

# CHAPITRE 1. L'ARCHITECTURE DE LA PROTECTION SOCIALE

---

1.1	TROIS PERIODES DANS LA POLITIQUE DE SANTE PUBLIQUE .....	1
1.1.1	De 1923 à 1960, des campagnes d'éradication.....	1
1.1.2	De 1960 aux années 1980, le tournant de la loi de nationalisation.....	2
1.1.3	Un financement contraint depuis les années 1980.....	2
1.2	UNE COUVERTURE FRAGMENTEE .....	3
1.3	DES DISPOSITIFS PALLIATIFS POUR LES POPULATIONS NON COUVERTES .....	4
1.3.1	La carte verte .....	5
1.3.2	Le Fonds d'aide sociale .....	6
1.3.3	Les systèmes municipaux d'assistance.....	6
1.4	LES FONDATIONS ET LA DIMENSION RELIGIEUSE DE LA SANTE .....	7
1.4.1	La dimension religieuse de la santé.....	7
1.4.2	Les fondations .....	7

---

L'organisation de la protection est le reflet de la confrontation entre l'orientation idéologique donnée à la santé publique et ses contraintes de financement ; la protection sociale se compose de plusieurs mécanismes fonctionnant en parallèle dont le bénéficiaire ressortit à l'affiliation professionnelle.

La protection sociale en Turquie comme le système hospitalier sont composites, agrégeant des systèmes et des strates diverses suivant l'origine professionnelle de leurs bénéficiaires ; cette atomisation est à l'origine des carences dans la couverture sociale de la population.

## 1.1 Trois périodes dans la politique de santé publique

### 1.1.1 De 1923 à 1960, des campagnes d'éradication

De 1923 jusqu'aux années 1960, la santé ne constitue pas une priorité pour les pouvoirs publics ; des programmes de constructions d'établissements hospitaliers sont toutefois lancés, de même que des campagnes de lutte contre la malaria et la tuberculose (Tavakoli et *al.*, 2001).

### 1.1.2 De 1960 aux années 1980, le tournant de la loi de nationalisation

Les années 1960 sont caractérisées par la promulgation de la loi de nationalisation (« *Socialisation Act* », 1961) qui – volonté des militaires au pouvoir à l'époque – cristallise l'aspiration exprimée par la constitution de 1960, ainsi que le rôle dévolu à l'Etat en matière de soins médicaux et de bien-être physique et psychologique des citoyens.

L'objectif de la loi de 1961 est de promouvoir un système égalitaire de santé, financé principalement par l'impôt, avec une part laissée à la charge des usagers. Elle vise à :

- étendre le bénéfice des soins de base au pays entier ;
- donner la priorité aux politiques de prévention ;
- offrir à chacun la possibilité d'accès aux soins ;
- intégrer les services de prévention et les services de soins ;
- parvenir à une distribution équitable des médecins sur le territoire.

Cette mutation s'accompagne de la mise en œuvre d'un système de soin hiérarchisé, quasiment gratuit, avec référents, qui commence au niveau des dispensaires <sup>1</sup> (principalement localisés dans les zones rurales) pour aboutir dans les hôpitaux spécialisés localisés dans les zones urbaines.

Ce système, jamais remis en cause d'un point de vue théorique, n'a pas été achevé et ne fonctionne pas comme tel. Certaines structures installées avant la réforme n'ont pas pu être fermées et continuent de fonctionner encore aujourd'hui : c'est le cas en particulier des foyers mère/enfant, des centres de planning familial et des centres contre la tuberculose.

### 1.1.3 Un financement contraint depuis les années 1980

Depuis les années 1980, la Turquie applique une politique de dérégulation économique et de privatisation en partenariat avec les grandes organisations économiques internationales – Banque mondiale et Fonds monétaire international (FMI). Les financements accordés sont conditionnés à la mise en œuvre de réformes en matière de politique de santé – en particulier, en limitant le rôle de l'Etat aux politiques de prévention et d'accompagnement, et en accordant au secteur privé un

---

<sup>1</sup> Les dispensaires connaissent plusieurs appellations suivant leur localisation, leur fonction, leur autorité de rattachement ; il est choisi ici d'utiliser exclusivement le terme de dispensaires.

rôle éminent en matière de financement et d'investissement (World Bank, 1986 et 1990).

## 1.2 Une couverture fragmentée

La protection sociale en Turquie s'articule entre différents mécanismes dont l'ensemble ne couvre pas – loin s'en faut – l'intégralité de la population turque (67,3 millions d'habitants en 2000). Quatre systèmes publics de protection sociale coexistent en Turquie (Tableau 1) : le *Memur Saglik* est destiné aux actifs de la fonction publique et leurs ayants droits directs ; l'*Emekli Sandigi* concerne les retraités de la fonction publique, ainsi que leurs ayants droits directs ; la SSK couvre les employés du secteur privés et les ouvriers du secteur public ; le *Bag-Kur* assure les artisans, les commerçants et les membres des professions libérales.

Il existe une forme d'assurance personnelle qui permet d'adhérer volontairement à la SSK. Cette adhésion est individuelle ou collective, volontaire ou obligatoire (On compte une trentaine de sociétés d'assurances privées regroupant 300 000 personnes ; elles offrent leurs services aux personnes ne disposant pas de couverture sociale et ne pouvant financièrement assumer le coût de l'adhésion. Le nombre de leurs adhérents a augmenté durant les années 1990.

Tableau 2). Individuellement, toute personne peut volontairement adhérer à la SSK en échange du versement d'une prime d'assurance. Collectivement, l'assurance est soit volontaire, soit collective. Volontaire, elle concerne des groupes exclus du bénéfice automatique de la SSK et qui négocient librement leur affiliation contre versement d'une cotisation ; obligatoire, le dispositif est identique mais les groupes choisissent de contraindre leurs membres à l'affiliation.

**Tableau 1. Les différents systèmes de protection sociale en Turquie**

SYSTEME DE PROTECTION SOCIALE	BENEFICIAIRES
<i>Memur Saglik</i>	Actifs de la fonction publique et leurs ayants droits directs
<i>Emekli Sandigi</i>	Retraités de la fonction publique et leurs ayants droits directs
SSK	Employés du secteur privé et ouvriers du secteur public
Assurance personnelle	Adhérents volontaires (individuels ou collectifs) à la SSK
<i>Bag-Kur</i>	Artisans, commerçants, professions libérales
Assurances privées	Adhérents volontaires

**Source :** Tableau réalisé par l'auteur.

On compte une trentaine de sociétés d'assurances privées regroupant 300 000 personnes ; elles offrent leurs services aux personnes ne disposant pas de couverture sociale et ne pouvant financièrement assumer le coût de l'adhésion. Le nombre de leurs adhérents a augmenté durant les années 1990.

**Tableau 2. Les différentes formes d'assurance personnelle à la SSK**

	VOLONTAIRE	OBLIGATOIRE
INDIVIDUELLE	Possibilité d'adhérer par simple demande. Versement d'une prime d'assurance.	Non
COLLECTIVE	Groupes exclus du bénéfice automatique de la SSK qui négocient des conventions types avec elle.	Pour certains groupes professionnels comme les notaires ou les avocats.

Source : Tableau réalisé par l'auteur.

**Tableau 3. Nature de la couverture par type de mécanisme**

		PRISE EN CHARGE		
		HOSPITALISATION	CONSULTATIONS	MEDICAMENTS
SYSTEME DE PROTECTION SOCIALE	<i>Memur Saglik</i>	Oui	Oui	Partielle
	<i>Emekli Sandigi</i>			
	SSK			
	Assurance personnelle			
	<i>Bag-Kur</i>			
	Assurances privées			
SANS COUVERTURE	Carte verte	Oui	Non	
	Fonds d'aide sociale	Oui	Non	
	Systèmes municipaux	Oui		

Source : Tableau réalisé par l'auteur.

La variété des systèmes de couverture sociale s'accompagne d'une grande diversité entre les systèmes quant à la qualité de cette couverture, son champ, son accessibilité et sa disponibilité (Tableau 3) ; le système le plus efficient est celui des militaires, le moins bon étant celui du *Bag-Kur* (Tavakoli et al., 2001).

Un projet de loi est en cours de discussion au parlement visant à unifier les différents systèmes de sécurité sociale et tendre vers une couverture universelle de la population.

### 1.3 Des dispositifs palliatifs pour les populations non couvertes

Ces différents mécanismes ne couvrent pas la totalité de la population turque. Sont exclus, en particulier, les agriculteurs et les pauvres urbains, dont le niveau de revenu

exclut tout recours à des assurances complémentaires privées. La réforme de la SSK, (qui couvre la moitié de la population turque), imposant une durée de cotisation minimale de 120 jours avant toute prise en charge <sup>2</sup>, a renforcé cet état de fait. Pour pallier les carences de la couverture sociale, plusieurs dispositifs ont été mis en place :

- la carte verte ;
- le fonds d'aide sociale ;
- les systèmes municipaux ;
- les fondations.

### 1.3.1 La carte verte

Depuis 1992, les citoyens démunis de toute couverture sociale peuvent solliciter l'attribution par l'Etat d'une carte verte qui couvre les frais d'hospitalisation. Les bénéficiaires doivent disposer d'un revenu inférieur à un seuil jugé proche de la pauvreté, leur part dans le revenu familial doit être équivalente à un tiers au moins du salaire minimum.

La carte verte est attribuée pour cinq ans mais les conditions d'éligibilité à son bénéfice sont vérifiées tous les ans. C'est un dispositif en principe très contrôlé, même si le respect des contributions d'attribution est variable suivant les régions. Avant d'attribuer une carte verte, l'autorité compétente sollicite différentes administrations pour vérifier l'état de nécessité du demandeur : direction des impôts (paiement de l'impôt sur le revenu), mairie (impôts locaux), police (détention du carte grise attestant de la possession d'une voiture), sécurité sociale (affiliation éventuelle).

En réalité, les avis ainsi communiqués ne sont pas toujours fondés sur des recherches adéquates par manque de moyens informatiques, de temps ou de personnel. C'est la raison pour laquelle, il n'y a pas d'hésitation à solliciter une carte verte, même indûment. Selon le ministère de la Santé lui-même, la comptabilisation des demandeurs et des titulaires de la carte verte laisse à désirer. Grossièrement, il est estimé que 14 millions de Turcs l'ont demandée et que seuls 11 à 12 millions d'entre eux l'ont obtenue ; 9 millions de titulaires sont considérés comme répondant aux critères d'attribution.

---

<sup>2</sup> Auparavant, quand une journée de travail suffisait pour être couvert, certaines entreprises n'affiliaient leurs employés uniquement qu'en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle.

La carte verte est adossée en principe à un système de médecins référents qui décide de l'éventuelle hospitalisation du patient ; en cas de décision d'hospitalisation, le titulaire de la carte verte dispose de deux jours pour se présenter à un hôpital. Bien évidemment, ce système de médecin référent ne vaut pas en cas d'urgence.

### 1.3.2 Le Fonds d'aide sociale

En l'absence de couverture sociale – même d'une carte verte – les citoyens turcs peuvent faire appel au Fonds d'aide sociale du ministère de la Santé. C'est souvent ce qui se produit dans la période d'instruction du dossier de carte verte, le règlement des frais d'hospitalisation et de médicaments est ainsi pris en charge dans l'attente de son attribution.

### 1.3.3 Les systèmes municipaux d'assistance

Le rôle des municipalités en termes de santé publique et d'environnement est consacré depuis longtemps en Turquie (Varol, 1998 <sup>3</sup>). Depuis une loi de 1963, les municipalités ont la possibilité de mettre en œuvre une politique plus volontariste d'accès aux soins en créant et en gérant des centres de soins d'urgence, des hôpitaux, des dispensaires, des centres de santé du nourrisson ou des centres d'hébergement pour personnes âgées.

Même si la fourniture de soins est un des rôles dévolus à l'Etat, les municipalités qui en ont les moyens ont développé des services de santé de premier et de second niveau. Ces actions ne sont pas nécessairement éloignées de considération politiques. Ainsi, la municipalité d'Istanbul (islamistes modérés) a fait son cheval de bataille de la prise en charge des populations exclues des soins ; son action se distingue par l'ampleur et l'ambition du projet qui s'articule autour de deux pôles :

- la réponse aux demandes spontanées ;
- une action plus volontariste en direction des populations cibles par le maillage des quartiers (voir *infra*).

---

<sup>3</sup> La traduction en Français de cette référence est annexée à ce rapport (annexe 4, page **Erreur ! Signet non défini.**).

## 1.4 Les fondations et la dimension religieuse de la santé

### 1.4.1 La dimension religieuse de la santé

Suivant les entretiens menés, la maladie n'aurait pas un caractère infamant pour les musulmans <sup>4</sup>, alors qu'elle est présentée comme une forme d'expiation des péchés ou des mauvaises actions dans d'autres croyances. Même les affirmations de groupes radicaux relient davantage la santé des croyants à une bonne hygiène de vie qu'à une récompense divine. Ainsi : « *Il est prouvé que la foi a une bonne influence sur notre santé et notre longévité. Les personnes qui pratiquent en privé ou dans une communauté sont aussi moins souvent déprimés, anxieux ou perdent moins facilement la mémoire. Les personnes religieuses vivent plus longtemps que les autres. Ceci est lié au fait qu'elles restent éloignés de la cigarette, de l'alcool et des pratiques sexuelles subversives. Quelle religion est-elle meilleure pour la santé ? Ce doit être une religion qui interdit les produits nocifs et la sexualité subversive, et qui inclut de la prière et des rites. Elle doit être pratiquée en communauté.* » <sup>5</sup>

La laïcité est une valeur en Turquie, un élément fondateur et rassembleur de la nation et du pays. A ce titre, les impératifs religieux ne sont pas ou peu pris en compte dans les hôpitaux publics.

### 1.4.2 Les fondations

Le rôle des fondations dans la prise en charge des frais de santé (entre autres domaines) remonte à l'empire ottoman, et renvoie au principe de redistribution de la richesse consubstantiel de l'Islam : aider les pauvres en redonnant une part de son bien est l'un des cinq devoirs de tout bon musulman, les mères et/ou les femmes des Sultans parrainaient déjà la distribution de vivres aux plus nécessiteux.

Aujourd'hui, de nombreuses fondations prennent en charge les frais de santé des plus nécessiteux ; certaines – à l'instar de la fondation Ayhan Sahenk (Encadré 1) – financent des véhicules de santé ambulants pour aller au devant des indigents. Elles articulent souvent leur action avec des associations locales.

---

<sup>4</sup> Cette remarque, fondée sur les entretiens menés durant la mission, vaut pour la Turquie dont la pratique religieuse ne se confond pas avec celle d'autres pays musulmans et/ou arabes.

<sup>5</sup> Voir sur : [http://www.zaferdergisi.com/print\\_makale.asp?makale=697](http://www.zaferdergisi.com/print_makale.asp?makale=697).

### **Encadré 1. L'exemple de la fondation Ayhan Sahenk**

Mme Filiz Sahenk s'est chargée de la présidence de la fondation Ayhan Sahenk après le décès de son père. Créée en 1992 et élue meilleure fondation de l'année en 2000 par la direction générale des Fondations, la Fondation Ayhan Sahenk a engagé une série d'actions appelée « *Tout pour les enfants* » de façon à prévenir la mauvaise influence des médias sur les enfants, en particulier en temps de guerre.

Filiz Sahenk a déclaré au journal : « *Notre budget 2003 sera dédié à l'éducation, la culture, l'art, la santé, le sport, et à l'environnement, ainsi qu'à l'aide sociale. Jusqu'à aujourd'hui, en matière de santé, nous avons fourni des services gratuits à plus de 180 000 citoyens, en particulier aux enfants en âge d'aller à l'école primaire, grâce à nos véhicules de santé ambulants. Notre objectif pour cette année est de toucher 210 000 personnes. Nous allons par ailleurs fournir des aides aux institutions de santé publique.* »

Filiz Sahenk a aussi affirmé que les aides traditionnelles aux familles et aux étudiants continueront et que, dans ce cadre, 1 500 familles recevront de la nourriture non-périssable et 1 000 étudiants recevront des vêtements. « *En 2003, nous allons continuer à soutenir les étudiants auxquels nous avons attribué des bourses, et à combler les besoins des écoles que nous avons fait construire puis mises sous la gestion du ministère de l'Éducation. Nous poursuivons nos efforts pour la réhabilitation des zones arides et des forêts détruites à cause de l'érosion.* »

**Source :** *Ekonomist*, 6 avril 2003.

De même, des groupes religieux possèdent des cliniques implantées dans des quartiers défavorisés, proposant des tarifs très bas en échange de services de bonne qualité – dans des locaux eux-mêmes plus que convenables. Leur action, toutefois, est limitée par l'interdiction légale de pratiquer des tarifs inférieurs à un niveau plancher défini par la loi.

Le système des fondations est à ce point développé qu'un ministère des Fondations existe, et que les autorités publiques en possèdent elles-mêmes : le ministère de la Santé finance ainsi le Fonds d'aide sociale, géré au niveau des préfectures. L'existence du ministère des Fondations atteste de la volonté des pouvoirs publics d'encadrer leur action : à la création de la Turquie moderne, Atatürk <sup>6</sup> avait lutté contre l'influence politique des fondations, et l'Etat se méfie encore d'un prosélytisme qui se camouflerait derrière l'action sociale.

---

<sup>6</sup> Mustapha Kémal, dit Atatürk, dirigeant emblématique du passage de l'empire ottoman à la Turquie moderne.