

## CHAPITRE 3. PROTECTION SOCIALE ET SYSTEME HOSPITALIER

---

1.1.1	LES FONCTIONNAIRES .....	2
1.1.2	Les affiliés à la SSK .....	4
1.1.3	Les adhérents au <i>Bag-Kur</i> .....	4
1.2	L'HOSPITALISATION EN L'ABSENCE DE COUVERTURE SOCIALE .....	4
1.3	PRISE EN CHARGE ET REPARTITION DES URGENCES : L'EXEMPLE D'ISTANBUL .....	5
1.3.1	Une « offre » diversifiée.....	5
1.3.2	Un acheminement suivant le degré d'urgence et l'affiliation sociale.....	6
1.4	UNE ORGANISATION DEFICIENTE .....	7
1.4.1	Offre de soins et protection sociale : un système social inéquitable .....	7
1.4.2	L'échec du système de référent .....	8
1.4.3	Assistance sociale et assistance médicale.....	11
1.5	UNE CONFORMITE PARTIELLE A LA CHARTE SOCIALE EUROPEENNE .....	12
1.5.1	L'Etat de santé de la population turque .....	12
1.5.2	L'article 13 : « <i>Assistance appropriée pour toute personne en état de besoin</i> ».....	13
1.5.3	L'article 11 : « <i>Elimination des causes d'une santé déficiente</i> ».....	14

---

Ce qui complique l'accès aux soins hospitaliers en Turquie est la non-concordance entre systèmes de protection sociale et types d'hôpitaux (Tableau 1) – exception faite de la SSK qui, cas unique, est à la fois assureur et fournisseur de soins. L'offre hospitalière se décompose entre privé et public ; au sein du public, elle se répartit entre Etat et SSK.

La situation des structures privées est la plus simple. Les hôpitaux privés sont accessibles à tous sous réserve de paiement direct, sauf si un accord institutionnel a été passé avec tel ou tel système d'assurance sociale et que le patient est adressé par un hôpital public relevant de ce système ; dans ce cas, un document de transfert (*Svek*) entre la structure publique et l'hôpital privé est exigé. Compte tenu du coût de l'affiliation, les compagnies d'assurances privées, quant à elle, contractent avec des structures hospitalières privées (quand elles n'en possèdent pas elles-mêmes) répondant aux standards de service qu'elles se proposent d'offrir.

S'agissant du public, l'analyse de l'accès aux soins hospitaliers suivant le type de couverture sociale est plus compliquée. Il faut distinguer deux groupes : les personnes couvertes socialement et celles qui ne bénéficient d'aucune protection sociale. Le premier groupe se subdivise en quatre sous-groupes (hors affiliation privée) : fonctionnaires actifs, retraités, membres de la SSK, du *Bag-Kur* ;

## **1.1 L'accès aux hôpitaux par type d'affiliation**

### 1.1.1 Les fonctionnaires

Les fonctionnaires actifs sont couverts par le *Memur Saglik*, les fonctionnaires retraités par l'*Emekli Sandigi* ; les ayants droits directs des fonctionnaires bénéficient de la même protection qu'eux. Les fonctionnaires – actifs et retraités – ont un accès direct aux hôpitaux du ministère de la Santé et aux hôpitaux universitaires. Les médicaments qui leurs sont prescrits sont totalement pris en charge pour les personnes atteintes d'une maladie chronique, et partiellement pour les autres (20 % à acquitter pour les actifs, 10 % pour les retraités) ; les hôpitaux du ministère de la Santé ne disposant pas de pharmacie centrale, ils doivent toutefois aller les acheter dans les nombreuses officines bordant ces établissements.

Les hôpitaux des ministères sont réservés à leurs personnels, un accès est possible aux fonctionnaires sous réserve de place disponible. Les hôpitaux de la SSK leur sont également accessibles mais peu d'entre eux choisissent de s'y rendre : ces hôpitaux sont surchargés et réputés de moindre qualité que les hôpitaux d'Etat.

**Tableau 1. Accès aux hôpitaux tures par type de couverture sociale**

		TYPES D'HOPITAUX				
		ETAT			SSK	PRIVES
		Ministère de la Santé	Ministères	Universitaires		
<b>SYSTEMES DE COUVERTURE SOCIALE</b>	<b>Memur Saglik</b> (fonctionnaires et leurs ayants droits directs)	Accès direct. Pas d'avance de paiement. Médicaments pris en charge :	Accès réservé aux membres du ministère. Accès exceptionnel en cas de place disponible.	Accès direct	Accès possible mais non choisi (hôpitaux surchargés et réputés de moindre qualité).	Accès contre paiement sauf si un accord institutionnel est passé ; dans ce cas, un document de transfert ( <i>Svek</i> ) est exigé.
	<b>Emekli Sandigi</b> (fonctionnaires retraités et leurs ayants droits directs)	- 20 % à régler pour les personnes en activité ; - 10 % pour les retraités ; - rien à payer en cas de maladie chronique	Accès exceptionnel en cas de place disponible.	En théorie, un document de transfert ( <i>Svek</i> ) est exigé. En pratique, accès direct.		Accès contre paiement.
	<b>SSK</b> (employés du secteur privé et ouvriers du secteur public)	Accès possible sous condition : - absence de structure de soins SSK ; - actes ou consultations chirurgicaux spécialisés.	Accord institutionnel nécessaire. Un document de transfert ( <i>Svek</i> ) est exigé. Actes ou consultations chirurgicaux spécialisés.		Accès direct. Pas d'avance de paiement. Médicaments pris en charge : - 20 % à régler pour les personnes en activité ; - 10 % pour les retraités ; - rien à payer en cas de maladie chronique	Des accords existent avec certains hôpitaux pour des actes de chirurgie ou des examens complémentaires sophistiqués ; dans ce cas, un document de transfert ( <i>Svek</i> ) est exigé.
	<b>Bag-Kur</b> (commerçants, artisans, professions libérales)	Accès direct			Accès possible à condition d'avancer les frais de prise en charge.	Accès contre paiement sauf si un accord institutionnel est passé ; dans ce cas, un document de transfert ( <i>Svek</i> ) est exigé.
	<b>Assurances privées</b> (certaines banques et compagnies d'assurance)	Compte tenu du coût de l'affiliation, les compagnies d'assurance privées passent des accords avec des hôpitaux privés (quand elles n'en possèdent pas elles-mêmes) répondant aux standards du service qu'elles se proposent d'offrir.				
<b>PERSONNES COUVERTES</b>	<b>Carte verte</b>	Oui	Non	Possibilité théorique d'accès avec un document de transfert ( <i>Svek</i> ).	Non	Non
	<b>Fonds d'aide sociale</b>					
	<b>Municipalités (notamment Istanbul)</b>					

Source : Tableau réalisé par l'auteur sur la base des entretiens conduits.

### 1.1.2 Les affiliés à la SSK

Les affiliés à la SSK sont les employés du secteur privé ainsi que les ouvriers du secteur public. Ils ont un accès direct aux hôpitaux de la SSK, aucune avance de paiement est exigée. Comme pour les fonctionnaires, les médicaments sont totalement pris en charge pour les personnes atteintes d'une maladie chronique, et partiellement pour les autres (20 % à acquitter pour les actifs, 10 % pour les retraités).

Les affiliés à la SSK peuvent accéder aux hôpitaux d'Etat sous condition. Pour les hôpitaux du ministère de la Santé, il faut qu'il n'y ait pas de structure de la SSK et/ou que des consultations ou des actes chirurgicaux soient prescrits ; pour les hôpitaux universitaires ou des ministères, des consultations ou des actes chirurgicaux requis sont suffisants. Dans tous les cas, un accord institutionnel est nécessaire, un *Svek* est exigé pour les hôpitaux universitaires et les hôpitaux des ministères.

### 1.1.3 Les adhérents au *Bag-Kur*

Ils bénéficient d'un accès direct aux hôpitaux du ministère de la Santé et des ministères, aux mêmes conditions que les fonctionnaires. L'accès aux hôpitaux universitaires est possible à condition d'avancer les frais de prise en charge, mais pas en premier niveau de soins. Comme pour les fonctionnaires, l'accès aux hôpitaux de la SSK est possible mais rarement choisi pour les mêmes raisons.

## **1.2 L'hospitalisation en l'absence de couverture sociale**

Les personnes dépourvues de couverture sociale n'ont accès qu'aux hôpitaux du ministère de la Santé en niveau primaire de soin – sauf en cas d'urgence (voir *infra*) ; ils peuvent être adressés ultérieurement aux hôpitaux universitaires qui n'acceptent pas les patients titulaires de la carte verte en premier niveau de soin. La carte verte ne couvre que les frais liés à l'hospitalisation : les dépenses de médicaments ne sont pas prises en charge, ni les consultations externes.

Les hôpitaux se font rembourser avec retard, et partiellement, les avances de frais ainsi engagées. Parfois, ils ne sont pas défrayés du tout : soit les patients fuient avant

la fin de leur hospitalisation <sup>1</sup>, soit – le principe du chèque étant peu usité en Turquie – c’est la reconnaissance de dette (*Senet*) qui fait office de mode de règlement. Or les sanctions pour non acquittement d’une reconnaissance de dette sont très faibles et peu dissuasives. Il est donc tentant de faire défaut, à tel point que la non-couverture sociale relève parfois de la volonté de ne pas payer de cotisations, les personnes faisant ce choix préférant délivrer des *Senet* qu’elles savent ne pas honorer au bout du compte. Ces patients arrivent très souvent à l’hôpital par les services d’urgence ; ils sont tentés de demander le bénéfice de la carte verte (voir *infra*) sans répondre aux conditions d’obtention. Rappelons que seuls 9 millions sur les 12 millions de titulaires de la carte verte sont considérés comme répondant aux critères d’attribution.

Dans l’attente de l’obtention de la carte verte et/ou pour prendre en charge les frais de médicaments ou de consultations externes, les patients non solvables et les indigents, ont la possibilité de solliciter le Fonds d’aide sociale ou bien des fondations (privées, confessionnelles..). La difficulté vient de ce que ce fonds ne prend pas en charge la totalité du prix de tous les actes médicaux, certains ne sont couverts qu’à 50 %. De plus, on ne peut y recourir qu’une seule fois.

Les personnes les plus nécessiteuses intégrées dans les systèmes municipaux de santé publique suivent le même cheminement que les titulaires de la carte verte ; la différence avec ces derniers est que l’ensemble des frais de santé – consultations, hospitalisation, médicaments – sont pris en charge par la municipalité qui les aide.

### **1.3 Prise en charge et répartition des urgences : l’exemple d’Istanbul**

#### 1.3.1 Une « offre » diversifiée

A ce fractionnement des structures hospitalières et des modes de couverture sociale, se superpose la multiplicité de l’offre des services d’urgence. Le 112 – l’équivalent du SAMU – est le plus important et le plus connu. Rattaché au ministère de la Santé, il est toutefois complété par les services d’urgence des hôpitaux privés, des sociétés d’ambulance privées, et ceux de certaines municipalités – notamment celle d’Istanbul.

---

<sup>1</sup> Dans les hôpitaux privés, le service d’hospitalisation est tenu financièrement responsable de l’éventuel défaut de paiement d’un patient, par le biais d’une imputation négative sur son budget.

A Istanbul, les trois systèmes d'urgence mobile disposent des moyens suivants :

- le 112 gère 26 ambulances stationnées dans 23 sites ;
- le service d'urgence de la municipalité du grand Istanbul dispose de 16 ambulances le jour et 8 la nuit ;
- plusieurs entreprises et cliniques privées proposent des services indépendants d'ambulance (annexe 4)

Les assurances privées communiquent à leurs adhérents le numéro de téléphone de centres d'appel qui peuvent, en cas de besoin, leur envoyer une équipe mobile d'urgence qui les conduira vers l'hôpital ou la chaîne d'hôpital dont ils dépendent. De même, des sociétés privées d'ambulance proposent de conduire les patients qui les appellent vers le type d'hôpital qu'ils souhaitent rejoindre ; la population n'étant pas toujours au courant que le service public d'appel en urgence est gratuit, il lui apparaît parfois comme équivalent de recourir au système public ou aux sociétés privées.

Le système public d'appel en urgence est le 112. C'est l'équivalent du SAMU français : un médecin trieur réceptionne les appels et décide de l'opportunité de l'envoi d'une équipe mobile d'intervention qui, sur place, établit un diagnostic et décide à son tour de l'hôpital où acheminer le patient suivant le degré d'urgence et/ou l'affiliation sociale du patient <sup>2</sup>.

### 1.3.2 Un acheminement suivant le degré d'urgence et l'affiliation sociale

Il faut distinguer les urgences vitales de celles qui ne le sont pas. En cas d'urgence vitale, c'est l'exigence du soin immédiat qui doit faire foi : le médecin qui accompagne le patient dirige l'unité mobile vers le centre hospitalier le plus proche – quelle que soit l'affiliation du patient.

Les cas d'urgences moins absolues sont plus complexes. A l'instar de ce qui se pratique ailleurs, l'équipe mobile d'intervention décide de l'hôpital d'accueil en fonction de la pathologie du patient, tous les hôpitaux ne disposant pas de spécialités identiques ni du même plateau technique. De plus, en Turquie, les équipes du 112 ont tendance à ne pas prévenir trop tôt de leur arrivée pour ne pas se voir opposer un refus d'accueil au motif d'une saturation de l'hôpital. Les scandales liés aux refus de

---

<sup>2</sup> Pour une information plus complète sur les services d'urgence en Turquie, voir Ozsahin (1998), traduit en Français en annexe 5, page **Erreur ! Signet non défini..**

malades, relayés par les médias, dissuadent désormais les hôpitaux d'afficher une réticence ouverte à la prise en charge de malades en urgence. Les hôpitaux privés eux-mêmes se sont engagés à prendre en charge 5 % de l'acheminement des services publics d'urgences.

Surtout, le patient doit être interrogé quant à son affiliation sociale. S'il n'est pas couvert socialement, ce sont les hôpitaux du ministère de la Santé, disposant d'un service d'accueil des urgences, qui sont sollicités pour le prendre en charge. S'il dispose d'une couverture sociale, l'équipe mobile d'urgence le dirigera vers un hôpital compatible avec son affiliation : un militaire est acheminé prioritairement en direction d'un hôpital du ministère de la défense ; un employé vers un hôpital SSK, un commerçant ou un fonctionnaire vers un hôpital du ministère de la Santé, etc.

## **1.4 Une organisation déficiente**

### **1.4.1 Offre de soins et protection sociale : un système social inéquitable**

Il existe non seulement une inégalité de situation entre les personnes couvertes socialement (70 % de la population) et celles qui ne le sont pas, mais aussi entre les populations qui disposent d'une protection sociale. Les mécanismes de couverture sociale ne sont pas équivalents – tant en ce qui concerne le champ des prestations couvertes que les modalités de prise en charge et/ou de remboursement. Les agents publics – actifs ou retraités – forment le groupe le plus favorisé en terme de gratuité et d'accès aux soins ; à l'inverse, les artisans, les commerçants et les membres de professions libérales (couverts par le *Bag-Kur*) doivent avancer leurs frais médicaux, qui ne leur sont remboursés que partiellement et après un délai d'attente important. 33 % des assurés sociaux sont couverts par la SSK ; 17 % par le *Bag-Kur* et 18 % par l'*Emekli Sandigi*.

Environ 17 % de la population n'ont pas de couverture sociale et 23 % sont sans couverture médicale. Les statistiques disponibles sont peu précises : rappelons que, selon le ministère de la Santé, on compterait 14 millions de demandeurs de la carte verte et seulement 11 à 12 millions d'utilisateurs. Les personnes les plus pauvres ont un accès des plus limités à l'offre de santé de base et, quand c'est le cas, bénéficient de soins de moindre qualité.

Les différences qui existent dans la qualité, l'équipement, l'expertise des différents réseaux d'hôpitaux fait écho à l'étendue de la couverture sociale offerte par les différents systèmes ; une part importante de la population ne bénéficie pas d'une couverture sociale. Les hôpitaux ne sont pas tous de la même qualité, pas tant s'agissant du niveau de qualification des personnels que des dotations d'exploitation, d'équipements et, surtout, du niveau de fréquentation. Les établissements de la SSK sont réputés les moins bons, ils sont moins bien dotés et leur offre est sous-dimensionnée par rapport au nombre d'affiliés – et donc d'utilisateurs potentiels. Les hôpitaux des ministères (défense, police...) et les hôpitaux universitaires sont les plus réputés au sein du service public.

La distribution géographique de l'offre de soins est déséquilibrée. Les hôpitaux sont concentrés dans les zones urbaines, alors que les zones rurales sont surtout dotées de dispensaires, dont le niveau de soins ne peut se comparer à celui des centres hospitaliers. Au sein des zones urbaines elles-mêmes, l'implantation territoriale des structures de soins ne répond pas à une planification de l'offre. A Istanbul, par exemple, les établissements cardiologiques sont rassemblés sur la rive asiatique, les hôpitaux de la SSK se regroupent dans la zone européenne. Il en est également ainsi de la distribution des médecins sur le territoire : l'un des objectifs – non atteint – de la loi de nationalisation de 1960/1961 était d'arriver à l'uniformiser. L'explication vient du nombre insuffisant de praticiens et du manque d'attractivité, en termes de rémunération et de niveau de vie, des régions insuffisamment dotées.

#### 1.4.2 L'échec du système de référent

L'hôpital se situe, en principe, au niveau secondaire de l'accès au soin. Le premier niveau est constitué par les dispensaires, notamment ceux du ministère de la santé (Tableau 2). La règle voudrait que les patients soient adressés aux second et troisième niveaux de soins par les acteurs du niveau primaire.

**Tableau 2. Les trois niveaux de soins en Turquie**

Niveau primaire de soins et prévention		Niveau secondaire de soin	Niveau tertiaire
Dispensaires	Médecins de famille	Hôpitaux publics et privés dédiés	Hôpitaux mis en concurrence
Politiques de santé, protection sanitaire		Soins curatifs	Réadaptation

Source : Tableau réalisé par l'auteur.

Pourtant, en dépit du système de médecin référent ainsi instauré, les Turcs demeurent réticents à suivre la filière de soin et utilisent les consultations externes des hôpitaux comme niveau primaire de soin. Selon une étude du ministère de la Santé datée de 1995, 48,7 % des usagers préféraient utiliser l'hôpital comme premier niveau d'accès aux soins ; dans les zones urbaines ce taux monte à 57,6 %. Dans les zones rurales, 41,5 % des personnes vont en premier dans un dispensaire, contre 14,1 % dans les villes.

Ces chiffres doivent être interprétés à la lumière de la distribution des structures hospitalières sur le territoire de la Turquie : la majeure partie des centres hospitaliers est localisée dans les zones urbaines, alors que les dispensaires sont principalement implantés dans les zones rurales. La notion de « choix » est ici à relativiser. Le nombre de médecin par habitant diminue en allant vers l'Est et lorsque l'on s'éloigne des grandes villes. L'utilisation des services de santé par la population est plus importante en zone urbaine ; les personnes diplômées d'université ou ayant un revenu élevé vont plus souvent chez le médecin que les autres.

Au travail, ainsi que dans les situations d'urgence à la maison, le premier choix est l'hôpital public (38,8%) ; il en est également ainsi dans les « situations générales » (22%). Le choix dépend aussi de la gravité de la situation : dans les situations de moyenne gravité, les centres de santé sont privilégiés, alors que dans le médecin spécialiste est consulté dans les cas graves. Pour les maladies chroniques, les patients privilégient l'accès primaire aux hôpitaux de la SSK et à ceux du ministère de la santé.

Il y a deux raisons principales à la transgression du système mis en place :

- les consommateurs de soins ne sont pas intéressés par un système de bonus/malus selon le respect ou le non-respect des règles en vigueur ;
- la prévention à l'égard de la médiocre qualité supposée du premier niveau de soin : les soins fournis et les équipements des hôpitaux des grandes villes sont d'un niveau plus élevé que ceux dispensés par les dispensaires des régions rurales ou éloignées du pays.

Le ministère a également détaillé les déterminants du choix de la structure pour l'entrée dans le système de soin (Tableau 3) ; on s'aperçoit que parmi les trois premiers déterminants dans le choix de la structure de niveau primaire de soin figurent :

- la confiance ;
- le prix moins élevé ;
- l'ajustement au système de couverture sociale ;
- la facilité de l'accès ;
- la connaissance du personnel et/ou les bonnes relations entretenues avec les soignants ;
- l'absence d'autre alternative.

**Tableau 3. Les trois premiers déterminants dans le choix de la structure de niveau primaire de soin**

	DISPENSAIRES	FOYERS MERE/ENFANT	MEDECIN LIBERAL DE VILLE	HOPITAUX			
				MINISTERE DE LA SANTE	SSK	UNIVERSITAIRES	AUTRES
<b>1</b>	Bas prix (28,3 %)	Bas prix (23,3 %)	Confiance (36,3 %)	Sécu. sociale (22,8 %)	Sécu. sociale (59,4 %)	Confiance (36,9 %)	Sécu. sociale (26,8 %)
<b>2</b>	Accès facile (23,9 %)	Accès facile (20,0 %)	Connaissance du personnel (12,6 %)	Pas d'autre alternative (17,6 %)	Bas prix (8,3 %)	Sécu. sociale (13,8 %)	Confiance (21,4 %)
<b>3</b>	Pas d'autre alternative (15,2 %)	Confiance (16,7 %)	Bonnes relations (11,4 %)	Bas prix (16,3 %)	Confiance (8,0 %)	Bonnes relations (10,8 %)	Accès facile (12,5 %)

**Lecture** : 28,3 % des personnes qui ont choisi de se faire soigner dans un dispensaire l'ont fait parce que le coût des soins y était moins élevé qu'ailleurs.

**Source** : Ministère turc de la Santé, enquête réalisée en 1992 auprès de 27 408 personnes (6 600 foyers), disponible sur [www.saglik.gov.tr](http://www.saglik.gov.tr).

En choix n° 1, viennent le niveau des prix (dispensaires et foyers mère/enfants), la confiance (médecin de ville et hôpitaux universitaire) et l'ajustement entre couverture sociale et système hospitalier (hôpitaux du ministère de la Santé et hôpitaux SSK). Les Turcs déterminent leur choix de structure de soin primaire sur la base d'une contrainte financière : les dispensaires et les foyers mère/enfant – peu réputés et peu équipés – sont plébiscités sur ce thème ; c'est le même motif qui conduit aux hôpitaux du ministère de la Santé et de la SSK : l'ajustement entre couverture sociale et système hospitalier évite l'avance de frais (hospitalisation et/ou médicaments).

S'agissant des types de structures (Tableau 4), on peut noter que le choix est plutôt contraint pour cinq structures sur sept. Mis à part la confiance accordée en 3<sup>e</sup> choix aux foyers mère/enfant et aux hôpitaux SSK, ainsi qu'en 2<sup>e</sup> choix aux autres hôpitaux, le reste des déterminants d'accès primaire au soin ne sont pas volontariste : « bas prix », « accès facile », « pas d'autre alternative », « ajustement entre couverture sociale et système hospitalier ». A l'inverse, pour les médecins libéraux et les hôpitaux universitaires, les déterminants sont plus volontaristes – « confiance »,

« connaissance du personnel/bonnes relations » – à l'exception de l'ajustement entre couverture sociale et système hospitalier qui vient en 2<sup>e</sup> choix pour les hôpitaux universitaires.

**Tableau 4. Type de choix par structure hospitalière**

CHOIX	STRUCTURE	DETERMINANT
<b>PLUTOT CONTRAIINT</b>	Dispensaires	1. bas prix 2. accès facile 3. pas d'autre alternative
	Foyers mère/enfant	1. bas prix 2. accès facile 3. <i>confiance</i>
	Hôpitaux du ministère de la Santé	1. ajustement entre couverture sociale et 2. système hospitalier 3. pas d'autre alternative
	Hôpitaux SSK	1. ajustement entre couverture sociale et système hospitalier 2. bas prix 3. <i>confiance</i>
	Autres hôpitaux	1. ajustement entre couverture sociale et système hospitalier 2. <i>confiance</i> 3. accès facile
<b>PLUTOT VOLONTARISTE</b>	Médecin libéral de ville	1. <i>confiance</i> 2. connaissance du personnel/bonnes relations
	Hôpitaux universitaires	1. <i>confiance</i> 2. ajustement entre couverture sociale et système hospitalier 3. bonnes relations

Source : Tableau réalisé par l'auteur à partir de [www.saglik.gov.tr](http://www.saglik.gov.tr).

### 1.4.3 Assistance sociale et assistance médicale

Il convient de distinguer deux formes d'aide aux plus nécessiteux – l'assistance sociale et l'assistance médicale – quand bien même les deux contribuent à pallier les carences des mécanismes de couverture sociale. L'assistance sociale est dispensée par plusieurs organismes, elle couvre un large champ de prestations (tableau 4).

**Tableau 5. L'assistance sociale en Turquie**

STRUCTURE DISPENSATRICE	PRESTATIONS
<b>Direction des services sociaux et de la protection de l'enfance</b>	Prestations relatives à l'intitulé de la direction
<b>Direction générale des Fondations</b>	Repas gratuits, soins médicaux gratuits, hébergement de personnes dans le besoin
<b>Loi 2022/76 sur les personnes de plus de 65 ans dans le besoin</b>	Rente mensuelle de 30 €
<b>Fonds d'assistance sociale et de solidarité</b>	Prise en charge relais des frais d'hospitalisation en attendant l'attribution de la carte

Source : Tableau réalisé par l'auteur à partir de [www.esc.coe.int](http://www.esc.coe.int).

A droit à l'assistance sociale toute personne se trouvant dans la ou les situations suivantes :

- absence de couverture par l'un des régimes de sécurité sociale existants ;
- non-prise en charge par les services sociaux ;
- absence de revenus ;
- absence de pension alimentaire ;
- absence de patrimoine ou de revenus de patrimoine ;
- incapacité à subvenir à ses besoins pour cause de handicap, de cécité ou de chômage ;
- statut d'orphelin indigent et statut d'orphelin de père et de mère.

Quant à l'assistance médicale, elle est constituée principalement de la carte verte, éventuellement complétée par une assistance médicale pour ceux qui ne la possèdent pas – les dépenses afférentes à cette dernière forme de couverture se montant à 337 000 € (2,2 millions de francs).

## **1.5 Une conformité partielle à la Charte sociale européenne**

### **1.5.1 L'Etat de santé de la population turque**

Pour l'OCDE (1999), les résultats de la Turquie en termes de santé sont inférieurs à ceux de pays au niveau de revenu comparable. Les autorités turques le reconnaissent elles-mêmes : devant le Comité gouvernemental de la Charte sociale européenne le délégué turc a indiqué que son gouvernement, conscient de la nécessité d'améliorer l'état de santé de la population turque, a arrêté plusieurs objectifs dans son 8<sup>e</sup> plan de développement quinquennal (2001-2005). Selon le rapport du Comité <sup>3</sup> : *« Il entend ainsi réduire le taux de mortalité infantile à 15 décès pour 1 000 naissances vivantes et combler les disparités régionales en la matière, diminuer de moitié le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans qui est actuellement de 52,1 pour 1 000, prendre des mesures pour faire disparaître des maladies comme la malaria, la tuberculose et l'hépatite, et combattre le tabagisme, l'alcoolisme et la toxicomanie, en particulier chez les jeunes. »*

---

<sup>3</sup> Disponible sur [www.esc.coe.int](http://www.esc.coe.int).

Outre la poursuite de la privatisation du secteur hospitalier, il a ainsi été décidé dans le 8<sup>e</sup> plan de développement quinquennal de :

« - réorganiser le ministère de la Santé et de redéfinir ses fonctions ;

- prévoir les aménagements nécessaires pour intégrer l'institution du médecin généraliste dans les soins de santé primaires (services de protection sanitaire ;

- doter tous les hôpitaux publics d'un statut autonome afin de leur permettre de concurrencer les services de santé privés ;

- étudier, d'ici la fin de la période visée par le Plan, la possibilité d'instaurer une couverture maladie universelle ;

- donner également aux services de santé secondaires et tertiaires (soins curatifs et réadaptation) une structure autonome ;

- réunir en une seule instance tous les organismes de sécurité sociale et unifier les diverses prestations servies dans le cadre de l'assurance maladie. »

De l'aveu même des autorités turques, les causes de la santé déficiente de la population – notamment en comparaison de pays à niveau de revenu comparable – se trouvent en grande partie dans l'organisation de la protection sociale et de l'offre hospitalière.

#### 1.5.2 L'article 13 : « Assistance appropriée pour toute personne en état de besoin »

Le Comité européen des droits sociaux considère que la situation de la Turquie n'est pas conforme à l'alinéa 1 (« Assistance appropriée pour toute personne en état de besoin ») de l'article 13 (« Droit à l'assistance sociale et médicale ») de la Charte sociale européenne <sup>4</sup> pour les raisons suivantes :

« - il n'existe pas de droit individuel à l'assistance sociale pour toutes les personnes qui en ont besoin ;

- il n'existe pas de droit individuel à l'assistance médicale étant donné que :

☞ la nationalité constitue, dans certains cas, une condition requise pour bénéficier de l'assistance médicale, alors que la Convention européenne d'assistance

---

<sup>4</sup> Le Comité européen des Droits sociaux a pour mission de déterminer si les législations et pratiques nationales sont conformes à la Charte sociale européenne, ses décisions sont appelées « conclusions ». Adoptée en 1961, et révisée en 1996, la Charte sociale européenne est un traité du Conseil de l'Europe qui garantit les droits sociaux et économiques de l'homme ; elle est le complément naturel de la Convention européenne des droits de l'homme qui garantit les droits civils et politiques.

*sociale et médicale, entrée en vigueur en 1977, prévoit de fournir une assistance médicale aux ressortissants des autres Etats parties à cette convention ;*

*☞ les personnes en état de besoin qui auraient droit à une carte verte mais ne la possèdent pas en pratique, ne pouvant pas ainsi bénéficier de l'assistance médicale. »<sup>5</sup>*

### 1.5.3 L'article 11 : « Elimination des causes d'une santé déficiente »

De même, en 2001, le Comité européen des droits sociaux a adopté une conclusion négative en ce qui concerne l'article 11 de la Charte (« *Elimination des causes d'une santé déficiente* ») en raison de : « *L'insuffisance manifeste du budget consacré à la santé ainsi que l'insuffisance des équipements et personnels de santé, ne permettent pas d'assurer à la population – en particulier les enfants – l'accès à la santé dans tout le pays. »*

---

<sup>5</sup> Conclusions XVI-1, 2002, du Comité européen des droits sociaux. Disponible sur [http://www.coe.int/T/F/Droits\\_de\\_l'Homme/Cse/](http://www.coe.int/T/F/Droits_de_l'Homme/Cse/).