAIDOYER**

## II. PLANIFIER :



### RÉSUMÉ (Étape 2)

#### Question 2 : que voulons-nous ? Comment faire ?

- Établir une stratégie claire visant à atteindre l'objectif de mise en place d'un SPS en travaillant le plus efficacement possible
- Déterminer les personnes et les institutions que l'on veut faire agir pour activer la mise en place d'une CSU. Les déterminer par leurs rôles (principal ou secondaire) intérêt à la question et leur influence ?
- établir un plan d'action qui doit détailler les activités qui seront entreprises, leurs responsables, leur délai de réalisation et les ressources nécessaires pour y parvenir. Le planning global du plaidoyer sera déterminé en fonction des résultats souhaités.
- Les objectifs du plaidoyer et les résultats intermédiaires doivent répondre aux critères SMART : être spécifiques ; mesurables ; réalisables ; axés sur les résultats, mais aussi réalistes, appuyés sur des ressources et assortis d'un calendrier d'exécution.
- se préoccuper dès le départ du budget qui sera consacré à l'action de plaidoyer



## Planifier c'est :

- Élaborer une stratégie de plaidoyer
- Identifier le public cible
- Élaborer un plan de mise en œuvre du plaidoyer
- Identifier les obstacles et les opportunités
- Recenser les ressources pour le plaidoyer

## 1- Élaborer une stratégie de plaidoyer



### DE MANIÈRE GÉNÉRALE

#### La construction d'une stratégie pourrait s'appuyer sur :

La promotion internationale des Droits de l'Homme de manière générale et de manière particulière des socles de protection sociale par l'OIT et les normes et stratégies établies par les instances internationales compétentes à cet effet ;

Les expériences réussies dans des pays comparables à la Tunisie (diversité des choix dans l'extension verticale et horizontale de la protection et moyens financiers mis en œuvre) et les bienfaits d'un socle de protection sociale pour une cohésion sociale d'ensemble ;

La défense, en Tunisie, des principes et valeurs constitutionnels tournés vers la reconnaissance d'un droit humain à la protection sociale ;

La meilleure connaissance :

- Des diverses composantes du système actuel de sécurité sociale ; de ses acquis et ses difficultés (forces et faiblesses) notamment financières qui peuvent paralyser la mise en place d'un socle de protection sociale ;
- Des choix stratégiques des politiques publiques ;
- Des choix stratégiques de la politique de protection sociale adoptés et poursuivis pratiquement, à savoir en l'occurrence l'inscription de la mise en place d'un socle de protection sociale dans le plan de développement économique et social 2016-2020, dans le cadre d'une réforme globale de la sécurité sociale ;
- Des attentes et urgences sociales et sanitaires des populations destinataires en panne de protection sociale, qui couvre des catégories aussi diverses que les personnes âgées, les personnes handicapées, les personnes dépourvues de ressources, ...



Il s'agit d'élaborer une stratégie claire visant à atteindre l'objectif de mise en place d'une CSU.

### **Les questions suivantes sont à soulever avant d'élaborer la stratégie de plaidoyer :**

- Pourquoi est-il important d'établir une CSU (situation sociale, engagements internationaux et nationaux...)?
- Pourquoi les parties prenantes doivent-elles s'impliquer ?
- Pourquoi les décideurs doivent-ils agir ?

**Le système de CSU** facilite notamment l'accès aux soins préventifs et curatifs en cas de maladie, sans impliquer des déboursements individuels dissuasifs, et est censé contribuer à la réduction du risque de pauvreté et à anéantir les inégalités sociales.

## **2- Identifier le public cible :**

Il est question d'identifier les personnes et les groupes de personnes que l'on cherche à atteindre (destinataires du ou des messages / identifier les décideurs et les autres personnes et organisations impliquées dans les questions de la protection sociale).

Il s'agit en général des décideurs, c'est-à-dire des personnes disposant de l'autorité suffisante pour réaliser les changements voulus (public cible principal), à savoir en l'occurrence le Ministère des Affaires Sociales, le Ministère de la Santé, le Ministère des finances, de la femme et la famille... Il s'agit des groupes de personnes ayant le plus d'autorité pour prendre des décisions permettant de réaliser le changement voulu.

Il s'agit des personnes d'influence, à savoir les personnes pouvant avoir un impact sur les actions, les opinions ou le comportement des décideurs (public cible secondaire) ex. conseillers, médias, universitaires, experts, célébrités, champions.... Ce sont eux que les décideurs écoutent le plus et en qui ils ont le plus confiance. Ces personnes sont en contact direct avec les décideurs.

### **Ex. AU MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES :**

1. Le ministre et ses conseillers de cabinet
2. Le directeur général de la sécurité sociale
3. Le directeur général de la promotion sociale
4. La Direction des études

...

### **Ex. AU MINISTÈRE DE LA SANTÉ**

1. Le ministre et ses conseillers de cabinet
2. Le directeur général de la santé publique
3. Le directeur général des structures sanitaires publiques
4. La Direction des études

...

### **EX. A L'ASSEMBLÉE DES REPRÉSENTANTS DU PEUPLE**

1. Le président de l'ARP
2. Commission des finances, de planification et du développement
3. Commission de la santé et des affaires sociales

### **EX. D'ORGANISMES INTERNATIONAUX**

1. La BM
2. L'OMS
3. L'OIT
4. L'UNICEF

**Une politique nationale de protection sociale**, qui comprend toutes les dimensions de la couverture sociale et sanitaire et à laquelle tous les Ministères pertinents adhèrent, est cruciale pour une meilleure cohérence et efficacité des programmes de protection sociale, ainsi que pour promouvoir une bonne coordination dans ce domaine plurisectoriel et pour assurer l'engagement politique nécessaire pour une mobilisation adéquate de ressources financières.

### 3- Élaborer un plan de mise en œuvre du plaidoyer :

Le plan de mise en œuvre reprend les principaux éléments de la stratégie (vision, buts, objectifs et public cible) et permet de définir comment les atteindre et en combien de temps.

Un plan d'action suppose la connaissance des :

ÉLÉMENTS CLÉS : Vision, but, objectifs et identification des obstacles

#### • VISION

La vision est une description claire de l'avenir qu'il serait nécessaire de résumer en une phrase unique le décrivant.

Ex. Socle de protection sociale : un droit humain

La protection sanitaire : un toit pour tous ...

#### • BUT

Le but :

1. C'est le changement que l'on souhaite voir s'accomplir au terme d'une période définie : Mise en œuvre d'une CSU

2. C'est aussi le problème que l'on contribue à résoudre par l'action de plaidoyer: Levée de la passivité face aux limites et iniquités dans l'accès aux soins de santé

Un but doit être clairement déterminé :

Cas : Mettre en œuvre une CSU ?

– Que faut-il changer afin d'atteindre ce but : quelles politiques, quelles lois, et quelles pratiques ?

**Le /ou les buts du plaidoyer prennent appui sur les besoins et les priorités relevés lors des entretiens menés sur terrain avec les destinataires d'une CSU, entre les experts et les différents intervenants dans le domaine de la santé et se croisent avec les politiques publiques. Exemple de demandes pressantes en Tunisie :**

**Cibler "pertinemment" les indigents ;**

**Élargir l'accès social (populations démunies, travailleurs du secteur non structuré) et géographique aux soins de santé ;**

**Rendre les soins de santé abordables financièrement ;**

**Améliorer la qualité des soins de santé ;**

**Garantir la disponibilité des ressources humaines ;**

**Garantir la disponibilité des médicaments ...**

Il est ensuite question de développer des objectifs plus spécifiques pour chacun des changements identifiés.

## OBJECTIFS

La règle SMART<sup>12</sup> est un bon outil afin de vérifier la pertinence des objectifs.

Exemple d'objectif SMART :

Dans le cadre du plan de développement économique (2016-2020), faire en sorte que l'accès gratuit aux soins de santé soit généralisé à au moins 50 pour cent des demandeurs d'emploi.

### 4 - Identifier les obstacles et les opportunités à la mise en place d'une CSU

Quels sont les obstacles, en rapport avec la finalité du plaidoyer à surmonter ?

Exemples de questions à poser :

Le changement des attitudes passives à l'égard de la CSU est-il réalisable et dans quelles conditions ?

Le temps de la mise en place est-il compatible avec les besoins sanitaires des catégories concernées ?

L'agenda politique a-t-il évolué ou correspond-il toujours à la problématique ?

Y a-t-il des problèmes de budget (les fonds sont-ils disponibles), un manque de soutien ou une mauvaise planification ?

Y a-t-il conflit entre plusieurs initiatives (socle / filet de sécurité)

Que coûterait l'inaction ?

Quelles sont les opportunités pour le changement lié à la finalité du plaidoyer (une CSU) ?

Exemples de questions à poser :

- Y a-t-il des impératifs liés à des engagements internationaux (à l'égard de l'OIT) ?
- Y a-t-il des processus de réforme existants adaptés à ce but (plan de développement) ?
- Le moment est-il opportun pour aboutir au changement, y a-t-il un processus de réforme internationale, un engagement parlementaire ?...

### 5- Recenser les ressources pour le plaidoyer en faveur de la CSU

Rechercher des ressources pour le plaidoyer suppose que :

L'on dispose d'abord d'un budget détaillé, il sera alors plus facile pour les

---

12 - Un objectif SMART est : - Spécifique : cible une amélioration spécifique / Mesurable : quantifie un indicateur de progression -Acceptable : réaliste et accessible / Résultats : objectifs atteignables à l'aide de ressources disponibles / Temps : période bien définie

bailleurs de fonds (le gouvernement et diverses organisations internationales) d'allouer des fonds pour les efforts à entreprendre

L'on Travaille avec des partenaires, que l'on forme des coalitions et des alliances pour demander à des bailleurs potentiels (ex. OIT, OMS)

### III. CRÉER ET AGIR :

Construire des alliances et transmettre de bons messages



“

#### RÉSUMÉ (Étape 3)

Question 3. Messages : quels messages à faire passer ? Comment les faire passer ?

- Savoir construire des partenariats
- Elaborer des messages simples, directs, persuasifs pour atteindre le public cible.
- Diffuser un message requiert d'être particulièrement attentifs à ceux qui feront passer le message (les messagers) et à la manière dont les informations seront transmises (le support ou format). Choisir le meilleur format pour faire passer le message, qui dépend des publics cibles, est très important

”

## 1- Construire des alliances :

Bâtir des alliances permet d'amplifier le plaidoyer en regroupant les forces et les ressources de divers intervenants.

L'alliance :

- Renforce le processus de changement : mise en commun de différentes capacités.
- Confère plus de poids aux demandes et causes défendues dans le plaidoyer ;
- Confère plus de crédibilité au plaidoyer (la demande est ample)
- Confère plus de possibilités de mobilisation des soutiens plus larges et des moyens humains et financiers

Le projet de promotion d'un SPS peut être porté en alliance (groupements ou consortium) pour mettre en commun des ressources et des stratégies de plaidoyer communes selon un agenda précis.

<b>Formels</b>	Les alliés travaillent dans le même but, tel que le soutien aux malades de longue durée, le soutien de microprojets... et peuvent partager une stratégie ou un plan commun.
<b>Informels</b>	Les alliés travaillent dans le même but, tel que le soutien aux malades de longue durée, le soutien de microprojets... sans forcément partager une stratégie ou un plan commun.
<b>Soutien financier ou non</b>	Une alliance peut être financée par les organisations participantes ou par le biais d'un financement externe.
<b>Court terme ou long terme</b>	Les alliés peuvent se réunir afin de mettre en œuvre un but à court terme ou participer à un événement commun. L'alliance peut durer plusieurs mois ou années.
<b>Groupe d'une seule partie prenante ou partenariats multipartites</b>	Les alliances composées d'une seule partie prenante sont formées par des organisations ou individus qui partagent un point commun, par exemple une alliance d'associations de pédiatres. Les alliances multipartites incluent plusieurs parties prenantes telles que les alliances des organisations de la société civile avec le secteur privé, les parlementaires...

## 2- Élaborer des messages fondés sur des données probantes :

Les messages doivent être fondés sur des données crédibles. Il peut s'agir de données officielles (ex. étayés par des statistiques de l'INS, du CRES...), de recherches ou d'études scientifiques.

Il est question aussi de s'assurer que les messages sont pertinents, mobilisateurs et clairs, ce qui est essentiel à la réalisation

des buts. Surtout, Ces messages se doivent d'informer l'auditeur du problème, de la solution et de ce qui doit être fait et pourquoi élaborer un SPS.

Les messagers doivent être adapté au public cible (leurs besoins, préoccupations, agendas et motivations).

### • Comment faire passer le message

Bien identifier la personne qui devrait transmettre le message est aussi important que le message en lui-même. Le bon message transmis par la mauvaise personne ne sera pas convaincant ou considéré comme fiable et risque d'être ignoré.

#### QUESTIONS / PISTES DE PARTENARIATS

- Le Pays adhère-t-il et soutient-il la stratégie de l'OIT pour la promotion de SPS ?
- Existe-t-il des parlementaires qui défendent la cause et avec lesquels l'on pourrait s'associer ?
- Existe-t-il une plate-forme des Groupes d'intérêt dans le pays que l'on pourrait rejoindre ou avec laquelle l'on pourrait s'associer ?

## CONSEILS ET INSPIRATION POUR LES ÉVÈNEMENTS

Il est souvent recommandé<sup>13</sup> de centrer l'évènement sur un thème spécifique qui aura le plus d'écho auprès du public ciblé.

Les évènements réussis allient souvent un «POURQUOI» et un «COMMENT» de la CSU.

Voici quelques exemples de thèmes et de sujets, sans que cette liste ne soit exhaustive :

### • POURQUOI SOUTENIR LA SANTE POUR TOUS ?

- Équité et droits de l'homme
- Crise des réfugiés
- Croissance économique
- Réduction des inégalités dans l'état de santé et la richesse
- Des médicaments de qualité
- Maladies non transmissibles
- Préparation aux pandémies
- Égalité entre les sexes
- Solidarité sociale et sociétés plus harmonieuses

### • PROCHAINES ÉTAPES

- Donner la priorité aux plus pauvres
- Affermir la volonté politique
- Investir davantage, plus tôt, plus judicieusement
- Renforcer le système de soins de santé primaires
- Mesurer ce qui compte
- Collaborer au-delà du secteur de la santé
- Exploiter le pouvoir de l'innovation

### QUI INVITER ?

**COORGANISATEURS** : se joindre à d'autres alliés et partenaires de la CSU dans le pays pour augmenter le plus possible votre impact.

13 - V. CSU 2030 «GUIDE DU PLAIDOYER SUR LA COUVERTURE SANTE UNIVERSELLE», Juin 2018

**ORATEURS** : les événements dynamiques engagent souvent des orateurs avec un éventail de compétences spécialisées.

**PUBLIC** : en plus d'inviter les principaux alliés et partenaires et les acteurs clés pour nouer des relations utiles, en s'efforçant de diversifier le public en associant tout le monde, depuis les fonctionnaires gouvernementaux jusqu'aux membres de la communauté, on peut faire en sorte que l'événement fasse beaucoup parler de lui.

**MÉDIAS** : inviter des journalistes, des organes de presse locaux, pour les encourager à diffuser les messages de l'événement.

## TYPES D'ÉVÈNEMENTS

**PANEL DE DISCUSSION** : avec trois ou quatre orateurs et un animateur pour la discussion, les panels de discussion peuvent faire appel à des dirigeants de haut niveau et des militants pour informer les assistants sur une dimension particulière du mouvement autour de la CSU.

**RASSEMBLEMENT** : défiler ou se réunir pour attirer visiblement l'attention sur la nécessité de parvenir à la CSU et de demander des comptes aux dirigeants quant à la promesse de ne laisser personne de côté.

**TABLE RONDE** : réunir des experts locaux, des militants, des décideurs et des médias pour un franc débat de fond afin d'échanger diverses perspectives et atteindre ainsi un consensus sur des étapes concrètes.

**SÉANCES D'INFORMATION PRIVÉES D'ACTEURS CLÉS** : discuter des questions relatives à l'économie politique de la CSU avec les principales parties prenantes, notamment en faisant la promotion des avantages économiques de la CSU auprès des acteurs économiques, et de ses avantages politiques auprès des acteurs politiques. Compte tenu de la sensibilité de ces questions, il vaut mieux conduire ces discussions en privé.

## AUTRES CONSEILS

**LIEU APPROPRIÉ** : choisir un lieu qui a du sens pour les personnes assistant à votre événement.

**MATÉRIEL D'INVITATION** : pour une discussion en groupe, inviter le public avec des programmes et des informations sur les orateurs. Pour un rassemblement, apporter des bannières et des affiches qui soutiennent fermement la CSU.

**FAIRE PASSER LE MESSAGE** : se servir des médias sociaux, des courriers électroniques, des dépliants et du bouche à oreille pour inciter les gens à venir. Pendant l'événement, partager des photographies et des citations avec CSU afin de relier l'événement au mouvement mondial.

## IV. ÉVALUER :



### RÉSUMÉ (Étape 4)

- Vérifier les progrès réalisés en cours de route.
- Apporter des corrections le cas échéant.
- Mesurer l'impact du plaidoyer.



#### 1- Les indicateurs du changement qui porteront notamment sur:

**Les changements dans l'attitude :** par une sensibilité plus marquée des décideurs pour la promotion de la CSU

**Les changements dans le discours :** le responsable politique tient un autre langage, expose les faits autrement (ex. pénurie des médicaments, inégalités sanitaires territoriales...). Par exemple, le Chef du gouvernement ou le ministre de la santé évoque la CSU comme exigence d'un droit humain.

**Les changements dans la procédure :** les processus décisionnels se font différemment. Par exemple, le gouvernement définit ses politiques à l'issue d'une vaste concertation avec l'ensemble des parties prenantes politiques, y compris les acteurs de la société civile.

**Changements dans le contenu :** c'est-à-dire changements dans les politiques sociales et sanitaire, la législation, les budgets et les programmes, qui s'inscrivent dans le droit fil des principaux messages du plaidoyer pour une CSU.

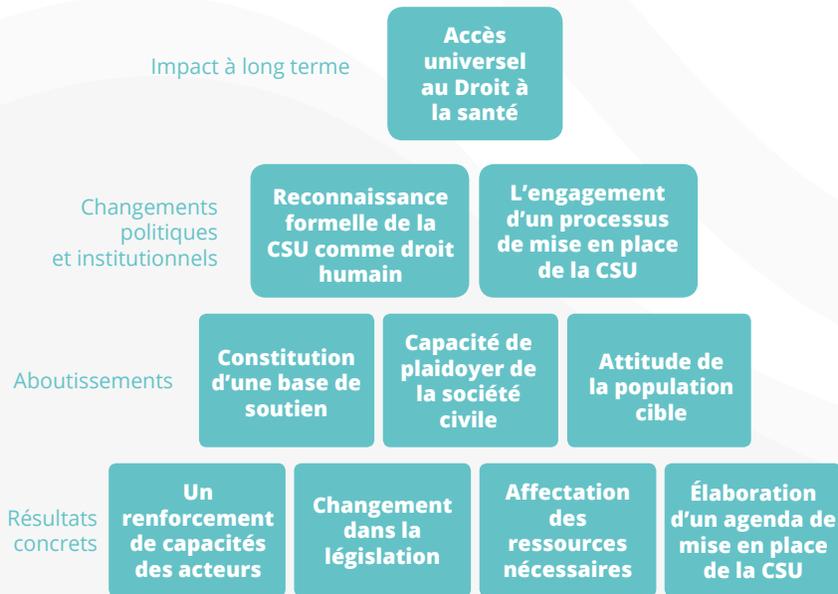
Les acteurs de la société civile proposeront un dispositif de suivi-évaluation des activités qu'elles entendent mettre en œuvre. Ils définiront des indicateurs de résultats attendus et la façon dont ils seront mesurés et discutés entre les parties prenantes. Ces dispositifs devront rendre compte notamment de l'étendue du socle, de la satisfaction des besoins, du coût de la protection supportée par les bénéficiaires, de l'approche visant à réduire les inégalités, les signes de durabilité des impacts sur les populations...

En effet, outre la nécessité de faire état des résultats, le point sur la stratégie doit être fait : ce qui fonctionne bien, ce qui pourrait être amélioré ou à quel niveau les ressources seront le mieux investies à l'avenir.

Démontrer que le travail fait a de la valeur et qu'il contribue à changer les choses,

c'est faire preuve de sérieux et d'avantage de crédibilité en tant qu'acteurs d'un plaidoyer et permet bénéficier du soutien et des ressources.

## 2- CADRE DE SUIVI ET D'ÉVALUATION DU PLAIDOYER



Le cadre de suivi et d'évaluation peut couvrir deux niveaux :

- **Le niveau individuel :**

Il porte sur les parties prenantes individuelles (ex. public cible), leurs actions, attitudes et préoccupations et l'engagement vis-à-vis de la question de SPS

- **Le niveau contextuel :**

Il porte sur l'environnement dans lequel se trouvent les individus, le lieu de mise en œuvre du projet, les coalitions avec les différentes parties prenantes...

On peut mesurer le processus de changement, tel que :

- Les publics cibles ont-ils connaissance du sujet du plaidoyer ?

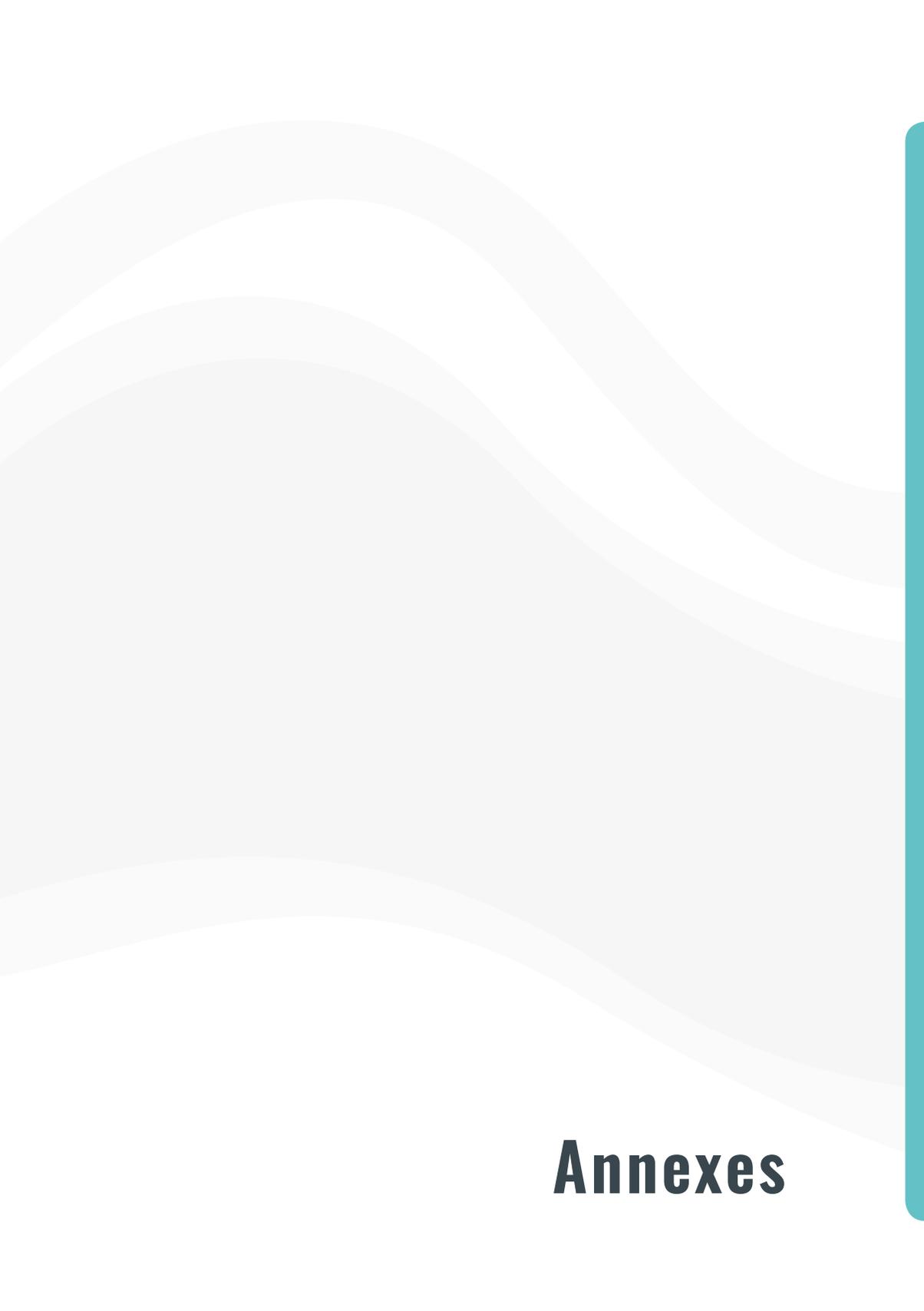
- Les publics cibles ont-ils opéré un changement dans leurs attitudes, connaissances ou comportements après avoir été confrontés à l'intervention des acteurs ?
- Y a-t-il un renforcement de l'engagement politique ?
- Les acteurs du plaidoyer disposent-ils toujours des ressources et du soutien nécessaires pour poursuivre la mise en œuvre de la stratégie ?

On note de manière générale que :

- Il est important de définir les priorités de ce qui sera mesuré.
- Il est souvent rare que l'on dispose de suffisamment de ressources d'évaluation pour recueillir des données sur tous les éléments d'une stratégie de plaidoyer.
- La plupart des efforts de plaidoyer disposent de personnel et de ressources limités pour le suivi et l'évaluation.

Démontrer que le travail fait a de la valeur et qu'il contribue à changer les choses c'est faire preuve de sérieux et davantage de crédibilité en tant qu'acteurs d'un plaidoyer et, par ailleurs, bénéficier du soutien et des ressources





# **Annexes**

## Contenu et structure de la recommandation 202 (OIT). 2012

### ... l'élaboration et l'adoption de la Recommandation (no. 202) sur les protections sociale



## La recommandation sur les socles de protection sociale

Préambule	I. Objectifs, champ d'application et principes	II. Socles nationaux de protection sociale	III. Stratégies nationales d'extension de la sécurité sociale	IV. Suivi
La sécurité sociale est un droit de la personne et une nécessité économique et sociale	Objectifs et champ d'application	Définition des garanties élémentaires de sécurité sociale	Priorité à la mise en oeuvre des socles nationaux de sécurité sociale	Suivi au niveau national
Référence à plusieurs instruments internationaux	Définition des socles internationaux de protection sociale	Bases juridiques	Progression vers des niveaux plus élevés de protection	Consultation au niveau national
	Principes	Mise en place	Edifier et maintenir des systèmes de sécurité sociale	Echanges d'informations, d'expériences et d'expertise entre les Etas et avec le BIT
		Fournitures	Cohérences des politiques	
		Financement	Normes de l'OIT relatives à la sécurité sociale	

## Le double objectif de la recommandation : des socles nationaux de protection sociale...

Fournit aux membres des orientations pour:

(b) mettre en oeuvre les socles de protection sociale dans le cadre de stratégies d'extension de la sécurité sociale qui assurent des niveaux plus élevés de sécurité sociale au plus grand nombre de personnes possible selon les orientations donnés par les normes de l'OIT relatives à la sécurité sociale.

(a) mettre en place, compléter ou maintenir, selon le cas, des socles de protection sociale en tant qu'élément fondamental de leurs systèmes nationaux de sécurité sociale.

Ensemble de garanties élémentaires de sécurité sociale, définies au niveau national, qui assurent une protection pour prévenir ou réduire la pauvreté, la vulnérabilité et l'exclusion sociale

## ... et des stratégies nationales pour l'extension de la sécurité sociale

Fournit aux membres des orientations pour:

(b) mettre en oeuvre les socles de protection sociale dans le cadre de stratégies d'extension de la sécurité sociale qui assurent des niveaux plus élevés de sécurité sociale au plus grand nombre de personnes possible selon les orientations donnés par les normes de l'OIT relatives à la sécurité sociale.

(a) mettre en place, compléter ou maintenir, selon le cas, des socles de protection sociale en tant qu'élément fondamental de leurs systèmes nationaux de sécurité sociale.

Construire progressivement et maintenir des systèmes de sécurité sociale complets et adéquats, cohérent avec les objectifs des politiques nationales et chercher à coordonner les politiques de sécurité sociale avec d'autres politiques publiques

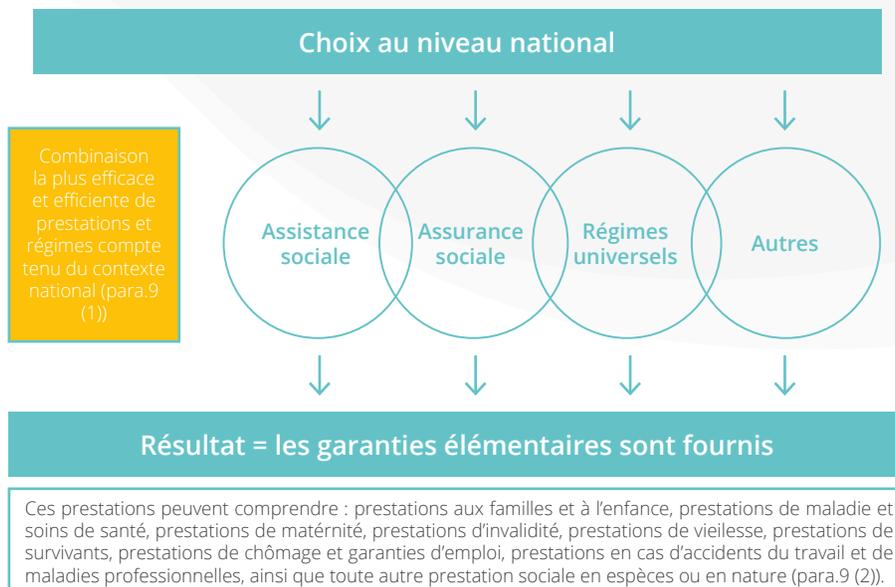
## Socles nationaux de protection sociale : Au moins quatre garanties élémentaires de sécurité sociale, définies à l'échelle nationale

Les socles de protection sociale devraient comporter au moins les garanties élémentaires de sécurité sociale suivantes :



Les garanties devraient être fournies au moins à tous les résidents et enfants, tels que définis par la législation, sous réserves internationales, auxquelles les membres sont assujettis (para.6)

## Socles nationaux de protection sociale : Diversité d'approches



## Principes

### Responsabilité générale et principale qui incombe à l'Etat

<b>Couverture pour tous</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Universalité de la protection, fondée sur la solidarité sociale</li><li>- Inclusion sociale, y compris des personnes travaillant dans l'économie informelle</li></ul>
<b>Droits</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Caractère adéquat et prévisible des prestations</li><li>- Non-discrimination, égalité entre hommes et femmes et prise en compte des besoins spécifiques</li><li>- Droit aux prestations prescrit par la loi</li><li>- Efficacité et accessibilité des procédures de réclamation et de recours</li><li>- Respect des droits et de la dignité des personnes couvertes</li><li>- Respect de la négociation collective et de la liberté syndicale</li></ul>
<b>Mise en place</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Réalisation progressive, y compris moyennant la fixation d'objectifs et de délais</li><li>- Cohérence avec les politiques sociales, économiques et de l'emploi</li><li>- Suivi régulier de la mise en œuvre et évaluation périodique</li><li>- Participation tripartite et consultation des représentants des personnes concernées</li></ul>
<b>Financement et fourniture</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Prise en considération de la diversité des méthodes et approches</li><li>- Solidarité en matière de financement et équilibre des intérêts</li><li>- Gestion financière et administration saines, responsables et transparentes</li><li>- Pérennité financière, budgétaire et économique, compte tenu de la justice sociale et de l'équité</li><li>- Services publics de qualité améliorant l'efficacité des systèmes de sécurité sociale</li><li>- Cohérence entre les institutions chargées d'assurer les services de protection sociale</li></ul>

### Déclaration d'Alma-Ata (1978)

La Conférence internationale sur les soins de santé primaires réunie à Alma-Ata ce douze septembre mille neuf cent soixante-dix-huit, soulignant la nécessité d'une action urgente de tous les gouvernements, de tous les personnels des secteurs de la santé et du développement ainsi que de la communauté internationale pour protéger et promouvoir la santé de tous les peuples du monde, déclare ce qui suit :

#### I

La Conférence réaffirme avec force que la santé, qui est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité, est un droit fondamental de l'être humain, et que l'accession au niveau de santé le plus élevé possible est un objectif

social extrêmement important qui intéresse le monde entier et suppose la participation de nombreux secteurs socioéconomiques autres que celui de la santé.

## II

Les inégalités flagrantes dans la situation sanitaire des peuples, aussi bien entre pays développés et pays en développement qu'à l'intérieur même des pays, sont politiquement, socialement et économiquement inacceptables et constituent de ce fait un sujet de préoccupation commun à tous les pays.

## III

Le développement économique et social, fondé sur un nouvel ordre économique international, revêt une importance fondamentale si l'on veut donner à tous le niveau de santé le plus élevé possible et combler le fossé qui sépare sur le plan sanitaire les pays en développement des pays développés.

La promotion et la protection de la santé des peuples est la condition sine qua non d'un progrès économique et social soutenu en même temps qu'elles contribuent à une meilleure qualité de la vie et à la paix mondiale.

## IV

Tout être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en œuvre des soins de santé qui lui sont destinés.

## V

Les gouvernements ont vis-à-vis de la santé des populations une responsabilité dont ils ne peuvent s'acquitter qu'en assurant des prestations sanitaires et sociales adéquates. L'un des principaux objectifs sociaux des gouvernements, des organisations internationales et de la communauté internationale tout entière au cours des prochaines décennies doit être de donner à tous les peuples du monde, d'ici l'an 2000, un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive.

Les soins de santé primaires sont le moyen qui permettra d'atteindre cet objectif dans le cadre d'un développement empreint d'un véritable esprit de justice sociale.

## VI

Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination. Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal que du développement économique et social d'ensemble de la communauté.

Ils sont le premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire.

## VII

Les soins de santé primaires :

1. reflètent les conditions économiques et les caractéristiques socio-culturelles et politiques du pays et des communautés dont ils émanent et sont fondés sur l'application des résultats pertinents de la recherche sociale et biomédicale et de la recherche sur les services de santé, ainsi que sur l'expérience de la santé publique ;
2. visent à résoudre les principaux problèmes de santé de la communauté, en assurant les services de promotion, de prévention, de soins et de réadaptation nécessaires à cet effet ;
3. comprennent au minimum : une éducation concernant les problèmes de santé qui se posent ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables, la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles, un approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base, la protection maternelle et infantile y compris la planification familiale, la vaccination contre les grandes maladies infectieuses, la prévention et le contrôle des endémies locales, le traitement des maladies et lésions courantes et la fourniture de médicaments essentiels ;
4. font intervenir, outre le secteur de la santé, tous les secteurs et domaines connexes du développement national et communautaire, en particulier l'agriculture, l'élevage, la production alimentaire, l'industrie, l'éducation, le logement, les travaux publics et les communications, et requièrent l'action coordonnée de tous ces secteurs ;
5. exigent et favorisent au maximum l'autoresponsabilité de la collectivité et des individus et leur participation à la planification, à l'organisation, au fonctionnement et au contrôle des soins de santé primaires, en tirant le plus large parti possible des ressources locales, nationales et autres, et favorisent à cette fin, par une éducation appropriée, l'aptitude des collectivités à participer ;
6. doivent être soutenus par des systèmes d'orientation/recours intégrés, fonctionnels et se soutenant mutuellement, afin de parvenir à l'amélioration progressive de services médico-sanitaires complets accessibles à tous et accordant la priorité aux plus démunis ;
7. font appel tant à l'échelon local qu'à celui des services de recours aux personnels de santé médecins, infirmières, sages-femmes, auxiliaires et agents communautaires, selon le cas, ainsi que, s'il y a lieu, praticiens traditionnels— tous préparés socialement et techniquement à travailler en équipe et à répondre aux besoins de santé exprimés par la collectivité.

## VIII

Tous les gouvernements se doivent d'élaborer au plan national des politiques, des stratégies et des plans d'action visant à introduire et à maintenir les soins de santé primaires dans un système national de santé complet et à les coordonner avec l'action d'autres secteurs. À cette fin, il sera nécessaire que s'affirme la volonté politique de mobiliser les ressources du pays et d'utiliser rationnellement les ressources extérieures disponibles.

## IX

Tous les pays se doivent de coopérer dans un esprit de solidarité et de service en vue de faire bénéficier des soins de santé primaires l'ensemble de leur population, puisque l'accès de la population d'un pays donné à un niveau de santé satisfaisant intéresse directement tous les autres pays et leur profite à tous. Dans ce contexte, le rapport conjoint FISE/OMS sur les soins de santé primaires constitue une base solide pour l'avenir du développement de la mise en œuvre des soins de santé primaires dans le monde entier.

## X

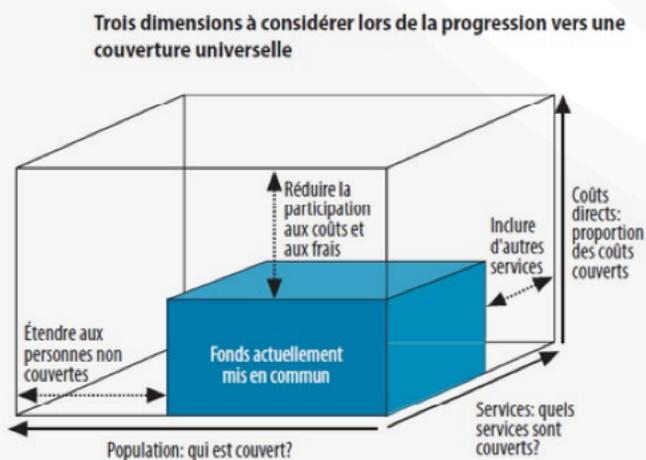
L'humanité tout entière pourra accéder à un niveau acceptable de santé en l'an 2000 si l'on utilise de façon plus complète et plus efficace les ressources mondiales dont une part considérable est actuellement dépensée en armements et en conflits armés.

Une politique authentique d'indépendance, de paix, de détente et de désarmement pourrait et devrait permettre de dégager des ressources supplémentaires qui pourraient très utilement être consacrées à des fins pacifiques et en particulier à l'accélération du développement économique et social dont les soins de santé primaires, qui en sont un élément essentiel, devraient recevoir la part qui leur revient.

## Cube / OMS pour une progression vers la couverture sanitaire universelle

Cube/ OMS

L'OMS rappelle les trois directions du « cube » dans lesquelles il faut progresser en vue d'atteindre la couverture universelle : la proportion de population bénéficiant d'une couverture santé, la gamme de prestations et services essentiels proposés en fonction des besoins, et enfin, la proportion des coûts qui seront couverts. Dans l'idéal, c'est « l'ensemble de la population » qui devrait être en mesure de recevoir les soins de qualité dont elle a besoin à un coût qui ne l'appauvrit pas



Source: OMS, 2010, p. 14

## Bibliographie :

- 1- A. Chan Margaret, directrice générale de l'OMS. Retour à Alma Ata. 15 septembre 2008. En ligne : <http://www.who.int/dg/20080915/fr/>
- 2- B. Jim Yong Kim, président du Groupe de la Banque mondiale. Conférence sur la couverture santé universelle pour la nouvelle ère du développement : vers la mise en place de systèmes de santé résilients. Tokyo (Japon), 16 décembre 2015. En ligne : <http://www.banquemondiale.org/fr/news/speech/2015/12/16/uniting-behind-universal-health-coverage>
- 3 - FES : Qu'est-ce que la société civile? 2009
- 4 - D. Nauleau Margot et al., « En chemin vers la couverture sanitaire universelle ». Les enjeux de l'intégration des pauvres aux systèmes de santé », Revue Tiers Monde 2013/3 (n°215), p. 129-148. En ligne : [https://www.cairn.info/article.php?ID\\_ARTICLE=RTM\\_215\\_0129](https://www.cairn.info/article.php?ID_ARTICLE=RTM_215_0129)
- 5- Julien DAMON : «une approche résolument globale : le socle de protection sociale», REGARDS, éd. École Nationale Supérieure de Sécurité Sociale.2014
- 6- OIT : Guide sur les normes internationales du travail. 2014
- 7- OIT : Établir des normes de sécurité sociale dans une société mondialisée : Une analyse de la situation et de la pratique présentes, ainsi que des options futures pour l'établissement par l'Organisation internationale du Travail d'une norme de sécurité sociale globale. 2008
- 8- OIT : La stratégie de l'Organisation internationale du Travail : La sécurité sociale pour tous. Mettre en place des socles de protection sociale et des systèmes complets de sécurité sociale. 2012
- 9- OIT : Rapport mondial sur la protection sociale. Protection sociale universelle pour atteindre les objectifs de développement durable. 2017-2019
- 10 – OMS : Développer une stratégie nationale de financement de la santé publique. Guide de référence, 2018
- 11- Oxfam : «couverture santé universelle», Documents d'information 176. 2013
- 12- MOUELHI A. : Droit de la sécurité sociale. 2ème éd. 2005
- 13- ACHOURI H. : La Couverture de Sanitaire Universelle, Concepts de Base. Ressma, 2014
- Comité de Dialogue sociétal : Pour une meilleure santé en Tunisie : Faisons le chemin ensemble. Propositions soumises à la conférence nationale de la santé.2014
- 14- ATDS : le droit à la santé en Tunisie. Oct. 2016

15 - CRES :» évaluation de la performance des programmes d'assistance en Tunisie». 2017

10- BM : rapport : «assistance technique de la banque mondiale sur le financement de la sante en Tunisie étude sur l'assistance médicale gratuite» 2016

11 - PNUD : la société civile dans une Tunisie en mutation. 2014



Publié en 2019 par  
Friedrich-Ebert-Stiftung

