



International
Labour
Organization



UNHCR
The UN Refugee Agency



Manuel sur la protection sociale en santé pour les réfugiés

Approches, enseignements et outils pratiques pour évaluer les options de couverture

Les publications du Bureau international du Travail et du Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés jouissent de la protection du droit d'auteur en vertu du protocole n° 2, annexé à la Convention universelle pour la protection du droit d'auteur. Toutefois, de courts passages pourront être reproduits sans autorisation, à la condition que leur source soit dûment mentionnée. Toute demande d'autorisation de reproduction ou de traduction devra être adressée au Bureau des publications (Droits et licences), Bureau international du Travail, CH-1211 Genève 22, Suisse, ou par courriel: rights@ilo.org. Ces demandes seront toujours les bienvenues.

Les bibliothèques, les institutions et autres usagers enregistrés par des organismes de droits de reproduction peuvent faire des photocopies de ces publications conformément aux licences qui leur ont été attribuées à cet effet. Visitez le site www.ifrro.org afin de trouver l'organisme responsable de la gestion des droits de reproduction dans votre pays.

ISBN OIT: 9789220328163 (PDF en ligne)
9789220331378 (imprimé)

Les désignations utilisées dans les publications de l'OIT et du HCR, qui sont conformes à la pratique des Nations Unies, et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du Bureau international du Travail ou du Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés aucune prise de position quant au statut juridique de tel ou tel pays, zone ou territoire, ou de ses autorités, ni quant au tracé de ses frontières.

La responsabilité des opinions exprimées dans les articles, études et autres contributions signés incombe exclusivement à leurs auteurs, et leur publication ne constitue pas, de la part du Bureau international du Travail ou du Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, une approbation de ces opinions.

La mention ou la non-mention de telle ou telle entreprise ou de tel ou tel produit ou procédé commercial n'implique de la part du Bureau international du Travail ou du Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés aucune appréciation favorable ou défavorable.

Pour plus d'information sur les publications et produits numériques du Bureau international du Travail, consultez notre site Web: www.ilo.org/publns

Table des matières

Remerciements	iv
Acronymes	v
Contexte et objectif du manuel	1
Grands principes et définitions	4
Introduction: Une approche par étape de l'évaluation et de la sélection d'options de couverture de la santé des réfugiés	10
Étape 1: Identification des mécanismes de couverture disponibles dans le pays	11
1.1 Mécanismes de financement du coût des soins de santé et leur adaptation à une couverture étendue	11
1.2 Inventaire des différents mécanismes de financement et de couverture disponibles dans le pays	17
Étape 2: Analyse de la couverture sanitaire actuelle des réfugiés et identification des lacunes	19
2.1 Comment analyser la couverture actuelle des réfugiés et identifier les lacunes de couverture	20
2.2 Statut professionnel et capacité contributive des réfugiés	22
Étape 3: Evaluation des options disponibles pour l'inclusion des réfugiés	25
3.1 Contextes nationaux typiques	26
3.2 Analyse des coûts détaillés et de la couverture	29
3.3. Assurer l'équité et encourager la participation	32
Step 4: Plaidoyer auprès des autorités nationales	33
Step 5: Préparation de la mise en œuvre	36
5.1 Planification de l'inclusion	36
5.1.1 Planification stratégique	36
5.1.2 Planification pratique	38
5.1.3 Implications budgétaires du passage à un régime de protection sociale en santé	39
5.1.4 Implications pour le suivi	42
5.1.5 Implications pour le suivi de la couverture à l'échelle nationale	43
Annexe 1: Outils et modèles pratiques	44
Annexe 2: Exemples de pays	48
Glossaire	52

Remerciements

Le présent manuel a été développé conjointement par le Haut-Commissariat pour les réfugiés de l'ONU (HCR) et l'Organisation internationale du Travail (OIT), et il est le fruit du mandat, de l'expérience et de l'expertise combinés de ces deux organisations. Il vise à aider le personnel du HCR et de l'OIT à évaluer les solutions disponibles pour inclure les réfugiés dans les systèmes nationaux de protection sociale en santé, étayer la sélection d'une option durable et planifier sa mise en œuvre.

Ce manuel a été élaboré dans le cadre du programme de partenariat *Improving Prospects for Host Communities and Forcibly Displaced Persons* (PROSPECTS - Améliorer les perspectives des communautés hôtes et des personnes déplacées de force), financé par le gouvernement des Pays-Bas. Ce partenariat réunit la Société financière internationale (SFI), l'OIT, le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR), le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et la Banque mondiale. Les partenaires du programme PROSPECTS cherchent à transcender les processus humanitaires et de développement au moyen des systèmes de protection sociale pour apporter un appui prévisible et durable aux populations déplacées de force et aux communautés hôtes, au-delà de la visée à court terme de l'assistance humanitaire internationale. L'intégration des réfugiés dans les systèmes nationaux de protection sociale en santé peut s'avérer une solution économique et durable pour sortir de l'assistance humanitaire, en particulier dans les situations prolongées. De manière générale, l'approche de renforcement des systèmes de protection sociale profite aussi bien aux réfugiés qu'aux communautés hôtes. En effet, des systèmes de sécurité sociale solides se révèlent de robustes facteurs de stabilisation économique et sociale à l'échelle nationale et régionale.

Ce document rend compte des approches, des réussites, des éventuels écueils et des enseignements tirés concernant l'extension de la couverture de protection sociale en santé aux réfugiés. Il vise à fournir au personnel en charge de la santé publique, de la protection sociale et de la programmation, ainsi qu'aux responsables des opérations nationales, des éléments importants à prendre en compte lors de l'étude des solutions d'inclusion des réfugiés dans les systèmes nationaux de protection sociale en santé.

Le manuel a été préparé par Olivier Louis dit Guérin, Heiko Hering, Shana Hoehler, Lou Tessier et Michael Woodman, qui ont bénéficié de la contribution de nombreux collègues du siège et des bureaux de terrain de l'OIT et du HCR, notamment James Canonge, Samia Kazi Aoul, Maya Stern Plaza et Clara Van Panhuys.

Acronymes

CBHI	Assurance santé à base communautaire
CEACR	Commission d'experts pour l'application des conventions et recommandations
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CRRF	Cadre d'action global pour les réfugiés
HCR	Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
ISPA	Initiative d'évaluations inter-agences de la protection sociale
NHIF	Fonds national d'assurance santé
ODD	Objectifs de développement durable
OIT	Organisation internationale du Travail
ONG	Organisation non gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
PAM	Programme alimentaire mondial
RAMA	Rwandaise d'Assurance Maladie
RMHF	Fonds commun de placement régional
RSSB	Office Rwandais de Sécurité Sociale
SPPOT	Options politiques en matière de protection sociale
TVA	Taxe sur la valeur ajoutée
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance

Contexte et objectif du manuel

Ce manuel a pour objectif de guider le personnel du HCR en charge des programmes et de la santé publique et le personnel de l'OIT en charge de la protection sociale à l'échelle nationale sur les facteurs à prendre en compte et les étapes pratiques à adopter, afin d'évaluer les solutions disponibles d'inclusion des réfugiés dans les régimes nationaux de protection sociale en santé.

Ce manuel part d'un ensemble croissant de données qui soulignent l'importance de la protection sociale en santé et de la couverture sanitaire universelle pour l'amélioration de l'état de santé de tous et la contribution aux Objectifs de développement durable (ODD), en particulier les cibles des ODD 1, 3 et 8 qui portent sur la réduction de la mortalité et de la morbidité à tout âge, la diminution de la pauvreté, de la faim et de la malnutrition, et l'amélioration des moyens de subsistance. La protection sociale en santé est l'un des outils disponibles dans le cadre d'une plateforme plus large de santé et de protection sociale afin d'améliorer la santé et la situation socio-économique des réfugiés.

Le HCR a fait des régimes de protection sociale en santé l'une des solutions pour améliorer l'accès aux services de santé, une stratégie mise en œuvre dans plusieurs pays avec plus ou moins de réussite. L'OIT et le HCR collaborent à l'extension de la protection sociale en santé aux réfugiés depuis 2014.

Le 1er juillet 2016, l'OIT et le HCR ont signé un nouveau protocole d'accord afin d'ouvrir une phase de collaboration renforcée entre les deux organisations dans huit domaines prioritaires communs, dont l'extension de la protection sociale. L'accord vise notamment à trouver des solutions à long terme pour les réfugiés et les autres personnes déplacées en raison de conflits et de persécutions.

Certains exemples présentés dans le manuel sont tirés d'évaluations et d'interventions d'assistance technique conjointes assurées par l'OIT et le HCR depuis 2014. Ces interventions se sont concentrées sur des pays d'Afrique occidentale et centrale.

La situation de l'accès des réfugiés à la santé varie grandement d'un pays à l'autre, mais globalement, le HCR et ses partenaires humanitaires ont fait face à des difficultés pour couvrir les besoins sanitaires des réfugiés, en particulier la nécessité de maintenir des financements humanitaires importants pendant des périodes prolongées et celle d'éviter l'apparition ou le maintien de systèmes de santé parallèles non viables destinés aux réfugiés.

Le HCR plaide pour un accès similaire aux services de santé pour les réfugiés et pour les nationaux, afin que les réfugiés bénéficient d'une égalité de traitement conforme aux instruments internationaux en matière de droits humains, qui s'inscrivent également dans les normes de l'OIT sur la protection sociale. Par conséquent, lorsque la protection de la santé est limitée pour les nationaux, c'est souvent aussi le cas pour les réfugiés.

Il est donc primordial de chercher des approches durables pour assurer l'accès des réfugiés aux soins de santé, conformément au Pacte mondial sur les réfugiés et aux efforts nationaux d'extension de la protection sociale. L'inclusion des réfugiés dans les régimes de protection sociale en santé s'insère dans la question plus large de l'extension de la

protection sociale à l'économie informelle, qui nécessite des stratégies d'intégration progressive, qui doivent être alignées étroitement sur des programmes ciblant l'intégration économique.

Lorsque des solutions de protection sociale en santé sont disponibles dans un pays (c'est-à-dire un système d'assurance maladie sociale ou des services nationaux de soins médicaux, voir définition à la rubrique suivante), l'inclusion des réfugiés dans les systèmes de santé nationaux peut améliorer l'accès des réfugiés, réduire les coûts et éviter les doublons de services. Toutefois, il faut d'abord comprendre le financement de la santé dans chaque pays afin de déterminer si l'utilisation de régimes existants de protection sociale en santé débouchera sur un meilleur accès aux services de santé pour les réfugiés. .

Madant du HCR

Le HCR est l'organe des Nations Unies chargé de diriger et de coordonner les actions internationales de protection des réfugiés. Il collabore également avec les gouvernements pour trouver des solutions. Son principal objectif est de préserver les droits et le bien-être des réfugiés, ce qui suppose également d'assurer leur accès aux services, y compris aux services de santé. Les programmes de santé publique du HCR s'appuient sur les principes universels des droits humains. Ainsi, la Convention de 1951 relative au statut des réfugiés stipule que les réfugiés doivent pouvoir accéder aux services de santé au même titre que la population nationale (Article 23). La Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 (Article 25) et les Articles 11 et 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels revendiquent quant à eux le droit de chacun, y compris les réfugiés, à jouir d'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, le 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, sans oublier le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre.

A ce titre, le HCR plaide en faveur de l'inclusion des réfugiés dans les systèmes de santé nationaux et encourage les gouvernements à donner aux réfugiés l'accès aux services de santé disponibles, au même titre que les nationaux. Il existe souvent au départ des obstacles à l'accès aux services publics, du fait du coût, de l'inéligibilité aux services de protection sociale, de l'exclusion des services ou de l'emplacement géographique. La Déclaration de New York pour les réfugiés et les migrants a défini sa vision pour une action plus prévisible et complète face à cette crise, le Cadre d'action global pour les réfugiés (CRRF - *Comprehensive Refugee Response Framework*) qui s'inscrit dans le Pacte mondial sur les réfugiés proclamé par l'Assemblée générale des Nations Unies en 2018, lequel appelle à appuyer davantage les réfugiés et les pays qui les accueillent.¹

1 <https://www.unhcr.org/fr/cadre-daction-global-pour-les-refugies.html>

Mandat de l'OIT

L'OIT est une organisation de normalisation qui promeut des normes internationales du travail adoptées par ses mandants tripartites (gouvernements et représentants des employeurs et des travailleurs), conçoit des politiques et crée des programmes pour promouvoir le travail décent pour tous les hommes et femmes. L'OIT travaille notamment avec ses mandants à la promotion du développement de systèmes publics de protection sociale en santé et de l'accès universel aux soins de santé pour tous en créant et en améliorant les socles nationaux de protection sociale des différents pays.

Les socles de protection sociale doivent garantir l'accès aux soins de santé essentiels, y compris la protection financière et la sécurité élémentaire de revenu, pour toutes les personnes dans le besoin, tel que défini dans la Recommandation (n° 202) sur les socles de protection sociale de 2012. Les socles de protection sociale garantissent un niveau de protection de base au sein de l'ensemble du système national de sécurité sociale, afin d'atteindre progressivement des niveaux plus élevés de couverture. Outre l'accès aux soins médicaux et aux indemnités de maladie, la Convention (n° 102) sur la sécurité sociale (normes minimales) de 1952, norme de premier plan de l'OIT en matière de sécurité sociale, définit sept risques² contre lesquels tous les membres de la société doivent être protégés tout au long de leur vie et répertorie plusieurs principes fondamentaux pour une gouvernance efficace et durable.

La stratégie de l'OIT en faveur d'un accès universel aux soins de santé cherche à résoudre les lacunes de couverture et les obstacles financiers par le développement de systèmes publics de protection sociale en santé efficaces et efficaces. Ces stratégies visent à éviter que les personnes dans le besoin ne soient confrontées à des difficultés et à un risque accru de pauvreté du fait des conséquences financières de l'accès aux soins de santé essentiels, ce qui est directement pertinent pour l'atteinte des Objectifs de développement durable 1.3 sur la protection sociale universelle et 3.8 sur la couverture sanitaire universelle.

² Chômage, vieillesse, accident du travail, famille, maternité, invalidité et prestations aux survivants.



Photo: Rwanda. Des réfugiés urbains de Kigali sont affiliés au régime national d'assurance maladie sociale (cotisations payées par le HCR) qui couvre les soins de santé primaires et secondaires comme pour les nationaux.

©HCR/ Anthony Karumba

Grands principes et définitions

Un glossaire détaillé est disponible à la fin du manuel (page 53).

Réfugiés

La Convention de 1951 protège les réfugiés. Elle définit les réfugiés comme toute personne craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, qui se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays; ou qui, si elle n'a pas de nationalité et se trouve hors du pays dans lequel elle avait sa résidence habituelle à la suite de tels événements, ne peut ou, en raison de ladite crainte, ne veut y retourner. Les personnes qui relèvent de cette définition peuvent faire valoir les droits et doivent se soumettre aux obligations contenues dans la Convention de 1951.

Le nombre de personnes déplacées de force dans le monde n'a jamais été aussi élevé qu'actuellement. Fin 2019, plus de 68,5 millions de personnes étaient déplacées de force, dont 25,4 millions de réfugiés fuyant des conflits ou des persécutions. Cependant, une fois

dans leur pays de refuge, les réfugiés et les demandeurs d'asile se heurtent à des difficultés pour accéder à des services et des moyens de subsistance.

Protection sociale en santé

La protection sociale en santé désigne un ensemble de mesures publiques ou de mesures privées et mandatées par l'Etat pour:

- i. Couvrir le coût d'un accès efficace à des services abordables de soins de santé;
- ii. Assurer une sécurité de revenu pour compenser les pertes de revenus en cas de maladie.

Une meilleure santé permet aux individus de travailler et de générer un revenu, et a en soi le pouvoir de rompre le cercle vicieux de la maladie et de la pauvreté.

La protection sociale en santé constitue une approche fondée sur les droits pour atteindre l'objectif d'une couverture sanitaire universelle. La notion de couverture sanitaire universelle signifie que chacun peut utiliser les services de santé dont il a besoin, y compris les services de prévention, de promotion, de soins et de rééducation, ainsi que les soins palliatifs, d'une qualité suffisante pour être efficaces, et que l'utilisation de ces services ne doit pas représenter un coût financier excessif pour l'utilisateur.³ La protection sociale en santé est fermement ancrée dans le droit international, à savoir la Déclaration universelle des droits de l'homme, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, la Convention (n° 102) sur la sécurité sociale (normes minimales) et la Recommandation (n° 202) sur les socles de protection sociale.

Sur le plan du Programme de développement durable à l'horizon 2030, l'extension de la protection sociale en santé contribue à deux objectifs complémentaires:

- L'ODD 3.8 sur la couverture sanitaire universelle, qui vise à assurer un accès sans difficulté aux soins de santé;
- L'ODD 1.3 sur les systèmes universels de protection sociale, y compris les socles, qui vise à assurer la sécurité de revenu tout au long de la vie.

La cible 3.8 englobe deux indicateurs qui s'intéressent à la couverture des services et au manque de protection financière dans chaque pays.

Encadré 1. La couverture sanitaire universelle dans le cadre des ODD

Cible 3.8: Faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable.

Indicateur 3.8.1: Couverture des services de santé essentiels (définie comme la couverture moyenne de services essentiels d'après les interventions de suivi, y compris services de santé reproductive, de santé de la mère, du nouveau-né et

³ https://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/en/. Consulté le 24 mai 2020.

de l'enfant, maladies infectieuses, maladies non transmissibles, capacité des services et accès aux services, pour la population générale et les plus défavorisés).

Indicateur 3.8.2: Part des ménages ayant des dépenses élevées en santé par rapport aux dépenses ou aux revenus totaux du ménage.

La protection sociale en santé permet d'accéder à des services de santé et à une protection financière en cas de maladie. Le fait de protéger les personnes contre les conséquences financières du paiement direct des services de santé réduit le risque de voir ces personnes tomber dans la pauvreté lorsqu'une maladie imprévue les contraint à sacrifier leurs économies, à vendre leurs biens ou à souscrire des prêts, ce qui ruine leur avenir et bien souvent, celui de leurs enfants.⁴ Plusieurs solutions existent pour assurer l'aspect universel de cette couverture, mais la plupart des pays y parviennent par des régimes obligatoires ou universels. Dans le monde, le rôle de l'assurance maladie volontaire dans le financement de la santé est très faible (Organisation mondiale de la Santé, 2018). Les régimes obligatoires peuvent être financés par l'impôt, des cotisations sociales ou une combinaison des deux, et peuvent prendre différents noms et formes, y compris assurance maladie sociale, assurance maladie nationale, services nationaux de santé, etc.⁵

Principales normes internationales de sécurité sociale pour la protection sociale en santé:

- [Medical Care Recommendation, 1944 \(No. 69\)](#)
- [Recommandation \(n° 69\) sur les soins médicaux, 1944](#)
- [Convention \(n° 102\) sur la sécurité sociale \(normes minimales\), 1952](#)
- [Convention \(n° 130\) et Recommandation \(n° 134\) concernant les soins médicaux et les indemnités de maladie, 1969](#)
- [Convention \(n° 183\) sur la protection de la maternité, 2000](#)
- [Recommandation \(n° 202\) sur les socles de protection sociale, 2012](#)

⁴ OMS. [https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)).

⁵ OIT. 2020. "Towards universal health coverage: Social health protection principles." Social Protection Spotlight. Genève: OIT. <https://www.social-protection.org/gimi/RessourcePDF.action?id=56009>.

Egalité de traitement

Les normes de l'OIT en matière de sécurité et de protection sociale promeuvent l'égalité de traitement des réfugiés. La situation varie grandement d'un pays à l'autre et les réfugiés rencontrent de nombreuses difficultés pour bénéficier effectivement de cette protection. A cet égard, les instruments répertoriés dans l'Encadré 2 sont très pertinents. De même, l'égalité de traitement devrait également supposer l'accès effectif des réfugiés au marché du travail. C'est un facteur important à prendre en compte pour la couverture de protection sociale, car la participation au marché du travail formel est souvent un point d'entrée dans le système de protection sociale. Or, dans de nombreux pays, l'accès aux permis de travail est limité pour les réfugiés (par la loi ou dans la pratique).

Encadré 2. Instruments de l'OIT pertinents pour l'égalité de traitement et la protection sociale

- Convention (n° 118) sur l'égalité de traitement (sécurité sociale), 1962: «Les dispositions de la présente convention sont applicables aux réfugiés et aux apatrides sans condition de réciprocité.» (Article 10.1)
- Conventions sur les travailleurs migrants: la Convention (n° 143) sur les travailleurs migrants (dispositions complémentaires), 1975 et la Convention (n° 97) sur les travailleurs migrants (révisée), 1949 contiennent elles aussi des dispositions sur les réfugiés. Selon la Commission d'experts pour l'application des conventions et recommandations (CEACR - *Committee on the Application of Recommendations and Standards*), les dispositions de la Convention n° 143 s'appliquent à tous les nouveaux travailleurs employés en dehors de leur pays d'origine, y compris les réfugiés. La commission d'expert a explicitement inclus les réfugiés dans le champ d'application de la Convention n° 97. Entre autres, l'Article 6 concernant l'égalité de traitement en matière de sécurité sociale.
- Principes directeurs de l'OIT sur l'accès au marché du travail des réfugiés et autres personnes déplacées de force, adoptés en novembre 2016⁶, Articles 19 et 22⁷.

⁶ https://www.ioe-emp.org/fileadmin/ioe_documents/publications/Policy%20Areas/migration/FR/_2016-08-03_C-540_Principes_directeurs_du_BIT_sur_l_acces_au_marche_du_travail_des_refugies_et_autres_personnes_deplacees_de_force_aout_2016_Annexe.pdf

⁷ Article 19: «Les Membres devraient prendre des mesures pour faciliter la transférabilité des prestations liées au travail (notamment les prestations de sécurité sociale, y compris les retraites) ainsi que la validation et la reconnaissance des compétences des réfugiés et autres personnes déplacées de force dans les pays d'origine, de transit et de destination.»

Article 22: «Les Membres devraient se doter de politiques nationales ou renforcer les politiques existantes visant à promouvoir l'égalité de chances et de traitement pour tous, en particulier l'égalité entre hommes et femmes, et reconnaître les besoins spécifiques des femmes, des jeunes et des personnes handicapées, au regard des principes et droits fondamentaux au travail, des conditions de travail, de l'accès à des services publics de qualité, des rémunérations et du droit aux prestations de sécurité sociale pour les réfugiés et autres personnes déplacées de force, et informer ces derniers de leurs droits au travail et des mesures de protection dont ils bénéficient.»

L'OIT promeut l'élaboration d'accords bilatéraux sur la sécurité sociale, c'est-à-dire des accords passés entre les institutions de sécurité sociale de différents pays qui garantissent la transférabilité des prestations et de la couverture. Toutefois, les accords sur la sécurité sociale n'ont qu'une pertinence limitée pour les réfugiés, en raison de la difficulté que ces derniers rencontrent à faire valoir la protection offerte par leur pays d'origine. Le personnel de l'OIT doit tenir compte de ces éléments lorsqu'il appuie les gouvernements dans l'élaboration de ce type d'accord.

Encadré 3. Accords bilatéraux ou multilatéraux de sécurité sociale

- La Convention (n° 157) sur la conservation des droits en matière de sécurité sociale, 1982 précise que les accords bilatéraux ou multilatéraux doivent s'appliquer aux réfugiés et aux apatrides résidant sur le territoire de l'un des Etats (Article 4, paragraphe 3)⁸.
- La Recommandation (n° 167) sur la conservation des droits en matière de sécurité sociale, 1983 encourage les Etats à étendre les instruments bilatéraux et multilatéraux de sécurité sociale aux réfugiés et aux apatrides résidant sur le territoire de l'un des membres, selon plusieurs principes (Article 2).



Photo: Zambie. Les réfugiés ont accès au système national de santé au même titre que les nationaux.
©HCR/ Enock Kavindele Jr

⁸ Article 9: «...aux bénéficiaires qui sont des ressortissants d'un Membre, des réfugiés ou des apatrides, quel que soit le lieu de leur résidence.»

Protection sociale tenant compte du VIH

Le HCR et l'OIT, en tant que co-partenaires du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), promeuvent des systèmes de protection sociale tenant compte du VIH et incluant les personnes vivant avec le VIH, risquant d'être affectées ou affectées par le VIH, pour appuyer l'atteinte des objectifs 2030 d'élimination du VIH en tant que problème de santé publique.⁹ Ceci vient confirmer que la protection sociale contribue à:

- remédier aux différents déterminants sociaux du VIH¹⁰, contribuant ainsi à la diminution du nombre de nouvelles infections, de décès liés au sida et de discriminations liées au VIH;
- remédier aux obstacles du côté de la demande dans l'accès aux services liés au VIH, ce qui pourrait améliorer les résultats de la prévention, des traitements, des soins et de l'assistance;
- atténuer les impacts sociaux et économiques du VIH, dans la mesure où ces programmes répondent aux besoins des personnes vivant avec le VIH, risquant d'être affectées ou affectées par le VIH.

Outils d'évaluation de la protection sociale

Avec l'adoption de la Recommandation (n° 202) sur les socles de protection sociale, 2012, un ensemble d'outils ont été développés afin d'analyser la situation actuelle de la protection sociale et d'identifier et évaluer les options pour étendre et renforcer la couverture. Ces outils incluent les travaux conjoints des organisations partenaires de l'Initiative d'évaluations inter-agences de la protection sociale (ISPA) et plus spécifiquement de la méthodologie et les outils *Social Protection Policy Options Tools* (SPPOT – Options politiques en matière de protection sociale), développés par le BIT à partir de plusieurs décennies de dialogues nationaux fondés sur des évaluations. L'objectif de ces méthodologies et outils est d'appuyer les processus de dialogue national et la prise de décision concernant les priorités et les réformes à entreprendre dans les pays concernés, pour bâtir un système national de protection sociale et ses options de financement. Ils visent également à favoriser le renforcement des capacités des acteurs et décideurs nationaux.

L'approche développée ici s'appuie sur des outils existants en les focalisant sur la protection sociale en santé. Elle vise à formuler une stratégie cohérente avec la maturité du système national de protection dans chaque pays, de même qu'à intégrer la question des réfugiés dans les politiques d'extension et de renforcement de la protection sociale.

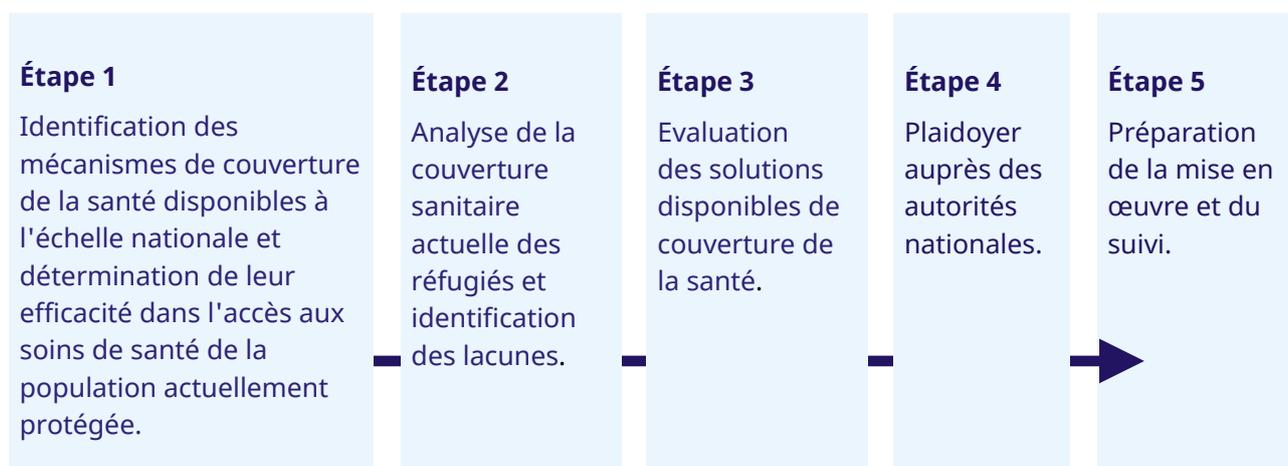
⁹ Social protection: A Fast-Track commitment to end AIDS. Guidance for policy-makers and people living with, at risk of, or affected by HIV. ONUSIDA (2018). https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/jc2922_social-protection-fast-track-commitment-end-aids_en.pdf

¹⁰ Notamment la pauvreté, l'inégalité des revenus, l'inégalité entre les sexes, la stigmatisation et la discrimination, ainsi que l'exclusion sociale.

Introduction: Une approche par étape de l'évaluation et de la sélection d'options de couverture de la santé des réfugiés

Dans chaque contexte, il convient d'adopter une approche par étapes pour évaluer les options et la faisabilité de l'inclusion des réfugiés dans les régimes nationaux de protection sociale en santé. Les cinq étapes proposées ci-après peuvent influencer les processus existants d'extension de la couverture à l'échelle nationale, selon le contexte spécifique de chaque pays:

Figure 1: Etapes d'évaluation de la faisabilité et de l'inclusion des réfugiés dans les régimes nationaux de protection sociale en santé



Ce manuel a été conçu dans la perspective d'une collaboration entre le personnel du HCR et de l'OIT sur cette question. Une «équipe d'évaluation», idéalement une équipe conjointe à l'échelle nationale pouvant faire appel à un support externe pour les questions de protection sociale de la santé auprès du bureau régional et du siège de l'OIT et du HCR, devrait entreprendre cette approche par étapes.

Les deux premières étapes devraient être assurées par le personnel du HCR en charge des programmes et de la santé publique à l'échelle nationale, en collaboration avec le personnel de l'OIT en charge de la protection sociale. Le personnel de l'OIT devrait tenir compte des résultats des étapes 1 à 3 et inclure les réfugiés et les autres personnes déplacées dans son analyse lors des dialogues nationaux basés sur des évaluations concernant les questions de protection sociale et lors de l'utilisation des outils inter-agences de diagnostic de la protection sociale (comme les outils SPOTT).

Les étapes 1 et 2 permettent de planter le décor et d'identifier la situation actuelle du pays en termes de mécanismes existants de couverture de la santé et plus précisément, de couverture actuelle des réfugiés. L'étape 3 nécessite souvent une expertise technique spécialisée sur la protection sociale de la santé pour conduire une analyse plus approfondie des possibilités d'intégration des réfugiés dans les solutions existantes de couverture publique, afin de formuler des recommandations concrètes en termes de

coûts. L'étape 4 mobilise les résultats des étapes 1 à 3 pour contribuer à un processus de consultation et à une stratégie de plaidoyer. Enfin, la dernière étape vise à préparer la mise en œuvre de l'intégration des réfugiés dans le régime de protection sociale en santé. Le personnel de l'OIT en charge de la protection sociale a un mandat et a accès à un réseau d'experts qui pourrait être mobilisé dans ce but.

Étape 1: Identification des mécanismes de couverture disponibles dans le pays

Messages clés

- Plusieurs mécanismes permettent de couvrir le coût des soins de santé et d'améliorer l'accès effectif à des services de santé abordables. Tous ne se valent pas en termes d'efficacité de couverture ou d'équité.
- Il est donc fondamental de comprendre ces mécanismes, de les identifier et de déterminer ceux qui sont les mieux adaptés à l'atteinte d'une couverture sanitaire universelle.
- Dans la plupart des cas, les pays utilisent une combinaison de différents mécanismes, en fonction des différents groupes de population. Au cours de la première étape, il est donc important d'identifier les mécanismes utilisés dans un pays et de déterminer leur efficacité, mais aussi de préparer un inventaire.

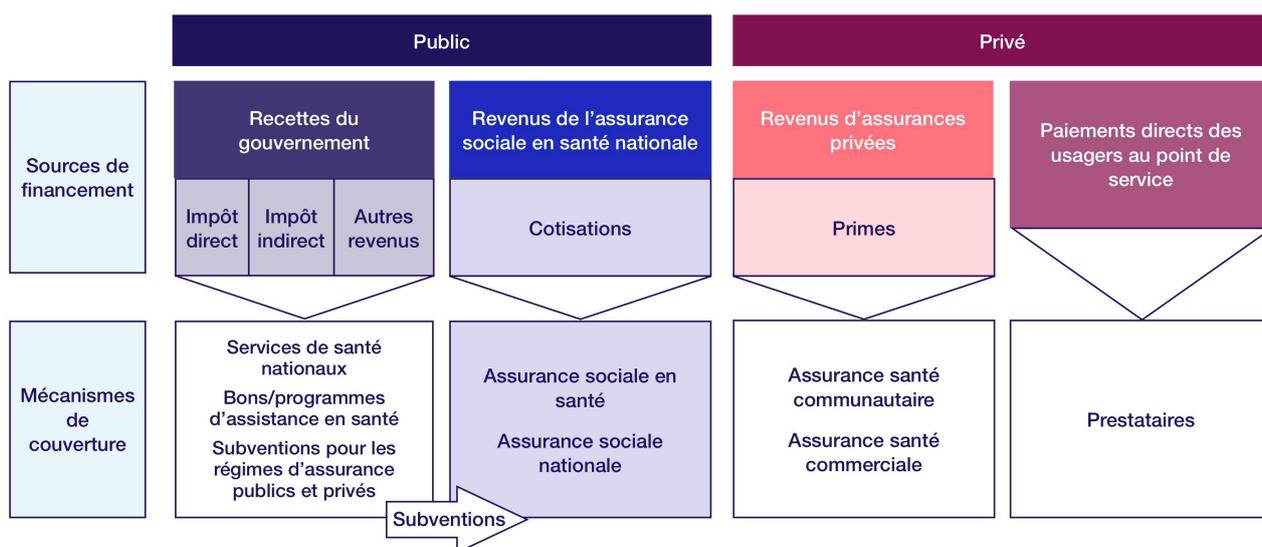
1.1 Mécanismes de financement du coût des soins de santé et leur adaptation a une couverture étendue

Schématiquement, il existe quatre grandes sources de financement des soins de santé:

- i. Les recettes des administrations publiques;
- ii. Les cotisations d'assurance sociale;
- iii. Les primes d'assurances privées;
- iv. Les paiements directs des ménages.

Ces sources de financement peuvent être associées à un mécanisme de couverture spécifique. En général, les services de santé nationaux, comme c'est le cas au Royaume-Uni, sont financés par l'impôt, tandis que les régimes d'assurance sociale sont financés totalement ou partiellement par des cotisations sociales dépendant du salaire, versées, par exemple, par les employeurs et les employés ou payées directement par les individus. Tous les systèmes de santé combinent différents mécanismes pour financer le coût des soins de santé. Cette rubrique décrit ces mécanismes dans les grandes lignes et à titre d'exemple, afin de mettre en avant leurs principales caractéristiques et d'assurer une plus grande clarté conceptuelle.

Figure 2: Diversité des sources de financement et des mécanismes de couverture de la santé



Dans le contexte de l'assistance humanitaire, la prestation directe de services de santé à des groupes cibles spécifiques par des ONG ou d'autres entités, comme la Croix-Rouge ou le Croissant-Rouge, financées par des aides externes, coexiste avec les mécanismes de financement évoqués précédemment.

Mécanismes publics

Les normes de l'OIT sur la protection sociale en santé définissent deux options principales pour financer le coût des soins de santé : l'assurance maladie nationale et les services nationaux de soins de santé ou de soins médicaux (assistance sociale)¹¹, qui sont souvent combinées dans la pratique :

1. Assurance sociale en santé

Régime dirigé par les institutions publiques (mais qui peut être exécuté par des agences publiques ou privées dans le cadre d'une réglementation gouvernementale) à partir des cotisations des bénéficiaires (en général, les employeurs et travailleurs du secteur formel, le gouvernement et d'autres bénéficiaires). Dans la pratique, les gouvernements subventionnent souvent tout ou partie des cotisations des groupes de population vulnérables qui ne sont pas en mesure de cotiser ou auprès desquels il est trop difficile de collecter les cotisations. L'assurance sociale en santé peut être obligatoire ou volontaire, cependant, des expériences démontrent qu'il est plus difficile d'étendre la couverture des régimes volontaires qui tendent à ne pas être viables sur le plan financier. Lorsque les régimes volontaires se multiplient, ils ont tendance à aggraver la fragmentation des systèmes de santé. En général, plus ils sont intégrés dans un système national, plus ils sont

¹¹ Recommandation (n° 69) sur les soins médicaux, 1944 de l'OIT.

efficaces¹² pour accroître la protection de la santé, mais l'assurance sociale en santé obligatoire reste la plus efficace. La fragmentation des différents régimes en fonction des différents groupes de population doit également être réduite afin de mutualiser les risques et d'assurer un accès équitable aux soins de santé.

2. Services de santé ou de soins médicaux nationaux (assistance sociale)

Les établissements gérés par le ministère de la Santé fournissent des services gratuits ou à coût réduit¹³ à l'ensemble de la population ou à certains groupes (comme les femmes enceintes et les nouveau-nés). Ces régimes peuvent affilier ou non leurs bénéficiaires, ce qui signifie que les bénéficiaires n'ont pas forcément une carte d'affiliation. Lorsque les soins de santé sont gratuits pour tous au point de service, les obstacles administratifs à leur accès sont généralement moins nombreux. Des expériences démontrent que ce type de programme fonctionne mieux si des mécanismes de contrôle communautaire sont en place pour veiller au respect de la gratuité au niveau des établissements, faute de quoi des paiements informels peuvent être demandés. Il existe une autre option non contributive, selon laquelle les pays cherchent à protéger les personnes les plus pauvres par un système d'exonération des frais médicaux, un programme de coupons ou des subventions ciblées, une autre forme d'assistance sociale. Il peut toutefois être difficile d'identifier et d'atteindre les populations cibles, notamment du fait des lacunes au niveau des capacités administratives ou des coûts administratifs élevés pour la gestion des programmes d'assistance sociale sous conditions de ressources.

Même lorsqu'un régime national d'assurance sociale en santé et/ou un service de santé national est en place, des problèmes peuvent survenir dans la disponibilité ou la qualité des services et des produits de santé, ce qui se traduit par des dépenses directes élevées ou de mauvais résultats sanitaires. Dans la plupart des pays où intervient le HCR, une partie seulement de la population est généralement couverte par un régime d'assurance maladie et le HCR doit parfois payer pour affilier les réfugiés.

¹² Les régimes nationaux d'assurance-maladie sociale sont généralement obligatoires pour certaines catégories de travailleurs, comme les employés du secteur public et privé, mais vont souvent bien au-delà. Ces régimes sont basés sur le principe de la solidarité sociale, avec des cotisations à tarification uniforme (c'est-à-dire basées sur le coût moyen des services de santé). Ce sont des systèmes d'assurance-maladie sociale, avec des cotisations généralement collectées par une retenue sur salaire pour les personnes ayant un contrat de travail formel. Pour les travailleurs indépendants et ceux qui évoluent dans l'économie informelle, de nombreux pays ont mis en place des mécanismes pour faciliter leur participation par des cotisations individuelles en général avec un certain niveau de subventions gouvernementales, couvrant parfois l'intégralité de la cotisation.

¹³ Avec ou sans dispense de droits pour certains groupes.



Photo: Liban. Le HCR appuie l'accès des réfugiés à des soins hospitaliers vitaux.
©HCR/Jordi Matas

Box 4. Co-payments

Même en cas d'affiliation à un régime d'assurance sociale en santé ou à un service de santé national, cela ne signifie pas que la totalité du coût des soins est automatiquement couverte. En effet, certains pays prévoient une participation aux frais de santé: le patient doit donc payer directement une partie des frais des soins médicaux.

Les normes de l'OIT soulignent le fait que le financement de la santé par des mécanismes collectifs peut constituer un outil pour respecter des engagements nationaux et internationaux en matière de réalisation des droits humains à la santé et à la sécurité sociale. Elles donnent également des orientations sur les niveaux acceptables de participation aux frais de santé¹⁴. Notamment:

- La Convention n° 102 stipule que la participation aux frais de santé est autorisée, mais seulement pour les états morbides (en d'autres termes, les soins médicaux liés à la maternité, à la grossesse et à ses conséquences ne doivent pas être assortis d'une participation aux frais de santé). Lorsqu'une participation aux frais de santé est prévue, elle doit être établie de telle sorte qu'elle n'entraîne pas une charge trop lourde.

¹⁴ OIT. 2020. "Towards universal health coverage: Social health protection principles." Social Protection Spotlight. Genève: OIT. <https://www.social-protection.org/gimi/RessourcePDF.action?id=56009>

- La Convention n° 130 ajoute que les règles concernant cette participation aux frais ne doivent pas affecter l'efficacité de la protection sociale et médicale.
- En outre, la Recommandation n° 134 stipule que la participation aux frais des soins médicaux ne devrait pas être requise du bénéficiaire (a) lorsque les ressources de l'intéressé n'excèdent pas un montant prescrit; (b) en cas de maladie reconnue comme nécessitant des soins prolongés.

Outre ces mécanismes publics, certains pays prévoient une couverture par des **mécanismes privés avec prépaiement**.

3. Les deux grandes formes de régimes privés d'assurance santé:

- **Les assurances santé communautaires (CBHI - *Community-Based Health Insurance*)** sont des mécanismes non lucratifs dans le cadre desquels les communautés mettent leurs ressources en commun dans un fonds commun de placement pour couvrir leurs frais médicaux lorsqu'elles en ont besoin. Il peut s'agir de fonds gérés par de grands fonds communs de placements appelés mutuelles, des organisations non gouvernementales (ONG), des organismes communautaires, des organisations caritatives ou des associations (à but non lucratif) gérés par des professionnels, ou de régimes d'assurance santé de communautés locales, gérés par de petites structures, souvent avec un personnel bénévole et des capacités limitées.
- **L'assurance santé commerciale privée (à but lucratif)** dans le cadre de laquelle des compagnies d'assurance privées vendent des polices contre une prime, déterminée en fonction du profil de risque individuel du souscripteur. Ce n'est pas un mécanisme fondé sur la solidarité.

Dans la pratique, les régimes d'assurance santé privée jouent un rôle minime dans le financement mondial de la santé¹⁵ et ils ne contribuent que de façon marginale à l'extension de la couverture, sauf lorsqu'ils sont mandatés par le gouvernement et relèvent d'une initiative gouvernementale (ce qui peut être le cas des assurances santé communautaires). Il est important de rappeler que ces mécanismes ne sont *pas une solution* pour couvrir les réfugiés dans des pays n'ayant ni programme national d'assurance sociale en santé mandatant ces organisations, ni prestataires privés ou assurances santé communautaires à but non lucratif viables ayant de l'expérience dans la mise en place de régimes fonctionnels.

Absence de mécanismes collectifs

Certains pays laissent tout ou partie de leur population se charger elle-même de ses soins de santé.

¹⁵ OMS. 2018. «Public Spending on Health: A Closer Look at Global Trends.» <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/276728/WHO-HIS-HGF-HF-WorkingPaper-18.3-eng.pdf?ua=1>

4. Dépenses directes

Paiements directs par les ménages des frais de santé vers les établissements médicaux. Dans ce cas, il n'y a pas de mécanismes de couverture ou de prépaiement; les malades paient directement les soins au point de service. Les dépenses directes ne sont pas considérées comme un mécanisme souhaitable de financement de la santé, car il est régressif et peut entraîner un appauvrissement¹⁶. Il est important de souligner que même lorsqu'il existe un système de protection sociale en santé, les dépenses directes peuvent constituer un obstacle à l'accès aux soins. Il arrive que les bénéficiaires doivent payer des services qui ne sont pas inclus dans l'ensemble de prestations, qui ne sont pas disponibles dans les établissements publics ou qui prévoient une participation aux frais (par exemple, lorsqu'une assurance couvre seulement 80 pour cent des coûts). En soi, les dépenses directes constituent un système de financement régressif de la santé, qui aggrave les inégalités existantes et pousse les malades dans la pauvreté, elles ne sont donc pas conformes aux normes internationales en matière de sécurité sociale.

Prestations directes par les partenaires humanitaires

Situation particulière des réfugiés et autres groupes vulnérables

Le HCR plaide en faveur d'une couverture sanitaire universelle pour les réfugiés, la meilleure façon de l'atteindre étant de permettre aux réfugiés d'accéder à un système national équitable au sein duquel l'utilisation des services se base sur les besoins, la capacité à payer détermine la contribution financière et les risques sanitaires sont mutualisés autant que possible. Les niveaux de paiements préalables sont augmentés pour optimiser la mesure de la mutualisation des risques, tandis que les sommes versées par les utilisateurs sont diminuées, de même que les dépenses directes¹⁷.

Scénarios souvent observés dans les pays accueillant de grandes populations de réfugiés:

- (a) Le HCR ou des donateurs utilisent des fonds humanitaires pour couvrir les frais de santé en fournissant des services de santé directs aux réfugiés. Cela est permis par la mise en place d'établissements de santé, sous-traités à des ONG ou autres entités, ou par le paiement de prestataires (publics, privés ou ONG) pour les services dont bénéficient les réfugiés.
- (b) L'autre solution consiste à affilier les réfugiés aux régimes nationaux de protection sociale en santé pour qu'ils aient accès aux mêmes soins de santé que les nationaux.

Dans de nombreux pays, il est possible de passer du premier au deuxième scénario dès lors que les régimes nationaux de protection sociale en santé sont fonctionnels et que les établissements de santé appuyés par le HCR sont transférés au gouvernement.

Dans certains pays, le HCR a conclu des partenariats avec des mutuelles de santé communautaires pour couvrir les coûts de prise en charge des réfugiés, en particulier dans

¹⁶ OIT. 2014. Rapport mondial sur la protection sociale, 2014–2015.

¹⁷ McIntyre, D. et al. 2011. «Beyond fragmentation and towards universal coverage: insights from Ghana, South Africa and the United Republic of Tanzania.» Bulletin de l'OMS.

les zones urbaines. Toutefois, cette approche a ses limites eu égard aux faiblesses de la gestion technique et à la piètre qualité des services, en particulier lorsque ces derniers ne sont pas étayés par un système national de protection sociale. Dans la pratique, il a été noté que le HCR apporte un appui initial aux ménages dans le paiement de leurs cotisations afin de les affilier et d'assurer leur adhésion à ces mutuelles, puis réduit sa participation au fil du temps. Les réfugiés risquent alors de se retirer à mesure que leurs cotisations augmentent lorsque le service n'est pas satisfaisant.

1.2 Inventaire des différents mécanismes de financement et de couverture disponibles dans le pays

Une fois que les différents mécanismes existant dans un pays sont bien identifiés, l'étape suivante consiste à inventorier les différents régimes et programmes existants de protection sociale en santé. Pour cette étape, un outil pratique est disponible en Annexe 1.

Pour chaque régime, identifier:

- L'ensemble de prestations (services et étendue de la couverture) et le niveau de protection financière?
- Qui est couvert et comment?
- Qui dispense les services de santé?
- A quel point le mécanisme est-il viable/équitable (en particulier pour les systèmes privés/d'assurance santé communautaire)?

Encadré 5. Exemples d'Afrique subsaharienne: une pluralité de modèles et de modalités

De plus en plus de pays d'Afrique subsaharienne mettent en œuvre des régimes nationaux d'assurance maladie ou de couverture de la santé, avec une grande diversité de modalités et de résultats.

Couverture de la population.

- Au Rwanda, au Soudan et à Djibouti, tous les segments de la population sont couverts par les systèmes nationaux d'assurance santé, gérés par les institutions de sécurité sociale.
- En Mauritanie, un régime universel d'assurance santé est géré par le Fonds national d'assurance santé (NHIF - *National Health Insurance Fund*). Son extension à l'économie informelle est récente et encore limitée.
- Au Sénégal, un programme de couverture sanitaire universelle est mis en pratique à l'échelle du pays, les mutuelles communautaires intervenant comme agents de mise en œuvre. Cependant, sa capacité d'extension à l'économie informelle et au secteur agricole est limitée par des difficultés financières et techniques.
- Dans d'autres pays, les systèmes sont encore au stade de la conception (Cameroun et Burkina Faso) ou de l'étude (République démocratique du Congo et Guinée).

Les approches sont également très variées. Par exemple, dans les pays mentionnés précédemment, les cas de figure suivants sont identifiés en ce qui concerne les modalités selon lesquelles les groupes de population sont couverts:

- Obligatoire et contributif pour les employés du secteur public et du secteur privé formel;
- Affiliation automatique (population inscrite par les programmes nationaux) et non contributive (cotisations entièrement financées par l'Etat) pour les populations les plus pauvres ou les plus vulnérables;
- Volontaire ou obligatoire, contributif ou semi-contributif (cotisations subventionnées par l'Etat) pour le secteur informel et le secteur agricole.

La diversité des contextes et modalités empêche l'application d'une stratégie standardisée d'inclusion des réfugiés dans les régimes de protection sociale en santé et impose une analyse complète.

Cet inventaire permet d'identifier les solutions disponibles auxquelles les réfugiés pourraient éventuellement être rattachés au cours des deux étapes suivantes. Les régimes devraient être analysés en tenant compte de la situation propre aux différents réfugiés, selon que ces derniers vivent dans des camps ou en zone urbaine, ont une activité économique ou non, etc. Cette disparité se retrouve également dans la population d'accueil et les systèmes nationaux de protection sociale sont censés apporter des réponses adaptées. L'évaluation de la situation des réfugiés s'inscrit dans l'Etape 2.

Références complémentaires sur les mécanismes de couverture du coût des soins de santé

C. Normand et al.: *Social health insurance. A guidebook for planning*, 1ère et 2e édition. OIT et OMS. 1994, 2009. Disponible sur https://www.who.int/health_financing/documents/shi-guidebook.pdf (en anglais)

M. Cichon et al.: *Modelling in Health Care Finance: A Compendium of Quantitative Techniques for Health Care Financing*. OIT. 1999. Disponible à l'adresse: https://www.ilo.org/global/publications/ilo-bookstore/order-online/books/WCMS_PUBL_9221108627_EN/lang--en/index.htm

OIT: «La protection sociale de la santé. Stratégie de l'OIT pour un accès universel aux soins de santé.» *Documents de politique de sécurité sociale*. Genève, 2008. https://www.ilo.org/secsoc/information-resources/publications-and-tools/policy-papers/WCMS_SECSOC_17513/lang--fr/index.htm

Étape 2: Analyse de la couverture sanitaire actuelle des réfugiés et identification des lacunes

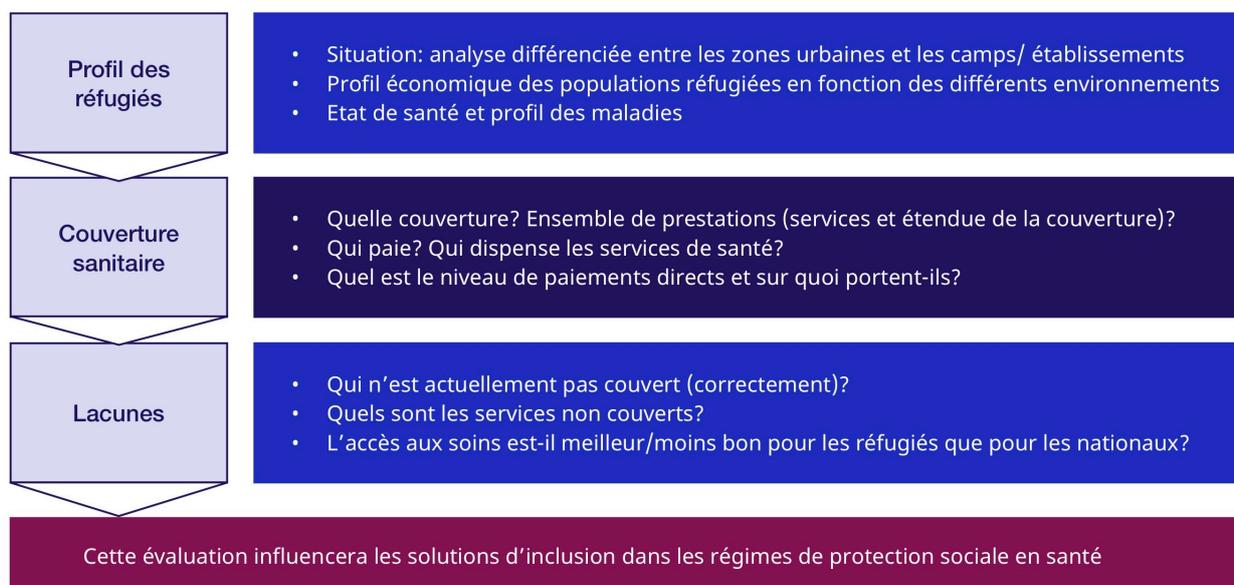
Messages clés

- Identifier la façon dont les réfugiés ont d'ores et déjà accès à des soins de santé et dont ils les financent, ainsi que les lacunes de couverture qu'ils rencontrent. Il est important d'anticiper leur perception des avantages et des difficultés du passage à un régime national au même titre que les nationaux.
- Tenir compte de la situation professionnelle et socio-économique des réfugiés, déterminante pour les types de couvertures envisageables. Les systèmes nationaux de protection sociale en santé peuvent prévoir différents régimes selon les catégories de groupes de revenus ou le statut professionnel.

Une fois que les mécanismes existants de protection sociale en santé à l'échelle nationale ont été identifiés, lors de la deuxième étape, il est important de clarifier les points suivants:

- Comment les réfugiés ont-ils actuellement accès aux soins de santé, qui gère les établissements, comment leur accès est-il financé, quelles sont les lacunes de couverture rencontrées? Quelles sont les différences pour les réfugiés vivant dans des régions différentes et ayant une situation différente? Ces réponses permettront de déterminer les avantages perçus (et les éventuelles oppositions) par les réfugiés à qui il est demandé de passer du mécanisme de couverture actuel à un nouveau mécanisme sur un pied d'égalité avec les nationaux.
- Quelle est la situation professionnelle et socio-économique des réfugiés? Les solutions disponibles au sein d'un système national de protection sociale en santé ne sont pas forcément les mêmes pour tous les ménages, selon leur statut économique ou professionnel, par exemple. Certains ménages, en particulier les plus pauvres et les plus vulnérables, peuvent relever de mécanismes ciblés d'assistance sociale, tandis que d'autres peuvent être intégrés dans l'économie formelle ou informelle, et peuvent être orientés vers des régimes contributifs ou semi-contributifs d'assurance sociale en santé.

Figure 3: Analyse des lacunes de la couverture de santé des réfugiés.



2.1 Comment analyser la couverture actuelle des réfugiés et identifier les lacunes de couverture

Au cours de cette étape, il convient de décrire les mécanismes existants pour couvrir les besoins sanitaires des réfugiés. Cette évaluation devrait expliquer comment les réfugiés ont actuellement accès aux soins de santé (à quels établissements ont-ils accès et par qui sont-ils gérés), comment leurs dépenses de santé sont couvertes, à quels services les réfugiés ont accès et quelles sont les lacunes rencontrées. Le HCR et ses partenaires adoptent différentes approches selon le contexte et le mode de vie des réfugiés, en tenant tout particulièrement compte des différences entre les réfugiés vivant dans des camps ou des établissements réservés et ceux vivant en zones urbaines.

Mécanismes et scénarios typiques

- Les soins de santé des réfugiés vivant dans des camps sont généralement totalement ou partiellement pris en charge par le HCR et ses partenaires (en général, des ONG, mais parfois aussi le gouvernement et d'autres entités) qui gèrent la prestation des soins de santé primaires. En général, ces établissements sont aussi ouverts aux communautés hôtes, qui bénéficient également de la gratuité des soins. En outre, le HCR appuie la référence sanitaire des réfugiés pour les soins de deuxième et troisième niveau, en général dans des établissements gouvernementaux (transport, nourriture, hébergement, et souvent coût du traitement).
- Dans certaines zones, les réfugiés utilisent les services de santé publics, comme au Cameroun, où un accord a été signé entre le ministère de la Santé publique et le HCR pour la prestation de soins de santé dans les établissements de santé publics et le partage des coûts entre l'Etat (réduction du prix des établissements de santé de

30 pour cent, à l'exception des médicaments et de l'accouchement) et le HCR pour les réfugiés des camps d'Adamaoua, de l'Est, de l'Extrême-Nord et du Nord.

- En zone urbaine, le HCR cherche à appuyer l'accès aux soins de santé par les réfugiés soit: a) en les intégrant aux régimes d'assurance sociale en santé lorsque c'est possible, généralement en prenant totalement ou partiellement en charge les cotisations; soit b) en passant des accords avec des ONG partenaires et/ou des établissements de santé. L'objectif est d'écarter les obstacles financiers pour que les réfugiés puissent accéder aux soins de santé au même titre que les nationaux, des subventions pouvant être accordées pour les soins réalisés.
- Les réfugiés peuvent être intégrés dans les systèmes nationaux de santé de différentes façons, au-delà des seuls mécanismes d'assurance-maladie sociale. La Zambie en est un bon exemple: les réfugiés de la République démocratique du Congo vivant à l'ouest de la Zambie sont entièrement intégrés au système national de santé. Les réfugiés ont accès aux établissements du ministère de la Santé au même titre que les nationaux. Il en va de même en Ouganda, où les établissements de santé publics sont gratuits à la fois pour les nationaux et les réfugiés. Cela illustre le fait que l'inclusion des réfugiés n'implique pas nécessairement un mécanisme d'assurance sociale.
- Dans certains pays, l'accès aux régimes de protection sociale en santé est lié au statut professionnel.
 - Les réfugiés ayant un emploi formel ont alors la possibilité ou l'obligation de s'affilier aux programmes d'assurance sociale en santé. Le HCR doit vérifier que les travailleurs réfugiés éligibles sont bien affiliés aux régimes de sécurité sociale et bénéficient effectivement des programmes de protection sociale applicables, en particulier l'assurance sociale. En effet, dans certains pays, même si les employeurs collectent les cotisations d'assurance sociale en santé, il peut y avoir des obstacles lorsqu'il s'agit de bénéficier des prestations.
 - Pour les réfugiés travaillant dans le secteur informel ou agricole, il convient d'identifier une stratégie adaptée à chaque contexte. Lorsque des mécanismes d'affiliation volontaire sont en place pour le secteur informel, il faudrait déterminer si une combinaison d'aide des agences de l'ONU, du gouvernement et des réfugiés (en fonction de leurs moyens) pourrait couvrir les cotisations et permettre aux réfugiés de s'affilier au régime de protection sociale en santé..

Evaluation des lacunes dans l'accès aux soins de santé

- A partir de l'évaluation de l'accès aux soins de santé par les réfugiés, il est important d'identifier les lacunes d'accès aux soins de santé et à la protection financière, et de faire la distinction entre les différentes situations des réfugiés (c'est-à-dire les camps et dispositifs similaires par rapport aux zones urbaines), qui influencent grandement la couverture et l'accès aux services de santé.
- Il est également important de déterminer les services actuellement inclus, car cela donne des informations utiles sur l'acceptabilité d'une éventuelle inclusion dans le

régime national de protection sociale en santé si le panier des prestations est moins complet. Dans certains cas, le HCR ou d'autres donateurs peuvent couvrir des services complémentaires.

- La situation des réfugiés doit toujours être comparée à celle des nationaux: l'accès à la santé est-il meilleur pour les réfugiés vivant dans des camps que pour les nationaux? L'ensemble de services est-il meilleur ou moins bon pour les réfugiés? A quels obstacles les réfugiés sont-ils confrontés?

L'évaluation devrait également tenir compte de l'infrastructure sanitaire des camps et autres établissements de réfugiés et les perspectives d'inclusion de ces derniers dans le système national en cas d'arrêt du soutien du HCR et de ses partenaires.

Encadré 6. Dispositions obligatoires en matière de soins de santé et principaux obstacles

Dans certains pays, même si les réfugiés ont un emploi formel et cotisent à l'assurance sociale en santé, ils rencontrent parfois malgré tout des obstacles pratiques pour faire valoir leurs droits au titre du régime. Par exemple, au Moyen-Orient, certains réfugiés ayant un emploi formel ont indiqué que leurs cotisations d'assurance sociale en santé étaient régulièrement payées par leurs employeurs, mais que les réfugiés n'avaient pas reçu leur carte d'assurance et ne pouvaient donc pas en bénéficier dans la pratique. Le principe de l'égalité de traitement est affirmé par les normes de l'OIT sur la sécurité sociale¹⁸ et il convient de tenir compte des goulots d'étranglement administratifs susceptibles d'empêcher son application.

2.2 Statut professionnel et capacité contributive des réfugiés

Il convient de passer en revue les données existantes sur le statut professionnel et socio-économique des réfugiés. Ces données peuvent provenir du HCR et inclure des résultats d'enquêtes éventuellement conduites par le gouvernement ou des partenaires humanitaires et de développement (Programme alimentaire mondial (PAM), UNICEF, Banque mondiale, etc.). Cette revue doit servir de base pour dresser une vue d'ensemble de la situation professionnelle et du statut économique des réfugiés.

1. Type d'emploi et emplois informels

Les réfugiés ont-ils accès à un emploi ou non, salarié ou indépendant, formel ou informel (les solutions de couverture de la santé sont directement liées au statut professionnel dans certains pays)?

¹⁸ Convention (n° 118) sur l'égalité de traitement (sécurité sociale), 1962. Disponible à l'adresse: https://www.ilo.org/dyn/normlex/fr/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID,P12100_LANG_CODE:312263,fr

Pour différentes raisons, dans de nombreux pays, il est difficile pour les réfugiés de trouver un emploi formel. Ils n'ont pas toujours accès aux permis de travail nécessaires pour accéder au marché du travail; leur statut est parfois incertain; il n'y a pas toujours d'emplois formels disponibles dans le pays ou la région de destination; il peut y avoir des pratiques discriminatoires, etc. Dans l'ensemble, une part importante des réfugiés travaillent dans le secteur informel et ne sont par conséquent pas couverts par la protection salariale et sociale associée à l'emploi formel.

Le problème des emplois informels est prépondérant dans bon nombre de pays à faible revenu. Il affecte les systèmes de protection sociale, y compris la protection sociale en santé, de deux façons:

- Il rend plus difficile la mise en œuvre d'une assurance sociale en santé contributive; et
- Il réduit l'assiette fiscale, limitant les ressources disponibles pour le financement des mesures de santé publique et des programmes d'assistance sociale et de soins médicaux gratuits.

La question des emplois informels s'invite dans les débats sur l'extension de la protection sociale dans de nombreux pays. Il est fondamental d'identifier précisément le statut professionnel des réfugiés pour les positionner dans ce cadre et appuyer leur transition de l'économie informelle à l'économie formelle. Dans certains pays (comme la Turquie), les réfugiés ont été au moins en partie accompagnés dans leur transition de l'économie informelle à l'économie formelle, et sont ainsi mieux protégés. L'inclusion des réfugiés dans les régimes contributifs, lorsque c'est possible, peut contribuer à éviter les distorsions sur le marché du travail. En effet, lorsque les employeurs peuvent embaucher des réfugiés sans avoir à payer les cotisations sociales (et souvent pour un salaire plus bas), cela peut créer des inefficacités sur le marché du travail, mais aussi des tensions entre les réfugiés et les populations hôtes.

2. Statut socio-économique ou pauvreté des réfugiés

Les réfugiés peuvent-ils contribuer, ou leurs caractéristiques socio-économiques en font-elles des groupes vulnérables selon la catégorisation nationale existante?

Lorsque c'est possible, la méthodologie employée pour déterminer et catégoriser le statut économique des réfugiés devrait être alignée sur celle employée par le gouvernement pour ses différents registres sociaux ou sur les méthodologies des programmes de protection sociale sous conditions de ressources afin de garantir l'équité entre la population hôte et les réfugiés. De plus, cela faciliterait la comparaison du statut socio-économique des réfugiés avec celui des nationaux, ce qui favoriserait par exemple leur intégration dans les programmes non contributifs ou subventionnés. L'évaluation de la vulnérabilité est plus utile lorsqu'elle est associée à des prestations ou à la couverture des cotisations d'affiliation des réfugiés par une organisation ou un gouvernement



Photo: Iran. Réfugié recevant une hémodialyse. Environ 100,000 réfugiés afghans en Iran sont adhérents au système national d'assurance maladie, Salamat (contributions payées annuellement par le HCR).
©UNHCR/ Anthony Karumba

Étape 3: Evaluation des options disponibles pour l'inclusion des réfugiés

Messages clés

- L'assurance sociale en santé nationale et les services de santé ou de soins médicaux nationaux, lorsqu'ils sont disponibles, constituent la meilleure solution de couverture et de financement à long terme pour les réfugiés, d'une part, parce qu'ils minimisent l'appauvrissement lié aux dépenses de santé et d'autre part, parce qu'ils assurent l'accès effectif aux services de santé, au même titre que les nationaux. Dans certains pays, l'affiliation est obligatoire.
- L'assurance santé privée, si elle est volontaire et non mandatée par le gouvernement, n'est généralement pas rentable pour les réfugiés. Les assureurs privés ne sont pas toujours en mesure d'influencer la qualité des soins et les coûts de traitement des établissements publics, et tendent à exclure les personnes présentant les plus grands risques sanitaires (McIntyre et al., 2011).
- Avant de décider d'intégrer les réfugiés à un régime, des *évaluations d'experts* doivent être conduites sur différents facteurs pour déterminer la faisabilité, la qualité et l'efficacité des régimes disponibles, y compris la rentabilité de l'intégration des réfugiés, par rapport à l'assistance directe. Une évaluation complémentaire doit se pencher sur la disponibilité et l'accessibilité des prestataires couverts par le régime national ainsi que la qualité des services. Pour cette expertise, il est possible de faire appel au personnel de l'OIT en charge de la protection sociale, qui fournit régulièrement ce type de service à des institutions de protection sociale.
- Lorsque l'assistance directe demeure la meilleure solution à court terme, étant donné la baisse des budgets humanitaires, il reste pertinent d'élaborer une stratégie à long terme de protection sociale de la santé des réfugiés. Cela peut supposer de passer directement à l'Étape 4 et de mener des actions de plaidoyer en faveur de l'évolution des systèmes nationaux de protection sociale en santé.

Cette étape, qui s'appuie sur les résultats des deux étapes précédentes en tenant compte des catégories socio-économiques de réfugiés et des régimes disponibles de protection sociale en santé, vise à évaluer la faisabilité de l'affiliation des réfugiés à ces régimes. Elle nécessite une grande connaissance des mécanismes de protection sociale et par conséquent la mobilisation d'une expertise externe à l'équipe pays. Pour cette étape, un outil est disponible en Annexe 1. Avant de procéder à une évaluation détaillée des coûts et de la couverture, il est nécessaire de bien comprendre les différentes solutions.

3.1 Contextes nationaux typiques

Globalement, les pays se répartissent en trois groupes, selon le niveau de développement de leur système de protection sociale en santé et la façon dont celui-ci est ouvert aux réfugiés.

1. Le pays assure pratiquement une couverture sanitaire universelle à sa population

La majorité de la population jouit d'un bon accès aux services de santé primaires et essentiels, qui s'accompagne d'une diminution des dépenses des ménages en matière de santé, soit: i) parce que la plupart des soins de santé primaires et secondaires sont gratuits; ii) parce qu'ils sont affiliés à un régime national obligatoire d'assurance maladie; iii) grâce à une combinaison des deux (en général, les pays ayant atteint une couverture sanitaire universelle disposent d'une combinaison des deux). Le gouvernement a la volonté politique et l'engagement fiscal nécessaires pour assurer une protection sociale en santé. Un cadre juridique est en place, ainsi que des réglementations d'application par le gouvernement. Exemples: Costa Rica, Indonésie, Iran, Rwanda et Thaïlande.

Dans ces pays, le gouvernement peut, ou pas, encourager les réfugiés à s'affilier au régime national ou le leur imposer. Les réfugiés vulnérables peuvent, ou pas, être en mesure de s'affilier aux programmes de protection sociale, y compris les régimes d'assurance sociale en santé. Dans ces cas de figure, le rôle du HCR serait de plaider pour l'inclusion des réfugiés dans les régimes nationaux, avec les mêmes droits et obligations que les nationaux. L'OIT peut y contribuer en apportant les preuves nécessaires de faisabilité de leur intégration et de son alignement sur les normes de sécurité sociale de l'OIT.

2. Le pays développe une protection sociale en santé et améliore ses services de santé

La population a accès à certains services gratuits de soins de santé primaires. Les fonctionnaires et d'autres travailleurs formels sont affiliés à un système national d'assurance sociale en santé. L'extension de la couverture à l'économie informelle fait naître des opportunités de participation de ses membres, y compris des travailleurs migrants et des réfugiés dans certains cas. L'assurance santé privée est limitée, mais il existe plusieurs régimes d'assurance volontaire (y compris des régimes traditionnels communautaires) de qualité très variable, dont certains peuvent être envisagés comme solution de transition pour les réfugiés si le système national d'assurance sociale en santé ne peut pas les intégrer. Un cadre juridique est en place, ainsi que des réglementations d'application par le gouvernement.

Parmi les pays où les réfugiés ont actuellement accès au régime d'assurance santé communautaire, le Burkina Faso, le Ghana, le Mali, le Sénégal et le Togo, avec toutefois des différences en termes d'efficacité, de couverture et de viabilité. Dans certains pays comme le Ghana ou le Rwanda, l'assurance santé communautaire est universelle et fonctionne comme un régime national d'assurance maladie. Dans la plupart de ces pays, le gouvernement applique une stratégie consciente et coordonne le secteur tout en développant ses stratégies de protection sociale et de financement national de la santé en vue de leur extension. Dans

ces cas de figure, le rôle du HCR serait d'assurer le suivi de l'accès des réfugiés aux services de soins de santé ainsi que leur capacité à cotiser. L'OIT peut y contribuer en associant la question de la couverture des réfugiés et des migrants aux dialogues nationaux sur la protection sociale et à la formulation des stratégies et des plans de protection sociale et de financement de la santé à l'échelle nationale.

3. Le pays a un accès limité à des soins de santé primaires gratuits, n'a aucune assurance sociale en santé nationale et peu de prestataires d'assurance sociale en santé volontaire

Ces derniers ne satisfont généralement pas aux critères de qualité des soins de santé essentiels fixés par le HCR pour envisager l'affiliation des réfugiés. Les niveaux de dépenses de santé des ménages sont élevés et un grand nombre de personnes a basculé dans la pauvreté à la suite de dépenses de santé catastrophiques. En général, l'assurance santé privée n'est pas rentable (avec trop d'exclusions à l'affiliation). Aucun cadre juridique n'est en place, ou le cadre juridique existant n'est pas bien appliqué.

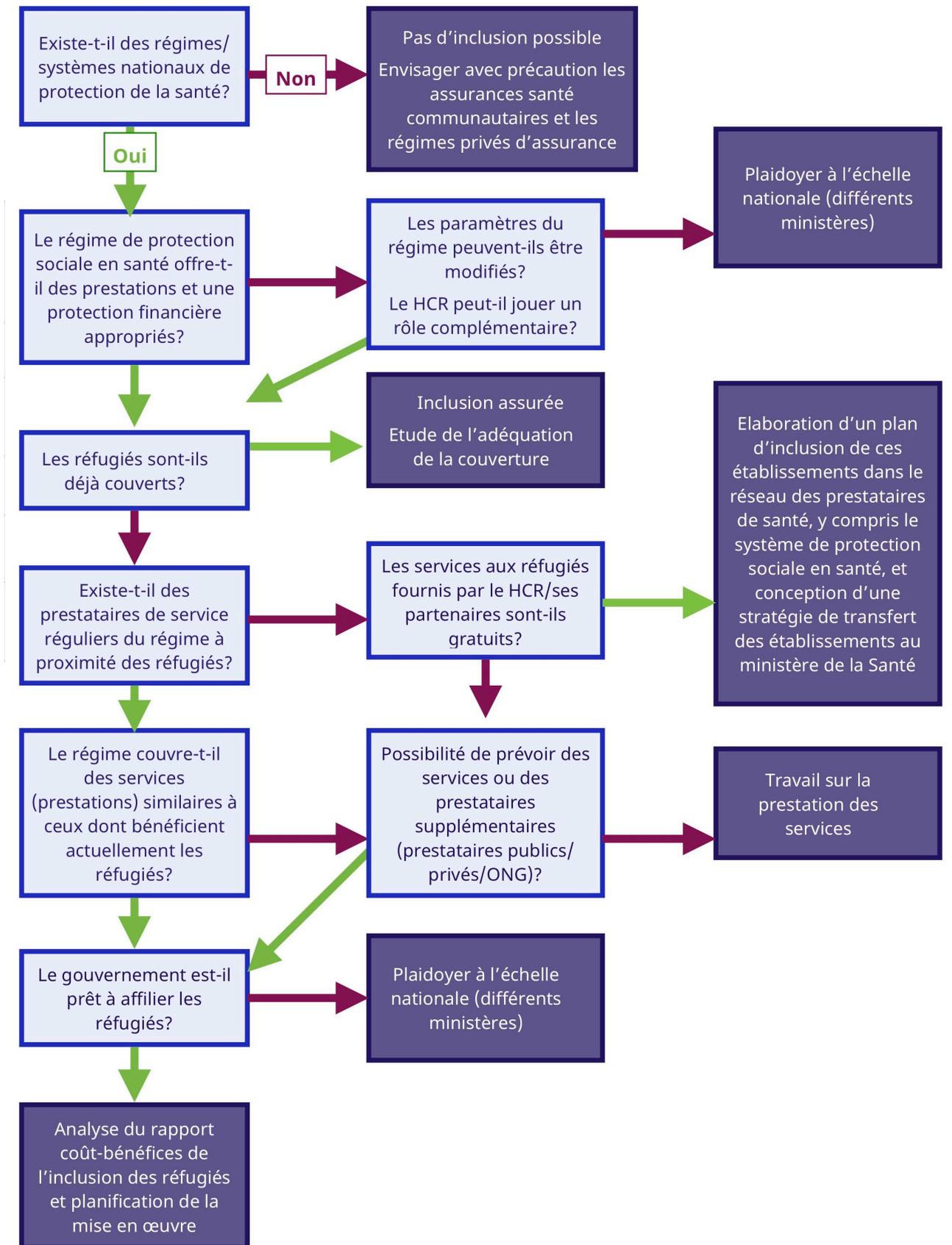
Parmi les pays où aucune option d'assurance maladie n'est viable pour les réfugiés, on trouve le Cameroun, la Guinée, le Niger et le Tchad. Dans ces cas de figure, le rôle du HCR serait d'appuyer et d'assurer le suivi de l'accès aux soins de santé par les réfugiés par le biais du système national lorsque c'est possible, ou de partenaires. Le HCR va également travailler au renforcement des systèmes de santé et encourager une action coordonnée des acteurs du développement. En général, dans ces pays, l'OIT fournit des efforts continus de plaidoyer pour l'extension de la couverture de la protection sociale et peut collaborer étroitement avec les équipes du HCR à l'échelle nationale pour assurer la création d'articulations avec les appuis de type humanitaire pendant le développement du cadre politique national de la protection sociale.

Selon le contexte, les possibilités de couverture des dépenses de santé des réfugiés par leur inclusion dans un système national de protection sociale en santé peuvent être limitées par deux facteurs principaux:

- i. Le pays est loin d'atteindre une couverture sanitaire universelle et n'a pas suffisamment d'institutions ni de programmes robustes pour garantir la protection de sa population contre les dépenses de santé élevées; et
- ii. Entre autres raisons, les non-nationaux sont exclus du système par la loi ou dans la pratique; les réfugiés travaillent principalement dans l'économie informelle qui n'est pas couverte.

Les solutions d'inclusion doivent privilégier les régimes d'assurance sociale en santé et les systèmes de santé nationaux lorsqu'ils existent. En second lieu, les prestataires retenus doivent proposer une couverture de grande qualité avec des procédures transparentes de réalisation des prestations et de demandes, une gestion rentable, des taux de cotisation abordables et des antécédents d'amélioration de l'accès des soins de santé pour les bénéficiaires, sans exclusion des maladies préexistantes; or, ces conditions ne sont souvent pas remplies par les prestataires privés.

Figure 4: Logigramme d'analyse du contexte national et marche à suivre.



3.2 Analyse des coûts détaillés et de la couverture

L'évaluation calcule le coût potentiel de l'inclusion des réfugiés dans un régime et le compare avec les coûts actuels de prestation directe des services sanitaires par le HCR. Elle fournit une évaluation détaillée des coûts des régimes de protection sociale en santé avec un plan quantifié sur plusieurs années, ce qui facilite les discussions avec les partenaires et la planification stratégique à long terme. Dans la plupart des cas, le plan prévoit une «stratégie de retrait» et la baisse de la participation du HCR à mesure que les réfugiés améliorent leurs moyens de subsistance. Si le panier des prestations fournies n'inclut pas certaines catégories de personnes ou de maladies (comme les maladies non transmissibles, y compris la santé mentale, les violences spécifiques au genre ou la rééducation), l'évaluation peut suggérer la mise en place d'un panier complémentaire, idéalement fourni par le même prestataire que le premier. L'évaluation (y compris l'analyse des coûts) donne au HCR des recommandations sur les décisions à prendre. L'OIT est bien placée pour apporter son expertise en matière de protection sociale en santé lors de la conduite de ce type d'évaluation. Des outils pertinents sont disponibles en Annexe 1. L'analyse des coûts devrait donner des précisions sur les points suivants:

- **Affiliation**

Caractéristiques sociales et professionnelles des membres; nombre d'inscrits, de cotisants réguliers et de personnes effectivement protégées; taux de croissance; part bénéficiant de services dans le cadre du régime. Analyse des critères d'inclusion et d'exclusion, et identification des pratiques discriminatoires éventuelles.

- **Paiement des cotisations**

Calculation of average annual payment by beneficiary; mechanism and percentage co-payment for services.

- **Panier de soins**

Nombre de prestataires de services inclus dans le régime; analyse du panier de soins fournis (y compris les consultations ambulatoires, le transport, les hospitalisations, les soins d'urgence, les examens, les accouchements, la chirurgie essentielle, les maladies chroniques, le VIH, les médicaments prescrits, et les services de prévention et de promotion de la santé); les autres services fournis (comme les assurances-vie ou en cas d'accident, l'assurance-chômage, les pensions); potentiel d'ajout d'un panier de soins complémentaire.

- **Procédures de demande et de paiement des prestataires**

Evaluation des politiques et des procédures de paiement aux prestataires de services ou de remboursement aux assurés; résolution des litiges, etc.

- **Estimation des coûts d'intégration dans les régimes**

Estimation du rapport coût-bénéfice tenant compte des coûts d'adhésion et des cotisations, du taux de croissance du nombre d'adhérents, du nombre de bénéficiaires et des débours moyens par tête et par régime, et des montants perçus à partir des cotisations.

- **Coûts cachés**

Effet de l'inflation sur le financement du régime. Le régime est-il assujéti à la taxe sur la valeur ajoutée (TVA)? Existe-t-il d'autres coûts «cachés»? Taux de sinistres médicaux (minimum de 85 pour cent, ce qui signifie que 85 pour cent des primes sont affectées aux services de santé des affiliés au régime, et un maximum de 15 pour cent aux frais de gestion).

Encadré 7. L'exemple du Rwanda

Au Rwanda, le système national de protection sociale en santé est composé de plusieurs régimes qui gèrent différents groupes professionnels et socio-économiques. En 2017, le gouvernement rwandais s'est engagé à intégrer progressivement les réfugiés dans le système national de protection sociale en santé, à savoir une assurance santé communautaire qui est un régime de sécurité sociale public administré par l'Office Rwandais de Sécurité Sociale (RSSB - *Rwandan Social Security Board*). Une étude de faisabilité technique a été conduite l'année suivante par l'OIT et le HCR. L'affiliation des réfugiés urbains a commencé en septembre 2019 avec l'émission de cartes d'identité par le gouvernement rwandais. Concrètement, l'étude de faisabilité a révélé des liens étroits entre les mesures de protection juridique des réfugiés, comme l'accès à des pièces d'identité dans le pays d'accueil, et les obstacles administratifs à l'accès aux soins et à la protection sociale.

Tableau d'estimation des coûts utilisé pour intégrer les réfugiés dans le système national d'assurance sociale en santé au Rwanda:

	Households income category 1	Households income category 2	Household income categories 3 and 4	Total
Distribution of households by category	XX%	XX%	XX%	100%
Number of households				
(A) Number of individuals				
(B) Annual total cost of SSHI contribution per individual				
(AxB) Total annual SSHI contributions				
Year 1				
Refugees' household contribution (per person and year)				
UNHCR contribution (per person and year)				
State subsidy (per person per year)				
Total amount contributions by the refugees' households				
Total amount UNHCR contributions				
Total amount State subsidy				
Total yearly cost per refugee for UNHCR				
Total yearly cost per refugee for the Government				
Year 2				
Household contribution (per person and year)				
UNHCR contribution (per person and year)				
State subsidy (per person per year)				
Total amount contributions by the refugees themselves				
Total amount UNHCR contributions				
Total amount State subsidy				
Total yearly cost per refugee for UNHCR				
Total yearly cost per refugee for the Government				

A peine plus de 6 200 réfugiés adultes et enfants étaient couverts par l'assurance-maladie communautaire fin 2018. L'objectif à court terme est d'affilier les 12 000 réfugiés vivant en zone urbaine à l'assurance santé communautaire, puis dans un second temps d'étendre cette couverture aux réfugiés vivant dans camps lorsque c'est faisable. Des ajustements sont discutés dans le cadre protocole d'accord entre le ministère responsable des réfugiés, l'assurance santé communautaire et le HCR, pour faire en sorte que les réfugiés bénéficient de conditions similaires à celles des communautés hôtes. Cela nécessiterait notamment un système de catégorisation des cotisations ainsi que des procédures d'affiliation et de renouvellement des adhésions similaires à celles qui s'appliquent aux ménages rwandais évoluant dans l'économie informelle. Il est envisagé de partager progressivement le coût de cette couverture sanitaire entre les réfugiés et le HCR en fonction de la capacité de contribution des réfugiés.

Encadré 8. Enseignements tirés: l'importance d'une analyse détaillée et de la prise en compte de différents critères; le cas de la République démocratique du Congo et de l'assurance santé privée

Comme aucune solution nationale de protection sociale de la santé n'était accessible aux réfugiés, les réfugiés vivant en zone urbaine de République démocratique du Congo (RDC) ont été affiliés à différents régimes d'assurance santé par le HCR pour faciliter les comparaisons lorsque le HCR a décidé de ne retenir qu'un régime pour le développer.

La compagnie d'assurance commerciale privée Lisungi demandait les frais d'adhésion les plus bas tout en proposant une couverture équivalente à celle des autres.

Système	Frais d'adhésion demandés		Montant (dollars) déclaré		Coûts couverts	Structures de santé couvertes
	Montant (dollars)	Périodicité	Mois et personne	Mois et ménage (3 personnes)		
BDOM (1)	39	Par mois et par «groupe» de 7 personnes	5,6	16,8	100 %	BDOM
MS SOLIDAR-CO	36	Par mois et par ménage (taille moyenne de 6 personnes)	6	18	100 %	BDOM
LISUNGI (2)	16	Par mois et par «groupe» de 6 personnes	2,7	8	100 %	Hôpitaux privés
MS LISANGA	80	Par personne et par an	6,7	20	100 %	BDOM et privé
Mutuelles du réseau CGAT	54	Par personne et par an	4,5	13,5	Participation aux coûts	BDOM et privé

(1) Convention actuelle entre l'ONG partenaire du HCR et le Bureau Diocésain des Œuvres Médicales (BDOM) à Kinshasa.

(2) Produit «Alliance» proposé aux réfugiés de Lubumbashi.

Les faibles frais d'adhésion de Lisungi s'expliquaient par une meilleure capacité de contrôle des coûts. Lisungi opérait dans un contexte au sein duquel, malgré l'adoption d'une législation liée au Code des assurances en 2015, il n'y avait encore aucune réglementation fonctionnelle du marché de l'assurance. La compagnie jouissait donc d'une grande flexibilité, mais les assurés n'avaient aucune garantie quant au maintien de leurs droits. De plus, le régime était sous contrat avec un petit nombre de prestataires de soins de santé, souvent situés à grande distance des réfugiés. Enfin, ce régime d'assurance privée avait mis en place un système de fourniture de médicaments pour les assurés (en réponse à un épuisement des stocks dans les établissements de santé sous contrat) qui ne fonctionnait pas très bien. Tous ces facteurs ont entraîné une mauvaise perception de la qualité de cette assurance par ses bénéficiaires, décourageant les nouvelles adhésions.

De plus, cette assurance santé privée n'était pas incluse dans l'extension de la protection sociale prévue par la Politique nationale de protection sociale, elle n'aurait donc pas été pertinente pour l'intégration des réfugiés dans les futurs régimes nationaux de couverture sanitaire universelle.

Cet exemple démontre combien il est important de tenir compte de plusieurs critères pour sélectionner un mécanisme de couverture sanitaire, en particulier en l'absence d'un régime national.

3.3. Assurer l'équité et encourager la participation

Tout en tenant compte des résultats de l'évaluation de la situation socio-économique (Etape 2), l'évaluation d'experts et l'analyse des coûts doivent également prévoir des moyens durables de financement des cotisations des réfugiés vulnérables (par exemple à partir de programmes ciblés d'amélioration des moyens de subsistance ou des mécanismes liés de protection sociale par l'aide au revenu). Des critères clairs et objectifs doivent être mis en place pour identifier ces personnes. Lorsque c'est possible, le HCR devrait adopter des critères similaires ou compatibles à ceux des systèmes nationaux de protection sociale pour ses évaluations de la vulnérabilité, et ce, afin de faciliter l'inclusion future des réfugiés. La participation est primordiale dans la conception et la mise en œuvre, afin que ces critères soient bien compris par tous.



Photo: Rwanda. Des réfugiés urbains de Kigali sont affiliés au régime national d'assurance sociale en santé (cotisations payées par le HCR) qui couvre les soins de santé primaires et secondaires comme pour les nationaux.

©HCR/ Tobin Jones

Step 4: Plaidoyer auprès des autorités nationales

Messages clés

- Dans la pratique, des circonstances différentes s'appliquent aux nationaux et aux non-nationaux lorsqu'il s'agit d'accéder au système de protection sociale en santé. Dans certains pays, les réfugiés se heurtent à des difficultés juridiques pour accéder au marché du travail, de même qu'au système de protection sociale en général, y compris la protection sociale en santé. Souvent, l'une des principales préoccupations porte sur la limitation de la manœuvre budgétaire alors que les gouvernements ont déjà du mal à offrir des prestations adaptées aux nationaux.
- Dans ce cas, l'inclusion des réfugiés dans les systèmes de protection sociale en santé peut se trouver bloquée par le cadre légal et réglementaire, quand bien même elle s'avère faisable sur le plan technique. Tous les acteurs, y compris le HCR, l'OIT et leurs partenaires, doivent alors plaider en faveur d'un accès légal des réfugiés aux services qui répondent à leurs besoins en matière de santé et de la transition d'une assistance directe à un autre système. Il est fondamental que le gouvernement s'approprie le projet et collabore pour surmonter ces défis et étendre la protection sociale aux populations réfugiées, conformément à ses engagements internationaux.
- L'octroi d'un accès aux prestations de protection sociale aux réfugiés revêt une pertinence particulière pour les déplacements à long terme. Cela permet: i) de diminuer les tensions sociales entre les communautés hôtes et les réfugiés et d'éviter les systèmes parallèles; ii) d'augmenter les cotisations de sécurité sociale en présence de systèmes contributifs (meilleure mutualisation des risques); et iii) de renforcer le système lui-même en augmentant les investissements dans la capacité institutionnelle, la prestation des services de santé et les mécanismes d'exécution.

Une fois les solutions de couverture évaluées, et en fonction des solutions retenues, l'étape suivante consiste à mener des actions de plaidoyer auprès des partenaires pertinents, et en particulier des autorités nationales.

Dans certains pays, les systèmes de protection sociale sont ouverts à tous les résidents, y compris les réfugiés. Néanmoins, parfois, des conditions différentes s'appliquent aux nationaux, qui peuvent bénéficier de subventions de l'Etat pour diminuer leurs cotisations, et aux non-nationaux, qui n'ont généralement pas droit à ces subventions, quelle que soit leur situation économique. C'est le cas des personnes qui n'ont pas la capacité de cotiser, ainsi que des indépendants (voir rubrique 4.2). Ces pratiques ne sont pas conformes aux normes de sécurité sociale de l'OIT. Par ailleurs, les régimes formels de sécurité sociale sont également ouverts aux réfugiés lorsqu'ils sont salariés, à condition que leurs droits soient respectés et que leur travail soit déclaré. Toutefois, il faut rappeler que cela ne va pas toujours de soi et que dans certains pays, les réfugiés se heurtent à des difficultés

juridiques pour accéder au marché du travail, de même qu'au système de protection sociale en général, y compris la protection sociale en santé (voir encadrés 5 et 6). Plusieurs études de cas sont présentées en Annexe 2 pour illustrer la diversité des situations existantes.

L'inclusion des réfugiés dans les systèmes de protection sociale en santé, même si elle s'avère techniquement faisable, peut être bloquée par le cadre juridique et réglementaire. Parfois, les gouvernements sont réticents à l'idée d'inclure les réfugiés ou de couvrir une partie de leurs cotisations, du fait de leur faible manœuvre budgétaire. Le HCR, l'OIT et leurs partenaires doivent alors plaider en faveur d'un accès légal des réfugiés aux services qui répondent à leurs besoins en matière de santé publique. Il s'agit de rappeler aux Etats leurs engagements internationaux et de plaider pour:

- Garantir aux réfugiés une protection sociale, telle que l'assurance sociale en santé, à un coût similaire à celui payé par les ressortissants, en tenant compte du statut socio-économique individuel des réfugiés;
- Garantir le droit au travail et le respect des droits du travail pour les réfugiés, notamment en matière d'inscription et de cotisation aux régimes de sécurité sociale;
- Prendre en compte la question des réfugiés dans les politiques et stratégies de protection sociale et leur inclusion dans les programmes d'assurance et d'assistance sociale. La question du financement de l'intégration des réfugiés dans les systèmes nationaux de protection sociale doit être examinée. Afin d'assurer une couverture sociale des réfugiés similaire à celle des communautés hôtes, le gouvernement peut élargir ses subventions totales ou partielles aux réfugiés ou mobiliser avec le HCR des sources de financement externes.

L'OIT plaide en faveur de l'inclusion des travailleurs migrants et des réfugiés dans les programmes de protection sociale et plus généralement d'accès à des emplois décent. Les suggestions suivantes sont notamment souvent mises en avant:

- Ratifier les conventions de l'OIT sur la migration et la protection sociale;
- Mettre la législation nationale en conformité avec les normes internationales et les principes de l'OIT, y compris la diminution des contraintes relatives au lieu de résidence ou l'introduction d'exemptions;
- Adapter les systèmes de sécurité sociale et intégrer les réfugiés aux régimes nationaux de sécurité sociale et de santé (pour éviter les systèmes parallèles, améliorer l'efficacité des coûts), renforçant ainsi les systèmes au profit à la fois des réfugiés et des communautés hôtes;
- Etendre les régimes de sécurité sociale aux travailleurs de l'économie informelle, ce qui peut avoir des effets positifs sur l'inclusion des travailleurs migrants et des réfugiés¹⁹;
- Renforcer la capacité institutionnelle du pays hôte, et développer et renforcer les systèmes de protection sociale des pays d'origine, pour faciliter le retour des réfugiés lorsque les conditions sont favorables;

¹⁹ <http://informaleconomy.social-protection.org>

- Réduire les retards et les processus longs d'obtention du statut de réfugié (pertinent en termes de protection sociale dans les pays hôtes lorsque les réfugiés ont accès au marché du travail et à la protection sociale, mais pas les demandeurs d'asile);
- Ecarter les obstacles pratiques grâce à des campagnes d'information, des médiateurs culturels, des interprètes et des campagnes anti-discrimination..

Il est important de comprendre que l'accès des réfugiés aux prestations de protection sociale est bénéfique aussi bien pour les communautés hôtes que les réfugiés, ce qui est particulièrement pertinent lors de crises longues et prolongées. Cela peut:

- Réduire les tensions entre les communautés hôtes et les réfugiés, éviter les systèmes parallèles et les distorsions du marché du travail.
- Accroître les ressources issues des cotisations sociales (meilleure mutualisation des risques).
- Renforcer le système lui-même, ce qui permet d'augmenter les investissements dans sa capacité institutionnelle et ses mécanismes d'exécution.

Dans ce cadre, l'OIT travaille en étroite collaboration avec les institutions de protection sociale pour appuyer la coordination des systèmes de protection sociale et la mise en œuvre efficace des accords et des instruments bilatéraux et multilatéraux déjà conclus. De même, l'OIT appuie ses mandats dans la promotion des socles de protection sociale et de l'accès aux garanties de base pour tous, y compris les réfugiés, notamment par des régimes et des programmes de couverture sanitaire universelle.

Les réfugiés sont surreprésentés dans les emplois peu rémunérés de l'économie informelle, où les conditions de travail tendent à être plus dangereuses et où le droit du travail tend à ne pas être pleinement respecté. Dans ce contexte, il est important de renforcer les capacités des gouvernements ainsi que des organisations de travailleurs et d'employeurs afin de tenir compte des réfugiés dans les politiques et les programmes nationaux, pour garantir un traitement équitable et un accès à des emplois décents, y compris la protection sociale.

Lorsque les gouvernements sont réticents à l'idée d'inclure les réfugiés dans les régimes de protection sociale en santé, une solution viable consiste à œuvrer à l'extension de la protection sociale à l'économie informelle, ce qui profite aux réfugiés qui travaillent majoritairement dans ce secteur si ces derniers peuvent s'affilier avec leur carte d'identification de réfugié.

Step 5: Préparation de la mise en œuvre

Messages clés

- Le passage de l'assistance humanitaire directe à un régime de protection sociale en santé doit être planifié et préparé avec soin. Il convient de concevoir une stratégie fondée sur des données à jour, qui s'articule efficacement avec les interventions en matière d'emploi et de moyens de subsistance, les politiques de protection sociale et d'atténuation de la pauvreté, mais également les efforts de renforcement du système de santé.
- Dans de nombreux pays, il sera fondamental de planifier des activités de renforcement des capacités et des institutions de protection sociale nationale. En effet, il peut s'avérer nécessaire de renforcer les capacités institutionnelles pour garantir l'efficacité des systèmes de protection sociale, tant pour les réfugiés que pour les communautés hôtes. L'OIT a un rôle clé à jouer à cet égard.
- La planification concrète doit prévoir un plan de communication pour les réfugiés et les ONG partenaires et l'identification des synergies avec les interventions en espèces du HCR et de ses partenaires. Cette transition aura un impact sur la planification budgétaire pluriannuelle du HCR, ce qu'il faut anticiper.

5.1 Planification de l'inclusion

Lorsque la décision est prise de mettre en œuvre la solution retenue, il convient de concevoir un plan pluriannuel cohérent afin d'organiser l'inclusion progressive et durable des réfugiés au régime. Ce plan se décompose en plusieurs parties.

5.1.1 Planification stratégique

Collecte et conservation de données à jour

Toute transition vers les régimes de protection sociale en santé devrait se baser sur des données à jour sur l'affiliation des populations cibles de réfugiés, notamment, si nécessaire, en procédant à des exercices de vérification.

Création d'une stratégie intégrée pour l'emploi, les moyens de subsistance et la protection sociale

La transition vers les régimes de protection sociale en santé ne devrait pas être envisagée comme une action isolée, mais plutôt être intégrée dans une stratégie plus complète, en adéquation avec les autres mécanismes de protection sociale et les interventions en faveur de l'emploi et des moyens de subsistance. D'une part, ces activités en faveur de l'emploi et

des moyens de subsistance devraient permettre aux ménages de générer des revenus et en fin de compte, d'assumer une plus grande part des cotisations d'assurance sociale en santé, par exemple, si cette option est retenue. D'autre part, la couverture du régime de protection sociale en santé vise à protéger les revenus tirés de ces activités en cas de chocs financiers liés à des dépenses de santé. Ce lien entre les activités en faveur de l'emploi et des moyens de subsistance et l'adhésion continue des réfugiés aux régimes de protection sociale en santé, qui se renforcent mutuellement, devraient être prioritaires dans les activités de planification, y compris les plans pluriannuels et multisectoriels du HCR. L'OIT peut contribuer à cette stratégie en apportant son expertise sur la coordination des politiques nationales d'emploi et de protection sociale et aider à relayer la nécessité d'une stratégie intégrée auprès des différents organes de coordination à l'échelle nationale.

La protection sociale en santé, une passerelle vers les systèmes de protection sociale

L'intégration des réfugiés dans les systèmes de protection sociale en santé constitue une opportunité d'apprentissage pour tout le secteur de la protection sociale d'un pays donné. L'OIT, de pair avec d'autres agences de l'ONU, appuie le développement et le renforcement de systèmes complets de protection sociale universelle à l'échelle nationale. Par conséquent, le personnel de l'OIT peut encourager le partage et la mutualisation des connaissances pour que le cadre légal et les pratiques institutionnelles d'intégration des réfugiés dans les régimes de protection sociale en santé soient documentés et partagés, ce qui sert plusieurs objectifs:

- Lorsque c'est possible, intégrer les réfugiés à d'autres régimes de protection sociale;
- Appliquer des pratiques institutionnelles similaires pour couvrir d'autres groupes vulnérables confrontés à des difficultés d'accès semblables.

Lien avec les interventions de renforcement des systèmes de santé et de développement des infrastructures

Il est crucial de créer des passerelles entre les efforts humanitaires et de développement pour trouver des solutions plus durables à plus long terme, tant pour les réfugiés que pour les communautés hôtes. Des déplacements peuvent se produire dans des lieux où les infrastructures sanitaires sont limitées, là où des activités de développement visant à développer les systèmes de santé ne sont pas toujours en cours. Des efforts devraient être fournis pour planifier des activités de réponse humanitaire faisant le lien avec les programmes de développement nouveaux ou existants. Par exemple, lorsque des installations sanitaires destinées aux réfugiés visent à terme à être intégrées au système de santé national dans le cadre de stratégies pluriannuelles, des investissements planifiés devraient être effectués conjointement dans ces services, y compris les infrastructures, les ressources humaines et la chaîne d'approvisionnement, par les agences humanitaires et de développement et les partenaires nationaux. Le renforcement des systèmes de santé, et en particulier les mesures d'amélioration de la qualité et les investissements dans le personnel soignant et les infrastructures, sont tout aussi importants pour améliorer la prestation des services de santé. Il faut que le système de santé soit fonctionnel pour que les réfugiés y

adhèrent et cotisent, et pour diminuer les dépenses directes et améliorer les résultats sanitaires.

5.1.2 Planification pratique

Communication effective

Le HCR, de pair avec les institutions de protection sociale en santé concernées, les partenaires de mise en œuvre et les groupes de coordination de la protection sociale de manière plus générale (par exemple, le groupe de travail de l'ONU sur la protection sociale lorsqu'il y en a un), devrait planifier des stratégies de communication efficaces sur la mise en œuvre des régimes de protection sociale en santé, afin de dûment informer les réfugiés sur l'existence de ces régimes, leurs avantages et leurs inconvénients, le processus de documentation le cas échéant, et la façon de demander des soins et des remboursements le cas échéant. En général, l'OIT fait partie des groupes de coordination sur la protection sociale et peut faciliter la diffusion des informations à tous les niveaux. Les réfugiés devront également être informés sur leurs droits au sein du régime ainsi que leurs obligations (par exemple, le montant de leur participation aux frais de santé ou le délai dans lequel ils doivent informer le régime d'une hospitalisation). Ces informations peuvent être élaborées conjointement avec l'institution de protection sociale en santé et l'OIT doit essayer de déterminer si ce type de supports serait utile à d'autres groupes vulnérables inclus dans le régime.

En outre, lorsque le choix s'est porté sur une option contributive, les réfugiés doivent être informés de leur responsabilité à venir concernant le paiement progressif de leurs propres cotisations pour leur couverture sanitaire, selon la stratégie pluriannuelle. Enfin, des efforts de sensibilisation doivent aider les réfugiés à comprendre le fonctionnement du régime de protection sociale en santé, ainsi que ses avantages, d'une façon qui soit adaptée à leur culture.

Gestion des relations avec les partenaires de mise en œuvre du HCR

Il faudrait œuvrer en faveur de l'évaluation et du renforcement des capacités des ONG partenaires participant à la mise en œuvre de l'inclusion des réfugiés dans les régimes de protection sociale en santé. Pour ce faire, il faudrait les impliquer dans l'exercice d'évaluation et les sensibiliser aux principes et à la gestion de la protection sociale. Du fait de leurs liens étroits avec les populations réfugiées, les ONG partenaires devraient être autorisées à communiquer clairement avec les réfugiés les règles définies dans l'accord relatif au régime de protection sociale en santé, et les appliquer de manière cohérente.

Pendant et après la transition, il convient de procéder au retrait progressif des solutions alternatives, comme la prestation de services de santé par les partenaires de mise en œuvre. Les réfugiés ne doivent pas se voir proposer le remboursement de dépenses de santé qui pourraient être couvertes par le régime de protection sociale en santé. Les transitions partielles doivent faire l'objet d'une planification et d'une communication particulières, en affiliant en premier lieu uniquement les groupes vulnérables au régime.

Lorsqu'il ne s'agit pas d'un régime national obligatoire, les réfugiés devraient avoir le choix de quitter un régime, auquel cas ils doivent prendre la responsabilité de leurs propres frais médicaux. Il est donc important que l'ONG partenaire et le personnel du HCR définissent des règles claires, communiquent à leur sujet et les respectent.

Par conséquent, la transition d'une assistance directe à un régime de protection sociale en santé peut avoir des implications négatives sur le rôle des ONG partenaires du HCR, y compris les budgets. La communication doit être gérée en conséquence.

Synergie avec les interventions humanitaires en espèces

Les interventions en espèces menées par le HCR ou d'autres partenaires humanitaires peuvent s'avérer une modalité importante pour faciliter l'accès aux régimes contributifs de protection sociale en santé et augmenter l'implication des bénéficiaires dans leurs propres soins de santé. Les interventions en espèces peuvent être adaptées dans ce contexte, car le coût des primes est connu à l'avance et ne varie généralement qu'en fonction de la taille du ménage, ce qui permet aussi d'utiliser les critères de vulnérabilité existants. Dans ce but, l'assistance en espèces peut venir en complément pour couvrir tout ou partie des cotisations des réfugiés vulnérables percevant déjà une assistance en espèces, polyvalente ou non, pour leurs besoins fondamentaux. Le montant et la date de versement de la subvention sont importants et doivent être envisagés très tôt dans la phase de planification, car la somme en espèces doit être versée au moment du paiement des cotisations. Dans ce contexte, tout ciblage éventuel devrait être effectué au regard des principes d'accès universel et d'équité des soins de santé. Si des sommes en espèces doivent être versées pour financer, par exemple, une partie des cotisations d'assurance sociale en santé, il est crucial de disposer d'une stratégie de communication pour que la population ciblée comprenne très clairement le calendrier de paiement, les délais et les attentes. Des indicateurs peuvent être inclus dans le modèle de suivi après distribution de l'assistance en espèces afin de compléter le suivi régulier des résultats du régime de protection sociale en santé. Comme pour toutes les interventions de transfert en espèces du HCR, il est recommandé de mettre en œuvre des transferts en espèces pour couvrir directement les cotisations au régime de protection sociale en santé, c'est-à-dire d'utiliser le mécanisme existant de transfert en espèces du HCR plutôt que de confier le versement des sommes à un partenaire. L'implication des partenaires devrait être optimisée dans les aspects qualitatifs de la santé publique, notamment l'évaluation, la référence sanitaire, le ciblage, le renforcement des capacités et le suivi.

5.1.3 Implications budgétaires du passage à un régime de protection sociale en santé

Le passage de tout ou partie des réfugiés sous la protection du HCR d'une prestation directe des services de santé (assistance humanitaire) à un système public de protection sociale en santé a des implications sur la planification et le budget des activités du HCR dans le pays. Cela devrait toujours s'inscrire dans une stratégie plus large de planification multisectorielle du HCR.

Cet exercice doit se fonder sur l'estimation des coûts des solutions effectuée à l'Etape 3. Il est important d'anticiper l'impact budgétaire pour le HCR de l'intégration des réfugiés dans les régimes de protection nationale en santé. En effet, il faut prévoir le budget du plan pluriannuel d'intégration en soulignant la diminution progressive des dépenses actuelles des prestations directes de services de santé à mesure que les réfugiés peuvent s'affilier aux régimes de protection sociale en santé.

Le tableau suivant répertorie les éléments à prévoir dans le budget. Le cadre temporel envisagé peut être beaucoup plus long selon le contexte national.

Tableau 1: Impact budgétaire pour le HCR de l'intégration des réfugiés dans les régimes de protection nationale en santé.

Élément	Budget annuel réel actuel (USD)	Intégration Années 1 à 2 (USD)	Intégration Années 3 à 4 (USD)	Intégration Années 5 à 6 (USD)
Médicaments, consommables				
Frais de gestion du partenaire de mise en œuvre				
Frais de ressources humaines du partenaire de mise en œuvre				
Infrastructure de l'établissement de santé (bâtiments et équipements) et personnel (soignant et administratif)				
Référence sanitaire vers des soins spécialisés - frais de transport				
Référence sanitaire vers des soins spécialisés - frais de traitement				
Frais d'affiliation au régime d'assurance sociale				
Cotisation annuelle d'assurance sociale				
TOTAL				

L'exercice d'élaboration du budget est important, car il peut servir de base pour discuter des détails de planification et de partage des coûts liés à l'intégration des réfugiés dans la solution de couverture nationale identifiée avec les homologues gouvernementaux. En effet, les réfugiés ayant des moyens de subsistance fiables et des moyens économiques suffisants pourraient payer leurs cotisations d'assurance-maladie sociale dès le départ ou progressivement si cette solution est retenue, au même titre que les nationaux. En revanche, l'affiliation à des régimes subventionnés des réfugiés qui ne sont pas en capacité de contribuer (lorsque le gouvernement hôte paie tout ou partie des cotisations des populations vulnérables ou des indépendants à partir de son budget général), peut nécessiter que le HCR continue de couvrir les cotisations lorsque le gouvernement hôte n'est pas en mesure de le faire. Le HCR peut envisager de développer des interventions de promotion des moyens de subsistance afin d'améliorer progressivement leur

indépendance économique et leur capacité à cotiser à la protection sociale sur le long terme.

Si le régime retenu couvre tous les soins spécialisés à disposition des nationaux, l'appui apporté par le HCR pour la référence sanitaire vers des soins de niveau secondaire ou tertiaire peut être réduit une fois que les réfugiés sont orientés dans le cadre du régime. Toutefois, si le traitement de certaines maladies chroniques, accessible aux nationaux, n'est pas proposé dans le cadre du régime, il peut être nécessaire que le HCR conserve un budget et un comité dédié aux soins exceptionnels, afin de prendre des décisions transparentes et équitables sur les soins spécialisés supplémentaires qui peuvent être fournis dans le cadre de son programme de référence sanitaire.

Au cours des premières années d'intégration, les coûts peuvent augmenter, car le HCR peut investir dans les infrastructures physiques des systèmes nationaux et autres systèmes de santé pour veiller à ce que les futurs services de santé soient de bonne qualité et géographiquement accessibles pour les réfugiés et leurs communautés hôtes. Les établissements de santé mis en place par les partenaires de mise en œuvre peuvent être remis à des structures nationales, mais doivent répondre aux normes nationales en matière d'infrastructure et aux mesures d'accréditation, tant en termes de ressources humaines que de qualité des services, de médicaments et de fournitures médicales. De ce point de vue, il est important de tenir compte des plans de renforcement des systèmes de santé nationaux et de la réglementation, y compris l'appui apporté par d'autres agences de l'ONU (c'est-à-dire l'OMS, l'UNICEF, l'OIT) et la Banque mondiale.

Encadré 9. Éléments à prendre en compte pour le financement

- Si l'assurance sociale en santé est retenue comme un choix programmatique, l'affiliation doit s'accompagner d'une communication cohérente et efficace de sorte que les réfugiés, les institutions nationales, les prestataires de services et les partenaires soient pleinement informés des changements.
- Lorsque le HCR couvre initialement les frais d'affiliation et les cotisations, il se peut que les options alternatives comme la prestation de services de santé par des ONG soient réduites et que les réfugiés ne perçoivent pas de remboursements pour d'autres dépenses de santé qui auraient pu être couvertes par le régime. Le HCR peut décider d'affilier les réfugiés automatiquement et de payer les frais d'affiliation et les cotisations initiaux. Lorsqu'il ne s'agit pas d'un régime national obligatoire, les réfugiés devraient avoir le choix de quitter un régime, auquel cas ils doivent prendre la responsabilité de leurs propres frais médicaux.
- Le HCR devrait transférer progressivement la responsabilité du paiement des cotisations aux réfugiés une fois qu'il est établi que ces derniers ont les revenus nécessaires pour cela. Lorsque c'est possible, les réfugiés pourraient cotiser dès le départ. Le HCR peut devoir maintenir le paiement total ou partiel des cotisations des catégories vulnérables de population ou veiller à ce que ces

réfugiés bénéficient d'un appui suffisant, comme des transferts en espèces ou des moyens de subsistance, pour couvrir leurs frais d'assurance.

- Des investissements précoces plus importants sur le plan des finances et de l'expertise peuvent être nécessaires pour évaluer les options, affilier les réfugiés aux régimes de protection sociale en santé et suivre les résultats. Toutefois, ils doivent déboucher sur une diminution de l'assistance directe en santé à mesure que les réfugiés gagnent en autonomie et sont en mesure de cotiser à l'assurance sociale en santé, par exemple

5.1.4 Implications pour le suivi

Le suivi devrait être un composant intégré des services sous contrat fournis par un régime de protection sociale en santé. S'il ne s'agit pas d'un régime national d'assurance sociale en santé et que le HCR doit recourir à des options volontaires, le HCR acceptera uniquement les régimes disposant d'un cadre robuste de suivi et d'évaluation, intégré dans la proposition du prestataire et stipulé dans l'appel d'offres.

- Le régime devrait fournir au minimum les données suivantes: le nombre d'affiliés, le nombre d'assurés payant des cotisations régulières; les montants payés pour l'affiliation et les cotisations; les montants payés par les réfugiés et le HCR; les montants payés par le régime, soit directement pour les services de santé fournis aux affiliés, soit en remboursement de services couverts par le régime; le coût moyen des services et les versements moyens par affiliés; la part de dépenses administratives; et le taux de sinistres médicaux.
- Dans l'idéal, le régime devrait être appuyé par une agence spécialisée intervenant à l'échelle nationale qui recommande une matrice standardisée de financement de la santé utilisant des données de référence pour comparer les performances entre les différents régimes opérant dans le pays.
- Lorsque c'est possible, les données devraient être désagrégées par réfugié par le responsable du régime.
- Des retours adéquats sur la satisfaction procurée par le régime et la qualité des services de soins, de même qu'un mécanisme de plainte, doivent être intégrés au système de suivi et d'évaluation, sans oublier un certain niveau d'évaluation de la participation des réfugiés au régime.
- Si le HCR n'est pas directement impliqué dans la globalité d'un régime dans une zone où les réfugiés bénéficient de moyens de subsistance suffisants ou d'une assistance en espèces polyvalente, et se sont affiliés indépendamment à un régime, un suivi alternatif de l'accès aux services de santé peut être nécessaire, sous la forme d'une enquête sur l'accès et l'utilisation des ménages (HAUS - *Household Access and Utilisation Survey*).

- Le personnel en charge de la santé publique du bureau régional et la section de la santé publique (PSH - *Public Health Section*) du HCR peut appuyer les bureaux de pays dans l'interprétation des résultats des différents régimes afin d'affiner efficacement les coûts et les ensembles de services et de poursuivre l'analyse des meilleures options de financement de la santé des réfugiés. Le HCR peut mandater ponctuellement des études sur les sommes totales versées par les réfugiés pour la santé, y compris l'assurance, ainsi que les dépenses directes pour les frais d'utilisation et le transport, afin d'évaluer l'impact de l'assurance sur le poids financier supporté par les bénéficiaires du régime.

Une fois les réfugiés intégrés au système national, le personnel du HCR et de l'OIT peuvent planifier l'évaluation régulière de l'impact de cette intégration sur l'accès effectif aux services de santé sans appauvrissement. Cela peut être fait périodiquement et inclure un volet de renforcement des capacités de l'institution nationale en charge de leur couverture. Les preuves collectées peuvent contribuer à éviter les échecs et à réévaluer les avantages de cette intégration, des données qui pourront être ensuite utilisées à des fins de plaidoyer et diffusées.

5.1.5 Implications pour le suivi de la couverture à l'échelle nationale

Il est important que l'organe de coordination de la protection sociale à l'échelle nationale assure un suivi de l'extension de la couverture de la protection sociale en général, ce qui inclut la progression de l'inclusion des réfugiés. A ce titre, l'OIT a mis au point une boîte à outils pour aider les pays à assurer le suivi de la couverture de la protection sociale.

Encadré 10. Boîte à outils de l'OIT sur les statistiques en matière de protection sociale

Depuis 1940, l'OIT collecte et analyse des données quantitatives sur les régimes de protection sociale du monde entier. L'Enquête sur la sécurité sociale (SSI - *Social Security Inquiry*) de l'OIT est la principale source de données internationales sur la protection sociale, des données utilisées au quotidien par les politiciens, les responsables d'organisations internationales et les chercheurs. Différents outils peuvent accompagner le suivi de la couverture conformément aux ODD:

- Base de données
- Questionnaire de l'Enquête sur la sécurité sociale en cinq langues
- Questionnaire de l'Enquête sur la sécurité sociale en cinq langues (dont un module sur les migrants)
- Guide de démarrage rapide et guide technique en quatre langues

Ressources disponibles à l'adresse: www.social-protection.org dans Outils/ Social Security Inquiry.

Annexe 1: Outils et modèles pratiques

Inventaire des politiques et stratégies nationales de protection sociale en santé

L'objectif de cette revue des politiques et stratégies nationales, dans le cadre de l'Etape 1, est d'examiner si la question des réfugiés est prise en compte et, sinon, de préparer les éléments de plaidoyer en faveur de cette prise en compte. Il s'agit également de regarder dans quelle mesure l'assistance du HCR s'inscrit dans les options prévues par ces documents-cadres et, si nécessaire, de déterminer quels seraient les ajustements à apporter à cette assistance afin d'assurer la cohérence avec les options nationales et une approche plus fluide du lien humanitaire-développement.

Les informations à collecter peuvent être rassemblées dans un tableau, dans un fichier Excel, tel que le modèle suivant:

Documents	Objectifs spécifiques en matière de protection sociale en santé	Axes d'intervention	Inclusion des réfugiés
1	2	3	4

1. **Document:** quels cadres nationaux de développement et documents de politique abordent la question de la protection sociale en santé? Chaque ligne du tableau correspond à un document-cadre (cadre national de développement économique et social, politique nationale de protection sociale, politique de financement de la santé, stratégies et plans d'action, etc.) dont le nom est mentionné dans cette première colonne.
2. **Objectifs spécifiques en matière de protection sociale en santé:** Pour chaque document, résumer ici les grands objectifs en matière de couverture santé et les populations concernées.
3. **Axes d'intervention:** quels sont les axes d'intervention, mesures, programmes et projets prévus pour atteindre les objectifs en matière de protection sociale en santé? Cette colonne résume les mesures envisagées afin d'atteindre les objectifs fixés et de toucher les populations ciblées. Il convient de se limiter ici à un résumé de ces axes d'intervention et des principales mesures prévues afin de disposer d'une vision globale des grandes orientations. Toutefois, il peut être utile de compléter ce tableau par des commentaires et/ou une présentation succincte des programmes de grande ampleur éventuellement envisagés dans le cadre de ces interventions (par exemple un projet d'assurance sociale en santé universelle ou un registre national pour tout le système de protection sociale). Il peut être également utile d'indiquer ici quels sont les principaux acteurs nationaux et partenaires extérieurs associés aux différents axes d'intervention.

4. **Inclusion des réfugiés:** Is the issue of refugees mentioned? If not, how could it be integrated here? This column makes it possible to note to what extent refugees are considered in national policies and strategies and to mention the elements of advocacy to be carried out for this consideration. It also makes it possible to check whether current UNHCR assistance is consistent with national strategies, plans and guidelines.

Pour plus d'outils sur l'évaluation des programmes de protection sociale:

- OIT. 2017. Social Protection Assessment-Based National Dialogue: A Global Guide. Disponible à l'adresse https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---integration/documents/publication/wcms_568693.pdf
- Evaluations inter-agences de la protection sociale: <https://ispatools.org/> (en anglais)

Cartographie et évaluation des régimes de protection sociale en santé

La revue des systèmes de protection sociale intervient en Etape 1 puis est achevée durant l'Etape 3. La même matrice peut être utilisée pour ces deux étapes; l'outil proposé ici vise à obtenir une cartographie synthétique des systèmes existants et de leurs grandes caractéristiques.

	Nom du régime	Organisme de gestion	Supervision	Dispositifs existants								Dispositions prévues	Les réfugiés sont-ils éligibles ?
				Type de régime	Ensemble de prestations	Population cible	Nombre des personnes protégées	Financement	Points forts	Points faibles	Évaluation		
Régimes publics													
Sécurité sociale en santé													
Service national de santé ou de soins médicaux													
Programmes de gratifications													
Mécanismes privés													
Programme communautaire d'assurance santé ou mutuelles de santé													
Régimes privés commerciaux et de l'employeur													
Autres													
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

1. **Organisme ou institution gestionnaire:** quel organisme assure la gestion administrative, technique et financière des régimes? Ces derniers peuvent être administrés directement par un ministère (par exemple, le régime des fonctionnaires est parfois géré directement par le ministère des Finances), des institutions de sécurité sociale, des employeurs (plans internes d'assurance santé des entreprises), des mutuelles de santé, des compagnies d'assurance ou encore des syndicats. Il peut également s'agir d'organisations nationales ou internationales dans le cas de programmes d'assistance sociale, par exemple.
2. **Supervision:** quelle administration publique assure le contrôle et la supervision des prestations? La plupart des systèmes d'assurance et d'assistance sociale interviennent sous la tutelle administrative et/ou financière de l'Etat, et bon nombre de régimes privés sont supervisés ou réglementés par l'Etat. Les institutions en charge de cette tutelle devront être associées à une stratégie d'intégration des réfugiés.
3. **Type de régime:** quelle est la nature du régime qui fournit les prestations? Cette colonne permet d'identifier les différents régimes selon qu'il s'agit, par exemple, d'un régime universel, catégoriel, contributif ou non contributif, obligatoire ou volontaire (voir définitions dans le glossaire).
4. **Prestations:** quelles sont les prestations offertes? Cette colonne vise à décrire les prestations du régime: interventions de santé couvertes, pourcentage des dépenses prises en charge, niveaux de la pyramide sanitaire couverts (primaire, secondaire, tertiaire), mécanisme de prise en charge (tiers payant ou remboursement). Si les informations sont disponibles, il est également important de préciser comment sont rémunérés les prestataires de services de santé (montant fixe par tête, prix fixe par service fourni, ou montant fixe par cas ou diagnostic), car ces mécanismes de paiement des prestataires ont un impact important sur la disponibilité et la qualité des services.
5. **Population cible:** quels sont les groupes de population ciblés par le régime? Il convient d'indiquer ici les groupes de population auxquels s'adresse le régime, par exemple: travailleurs du secteur formel (public et/ou privé), ensemble de la population, ménages les plus pauvres, etc. Dans un second temps, en fonction des données disponibles, indiquer la taille (nombre de personnes) de ce groupe cible.
6. **Nombre de bénéficiaires effectifs** (et de cotisants, le cas échéant): combien d'individus sont effectivement protégés par les prestations? Le fait d'appartenir à un groupe cible ne signifie pas nécessairement que l'individu ou le ménage ciblé sont affiliés dans la pratique. C'est notamment le cas pour les régimes volontaires, où les individus ont le choix d'adhérer ou non, mais aussi le cas pour les régimes obligatoires où les employeurs ne respectent pas toujours la législation et ne déclarent pas l'ensemble de leurs salariés. Il peut donc y avoir une différence entre le nombre d'assurés potentiels (colonne 5) et celui des assurés effectifs (colonne 6). S'il s'agit d'un régime contributif et que les données sont disponibles, cette colonne doit préciser le nombre de cotisants ainsi que le nombre total de personnes protégées (cotisants et leurs dépendants).

7. **Financement:** comment le régime est-il financé? Cette colonne recense les sources de financement et, dans la mesure des données disponibles, le budget (ressources) du régime. Ces sources de financement peuvent provenir de cotisations des employeurs et des travailleurs (pour lesquelles il convient d'indiquer la répartition), des adhérents (mutuelles de santé), du budget de l'Etat, de financements de partenaires extérieurs ou d'une combinaison de ces sources.
8. **Forces:** quels sont les points forts du régime? Ils peuvent être de différentes natures, telles qu'une forte base d'adhésion ou l'utilisation d'un système d'information. Ils traduisent les éléments de dynamisme de ce régime, le plus souvent liés à ceux de l'organisme gestionnaire, et constituent un élément important de diagnostic.
9. **Faiblesses:** quels sont les points faibles du régime? Les points faibles, par exemple l'absence de données sur les bénéficiaires, peuvent traduire des facteurs de blocage ou la faiblesse des capacités institutionnelles, qui peuvent être organisationnels, techniques ou financiers. Ils constituent également des éléments importants de diagnostic.
10. **Evaluation:** les prestations et/ou les prestataires de services de santé ont-ils fait l'objet d'une évaluation récente? Il convient d'indiquer ici si une ou plusieurs évaluations (y compris des études actuarielles) récentes ont été réalisées et, le cas échéant, les documents disponibles.
11. **Dispositions prévues:** le régime s'accompagne-t-il d'une stratégie ou d'objectifs spécifiques en termes de développement ou de renforcement à court terme? Ces objectifs ou stratégies peuvent émaner d'une politique nationale de protection sociale ou faire partie d'une politique interne de l'organisme gestionnaire ou d'un partenaire technique ou financier. Ce niveau doit indiquer si les réformes prévues doivent inclure les réfugiés.
12. **Réfugiés éligibles:** quelles catégories de réfugiés peuvent entrer dans ce régime? Cette dernière colonne permet de vérifier si certains ménages pourraient être couverts par les mécanismes identifiés, tels que les réfugiés avec un emploi dans le secteur formel, les réfugiés travaillant dans l'économie informelle, les réfugiés sans ressources, etc. Dans la mesure des données disponibles, indiquer le nombre de ménages et d'individus concernés.

Pour plus d'outils sur l'évaluation des programmes de protection sociale en santé:

C. Normand et al.: *Social health insurance. A guidebook for planning*, 1ère et 2e édition. OIT et OMS. 1994, 2009. Disponible sur https://www.who.int/health_financing/documents/shi-guidebook.pdf (en anglais)

Annexe 2: Exemples de pays

Burkina Faso

En Afrique centrale et de l'Ouest, les assurances santé communautaires, aussi appelées mutuelles de santé, sont souvent la seule solution disponible. Elles sont mises en œuvre par des acteurs nationaux ou externes et sont généralement définies pour des groupes spécifiques de population. L'affiliation des réfugiés peut créer un déséquilibre qui n'est pas toujours prévisible et qui peut être difficile à identifier et à gérer par ces régimes si la capacité de gestion technique est insuffisante.

C'est notamment le cas au Burkina Faso, où les réfugiés vivant à Ouagadougou et à Bobo Dioulasso ont été inscrits à partir de 2016 dans deux mutuelles d'assurance santé fonctionnelles et offrant un bon niveau de couverture. Afin d'inciter les réfugiés à renouveler leur adhésion, le HCR a financé de façon dégressive les cotisations des ménages, de 100 pour cent la première année à 0 pour cent au bout de cinq ans.

Une étude réalisée en 2018 a permis plusieurs constats.

- Les réfugiés à Ouagadougou consommaient de huit à douze fois plus de services que les adhérents nationaux au sein de la mutuelle de santé. Cette situation s'explique en partie par le fait que le HCR prenait en charge les dépenses de soins non couvertes par la mutuelle, assurant ainsi une couverture complémentaire encourageant un niveau élevé d'utilisation des services de santé.
- Une autre partie de l'explication réside dans le fait qu'au fur et à mesure que la subvention du HCR se réduisait progressivement, les ménages ont diminué le nombre de personnes pour lesquelles ils cotisaient, n'assurant plus que des individus à risque élevé de maladie (phénomène de sélection adverse).
- Par conséquent, les réfugiés, bien que minoritaires dans la mutuelle de santé, ont augmenté le niveau moyen de consommation de soins. La gestion technique de la mutuelle étant faible, celle-ci n'a pas su mesurer ce phénomène qui aurait pu générer un grave déséquilibre financier.

Cette expérience permet de tirer deux enseignements.

- i. Lorsque l'adhésion est volontaire, les réfugiés, de même que les populations hôtes, ont du mal à comprendre et accepter le principe de rationnement des systèmes de santé et le principe sous-jacent de mutualisation des risques. Il est alors nécessaire de beaucoup communiquer et d'impliquer la communauté pour expliquer le régime et déterminer si les réfugiés sont prêts à cotiser au régime avant la mise en œuvre.
- ii. Les mutuelles communautaires n'ont qu'une faible capacité de gestion, or, la gestion de l'assurance est complexe. Dans ce cas, l'inclusion des réfugiés a déséquilibré le régime, ce que la mutuelle n'a pas su gérer. Une convention avec une mutuelle de santé doit s'accompagner d'une évaluation des capacités de gestion technique de celle-ci, voire d'un renforcement de ces capacités. Si un régime de protection sociale en santé est en cours de développement, il peut être préférable d'appuyer ce processus et de contribuer à l'inclusion précoce des réfugiés.

Le Burkina Faso a prévu la mise en place d'un régime national d'assurance sociale en santé universelle à partir de 2020 qui doit couvrir progressivement l'ensemble de la population, mais celui-ci n'a pas encore été lancé. Le gouvernement a déclaré que le régime serait ouvert aux réfugiés.

Cameroun

Au Cameroun, le HCR a initié une stratégie de désengagement progressif de l'assistance directe, mais il n'existe actuellement aucune solution alternative sous forme de régime d'assurance sociale en santé pour les réfugiés, qui vivent essentiellement dans l'économie informelle rurale ou urbaine. Le mouvement mutualiste est très faible et n'est donc pas une solution. Néanmoins, le Cameroun a commencé à travailler au développement d'une couverture sanitaire universelle visant à promouvoir l'accès de l'ensemble de la population à des soins de santé de qualité par des régimes contributifs et non contributifs. Il manque encore beaucoup de préparation technique ainsi qu'une implication politique pour ce projet. Par conséquent, la couverture sanitaire universelle ne sera pas disponible à court terme, mais elle demeure une possibilité intéressante à laquelle le HCR se prépare par le biais d'une stratégie intégrée qui fait partie de sa stratégie pluriannuelle et multi-partenaires ainsi que du plan stratégique d'intégration des soins de santé des réfugiés dans le système de santé national du Cameroun 2017-2021.

République démocratique du Congo

La stratégie de développement de l'autonomie élaborée par le HCR en RDC en 2016 fait passer les efforts de l'assistance médicale vers l'adhésion des réfugiés aux mutuelles de santé, avec pour plan à long terme que les réfugiés règlent eux-mêmes leurs propres cotisations. Cette stratégie a débuté pour les réfugiés des zones urbaines de Lubumbashi, Goma et Bukavu, où des partenariats ont été conclus avec plusieurs systèmes de micro-assurance santé. Il n'existe actuellement aucun système national de protection sociale en santé qui permettrait une couverture standardisée des réfugiés. Dans ce contexte, le HCR pourrait s'impliquer dans la mise en œuvre de politiques nationales de protection sociale en appuyant le développement d'une approche innovante en termes de couverture sanitaire de la population réfugiée des zones urbaines et rurales. Cela supposerait la mise en œuvre d'un programme d'assistance technique pour les systèmes d'assurance existants et en parallèle, le renforcement de l'autonomie des réfugiés en améliorant leur accès à des activités leur donnant une plus grande autonomie économique.

Mauritanie

En Mauritanie, la faisabilité de l'affiliation des réfugiés urbains au régime d'assurance maladie de base, géré par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM), a été étudiée, mais ce régime a été jugé inadéquat en raison de ses performances et de son coût. Un Fonds commun de placement régional, appuyé par l'Union européenne et géré par le ministère de la Santé, doit améliorer la protection sociale en santé du secteur informel. Le déploiement est prévu pour la fin 2020 dans la partie occidentale et méridionale de la région de Nouakchott et dans la région de Brakna, avec pour projet son extension à l'ensemble du territoire. Le HCR évalue ce nouveau régime pour déterminer s'il est adapté à l'inclusion des réfugiés. Pour les réfugiés vivant dans le camp de Mbera, le projet Inaya,

financé par la Banque mondiale, prévoit la transition progressive (à partir de 2020) des services appuyés par le HCR à une inclusion dans le système de santé national, qui permettra aux réfugiés d'avoir accès aux mêmes services que les nationaux.

Rwanda

Au Rwanda, le système national de protection sociale en santé est composé de plusieurs régimes qui gèrent différents groupes professionnels et socio-économiques. De nombreux étudiants sont affiliés au fonds national de mutuelle universitaire et les travailleurs sont couverts par la Rwandaise d'Assurance-Maladie (RAMA). L'assurance santé communautaire est un régime de sécurité sociale publique administré par l'Office Rwandais de Sécurité Sociale. En 2017, le gouvernement rwandais s'est engagé à intégrer progressivement les réfugiés dans le système national de protection sociale en santé. Une étude de faisabilité technique a été conduite l'année suivante par l'OIT et le HCR. L'affiliation des réfugiés urbains a commencé en septembre 2019 avec l'émission de cartes d'identité par le gouvernement rwandais. Concrètement, l'étude de faisabilité a révélé des liens étroits entre les mesures de protection juridique des réfugiés, comme l'accès à des pièces d'identité dans le pays d'accueil, et les obstacles administratifs à l'accès aux soins et à la protection sociale.

Quelque 6 200 adultes et enfants sont désormais couverts par l'assurance santé communautaire. L'objectif à court terme est d'affilier les 12 000 réfugiés vivant en zone urbaine au système, puis dans un second temps d'étendre cette couverture aux réfugiés vivant dans des camps. Des ajustements sont discutés dans le cadre d'un protocole d'accord entre le ministère responsable des réfugiés, l'assurance santé communautaire et le HCR, pour faire en sorte que les réfugiés bénéficient de conditions similaires à celles des communautés hôtes. Cela nécessiterait notamment l'application du système de catégorisation des cotisations aux réfugiés, ainsi que des procédures d'affiliation et de renouvellement des adhésions similaires à celles qui s'appliquent aux ménages rwandais évoluant dans l'économie informelle. Selon leur capacité à payer, les réfugiés verront leurs cotisations augmenter tandis que le HCR réduira progressivement sa participation, tout en continuant de couvrir les cotisations des enfants, des personnes vulnérables et des personnes ayant des besoins spéciaux.

Sénégal

Depuis 2014, le Sénégal a mis en place un programme national de couverture sanitaire universelle, fortement subventionné par l'Etat, dans l'objectif d'étendre la couverture sanitaire à tous les ménages, y compris les plus pauvres. Toutefois, cette politique généreuse fait face à des problèmes techniques et financiers, ainsi qu'à des difficultés pour garantir la continuité et la qualité des services. La couverture sanitaire universelle ainsi que les politiques de gratuité des soins de santé pour certains groupes de population (les enfants, les femmes enceintes et les personnes âgées) n'incluent actuellement pas les réfugiés. Fin 2018, deux opportunités sont apparues: d'une part, la préparation d'une politique d'assurance santé universelle, qui donnerait le droit à chaque personne vivant au Sénégal de bénéficier d'une couverture sanitaire; et d'autre part, une stratégie pluriannuelle entre le Sénégal et le HCR, qui permettrait de mobiliser des ressources afin de financer des mécanismes de subvention des cotisations identiques à ceux dont bénéficient les citoyens sénégalais. La couverture sanitaire universelle devrait donc

s'ouvrir aux réfugiés urbains et ruraux. En milieu urbain, elle viendrait remplacer la couverture actuelle des réfugiés de Dakar, une mutuelle de santé qui est particulièrement coûteuse et s'est accompagnée d'un retrait important des réfugiés à mesure de la diminution de la contribution financière du HCR.

Soudan

Au Soudan, le Fonds national d'assurance santé (NHIF) couvre à peu près la moitié de la population et fournit des soins étendus, avec des services dispensés dans la majorité des établissements de santé publics et une liste de médicaments approuvés. Cette couverture est étendue aux populations pauvres et vulnérables dont l'adhésion est prise en charge par différents programmes de subvention. Le HCR a lancé un programme pilote en 2016 afin de permettre à certains réfugiés urbains de Khartoum de bénéficier de la couverture du NHIF, les cotisations étant payées au nom des réfugiés pour la première année. Il apparaît néanmoins que la plupart des réfugiés étaient considérés comme pauvres, avec un potentiel de revenus limité par le manque d'opportunités économiques. Le maintien de la couverture des réfugiés au-delà du projet pilote doit s'accompagner d'activités visant à promouvoir leurs moyens de subsistance et leur capacité à cotiser au régime d'assurance.

Glossaire ²⁰

Droit humain à la santé

Le droit humain à la santé est un « droit global, dans le champ duquel entrent non seulement la prestation de soins de santé appropriés en temps opportun, mais aussi les facteurs fondamentaux déterminants de la santé, tels que l'accès à l'eau salubre et potable et à des moyens adéquats d'assainissement ; l'accès à une quantité suffisante d'aliments sains, la nutrition et le logement ; l'hygiène du travail et du milieu ; l'accès à l'éducation et à l'information relatives à la santé. » (Comité sur les droits économiques, sociaux et culturels).

Boîte à outils du HCDH sur le droit à la santé disponible (en anglais) à l'adresse: <https://www.ohchr.org/EN/Issues/ESCR/Pages/Health.aspx>

Economie informelle

Le terme «économie informelle» désigne toutes les activités économiques de travailleurs ou d'unités économiques qui, dans la loi ou la pratique, ne sont pas couvertes ou sont insuffisamment couvertes par des dispositions formelles, réglementées ou protégées par l'Etat. Plus de six travailleurs sur dix et quatre entreprises sur cinq dans le monde évoluent dans l'économie informelle.

La recommandation n° 204 de l'OIT, instrument de portée universelle, prend acte de la grande diversité des situations d'informalité, tient notamment compte de la spécificité des contextes nationaux et des priorités des divers pays eu égard à la transition vers l'économie formelle, et propose des orientations concrètes pour satisfaire à ces priorités. Le champ d'application est large et clairement délimité: la recommandation s'applique à tous les travailleurs et à toutes les unités économiques, y compris les entreprises, les entrepreneurs et les ménages de l'économie informelle. Le travail informel existe dans tous les secteurs de l'économie, tant dans les espaces publics que dans les espaces privés.

La recommandation n° 204 fournit des orientations aux Membres en vue de la réalisation d'un triple objectif:

- (a) faciliter la transition des travailleurs et des unités économiques de l'économie informelle vers l'économie formelle tout en respectant les droits fondamentaux des travailleurs et en offrant des possibilités de sécurité du revenu, de subsistance et d'entrepreneuriat;
- (b) promouvoir la création d'emplois décents, leur préservation et leur pérennité dans l'économie formelle, ainsi que la cohérence entre les politiques macroéconomiques, d'emploi, de protection sociale et les autres politiques sociales; et
- (c) prévenir l'informalisation des emplois de l'économie formelle.

²⁰ For more references: "World social protection report 2017-19: Universal social protection to achieve the sustainable development goals". Geneva: ILO. <http://www.social-protection.org/gimi/gess/ShowWiki.action?id=594>.

Egalité de traitement

Aucune société n'échappe aux phénomènes de discrimination. En effet, la discrimination dans l'emploi et au travail est un phénomène universel et en évolution permanente. Partout dans le monde, des millions de femmes et d'hommes se voient refuser l'accès à un travail et à une formation, touchent de maigres salaires ou sont cantonnés dans certains emplois simplement en raison de leur sexe, de la couleur de leur peau, de leur appartenance ethnique ou de leurs croyances, sans que soient prises en compte leurs capacités et leurs qualifications. La protection contre la discrimination fait partie des droits humains fondamentaux et elle est indispensable pour que les travailleurs choisissent librement leur emploi, développent pleinement leur potentiel et recueillent les fruits de leur labeur en fonction de leur mérite. Favoriser l'égalité sur le lieu de travail est aussi synonyme d'avantages économiques importants. Pour les employeurs, cela signifie une main-d'œuvre plus abondante, plus diversifiée et d'une plus grande qualité et, pour les travailleurs, un accès plus facile à la formation et des salaires souvent plus élevés. Les normes de l'OIT sur l'égalité proposent des outils permettant d'éliminer la discrimination dans tous les aspects liés au travail et dans l'ensemble de la société.

Les normes du travail applicables sont disponibles à l'adresse: https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12030:0::NO:::Equality_of_opportunity_and_treatment

Pour la sécurité sociale en particulier, voir la Convention (n° 118) sur l'égalité de traitement (sécurité sociale), 1962. https://www.ilo.org/dyn/normlex/fr/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:312263

De plus, l'égalité de traitement entre réfugiés et nationaux est un principe important de la Convention de 1951 relative au statut des réfugiés, Article 24 (Législation du travail et sécurité sociale), qui stipule que: «Les Etats Contractants accorderont aux réfugiés résidant régulièrement sur leur territoire le même traitement qu'aux nationaux.»

La convention est disponible à l'adresse: <https://www.ohchr.org/fr/professionalinterest/pages/statusofrefugees.aspx>

Paiements directs

Le terme «paiements directs» désigne les sommes versées directement aux prestataires de santé par les personnes au moment de l'utilisation du service. Cela exclut tous les paiements préalables pour des services de santé, par exemple sous forme de taxes, de cotisations ou de primes d'assurance spécifiques, et les remboursements à la personne ayant effectué le paiement.

Pour plus d'informations sur la définition statistique des paiements directs: https://www.who.int/health_financing/topics/financial-protection/out-of-pocket-payments/en/

Protection sociale et droit humain à la sécurité sociale

La protection sociale est la protection octroyée par la société contre certains risques qui peuvent survenir tout au long de la vie. La protection sociale, ou sécurité sociale, est un droit fondamental défini comme l'ensemble des politiques et programmes conçus pour

réduire et prévenir la pauvreté, la vulnérabilité et l'exclusion sociale tout au long de la vie. Le droit à la sécurité sociale 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: a) 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; b) le coût démesuré de l'accès aux soins de santé; c) l'insuffisance des prestations familiales, en particulier au titre des enfants et des adultes à charge (Comité sur les droits économiques, sociaux et culturels, commentaire général 19). Le droit fondamental à la sécurité sociale est inscrit dans la Déclaration universelle des droits de l'homme (1948) et dans d'autres grands instruments légaux.

La protection sociale comprend neuf domaines principaux: les prestations à l'enfance et aux familles; la protection de la maternité; les aides aux chômeurs; les prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles; les prestations en cas de maladie; la protection de la santé (soins médicaux); les prestations de vieillesse; les prestations d'invalidité/handicap; et les prestations aux survivants. Les systèmes de protection sociale traitent tous ces domaines stratégiques au moyen d'une combinaison de régimes contributifs (assurance sociale) et de prestations non contributives financées par l'impôt (y compris l'assistance sociale).

Le terme «protection sociale» est actuellement utilisé pour désigner la sécurité sociale, et les deux termes sont utilisés indifféremment. Il convient de noter que parfois le terme «protection sociale» recouvre une plus grande diversité de notions que le terme «sécurité sociale» et inclut la protection fournie entre les membres de la famille ou de la communauté locale; mais il peut parfois aussi avoir un sens plus restreint et désigner uniquement des mesures destinées aux personnes les plus démunies, les plus vulnérables ou exclues de la société. Cependant, dans bien des cas, ces deux termes sont largement interchangeables, et le BIT et les institutions des Nations Unies emploient généralement l'un et l'autre dans leurs échanges avec les mandants et dans les avis qu'ils leur adressent.

Les normes pertinentes relatives à la protection sociale sont accessibles par le biais des ressources suivantes:

- Construire des systèmes de protection sociale: normes internationales et instruments relatifs aux droits humains. <https://www.social-protection.org/gimi/ShowRessource.action?id=55345>
- Les normes de sécurité sociale de l'OIT: une référence mondiale pour les systèmes de sécurité sociale: <https://www.social-protection.org/gimi/ShowRessource.action?id=55715>
- Site commun de l'ONU sur la protection sociale et les droits humains (en anglais): www.socialprotection-humanrights.org
- Les rapports du Haut-Commissariat aux droits de l'homme (HCDH) sont accessibles (en anglais) à l'adresse: <https://www.ohchr.org/EN/Issues/RightSocialSecurity/Pages/SocialSecurity.aspx>

Protection sociale universelle

D'après le cadre international, la protection sociale universelle recouvre trois aspects fondamentaux:

- la couverture universelle en termes de personnes protégées;
- la protection complète en termes de risques couverts;
- l'adéquation de la protection.

Consulter les documents suivants pour une présentation du concept:

OIT. 2019. «Universal social protection. Key concepts and international framework», Social protection for all issue brief. Avril 2019. Disponible à l'adresse: <https://www.social-protection.org/gimi/RessourcePDF.action?id=55517>

Régime d'assurance sociale

Régime contributif de protection sociale garantissant une protection au moyen d'un mécanisme d'assurance, fondé sur:

- le prépaiement des cotisations, c'est-à-dire avant la survenance de l'éventualité prise en charge;
- le partage ou la «mutualisation» des risques; et
- la notion de garantie. Les cotisations versées par (ou pour) les personnes assurées sont mises en commun et le fonds ainsi constitué est utilisé pour financer exclusivement les dépenses supportées par les personnes touchées par l'éventualité ou les éventualités prises en charge (lesquelles sont clairement définies).

Contrairement au principe de l'assurance commerciale, selon lequel les primes de risque sont calculées individuellement, la mutualisation des risques opérée dans le cadre de l'assurance sociale est fondée sur le principe de solidarité.

Bon nombre de régimes contributifs de sécurité sociale sont présentés et décrits comme étant des régimes «d'assurance» (généralement des «régimes d'assurance sociale»), bien qu'il s'agisse en réalité de régimes mixtes dans le cadre desquels le droit à prestations intègre des éléments non contributifs. Cela permet de procéder à une répartition plus équitable des prestations, en particulier pour les personnes ayant de faibles revenus ou dont la carrière professionnelle a été courte ou discontinuée. Ces éléments non contributifs existent sous des formes diverses et sont financés par d'autres cotisants (redistribution au sein du régime) ou par l'Etat.

Régime contributif

Régime en vertu duquel les cotisations versées par les personnes protégées déterminent directement le droit aux prestations (droits acquis). Les régimes contributifs les plus courants sont les régimes d'assurance sociale.

Les régimes contributifs peuvent être intégralement financés par les cotisations. Toutefois, ils sont souvent financés en partie par l'impôt ou par d'autres sources, moyennant par exemple une subvention visant à combler le déficit, une subvention générale venant entièrement se substituer aux cotisations, ou encore une subvention destinée exclusivement à certaines catégories de cotisants ou de bénéficiaires (par exemple, les

personnes qui ne cotisent pas, comme les parents avec enfants à charge, les étudiants, les militaires ou les chômeurs, ou qui ne cotisent pas à taux plein en raison de leur faible revenu ou encore qui perçoivent des prestations en deçà d'un certain seuil faute d'avoir suffisamment cotisé dans le passé). Primary health care

Régime non contributif

Régime, sous conditions de ressources ou non, qui généralement ne subordonne pas la fourniture des prestations au versement de cotisations par les bénéficiaires ou leurs employeurs. Ce terme recouvre un large éventail de régimes, notamment les régimes universels pour tous les résidents (tels que les services nationaux de soins de santé), les régimes catégoriels en faveur de certains segments de la population (les enfants ou les personnes âgées satisfaisant à une condition d'âge) et les régimes soumis à des conditions de ressources (régimes d'assistance sociale). Les régimes non contributifs sont généralement financés par l'impôt ou d'autres recettes publiques ou, parfois, par des subventions ou prêts externes.

Régime sous conditions de ressources

Régime octroyant des prestations contre une preuve du besoin et ciblant certaines catégories de personnes ou de ménages dont les ressources sont inférieures à un certain seuil. Ils sont souvent appelés régimes d'assistance sociale. Une estimation des ressources permet de déterminer si les ressources (revenus et/ou patrimoine) de la personne ou du ménage sont inférieures à un seuil défini et ainsi, de définir son éligibilité à une prestation, ainsi que le niveau de cette prestation. Certains pays ont recours à des estimations indirectes des ressources. Dans ce cas, l'éligibilité est déterminée sans évaluer les revenus ou le patrimoine, mais sur la base d'autres caractéristiques (indirectes) du ménage, jugées plus facilement observables. Les régimes sous conditions de ressources peuvent également soumettre l'ouverture des droits à certaines conditions et obligations, comme l'obligation de travailler, de subir des examens de santé ou d'être scolarisé (pour les enfants). Enfin, certains régimes sous conditions de ressources prévoient d'autres interventions qui s'ajoutent au transfert de revenus lui-même.

Socle de protection sociale

Les socles de protection sociale sont des ensembles de garanties élémentaires de sécurité sociale définis à l'échelle nationale qui assurent une protection visant à prévenir ou à réduire la pauvreté, la vulnérabilité et l'exclusion sociale.

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

- (a) accès à un ensemble de biens et services définis à l'échelle nationale comme étant des soins de santé essentiels, y compris les soins de maternité, qui réponde aux critères de disponibilité, d'accessibilité, d'acceptabilité et de qualité;

- (b) sécurité élémentaire de revenu pour les enfants, se situant au moins à un niveau minimal défini à l'échelle nationale, assurant l'accès à l'alimentation, à l'éducation, aux soins et à tous autres biens et services nécessaires;
- (c) sécurité élémentaire de revenu, se situant au moins à un niveau minimal défini à l'échelle nationale, 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, se situant au moins à un niveau minimal défini à l'échelle nationale.

(Recommandation n° 202 de l'OIT, paragraphe 5)

Les socles de protection sociale sont des composants de systèmes complets de protection sociale visant à atteindre progressivement des niveaux plus élevés de protection sociale. L'ODD 1.3 demande la mise en œuvre de systèmes et de mesures nationaux de protection sociale adaptés pour tous, y compris les socles, et l'atteinte d'une couverture substantielle pour les personnes pauvres et vulnérables d'ici 2030.

Soins de santé primaires

Les soins de santé primaires couvrent la majorité des besoins sanitaires d'une personne tout au long de sa vie. Ils incluent le bien-être physique, mental et social, et sont axés sur les personnes plutôt que sur les maladies. Les soins de santé primaires sont une approche qui concerne l'ensemble de la société et qui prévoit la promotion de la santé, la prévention des maladies, les soins, la rééducation et les soins palliatifs.

L'approche des soins de santé primaires se décline en trois composants:

- répondre aux besoins sanitaires des personnes tout au long de leur vie;
- gérer les principaux déterminants de la santé grâce à des actions et des politiques multisectorielles; et
- donner aux personnes, aux familles et aux communautés les moyens de prendre en charge leur propre santé.

En organisant les soins *dans* la communauté, mais également *par* la communauté, les soins de santé primaires répondent non seulement aux besoins sanitaires des personnes et des familles, mais également aux problèmes plus larges de santé publique et aux besoins de populations définies.

Les principes des soins santé primaires ont été définis pour la première fois dans la [Déclaration d'Alma-Ata](#) de 1978, une étape fondamentale pour la santé mondiale. Quarante ans plus tard, des leaders mondiaux ont ratifié la [Déclaration d'Astana](#) au cours de la [Conférence internationale sur les soins de santé primaires](#), qui s'est tenue à Astana, au Kazakhstan, en octobre 2018.

Pour en savoir plus: https://www.who.int/topics/primary_health_care/fr/

Orientations données par les normes de l'OIT

1. Principes fondamentaux sur les soins médicaux

Principe d'universalité de la couverture

Le principe d'universalité de la couverture a été défini très tôt, dès 1944, avec la Recommandation (n° 69) sur les soins médicaux qui stipule dans son paragraphe 8 que «les services de soins médicaux devraient englober tous les membres de la communauté, qu'ils exercent ou non une occupation lucrative.» (R69, para. 8). L'«universalité de la protection fondée sur la solidarité sociale» a été réaffirmée par Recommandation (n° 202) sur les socles de protection sociale, 2012 (R202, para. 3 a) pour assurer au minimum, «tout au long de la vie, l'accès à des soins de santé essentiels et une sécurité élémentaire de revenu» (R202, para. 4).

Principe de solidarité du financement

Les coûts de l'accès à des soins de santé abordables devraient être «couverts collectivement au moyen de paiements réguliers et périodiques, soit sous la forme de cotisation à l'assurance sociale, soit au moyen d'impôts, ou par les deux méthodes à la fois» (R69, para. 4).

Principe adéquation des prestations

Les instruments pertinents traitent des différents aspects de l'adéquation, y compris les services à couvrir, les critères de qualité à respecter et le niveau de protection financière à assurer vis-à-vis du coût des prestations.

- *Couverture des services* – «Tous les membres de la communauté englobés dans le service devraient pouvoir en tout temps et lieu bénéficier de soins préventifs et curatifs complets sous les mêmes conditions et sans obstacles ou entraves de nature administrative, financière ou politique, ni autres sans relation avec leur état de santé.» (Recommandation n° 69, para. 20). Les conventions pertinentes stipulent également que «tout état morbide quelle qu'en soit la cause» doit être couvert (C102, Art. 8 et C130, Art. 8) dans le but de «préserver, rétablir ou améliorer la santé de la personne protégée» (C102, Art. 10.3 et C130, Art. 9).
- *Adéquation des services et conditions de travail du personnel soignant* – Le système doit chercher à fournir «des soins de la meilleure qualité possible» (R69, para. 46), et les services de soins de santé devraient répondre aux critères de disponibilité, d'accessibilité, d'acceptabilité et de qualité» (R202, para. 5 a). A ce titre, il convient d'accorder une attention particulière aux conditions de travail et aux compétences du personnel médical (R69, para. 57-65 et C149).
- *Protection financière* – Si l'existence d'une participation aux frais est autorisée pour éviter les abus, celle-ci doit être «établie de telle sorte qu'elle n'entraîne pas une charge trop lourde» (C102, Art. 10.2) et ne doit pas être requise d'un bénéficiaire «en

cas de maladie reconnue comme nécessitant des soins prolongés» (R134, para. 7). Dans ces circonstances, le délai fixé pour le versement des prestations devrait être étendu (C102, Art. 12 et C130, Art. 16.3). Il est également précisé que «le droit aux soins médicaux (...) ne devrait pas être subordonné à une condition de stage» (R134, para. 4).

Principales normes

- [Recommandation \(n° 69\) sur les soins médicaux, 1944](#)
- [Convention \(n° 102\) sur la sécurité sociale \(normes minimales\), 1952](#)
- [Convention \(n° 130\) concernant les soins médicaux et les indemnités de maladie, 1969](#)
- [Recommandation \(n° 134\) concernant les soins médicaux et les indemnités de maladie, 1969](#)
- [Convention \(n° 149\) sur le personnel infirmier, 1977](#)
- [Recommandation \(n° 202\) sur les socles de protection sociale, 2012](#)

2. Principales obligations: normes de sécurité sociale de l'OIT concernant les soins de santé

	Convention n° 102 Normes minimales	Convention n° 130 ^a et Recommandation n° 134 ^b Normes supérieures	Recommandation n° 202 P r o t e c t i o n essentielle
Que couvrir ?	Toutes les maladies, quelle qu'en soit la cause; la grossesse, l'accouchement et leurs conséquences.	Les soins médicaux nécessaires, qu'ils soient de nature curative ou préventive.	Tous les états nécessitant des soins, y compris la maternité.

<p>Qui couvrir ?</p>	<p>Au moins:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 50 pour cent des employés, leurs conjoints et enfants; <i>ou</i> - différentes catégories de la population active économique-ment (représentant au moins 20 pour cent de l'ensemble des résidents, leurs conjoints et enfants); <i>ou</i> - 50 pour cent des résidents. 	<p>C.130: Tous les employés, y compris:</p> <ul style="list-style-type: none"> - les apprentis, leurs conjoints et enfants; <i>ou</i> - différentes catégories de la population active, représentant au moins 75 pour cent de l'ensemble de la population active, leurs conjoints et enfants; <i>ou</i> - des catégories prescrites de résidents représentant au moins 75 pour cent des résidents (les personnes bénéficiant déjà de certaines prestations de sécurité sociale doivent également continuer à être protégées selon les conditions prescrites). <p>R.134: En outre: personnes exécutant des travaux occasionnels et leur famille, membres de la famille de l'employeur, vivant sous son toit, dans la mesure où ils travaillent pour lui, toutes les personnes économiquement actives et leur famille, tous les résidents.</p>	<p>Tous les résidents et enfants, sous réserve des obligations internationales existantes du pays.</p>
<p>Quelles prestations?</p>	<p><i>En cas de maladie:</i> soins de praticiens de médecine générale, soins de spécialistes donnés dans des hôpitaux, médicaments et fournitures médicales essentiels, l'hospitalisation, lorsqu'elle est nécessaire.</p> <p><i>En cas de grossesse, d'accouchement et leurs conséquences:</i> soins médicaux prénatals, postnatals et pendant l'accouchement, assurés par des praticiens de médecine et des sages-femmes qualifiés, l'hospitalisation, lorsqu'elle est nécessaire.</p>	<p>C.130: Les soins médicaux doivent tendre à préserver, à rétablir ou à améliorer la santé de la personne protégée, ainsi que son aptitude à travailler et à faire face à ses besoins personnels, et au minimum: les soins de praticiens de médecine générale, les soins de spécialistes donnés dans des hôpitaux, les services et prestations connexes, les produits pharmaceutiques nécessaires, l'hospitalisation, lorsqu'elle est nécessaire, les soins dentaires et la réadaptation médicale.</p> <p>R.134: Egalement la fourniture d'aides médicales (tels que les lunettes) et les services de convalescence.</p>	<p>Produits et services constituant au minimum des soins de santé essentiels, y compris les soins de maternité, respectant des critères d'accessibilité, de disponibilité, d'acceptabilité et de qualité; soins médicaux prénatals et postnatals gratuits pour les personnes les plus durables; amélioration du niveau de protection pour le plus grand nombre possible et le plus rapidement possible.</p>

<p>Quelle durée pour les prestations?</p>	<p>Au moins pendant la durée de la maladie, ou de la grossesse, de l'accouchement et leurs conséquences. Peut être limitée à 26 semaines par maladie. Les prestations ne devraient pas être suspendues tant que le bénéficiaire touche des prestations de maladie ou est traité pour une maladie reconnue comme nécessitant des soins prolongés.</p>	<p>C.130: Pendant toute la durée de l'éventualité. Peut être limitée à 26 semaines lorsque le bénéficiaire cesse de relever des catégories de personnes protégées, sauf s'il reçoit déjà des soins médicaux pour une maladie reconnue comme nécessitant des soins prolongés, ou tant qu'il reçoit des indemnités de maladie en espèces. R.134: Pendant toute la durée de l'éventualité.</p>	<p>Tant que le nécessite l'état de santé.</p>
<p>Quelles conditions peuvent être prescrites pour l'ouverture des droits à une prestation?</p>	<p>Une période de stage peut être prescrite si nécessaire pour éviter les abus.</p>	<p>C.130: La période de stage doit être déterminée de telle sorte que les personnes qui appartiennent normalement aux groupes de personnes protégées ne soient pas privées du bénéfice de ces prestations. R.134: Le droit aux prestations ne devrait pas être subordonné à une condition de stage.</p>	<p>Les personnes ayant besoin de soins de santé ne devraient pas être confrontées à une charge trop lourde ni à un risque accru de pauvreté résultant des conséquences financières de l'accès aux soins de santé essentiels. Il devrait être défini à l'échelle nationale et prescrit par la loi, en tenant compte des principes de non-discrimination, de sensibilité aux besoins spéciaux et à l'inclusion sociale, et en garantissant le droit et la dignité des personnes.</p>
<p>Convention (n° 130) concernant les soins médicaux et les indemnités de maladie, 1969 ^bRecommandation (n° 134) concernant les soins médicaux et les indemnités de maladie, 1959.</p>			

Ressources supplémentaires

C. Normand et al. 1994 and 2009. *Social health insurance. A guidebook for planning*. ILO and WHO. Available at: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---integration/documents/instructionalmaterial/wcms_568927.pdf

ILO. 2020. *Towards universal health coverage: Social health protection principles*, Social protection spotlight brief. Available at: <https://www.social-protection.org/gimi/RessourcePDF.action?id=56009>

ILO. 2019. Building social protection systems: International standards and human rights instruments. Accessible at: <https://www.social-protection.org/gimi/ShowRessource.action?id=54434>

ILO. 2019. Policy resource package on extending social security to workers in the informal economy. Accessible at: <http://informaleconomy.social-protection.org>

ILO. 2017. *Social protection assessment-based national dialogue: A global guide*. Available at: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---integration/documents/publication/wcms_568693.pdf

ILO world social protection database. <https://www.social-protection.org/gimi/WSPDB.action?id=32>

ILO global knowledge platform on social protection. www.social-protection.org

ILO Normlex information system on international labour standards. <https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:1:0::NO::>

Inter-agency social protection assessments. <https://ispatools.org/>

OHCHR toolkit on the right to health. <https://www.ohchr.org/EN/Issues/ESCR/Pages/Health.aspx>

WHO global health expenditure database. <https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>

UNHCR public health guidance. <https://www.unhcr.org/search?comid=4b4c91c49&cid=49aea9390&scid=49aea93ad&tags=public-health-guidelines>

UNHCR public health strategies and policies. <https://www.unhcr.org/search?lcode=EN&comid=4b4c8da19&tags=pubhealth-strategies&policies>

UNHCR public health assessment, monitoring, evaluation. <https://www.unhcr.org/search?lcode=EN&comid=4b4df14f9&tags=evaluation-health>

UNHCR's principles and guidance for referral care for refugees and other persons of concern. <https://www.unhcr.org/protection/health/4b4c4fca9/unhcrs-principles-guidance-referral-health-care-refugees-other-persons.html>

UNHCR ensuring access to health care operational guidance in urban areas. <https://www.unhcr.org/protection/health/4e26c9c69/ensuring-access-health-care-operational-guidance-refugee-protection-solutions.html>



© UNHCR/Felipe Irnaldo

Rendu possible
grâce au soutien de:



Ministry of Foreign Affairs of the
Netherlands

Cette publication a été réalisé sous le programme phare de l'OIT
sur la création d'un socle de protection sociale pour tous.