Collection Recherche et Études
En direct des projets

# Le droit à la protection sociale des personnes handicapées en Tunisie

Programme Maghreb
Septembre 2016

DP/RE 18

ISCSP INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS SOCIAIS E POLÍTICAS UNIVERSIDADE DE LISBOA

Organisation Tunisienne de Défense des Droits des Personnes Handicapées

MINISTRY FOR FOREIGN AFFAIRS OF FINLAND

HANDICAP INTERNATIONAL

**Auteurs**
Paula CAMPOS PINTO, Teresa JANELA PINTO, Albino CUNHA – Haute Ecole de Sciences Sociales et Politiques de l'Université de Lisbonne (Portugal).

**Contribution spéciale**
Marcia RIOUX – York University (Canada).

**Contributions**

- **Equipe Locale :**
  - **Coordinateur local :** Aissa REKIK
  - **Collaborateurs/enquêteurs :** Afef KOUASS, Amal DJEBBI, Amel NEFZI, Bassem JNAIOUI, Fatma HAMDI, Haythem NAILI, Khaled BEN ALI, Manel MOUJ, Mohamed SOUAYAH, Tesnim ABDI, Wafa LOUMI
  - **Traducteurs :** Ibtihel ZAATOURI, Ines AMIMI, Khalil KOOLI, Marwa RAISSI, Melek MHIRI, Raghda DERBEL, Sabrine ANNABI, Tarek GASSA

- **Organisation Tunisienne de Défense des Droits des Personnes Handicapées :** Maroua HEDHLI, Imed OUERTANI

- **Handicap International :** Manel MHIRI, Rania DERBEL, Audrey RELANDEAU, Anthony VAUTIER

**Date de publication**
Septembre 2016

**Edition**
© Handicap International – Programme Maghreb

**Photo**
© Antoine Vincens de Tapol / Handicap International

**Conception**
Eye Touch Design, contact@eyetouch-design.com

**Organisation Tunisienne de Défense des Droits des Personnes Handicapées**

4, bis rue de Monastir, Bab Saadoun
Tunis 1005

Tel. +216 71 560 852
contact@otddph.org

**Handicap International**
**Mission Tunisie**

10 bis rue du Brésil, Belvédère
1002 Tunis

Tel. +216 71 892 289
contact.tunisie@hi-maghreb.org

# Remerciements

Nos remerciements à toutes les personnes handicapées et à tous les parents qui ont participé à cette enquête.

Nos remerciements aussi aux institutions qui ont facilité et collaboré à la mise en œuvre de cette étude :

- Le Ministère des Affaires Sociales
- L'Institut Supérieur de l'Education Spécialisée

Nos remerciements amicaux à l'équipe locale d'enquêteurs et de traducteurs, et à nos partenaires de projet sans lesquels ce projet n'aurait pas pu aboutir :

- **Organisation Tunisienne de Défense des Droits des Personnes Handicapées**
  - Maroua HEDHLI
  - Imed OUERTANI

- **Handicap International**
  - Manel MHIRI
  - Rania DERBEL
  - Anthony VAUTIER
  - Audrey RELANDEAU

# ACRONYMES

**AMG** : Assistance Médicale Gratuite

**BIT** : Bureau International du Travail

**CIDES :** Contrats d'Insertion de Diplômés dans l'Enseignement Supérieur

**CNAM :** Caisse Nationale d'Assurance Maladie

**CNRPS** : Caisse Nationale de Retraite et de Prévoyance Sociale

**CNSS :** Caisse Nationale de Sécurité Sociale

**CRDPH** : Convention Relative aux Droits des Personnes en situation de Handicap

**CRES** : Centre de Recherches et d'Etudes Sociales

**CRVA :** Contrat de Réinsertion dans la Vie Active

**CTPDPSH** : Collectif Tunisien pour la Promotion des Droits des Personnes en Situation de Handicap

**DRPI** : Disability Rights Promotion International

**ETF :** European Training Foundation

**FMI** : Fonds Monétaire International

**INS** : Institut National des Statistiques

**OIT** : Organisation Internationale du Travail

**MAS :** Ministère des Affaires Sociales

**MENA** : Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord

**ONU** : Organisation des Nations Unies

**OPH** : Organisation de Personnes Handicapées

**OSC** : Organisation de la Société Civile

**PNAFN** : Programme National d'Aide aux Familles Nécessiteuses

**PNUD** : Programme des Nations Unies pour le Développement

**SIVP :** Stages d'Initiation à la Vie Professionnelle

**SSA** : Sub-Saharan Africa

**UNESCO** : Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture

**US** : United States

# LE DROIT À LA PROTECTION SOCIALE DES PERSONNES HANDICAPÉES EN TUNISIE

# Introduction

Cette recherche s'inscrit dans le cadre du projet DECIDE (Disability, Empowerment, partCIpation, DialoguE). Ce projet vise à faciliter le dialogue entre Organisations de Personnes Handicapées (OPH), Organisations de la Société Civile (OSC) et autorités afin de permettre l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi de politiques publiques inclusives en Algérie, au Maroc et en Tunisie. Il est mené en partenariat entre Handicap International, le Collectif pour la Promotion des Droits des Personnes en Situation de Handicap au Maroc, un consortium d'associations algériennes œuvrant dans le domaine du handicap et l'Organisation Tunisienne de Défense des Droits des Personnes Handicapées. Ce projet vient à la suite du projet LEAD (Leadership and Empowerment for Action on Disability) mené dans la même région entre 2013 et 2014. Suite à ce dernier et aux résultats obtenus à travers les recherches menées, les OPH de la coalition Maghreb ont choisi de travailler cette fois-ci sur la question de la protection sociale et plus précisément sur l'accès des personnes handicapées aux mécanismes de protection sociale.

En effet, la question de la protection sociale des personnes handicapées est devenue particulièrement pressante suite à l'adoption en 2006 par l'Assemblée Générale des Nations Unies de la Convention Relative aux Droits des Personnes Handicapées (CRDPH), dont la Tunisie est signataire. La CRDPH définit comme personnes handicapées, celles qui « **présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres** » (CRDPH, Article 1).La Convention définit dans l'Article 4 un nombre d'obligations générales des Etats Parties, dans le but d'assurer la mise en œuvre de la Convention, et en premier lieu, l'obligation suivante : « **Les Etats Parties s'engagent à garantir et à promouvoir le plein exercice de tous les droits de l'Homme et de toutes les libertés fondamentales de toutes les personnes handicapées sans discrimination d'aucune sorte fondée sur le handicap.»**

Cela signifie notamment le droit d'accès à une protection sociale et à un niveau de vie adéquat pour ces personnes handicapées et pour leurs familles, tel que défini dans l'article 28 de la CRDPH (voir Annexe 1).

L'étude de la mise en œuvre du droit d'accès à la protection sociale est devenue particulièrement importante dans l'actuelle conjoncture internationale et nationale. En effet, elle a en particulier démontré qu'une partie de la population, dont les plus vulnérables, n'avaient finalement pas accès aux mécanismes « classiques » (la plupart du temps sur base contributive ou critères socio-économique) de protection sociale. Au niveau international, elle a ainsi abouti à un consensus croissant des organisations internationales telles que l'Organisation des Nations Unies (ONU) l'Organisation Internationale du Travail (OIT) sur l'importance d'assurer des niveaux minimums de protection sociale dans tous les pays, et pour tous les citoyens. Cette nouvelle approche de la protection sociale est affirmée dans la Recommandation 202 émise par l'OIT. Elle s'est focalisée sur le besoin de travailler pour l'établissement de socles minimums de protection sociale dans chaque pays, qui «**devraient comporter des garanties élémentaires de sécurité sociale »,** notamment : a) l'accès à des biens et services de santé essentiels ; b) la sécurité élémentaire de revenu pour les enfants ; c) la sécurité élémentaire de revenu pour les personnes en âge actif malades, au chômage, ou handicapées ; d) la sécurité élémentaire de revenu pour les personnes âgées (Article 4 et 5 de la R202, OIT, 2012). Cette approche est aussi évidente dans l'article 28 de la Convention des Nations Unies Relative aux Droits des Personnes Handicapées (voir Annexe 1).

Au niveau national, elle est le résultat de la pression exercée par la société civile, y compris les OPH auprès du gouvernement, pour une amélioration progressive des politiques de protection sociale.
Dans ce contexte, la présente étude a voulu répondre à la question suivante : au regard des textes internationaux, **quels sont les points forts et les défis du système de protection sociale pour les personnes handicapées en Tunisie** ? La réponse à cette question a pour objectif de contribuer aux efforts de plaidoyer des OPH locales, à la réorientation des politiques publiques et à la mise en œuvre de nouveaux services et programmes plus adéquats et conformes aux dispositions internationales, notamment dans cadre de l'opérationalisation de la CRDPH en Tunisie. Pour y arriver, le projet s'est appuyé sur cinq grandes activités :

1. Une revue de la littérature sur la protection sociale, les droits humains et le handicap ;

2. Une analyse sur les lois, les politiques, les programmes de protection sociale des personnes handicapées existants en Tunisie ;

3. L'application de questionnaires portant sur les conditions de vie et l'accès à des mécanismes de protection sociale des personnes handicapées de 12-45 ans en Tunisie ;

4. La réalisation d'entretiens portant sur les expériences d'accès aux systèmes de protection sociale, notamment en ce qui concerne les barrières d'accès aux aides sociales et aux services de soutien des personnes handicapées de 12-45 ans en Tunisie ;

5. La mise en place de groupes de discussion avec des familles ayant au moins une personne handicapée en leur sein, dans le but de connaître leur perception par rapport à la structure et au fonctionnement des systèmes de protection sociale et leur impact sur ces familles.

# Cadre théorique

La vision traditionnelle des politiques de protection sociale se centre normalement autour de deux volets : les mesures d'assurance ou de sécurité sociale et les mesures d'assistance sociale. **L'assurance sociale** inclut des mécanismes de remplacement de revenus et d'accès à des soins de santé et d'autres services pour faire face à des pertes de revenus de courte durée (par exemple. la couverture maladie, maternité ou chômage) ou de longue durée (par exemple. les pensions d'invalidité ou de vieillesse), normalement financées sur la base de cotisations payées par le travailleur et par l'employeur (Bahle, Pfeifer & Wendt, 2010 ; Palmer, 2013 ; Silva, Levin & Morgandi, 2013 ; Tzannatos, 2002 ; UNESCO, 2011 ; Banque Mondiale , 2009). **L'assistance sociale**, quant à elle, inclut tous les programmes pris en charge par l'Etat ou par des organismes privés, à caractère non-contributif, qui visent à empêcher les personnes de tomber au-dessous du seuil de pauvreté ou à atténuer les effets conjugués d'exclusion sociale et économique de groupes vulnérables (OIT, 2008 ; ISSA, 2014 ; Silva, Levin & Morgandi, 2013 ; Palmer, 2013 ; SOLIDAR, 2013 ; Banque Mondiale, 2009). L'assistance sociale peut, donc, inclure des systèmes de transferts en espèces (par exemple. les allocations de solidarité) ou en nature (par exemple. les paniers de produits alimentaires), des subventions à la consommation (par exemple. les subventions de carburant), l'exemption de frais dans l'accès aux soins de santé pour des groupes non-assurés, l'accès subventionné aux transports publics et à d'autres services, le logement subventionné, parmi d'autres programmes (Bahle, Pfeifer & Wendt, 2010 ; Palmer, 2013 ; Silva, Levin & Morgandi, 2013 ; Tzannatos, 2002 ; UNESCO, 2011). Devereux et Sabates-Wheeler (2004) ont défendu que pour rompre les cercles vicieux de pauvreté et d'exclusion sociale, les politiques sociales devraient aller au-delà de ces visions restreintes de la protection sociale pour chercher à comprendre dans quelle mesure les politiques de protection sociale pourraient apporter de véritables effets transformateurs sur la société. Les auteurs ont proposé ainsi une définition conceptuelle et une définition opérationnelle de cette protection sociale transformatrice. Selon leur **définition conceptuelle**, la protection sociale pourrait être comprise comme « **Toutes les initiatives publiques ou privées qui engendrent des revenus ou des transferts d'argent à des fins de consommation pour les pauvres, qui assurent une protection contre les risques d'atteinte aux moyens d'existence et qui améliorent le statut social et les droits des marginalisés, avec le but général de réduire la vulnérabilité économique et sociale des groupes les plus pauvres, vulnérables et marginalisés** » (Devereux & Sabates-Wheeler, 2004: 9). Les auteurs ont proposé aussi une **définition opérationnelle** de protection sociale selon laquelle « **La protection sociale est l'ensemble d'initiatives, formelles et informelles, qui fournissent : assistance sociale aux individus et ménages en situation d'extrême pauvreté ; services sociaux pour des groupes avec des besoins spécifiques ou qui ne peuvent pas accéder à des services de base ; assurance sociale contre les chocs et les risques associés aux moyens d'existence ; et équité sociale pour protéger les personnes de risques sociaux comme la discrimination et l'abus** » (Devereux & Sabates-Wheeler, 2004: 9).
Le concept de protection sociale n'a cessé de gagner du terrain dans l'agenda de la politique sociale et du développement au niveau global, s'imposant ainsi par rapport à d'autres concepts, tel que le bien-être (**welfare**), jugés trop restreints pour rendre compte de la diversité d'approches et de points de développement des politiques sociales au niveau global (Deacon, 2005 ; Midgley, 2012, 2013). Des systèmes de protection sociale compréhensifs, efficaces

et inclusifs apportent des effets positifs à plusieurs niveaux : au niveau micro, ils contribuent à l'apport nutritionnel des bénéficiaires et de leurs ménages, à l'amélioration de l'accès à des soins de santé de base et au rendement scolaire ; au niveau méso, ils soutiennent par exemple la cohésion des familles et la participation des femmes dans le marché de travail ; au niveau macro, ils contribuent à la vitalité du marché de travail et au développement économique (OIT, 2008 ; ISSA, 2014 ; Silva, Levin & Morgandi, 2013 ; SOLIDAR, 2013).
Ces effets positifs sont encore plus évidents dans les foyers les plus vulnérables, comme ceux des personnes handicapées (Bonnel, 2004 ; ISSA, 2014 ; Silva, Levin & Morgandi, 2013 ; SOLIDAR, 2013 ; Banque Mondiale, 2009). En effet, de nombreuses études montrent que les politiques de protection sociale jouent un rôle clé pour assurer un niveau standard minimum de vie et de sécurité économique pour les personnes handicapées (Palmer, 2013 ; Schneider et al., 2011 ; Banque Mondiale, 2009) et ainsi favoriser la participation sociale des personnes handicapées. Le handicap étant le résultat « **d'incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables en interaction avec des barrières environnementales** » (CRDPH, art.1), pouvant se traduire dans la vie quotidienne des personnes handicapées par des situations de discrimination, de manque d'accessibilité, d'exclusion et d'inégalités (Palmer, 2013; Schneider et al., 2011 ; Banque Mondiale, 2009), il s'agit ainsi d'agir sur l'environnement social et physique pour assurer la pleine participation et l'exercice des droits des personnes handicapées. Pour être vraiment efficace, la protection sociale doit donc aller au-delà de visions restreintes basées seulement sur des mécanismes d'assurance et d'assistance sociale, pour inclure aussi des mesures plus larges de mise en place de services de soutien et de lutte contre la discrimination.

Ainsi, et suivant le modèle de Devereux & Sabates-Wheeler (2004), nous définissons **la protection sociale inclusive comme un système qui profite à tous, notamment aux personnes handicapées, intervenant sur plusieurs dimensions pour donner réalité aux droits humains et à la justice sociale et combattre les causes de la pauvreté et de l'exclusion sociale.** Dans le cadre de cette recherche, nous proposons un modèle opérationnel de protection sociale inclusive qui comprend quatre domaines interdépendants (cf. Figure 1), à savoir :

1. **L'assurance sociale**, qui comprend tous les mécanismes de remplacement de revenus et d'accès à des soins de santé et d'autres services financés sur la base de cotisations. Ceux-ci peuvent inclure des différentes couvertures de risques, ainsi que des mécanismes spécifiques de compensation du surcoût du handicap.

2. **L'assistance sociale,** qui inclut les programmes de protection sociale pris en charge par l'Etat ou par la société civile. Ceux-ci peuvent inclure des programmes d'accès à des aides financières et au système de santé pour les personnes handicapées en situation de vulnérabilité économique hors du système d'assurance sociale.

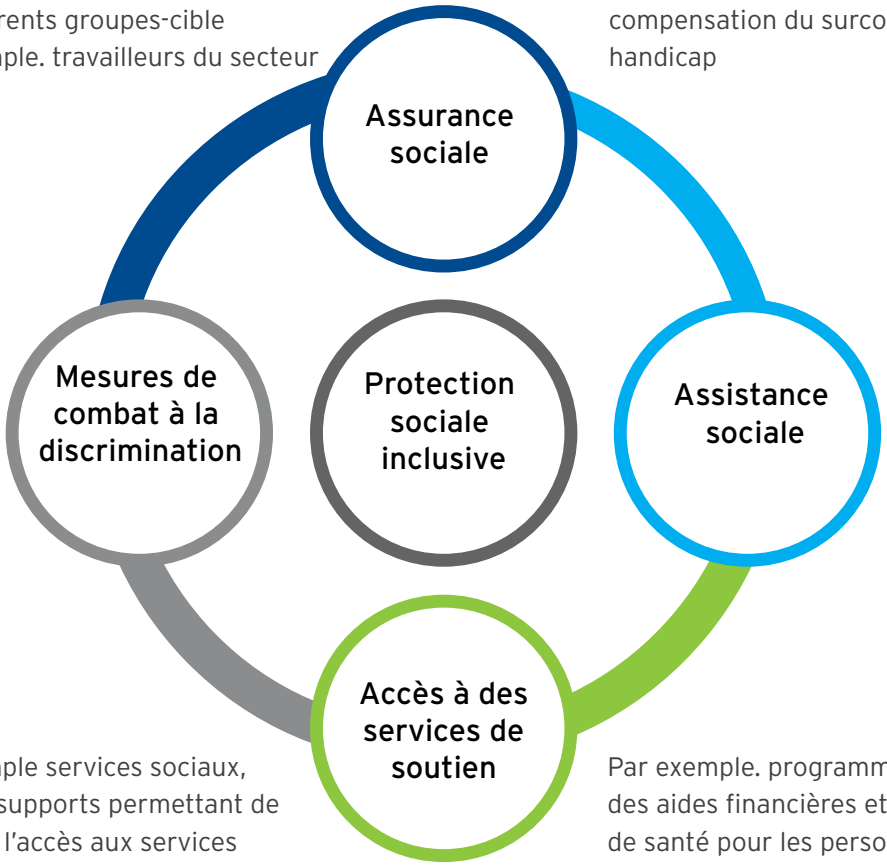
3. **L'accès à des services de soutien**, pour les personnes handicapées et autres groupes vulnérables tels que des services d'accès à l'éducation, de formation professionnelle, de réadaptation, ou tout autre domaine qui vise à faciliter l'accès des personnes handicapées à l'ensemble des droits fondamentaux (par exemple, le droit à la santé, à l'éducation ou à l'emploi) et à améliorer leur participation sociale. Les services sociaux sont des services de soutien particulièrement pertinents dans ce contexte.

4. **Les mesures de lutte contre la discrimination,** soit-ce par le biais de lois et de politiques anti-discrimination ou de mesures d'action positive, par exemple, la création de quotas pour accéder au marché du travail ou des actions de sensibilisation en lien avec le handicap.

**Figure 1 : Modèle opérationnel pour une protection sociale inclusive**

Par exemple. lois anti-discrimination, mesures d'action positive (par exemple. quotas pour accéder au marché du travail), actions de sensibilisation/formation dirigées vers différents groupes-cible (par exemple. travailleurs du secteur public)

Par exemple. couverture maladie, maternité, chômage, etc. ; mécanismes spécifiques de compensation du surcoût du handicap




Par exemple services sociaux, services supports permettant de favoriser l'accès aux services ordinaires

Par exemple. programmes d'accès à des aides financières et au système de santé pour les personnes handicapées en situation de vulnérabilité économique hors du système d'assurance sociale.

# Méthodologie

# Méthodologie

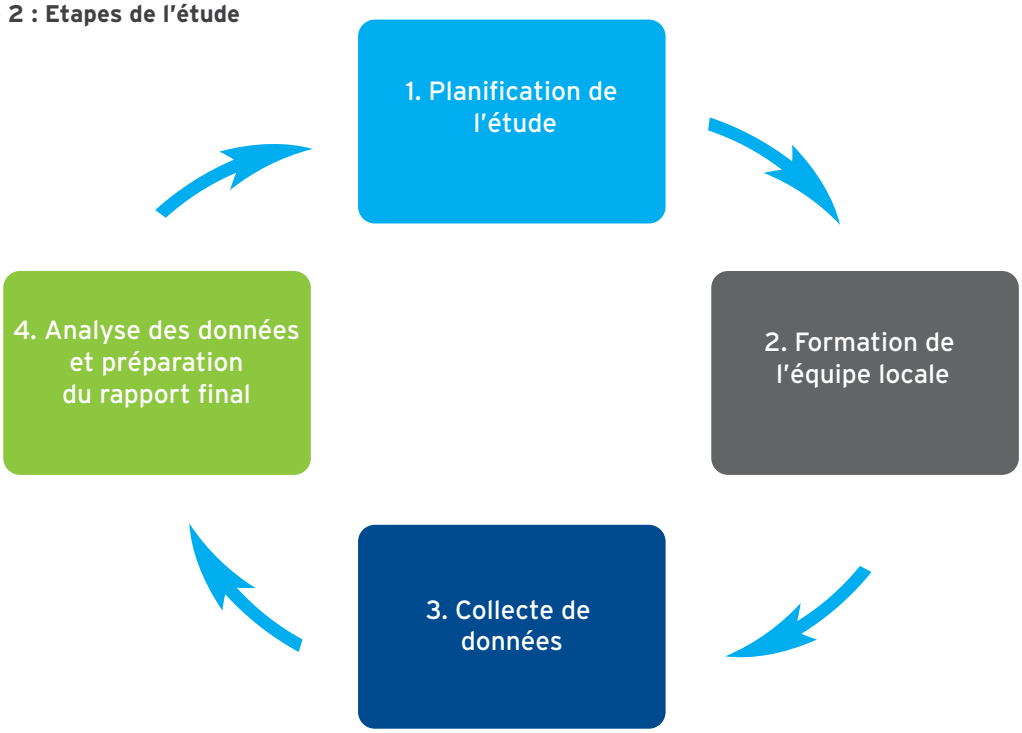
Cette étude s'inscrit dans le domaine de la **recherche appliquée** sur le handicap, puisqu'elle vise à répondre à un ensemble de préoccupations pratiques, identifiées avec les OPH locales face à l'actuelle conjoncture sociale, économique et politique en Tunisie et aux défis qui se posent par rapport à la protection sociale des personnes handicapées.
La méthodologie adoptée a suivi les principes de l'approche méthodologique DRPI (Disability Rights Promotion International), notamment au niveau des outils adoptés et de l'importance centrale accordée à la participation et au renforcement des capacités des personnes handicapées et du mouvement associatif au niveau local (voir l'Annexe 2).

# A

# Les étapes de l'étude

L'étude s'est déroulée en quatre étapes, d'après le schéma suivant (cf. Figure 2) :

**Figure 2 : Etapes de l'étude**




## 1. Planification de l'étude

L'étape de la planification a démarré en décembre 2014, dans le cadre d'une réunion préparatoire entre les OPH partenaires du projet DECIDE, Handicap International et les chercheurs. Le but était de choisir une thématique de recherche commune aux trois pays. En tenant compte des objectifs du projet DECIDE et les enjeux internationaux, régionaux et nationaux, décrits ci-dessus dans l'introduction et le cadre théorique, l'accès à la protection sociale s'est avéré, à ce moment-là, le choix le plus pertinent. Pour mener cette étude, quatre outils de collecte de données ont été utilisés. Trois de ces outils ont été adaptés à partir des instruments de recherche DRPI en fonction de la thématique de recherche considérée – la grille d'analyse des lois, des politiques et des programmes, le guide de l'entretien individuel et le guide du focus group (Pinto, 2011 ; 2015). Le questionnaire, quant à lui, a été spécifiquement conçu pour cette recherche. Les OPH partenaires du projet DECIDE et Handicap International ont été consultés, à plusieurs reprises, dans le processus d'adaptation et d'élaboration des outils de recherche.

1. **Grille d'analyse des lois et politiques :** Cet outil a été utilisé pour obtenir des informations sur les droits des personnes handicapées existants dans les lois, les politiques et les programmesnationaux et plus précisément sur le droit à la protection sociale.
2. **Entretiens individuels :** entretiens ont porté sur les vécus personnels des personnes handicapées au cours des cinq dernières années, permettant de trouver des données importantes touchant les barrières qui empêchent l'accès aux aides sociales et aux services de soutien.
3. **Questionnaire :** Le questionnaire a été utilisé pour obtenir des données concernant le profil sociodémographique et socioéconomique des personnes interviewées, les aides sociales et les services dont elles ont bénéficié au cours des cinq dernières années, ainsi que leur

évaluation globale du système de protection sociale en Tunisie.

4. **Focus group :** Le but de la réalisation du focus group fut de compléter et de croiser l'information recueillie dans les étapes précédentes, avec des informations spécifiques concernant le vécu des familles ayant au moins une personne handicapée en leur sein, en particulier les parents d'enfants handicapés ou d'adultesayant un handicap «lourd».

Dans le cadre de cette étude, des procédures d'échantillonnage non-aléatoire ont été utilisées pour définir, identifier et sélectionner les participants qui ont répondu aux entretiens et questionnaires, en partant des données statistiques disponibles sur le profil de la population-cible[1]. Au total, 60 personnes ont participé à cette recherche âgés de 12 à 45 ans, ayant différents types de handicap, résidant en milieu urbain, périurbain ou rural dans la zone géographique de Bizerte et Manouba en Tunisie.
Pour une description plus détaillée de la méthodologie adoptée et des procédures d'échantillonnage, voir l'Annexe 3.

## 2. Formation de l'équipe locale

La collecte de données a été menée directement par des équipes locales d'enquêteurs, eux-mêmes en situation de handicap. Tous les collaborateurs ont été sélectionnés en fonction de leur profil personnel, professionnel et académique. Suite à cette sélection, l'équipe locale a reçu une formation initiale intensive d'une semaine, réalisée au mois d'avril 2015. Cette formation a été complétée par des réunions hebdomadaires en articulation avec le processus de collecte de données entre le coordinateur local et l'équipe de chercheurs à l'Université de Lisbonne, entre les mois de mai et juin 2015. Une deuxième session de formation a eu lieu en septembre 2015, avec les collaborateurs chargés de la réalisation du focus group avec les familles. Cette formation a porté spécifiquement sur les techniques de dynamisation de focus groups. Les animateurs du focus group ont été choisis parmi des personnes qui avaient déjà collaboré dans le cadre du projet DECIDE, selon leur profil personnel et leur expérience préalable d'animation de focus groups.

## 3. Collecte de données

Le travail de collecte de données s'est déroulé entre les mois d'avril et de novembre 2015. La première étape de collecte de données a compris, d'une part, la réalisation d'entretiens et de questionnaires avec les personnes handicapées et, d'autre part, l'analyse des lois, politiques et programmes qui a eu lieu entre mai 2015 et mi-juin 2015. La deuxième étape de collecte de données s'est tenue en octobre 2015, avec la réalisation d'un focus group avec des parents d'enfants ou d'adultes handicapées.

Le processus de collecte de données a été construit et validé avec des personnes handicapées habitant dans les contextes de recherche, notamment l'équipe locale de recherche et les représentants des OPH au niveau local, afin d'assurer la contextualisation de l'information collectée tout en obéissant aux normes de rigueur scientifique, permettant ainsi d'obtenir des données probantes sur la thématique de recherche.

1 Tunisie RGPH 2014.

## 4. Analyse de données et préparation du rapport final

Le processus d'analyse de données s'est déroulé entre les mois d'octobre 2015 et mai 2016. Dans un premier temps, ce processus a consisté en l'analyse globale des lois, politiques et programmes de protection sociale en Tunisie, dans le but de dresser un aperçu global du cadre politique tunisien en matière de protection sociale, en particulier pour les personnes handicapées. Dans un second temps, a été réalisée l'analyse statistique des questionnaires et l'analyse de contenu des entretiens et du focus group, pour identifier les points forts et les barrières concernant l'accès à la protection sociale, à partir du vécu des personnes handicapées et de leurs familles.

La préparation du rapport final a eu lieu entre les mois de mai et d'août 2016. Comme dans les étapes précédentes, la participation des partenaires locaux dans le processus d'analyse et de validation des résultats s'est avérée centrale pour assurer la qualité de la recherche. Cette participation s'est opérationnalisée par trois moments-clés de restitution et de discussion, notamment des ateliers de travail au cours des mois de septembre 2015, d'avril 2016 et de juillet 2016. Pour une information plus détaillée sur les procédures d'analyse des données, voir l'Annexe 3.

# B

## Les potentialités et les limites de l'étude

Cette recherche s'appuie sur la mise en place d'approches méthodologiques qualitatives et quantitatives comprenant la réalisation d'entretiens poussés et d'un focus group, l'application de questionnaires et l'analyse des lois et des politiques. La triangulation ou le croisement des données collectées, à partir de ces différentes méthodes, permet de réduire les biais inhérents à chacune d'entre elles et d'apporter une réponse plus complète à la question de recherche qui s'attache à identifier les points forts et les défis du système de protection sociale en Tunisie pour les personnes handicapées. La démarche méthodologique pluraliste suivie constitue, ainsi, un des aspects forts de cette recherche.

Dans cette approche méthodologique, les méthodes qualitatives, qui ont permis la prise de parole des personnes handicapées et de leurs familles, prennent plus d'importance. En effet, elles permettent de mieux dégager les processus et les dynamiques sociales et contextuelles qui potentiellement créent des obstacles pour la réalisation du droit à la protection sociale. L'espace créé dans la recherche pour faire valoir ces voix, trop souvent réduites au silence ou même ignorées, est donc un autre point fort de la présente étude.

Toutefois, les méthodes qualitatives, puisqu'elles s'appuient sur des échantillons relativement réduits (60 personnes dans le cas de cette étude), réduisent leur possible généralisation au-delà des limites du groupe enquêté. Bien évidemment, la validité dans la recherche qualitative ne suit pas les critères statistiques qui s'appliquent pour la recherche quantitative.

Dans le cadre de la recherche qualitative, la validité dépend

- de la constitution d'un échantillon diversifié qui reprend les caractéristiques les plus importantes de la population cible, ce qui a été fait dans cette étude (voir l'Annexe 3)
- de l'amplitude et de l'exactitude des résultats présentés, assurées ici par la mise en place de différentes méthodes,
- de la correcte interprétation de ces résultats, garantie par la validation qui a été faite à plusieurs reprises par les équipes locales constituées par des personnes handicapées, et
- de la vraisemblance des conclusions obtenues, reconnues comme telles par les sujets qui ont participé à l'étude et par les experts dans le domaine du l'handicap et corroborées par des études faites au préalable sur la même thématique.

Ainsi, bien que l'échantillon utilisé soit relativement restreint et pas statistiquement représentatif de la population handicapée tunisienne, on peut dire que les conclusions apportées par cette étude développent de pertinentes et utiles connaissances sur les points forts et les défis du système de protection sociale en Tunisie dans le domaine du handicap.

# Résultats

# A

## Le cadre politique en matière de protection sociale : analyse des lois, politiques et programmes

L'évolution de la protection sociale en Tunisie a connu une trajectoire quelque peu paradoxale depuis l'indépendance. D'un côté, le système de protection sociale en Tunisie est considéré, depuis plusieurs années, comme l'un des plus avancés quand on le compare avec d'autres pays de revenu intermédiaire (CRES, 2016) ou avec ses voisins du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord (CRES 2016 ; OIT, 2014 ; Banque Mondiale, 2015) et du continent africain (US-SSA, 2015). D'un autre côté, ces politiques n'ont pas réussi à réduire efficacement les inégalités sociales et les disparités régionales (CRES, 2015a ; République tunisienne et PNUD, 2014 ; Banque Mondiale, 2015). Cette vulnérabilité sociale est particulièrement visible pour les jeunes, les femmes, les personnes handicapées et les travailleurs ruraux, avec une plus grande propension au chômage, à l'occupation domestique et à des activités informelles sans accès à des régimes contributifs de sécurité sociale (Bakhshi et al., 2014 ; République tunisienne et PNUD, 2014 ; Banque Mondiale, 2015). En effet, et ce malgré les efforts pour élargir progressivement la couverture de la sécurité sociale (CRES, 2016 ; République tunisienne 2015), le système de protection sociale en Tunisie continue à ne pas intégrer une grande partie de la population, occupée dans des activités informelles, avec des emplois précaires ou au chômage, et ne bénéficiant pas de mécanismes minimums de couverture sociale (Banque Mondiale, 2015).

Des changements sociaux et politiques récents, tels que la signature d'un Contrat Social entre le Gouvernement tunisien et un ensemble de partenaires sociaux en 2013 ou encore l'adoption de la nouvelle Constitution en 2014, sont venues confirmer l'engagement de la Tunisie sur le progrès social et les droits de l'homme (République tunisienne et PNUD, 2014 ; République tunisienne 2015), y compris la protection des droits des personnes handicapées. Cela a relancé le débat sur la réforme du système de protection sociale en Tunisie, notamment autour des socles minimaux de protection sociale (CRES, 2015a ; Banque Mondiale, 2015) promus par l'ONU et l'OIT. Toutefois, pour que ces garanties minimales de protection sociale soient réalisables, il s'agit de lancer une réflexion nationale et participative sur les politiques actuelles, notamment en ce qui concerne l'évaluation de l'efficacité des programmes de protection sociale en cours et de la façon dont ceux-ci répondent ou ne répondent pas aux besoins de base des groupes cibles désignés.

### La protection sociale des personnes handicapées en Tunisie

La Tunisie a demontré très tôt une préoccupation concernant l'adoption de mesures de promotion et protection des personnes handicapées, en réalisant un effort législatif qui a débuté avant même la ratification de la CRDPH et de son protocole aditionnel, en 2008 (CTPDPSH, 2011). Mais, sans avoir une réglementation qui prévoit des mécanismes de suivi de l´application de la loi et des sanctions pour les cas de non-respect de celle-ci, l´implantation des dispositions légales, en particulier celles prévues dans la Loi d'Orientation 83-2005, continuent d'être insuffisantes (CTPDPSH, 2011).

Plus récemment, la Tunisie a lancé un ensemble de débats importants afin de mettre en marche des réformes de ses politiques de protection sociale ainsi que des mécanismes de soutien aux personnes handicapées. Étant un processus en cours, il est bien possible que quelques-unes des dispositions relatives aux programmes de protection sociale de ces personnes puissent être entretemps modifiées. Néanmoins, nous présentons un bref résumé des principaux axes du système de protection sociale en Tunisie.

## Assurance sociale (sécurité sociale)

**Groupes éligibles et risques couverts**
La Sécurité Sociale en Tunisie est organisée autour de deux grands systèmes - la Caisse Nationale de Retraite et de Prévoyance Sociale (CNRPS), pour les travailleurs du secteur public, et la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS), pour les travailleurs du secteur privé (Banque Mondiale, 2015). Actuellement, le système comprend des provisions de réponse pour une grande partie des risques de courte et longue durée, notamment les couvertures maladie et maternité, ainsi que les pensions de vieillesse, d´invalidité et de retraite (République tunisienne, 2015 ; US-SSA, 2015). Néanmoins, en tenant compte de l'importance du secteur informel dans l´économie tunisienne et de la précarité des conditions de travail des jeunes qui décourage l'adhésion aux systèmes de sécurité sociale (CRES, 2015b, 2016), on estime que le taux de couverture des deux principaux systèmes (CNSS et CNRPS) se situe aux alentours de 50% des travailleurs actifs, si bien que le taux de couverture monte à 70% de la population quand on inclut tous les régimes, même les plus résiduels, de couverture sociale (Banque Mondiale, 2015).
Les travailleurs inscrits dans les systèmes de sécurité sociale ont accès à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM), à travers un régime mixte de cotisations de la responsabilité du travailleur et de l'entité employeur (Banque Mondiale, 2015). Les coûts d'acquisition d'aides techniques et de soins de réhabilitation peuvent être soutenus par des mécanismes de sécurité sociale de base contributive (Banque Mondiale, 2015). A côté de ces soutiens, le système de sécurité sociale tunisien inclut des soutiens sans majoration spécifique pour des familles d´enfants handicapés, comme la possibilité de participation aux dépenses de crèche, néanmoins conditionnée à une preuve de conditions de ressources financières (US-SSA, 2015).

**Programmes spécifiques pour les personnes handicapées**
Les travailleurs handicapés inscrits dans le système de sécurité sociale peuvent avoir accès à une pension d'invalidité correspondant à 50% de la moyenne des salaires des dix années qui précèdent le début d'invalidité, auquel on ajoute 0,5% de la moyenne des salaires pour chaque période de contributions excédant les 180 jours (US-SSA, 2015). La pension minimale correspond à 66,7% du salaire minimum national, qui aujourd'hui se situe autour de 307,6 dinars par mois (US-SSA, 2015). Le montant de la pension ne pourra jamais excéder 80% de la moyenne des salaires mensuels ou six fois le salaire minimum national (US-SSA, 2015).
A part la pension, les bénéficiaires qui demandent le soutien constant d'une tierce personne pour la réalisation de tâches basiques pourront demander le paiement d'une subvention d'assistance par une tierce personne, correspondant, correspondant à 20% de la valeur de la pension (US-SSA, 2015). L'allocation de famille, normalement attribuable à des enfants d´âge inférieur à 16 ans, jusqu'à un maximum de trois enfants, n'a pas de limite d'âge dans le cas d'enfants handicapés (US-SSA, 2015).

## Assistance sociale (solidarité sociale)

**Garanties minimums d'accès aux soins de santé, réhabilitation et aides techniques**
La Tunisie dispose d'un programme d'assistance médicale de base non contributive (Banque Mondiale, 2015). Ce programme, nommé Assistance Médicale Gratuite (AMG), inclut deux modalités :

1. Le Décret législatif 98-1812 du 12 septembre 1998 prévoit la possibilité d'accès à des soins de santé et de soutien hospitalier de façon gratuite (AMG I) grâce à l'attribution d'une carte de soins gratuits dans des cas de précarité économique prouvée, et concerne la personne qui présente la demande, le conjoint et les descendants. Pour cet effet, on considère les enfants sans limite d'âge dans le cas de personnes handicapées qui ne possèdent pas de ressources propres (cf. Article 3). L'attribution de ces cartes est évaluée par une commission régionale spéciale, qui publie les listes de bénéficiaires éligibles en accord avec la liste de bénéficiaires permanents des Programmes Nationaux d'Aide aux Familles Nécessiteuses. L'attribution de ces cartes est soumise à un quota régional et national qui conditionne le nombre total de cartes d'exemption de paiement qui peuvent être attribuées chaque année (cf. Article 5);
2. Le Décret législatif 98-409 du 18 février 1998 prévoit la possibilité d'accès aux soins de santé et de soutien hospitalier grâce à un paiement de tarifs réduits, pour ceux qui n'ont pas accès à cette exemption (AMG II), ce soutien étant négocié en fonction de l'attribution d'une **carte de tarifs réduits**, soumise à la présentation des conditions de ressources du ménage. L'attribution de ces cartes est évaluée par une commission régionale et nationale. Elle se définit par le paiement d'une cotisation annuelle fixe de 10 dinars (CRES, 2015b) et par un quota régional et national qui conditionne le nombre total de cartes de réduction de tarifs qui peuvent être attribuées chaque année (cf. Article 2).

Selon le CRES (2015a), 94% de la population tunisienne a actuellement accès à une couverture médicale de base (64% à travers la CNAM, 7,3% du AMG I et 23% de la AMG II) mais le système de santé comprend des disparités importantes au niveau de l'offre et de la qualité des services fournis, ces lacunes étant plus visibles en milieu rural (CRES, 2015a).
D'après l'Article 15 de la Loi de l'Orientation 2005-83 du 15 août 2015, les personnes handicapées non-inscrites à la sécurité sociale qui réunissent les conditions d'accès à la gratuité ou à la réduction des dépenses publiques (AMG I et II) peuvent bénéficier d'une couverture pour les coûts de réhabilitation et d'acquisition d'aides techniques. Dans ce cas, le soutien est géré par le Ministère des Affaires Sociales, sous disponibilité budgétaire.

**Mécanismes de protection de revenus**
Il n'y pas de programme spécifique de protection de revenus pour des personnes handicapées en Tunisie. Néanmoins, ces personnes peuvent bénéficier d'un minimum de protection au niveau du revenu attribué par le Programme National d'Aide aux Familles Nécessiteuses (PNAFN), d'après l'Article 1 du décret législatif 2005-3080 du 29 novembre 2005. Le PNAFN constitue un des principaux programmes d'assistance sociale en Tunisie et vise à assurer une protection minimale de revenus pour les ménages les plus vulnérables (CRES, 2015b). L'accès à cette protection minimale de revenu a pour base une évaluation du degré de carence économique (par exemple les conditions de ressources), étant accessible à tous les groupes en situation de précarité économique et sociale. Selon des données du CRES (2016), ce programme compte actuellement environ 215 000 bénéficiaires. Des données de l'OIT de 2004 rapportaient qu'environ 17% des bénéficiaires correspondraient à des personnes handicapées et 68% à des personnes âgées (OIT, 2016). Les familles qui bénéficient d'une prestation financière avec le PNAFN peuvent recevoir plus de 10 dinars par mois pour chaque enfant en âge scolaire, avec

une limite de trois enfants par ménage (CRES, 2015a ; République tunisienne et PNUD, 2014 ; République tunisienne, 2015). Pendant les périodes de fête, notamment le Ramadan et pendant la période du début de chaque année scolaire, ces soutiens sont complétés par un ensemble d'autres soutiens ponctuels (République tunisienne, 2015). Le système de protection sociale en Tunisie prévoit aussi la possibilité d'accès à des soutiens financiers pour l'intégration des personnes handicapées économiquement démunies dans leur milieu familial ou dans des familles d'accueil, quand celles-ci sont sans soutien familial, conformément à l'Article 17 de la Loi de l'Orientation 2005-83 du 15 août 2005.

## Accès aux services de soutien

Le système de protection sociale en Tunisie comprend un réseau d'institutions et de services de soutien aux personnes handicapées, notamment 17 centres de défense et d'intégration sociale, 2 centres d'encadrement et d'orientation sociale, 295 établissements d'éducation spécialisée, de réhabilitation et de formation professionnelle pour les personnes handicapées gérés par des associations, 3 centres d'hébergement pour personnes handicapées sans soutien familial et 12 unités de vie pour les enfants sans soutien familial gérées par des associations (MAS, 2016).
Le système de protection sociale en Tunisie prévoit aussi un programme de formation d'auxiliaires de vie et de prestation de soutien à domicile, mais ce programme a besoin d'une réglementation et de ressources pour qu'il puisse avoir un vrai impact. Quelques-uns des problèmes identifiés à ce sujet concernent le nombre réduit de professionnels et de mécanismes de contrôle de qualité (CTPDPSH, 2011).
La Tunisie a également en cours un ensemble de mesures actives d'inclusion dans le marché du travail (ETF, 2014). Toutefois, l'efficacité de ces programmes pour promouvoir l'intégration de groupes traditionnellement exclus du marché du travail est remise en cause, quand on tient compte du bas taux d'intégration professionnelle après la participation dans ces programmes (environ 20%), de l'absence de mécanismes efficaces de suivi et d'évaluation de l'impact et du manque de programmes ciblant des personnes ayant de bas niveaux de qualification (Banque Mondiale, 2015).

## Mesures de lutte contre la discrimination et mesures d'action positive

Le Projet de Loi 30/2015, modifiant les dispositions de la Loi d'Orientation 2005-83 du 15 août 2005 en conformité avec l'Article 48 de la nouvelle Constitution, définit de façon explicite le principe de la non-discrimination envers les personnes handicapées et la responsabilité de l'Etat dans la protection des droits des personnes handicapées[2]. D'ailleurs, le système de protection sociale en Tunisie prévoit un nombre de mesures d'action positive au profit des personnes handicapées. L'article 11 de la Loi d'Orientation 2005-83 du 15 août 2005 prévoit, par exemple, la possibilité d'un accès gratuit aux transports publics en zones urbaines, à des espaces culturels et sportifs et à des parkings prioritaires pour les détenteurs de la Carte de Handicap (CTPDPSH, 2011).

2 «L'État protège les personnes handicapées de toute discrimination. Tout citoyen handicapé a le droit de bénéficier, selon la nature de son handicap, de toutes les mesures qui lui garantissent une pleine intégration dans la société. L'Etat se doit de prendre toutes les mesures nécessaires à la réalisation de cela.» (Constitution, Article 48).

La Tunisie a un ensemble de mesures d'action positive en marche pour promouvoir le recrutement de personnes handicapées. La Loi 83-2005 du 15 août 2005 prévoit que toutes les entreprises publiques ou privées avec au moins 100 travailleurs aient un quota de 1% de travailleurs handicapés. Le Projet de Loi 30/2015 modifie cette disposition en prévoyant, d'après les Articles 29 et 30, l'amélioration des conditions d'accessibilité des espaces, un quota de 2% pour le recrutement de personnes handicapées dans la fonction publique et dans les entreprises privées ayant au moins 100 travailleurs ou plus et l'obligation de recruter au moins une personne handicapée dans des entreprises ayant entre 50 et 99 travailleurs. D'autres dispositions légales, encadrées par la Loi 81-46 du 29 mai 1981 et par la Loi 89-52 du 14 mars 1989, prévoient des exemptions d'impôts pour les employeurs qui embauchent des personnes handicapées.

La Tunisie a aussi adopté des modifications législatives, comme la Loi 2002-80 du 23 juillet 2002 et la Stratégie d'Intégration Scolaire des Enfants Handicapés de 2003 et, par la suite, mis en place un ensemble de mesures ayant pour but de promouvoir l'inclusion des enfants handicapés dans les milieux éducatifs ordinaires. Toutefois, l'intégration de ces enfants dans l'enseignement ordinaire reste limitée et fait face à des défis importants comme le manque de formation spécifique des professeurs, le manque de ressources de soutien et le manque de coordination entre les services généraux et les services spécialisés (CTPDPSH, 2011).

# B

## L'accès à la protection sociale – le vécu des personnes handicapées et de leurs familles

Nous présentons, maintenant, les résultats concernant l'accès à la protection sociale, suite aux 60 entretiens et questionnaires menés avec des personnes handicapées âgés de 12 à 45 ans et au focus group mené avec des parents d'enfants handicapés ou de personnes ayant un handicap «lourd». Ces résultats sont organisés sur quatre domaines d'analyse :

1. Profil sociodémographique des personnes interviewées
2. Conditions de vie
3. Couverture sociale

Satisfaction et barrières d'accès au système de protection sociale

Par impératif de synthèse, seulement les principaux résultats sont ici présentés. Ainsi, certaines informations contenues dans le questionnaire ne seront pas présentées en profondeur dans ce rapport, notamment dans le cas où le nombre de non-réponses a été très important. Il faut aussi mentionner que toutes les questions du questionnaire ont été analysées en fonction des variables sociodémographiques considérées dans les quotas d'échantillonnage – le type de handicap, le genre, le groupe d'âge et le contexte. Toutefois, les effets de ces variables ne seront mentionnés que dans les cas où ceux-ci se sont avérés statistiquement significatifs[3]. Concernant les entretiens et le focus group, les principaux points indiqués participants ont été illustrés par des extraits d'entretiens, qui ont permis de « donner la parole » aux sujets de la recherche.

### Profil sociodémographique des personnes interviewées

Comme on peut le constater par l'analyse des Figures 3-6, la distribution des personnes interviewées a respecté les quotas établis au moment de l'échantillonnage, avec une distribution équilibrée en fonction du sexe, de l'âge, du type de handicap et de la région des participants.

**Figure 3 : Distribution des personnes interviewées par sexe (% ; N=60)**

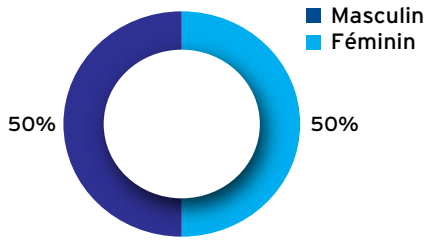



**Figure 4 : Distribution des personnes interviewées par groupe d'âge (% ; N=60)**

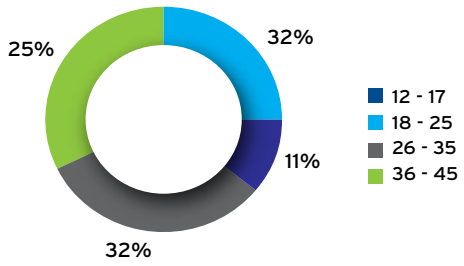
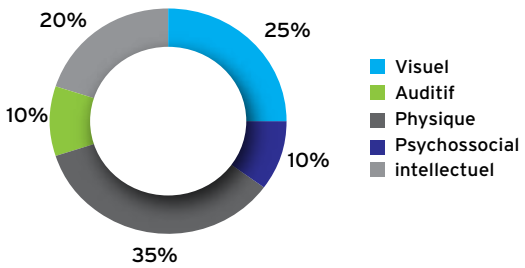
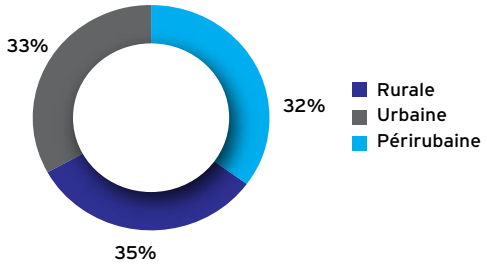



**Figure 5 : Distribution des personnes interviewées par type de handicap (% ; N=60)**




3 Test d'indépendance χ2; test-T pour échantillons indépendants; analyse de la variance ANOVA

**Figure 6 : Distribution des personnes interviewées par région (% ; N=60)**




Quant au statut marital des personnes interviewées, 92% des personnes handicapées interrogées sont célibataires, 7% mariés, 1% divorcé  au moment de l'enquête.
Concernant le niveau d'éducation des personnes interviewées, 34% ont suivi l'enseignement primaire et 40% l'enseignement secondaire. Seulement, 8% n'ont aucun niveau éducationnel complet. Par rapport à l'occupation professionnelle, 37,3% des interviewés sont au chômage au moment de l'enquête et seulement 13,6% ont une situation d'emploi stable (salariés).

## Conditions de vie

Les données recueillies montrent que les personnes handicapées en Tunisie font face à des besoins économiques significatifs (cf. Figures 7 et 8). En effet, au moment de l'enquête, une grande partie des personnes interviewées (59,3%) ne disposent d'aucun revenu individuel, y compris salaires, allocations, aides sociales ou toute autre source de revenus, et 16,7% ont un revenu individuel mensuel inférieur à 150 dinars par mois. Quand on considère le revenu global du ménage, on constate que 35,4% des ménages disposent d'un revenu mensuel entre 150 et 500 dinars et 22,9% d'un revenu entre 500 et 800 dinars ou supérieur à 800 dinars, tandis que 8,3% des ménages n'ont aucun revenu mensuel.

Pour rappel, le revenu minimum moyen en Tunisie est de 307,6 dinars par mois.

**Figure 7 : Niveau de revenus individuel mensuel (% ; N=54)**

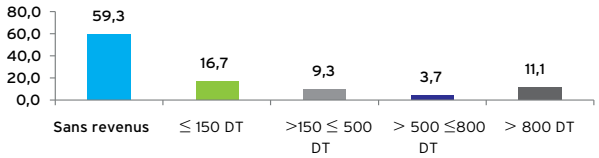
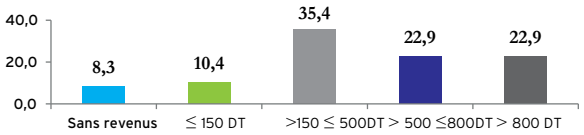



**Figure 8 : Niveau de revenus mensuel du ménage (% ; N=48)**




Le seul effet statistiquement significatif par rapport à l'influence des variables sociodémographiques sur le niveau de revenus des personnes handicapées se manifeste par rapport au **sexe** des personnes interviewées. En effet, si l'on fait la comparaison entre les personnes sans aucun revenu individuel ou avec un quelconque revenu, indépendamment de son montant mensuel (cf. Figure 9), on voit que les femmes handicapées sont dans une situation encore plus vulnérable que les hommes par rapport à leur sécurité économique. Plus, d'un tiers (35,2%) des femmes ne disposent d'aucun revenu individuel, contre seulement un quart (24,1%) des hommes.

**Figure 9 : Niveau de revenus mensuel individuel par sexe des personnes interviewées (% ; N=54) Différence significative 2 (1, N=54)=5, 404 p=,020**

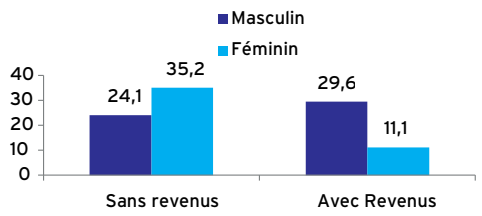
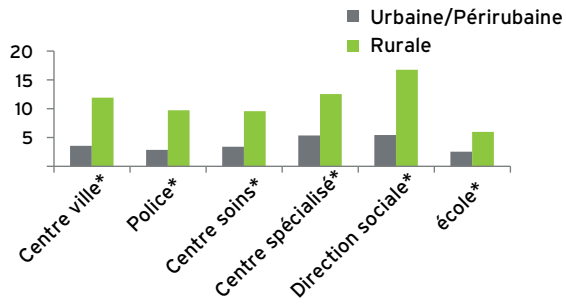



**Figure 10 : Distance moyenne jusqu'au centreville, police, centre de soins, centre d'éducation spécialisée, direction sociale ou école plus proche par région de résidence (Km)**




Concernant les conditions de logement, 98% des personnes interviewées disposent d'un logement permanent. Presque toutes les personnes interviewées ont, chez elles, accès à l'électricité (98,3%) et à l'eau potable (96,6%), 76,3% ont accès à des installations sanitaires à l'intérieur du logement, mais seulement 39% ont accès au gaz.

Concernant la distance moyenne entre le logement et les différents services, on peut constater des différences statistiquement significatives en fonction du contexte de résidence. En effet, si l'on regroupe les réponses des personnes interviewées qui habitent encontexte urbain et périurbain, on retrouve des différences significatives par rapportaux personnes interviewées qui habitent en contexte rural. Là, les services se trouvent beaucoup plus éloignés des zones de résidence des personnes interviewées
(cf. Figure 10).

*Différences significatives : Centre-ville [t (55) = -9,46, p=,000] ; Police [t (53) = -6,51, p=,000] ; Centre de soins [t (52) = -4,30, p=,000] ; Centre d'éducation spécialisée [t (54) = -4,38, p=,000] ; Direction sociale [t (56) = -4,65, p=,000] ; École [t (42) = -2,74, p=,009]

## Niveaux de couverture sociale

Concernant les niveaux de couverture de protection sociale (cf. Figure 11 et 12), un peu plus de la moitié (58%) des personnes interviewées  sont couverts par un système de sécurité sociale. Parmi ceux-ci, 74% sont assurés à travers un membre de la famille et seuls 26% sont assurés directement.

**Figure 11 : Taux de personnes interviewées couverts par un système de sécurité sociale public (% ; N=60)**

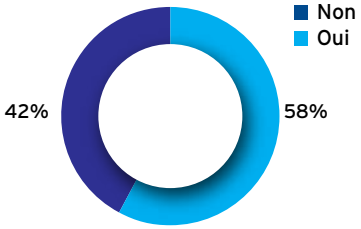
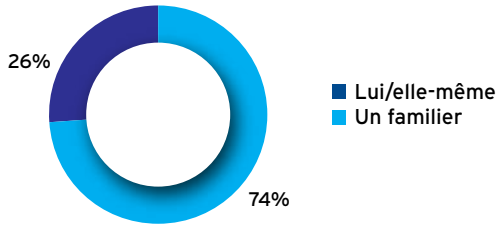


**Figure 12 : Bénéficiaire direct du système de sécurité sociale public (% ; N=35 qui correspondent aux 58% de personnes interviewées qui ont répondu 'Oui' à la question précédente, cf. Figure 15)**




95% des personnes handicapées interviewées dans cette étude affirment avoir une « carte de handicapé » (cf. Figure 13) et la plupart l'utilise, surtout, pour accéder aux services de transport (89,1%), de santé (72,7%) ou pour bénéficier d'un accueil prioritaire dans l'accès aux services publics (38,2%) (cf. Figure 14).

**Figure 13 : Taux de participants qui possède une carte de handicap (N=60 ; %)**

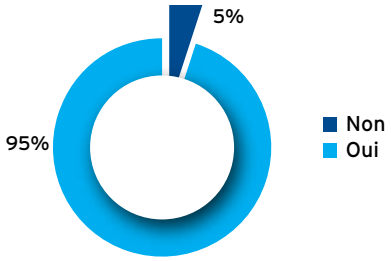
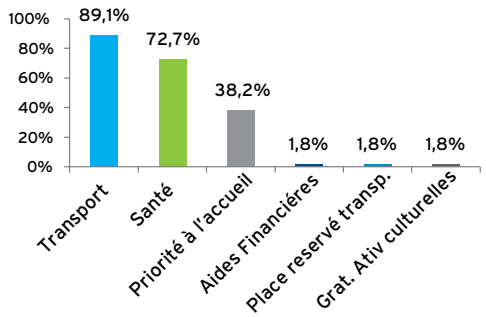
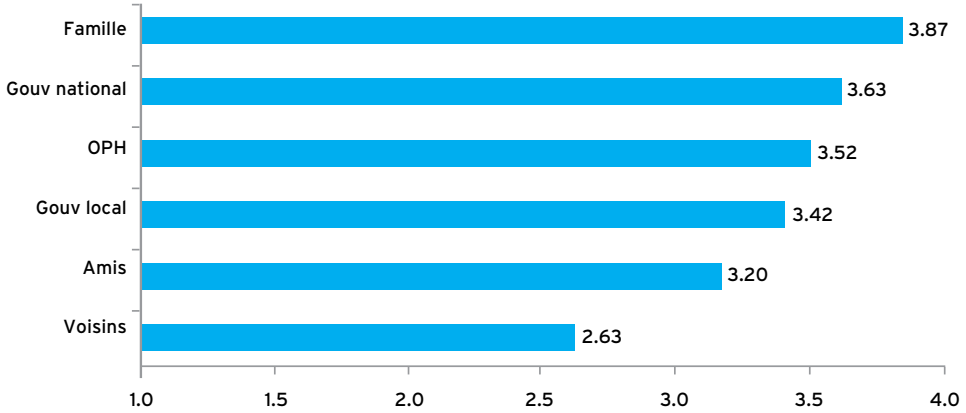



**Figure 14 : Utilisation de la carte de handicap (N=59 ; %)**




Concernant la perception des personnes interviewées par rapport aux réseaux, aux acteurs sociaux et aux institutions les plus importants pour subvenir à leurs besoins de sécurité économique et de protection sociale, mesurée par une échelle de quatre points, où 1 signifie – Pas important et 4 – Très important, l'analyse des réponses (cf. Figure 15) montre que la famille demeure la structure de soutien la plus importante pour les personnes handicapées. C'est ce que montre une moyenne de réponse de 3,87. Elle est suivie par le gouvernement national (3,63), les organisations de personnes handicapées (3,52), le gouvernement local (3,42), les amis (3,20) et les voisins (2,63). Enfin, concernant l'importance qu'ils attribuent aux aides sociales et aux services de soutien pour subvenir à leur besoins, presque toutes les personnes handicapées interviewées considèrent ceux-ci très importants (91,7%) ou importants (6,7%), ce qui vient renforcer l'importance de l'investissement public dans ce domaine.

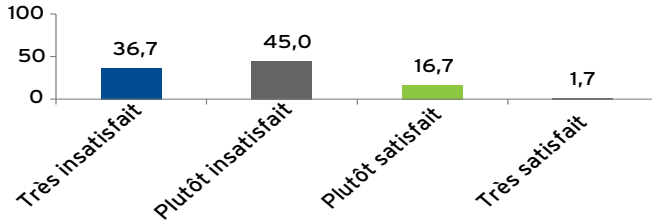
**Figure 15 : Réseaux, acteurs ou institutions plus importants pour aider à subvenir à leurs besoins de protection sociale**
**(% ; moyenne sur une échelle de quatre points où 1 – Pas important et 4 – Très important)**




## Satisfaction et barrières dans l'accès à la protection sociale

L'étude a aussi voulu recueillir l'opinion des personnes interviewées sur le système de protection sociale en Tunisie. Les résultats obtenus montrent que, concernant le degré de satisfaction avec la couverture sociale, les aides sociales et les services de soutien en Tunisie, une importante majorité des personnes interviewées (81,7%) s'est montrée insatisfaite de l'actuel système de protection sociale (cf. Figure 16).

**Figure 16 : Degré de satisfaction de l'ensemble du système de protection sociale en Tunisie (% ; N=60)**




Concernant le degré d'accessibilité à l'ensemble des aides et des services sociaux existants, la grande majorité des personnes interviewées considère que ceux-ci sont plutôt inaccessibles (46,7%) voire très inaccessibles (30,0%), ce qui semble suggérer que l'insatisfaction des personnes interviewées envers le système de protection sociale est au moins partiellement liée à cette inaccessibilité des programmes et des services existants. L'analyse des entretiens avec les personnes handicapées et du focus group avec les parents a permis de compléter cette perspective, en fournissant des indices importants sur les barrières les plus importantes concernant l'accès aux aides sociales et services de soutien :

**1. Barrières au niveau de l'organisation et de la gestion du système de protection sociale**

Plusieurs personnes interviewées mentionnent que les programmes et services sociaux sont gérés par différentes structures sociales et qu'il est difficile pour eux d'arriver à connaître les programmes existants, les critères d'accès à ces programmes et les procédures à mener pour en bénéficier :

> Ici en Tunisie on ne sait pas qui est le superviseur des handicapés - disons le Ministère des Affaires Sociales, disons le Ministère de la Santé, disons plusieurs ministères... mais on n'a pas de structure claire qui s'occupe de ça ! (...) Je n'ai aucune idée sur les aides - quand sont-elles distribuées, quand sont-elles données, sur quel critère sont-elles basées et sur quelle catégorie et quel barème travaillons-nous (...) C'est un manque de professionnalisme des personnes responsables de ces services - elles ne fournissent pas l'information sur ces programmes, sur ces orientations, il y un manque... il n'y a pas d'information claire ! (AF.TU.MR.A.02)

Certaines personnes interviewées mentionnent que les critères d'attribution des aides sociales remettent en cause leur autonomie financière et sociale, perpétuant une dépendance vis-à-vis de la famille, comme le montrent les exemples suivants :

> Le problème avec ces aides c'est que l'assistante ne concentre pas sa recherche sur la personne qui fait la demande mais sur toute la famille. C'est vrai que je vis avec ma famille, mais chacun par soi-même. Pourquoi devrais-je demander de l'argent de ma famille tant que le gouvernement me bénéficie d'une aide ?! J'ai le droit de bâtir ma propre vie tout de même ! (AF.TU.MU.A.03)

Les parents évoquent aussi des problèmes liés à la gestion des programmes sociaux et des difficultés pour comprendre les critères d'octroi d'aides sociales (par exemple des aides attribuées à des familles qui n'en ont pas besoin ; des médicaments importants non remboursés ; l'exclusion dans l'accès à des aides sociales parce que le père travaille, sans prendre en compte le surcoût du handicap sur les dépenses du ménage ou le fait que l'un des parents a été obligé d'abandonner son emploi pour prendre soin de son enfant).

**2. Barrières bureaucratiques et longues périodes d'attente, notamment au niveau des services sociaux et de la santé**

Les personnes handicapées et les parents interviewés mentionnent être obligés de faire plusieurs « allers-retours », parfois sans succès, pour arriver à résoudre leurs dossiers. Ces barrières ont des conséquences particulièrement sévères pour des personnes avec des restrictions au niveau de la mobilité et de l'autonomie, ainsi que des personnes avec des contraintes économiques importantes, qui n'ont pas d'argent pour se déplacer plusieurs fois pour le même service :

> Ils disent toujours « oui, on va le faire » mais jamais ils ne répondent à ma demande... À chaque fois que j'y vais, ils me laissent poiroter sais rien faire ! Il y'a des gens qui ont passé deux, trois ans à attendre et à la fin ils n'ont rien eu. Ils disent oui ils sont d'accord pour me donner une chaise et je suis en train d'attendre depuis trois ans. (AF.TU.MU.C.02)

**3. Manque d'uniformité dans la qualité de l'accueil des services sociaux**

La plupart des personnes interviewées évoquent une attitude négative de la part de certains professionnels, qui ne fournissent pas une information complète et adéquate sur les programmes et services existants, notamment sur les services spécialisés, ou qui semblent peu enclins à répondre aux requêtes des personnes handicapées :

On reçoit une aide sociale après de très, très grand efforts... On doit aller au Ministère des Affaires Sociales où ils nous marginalisent, ils nous ferment les portes au nez, ils ne nous écoutent pas... parfois ils ont pitié de nous et ils nous donnent une aide qui n'est pas d'une très grande valeur (AF.TU.MU.B.01)

**4. Manque d'accessibilité aux services sociaux**

Les personnes interviewées mettent en évidence des problèmes d'accessibilité physique dans le parcours jusqu'aux services, à l'entrée et à l'intérieur des services sociaux, ce qui pose des obstacles importants à l'utilisation de ces services :

Si on va parler, on ne va pas parler que des routes - on va parler des administrations qui ne sont nullement adaptées à nous. Il y a des endroits où les personnes handicapées ne peuvent pas accéder (...) Parfois j'ai des affaires à régler mais je ne peux pas le faire parce que le lieu n'est pas accessible. (AF.TU.MU.A.03)

**5. Problèmes liés à l'octroi d'aides techniques,** notamment des longues périodes d'attente, des problèmes d'adaptation et un bas niveau de subvention de ces aides :

J'ai déjà eu un appareil (...) mais il n'était pas adapté à mon degré de surdité. (AF.TU.MR.A.08)

Je me suis présenté pour une demande pour des lunettes. Ils peuvent m'aider, mais pour la moitié du prix seulement (...) mon père n'a pas les moyens [pour payer l'autre moitié].
(AF.TU.MR.A.10)

J'ai voulu avoir une prise en charge pour une prothèse pour mon dos. Ils ont refusé. Après maintes tentatives je l'ai eue mais elle était toute petite. (...) À l'hôpital ils ont pris les mesures mais je ne l'ai eu qu'après deux ans. J'ai grandi et ma taille a largement changé.
(AF.TU.MU.C.03)

**Interaction avec d'autres domaines**

Au-delà de ces barrières, directement liées à l'interaction avec les services sociaux, on peut identifier à partir des entretiens et du focus group un nombre de barrières concernant la vie familiale, la santé, l'éducation et l'emploi, avec des conséquences importantes au niveau de l'accès à la protection sociale, qui s'encadrent dans la logique de protection sociale inclusive énoncée dans le Cadre théorique.

**Barrières au niveau de la vie familiale**

La majorité des références des personnes interviewées par rapport à leurs vécus au niveau de la vie familiale est positive. Cependant, une partie des personnes interviewées interviewés subissent des commentaires négatifs de la part de quelques membres de leur famille concernant leur dépendance économique et sociale, ce qui vient renforcer le sentiment d'être « un fardeau » pour sa famille, avec des conséquences éventuelles d'abus ou de violence. En effet, quelques personnes interviewées soulignent l'existence de graves situation de violence physique et psychologique perpétuées par des membres de la famille. De leur côté, les parents interviewés dans le focus group affirment que les familles restent très isolées dans la prise en charge des enfants handicapés et qu'il est impossible de compter sur la solidarité de l'État ou de la société en général pour subvenir aux besoins de leurs enfants.

**Barrières au niveau de la santé**

L'une des barrières les plus mentionnées par rapport à l'accès à la santé concerne les difficultés pour bénéficier d'aides techniques et de prothèses adéquates. Les personnes interviewées signalent de longues périodes d'attente, des problèmes au niveau de l'adaptation des prothèses et du refus dans l'attribution de quelques aides techniques (par exemple des fauteuils roulants électriques).

**Barrières au niveau de l'éducation**

Les barrières les plus mentionnées par rapport à l'accès à l'éducation concerne le manque de respect des différences et d'adaptation raisonnable au niveau scolaire. Ces barrières sont mentionnées surtout par des personnes interviewées en situation de handicap visuel ou auditif qui rendent compte des mauvaises conditions d'accueil des écoles spécialisées (par exemple une insuffisance d'enseignants et de matériels adaptés), du manque d'écoles spécialisées à proximité, surtout hors des grands centres urbains, et du manque d'aménagements raisonnables dans les écoles ordinaires (par exemple le manque de matériels en braille ; des enseignants qui ne parlent pas la langue des signes ; l'absence d'interprètes). Certains parents signalent le manque de préparation, de sensibilité et d'intérêt de la part des enseignants dans le secteur public, qui les oblige à chercher des alternatives dans le secteur privé. Cependant, d'autres parents signalent que leurs enfants sont bien accueillis et suivis au niveau de l'enseignement public, ce qui semble indiquer une certaine inconsistance dans la qualité de la prise en charge éducative des enfants handicapés en Tunisie. De façon générale, les parents insistent sur le manque d'encadrement éducatif pour enfants et les jeunes ayant des handicaps «lourds»

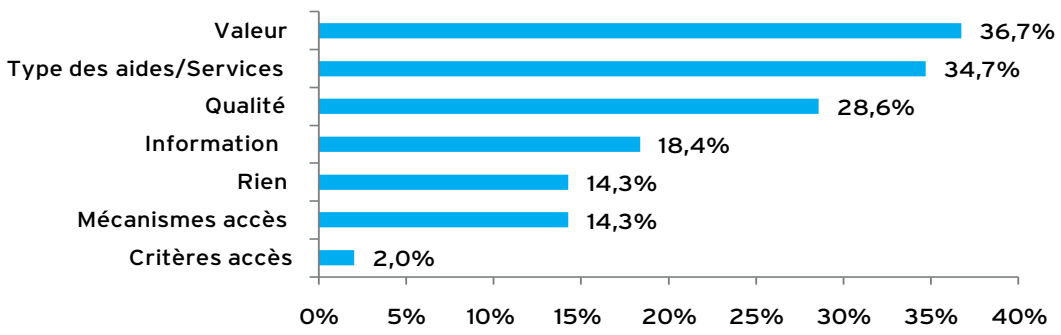
**Barrières au niveau de l'emploi**

Les problèmes les plus mentionnés par les personnes handicapées interviewées au niveau de l'emploi concernent le sentiment d'être vu comme « incapable » et «victime» de discrimination, voire même d'exclusion de l'accès au marché du travail en raison de leur handicap. Cette discrimination se manifeste aussi au niveau des conditions de travail. Quelques personnes interviewées

mentionnent des différences dans le type de contrat de travail, dans le paiement et dans les tâches à accomplir face à des collègues ayant des fonctions similaires, mais qui ne sont pas handicapés. Pour leur part, les parents manifestent des sentiments d'inquiétude face à l'avenir de leurs enfants, soulignant des difficultés d'inclusion dans le marché du travail et des attitudes négatives de la société envers les travailleurs handicapées.

Bien que la majorité des personnes interviewées caractérisent le système de protection sociale en Tunisie comme inaccessible, sur les aspects à améliorer dans le fonctionnement de ce système (cf. Figure 17), la plupart des personnes interviewées mettent en évidence d'autres points importants comme le montant des aides octroyées (36,7%), le type d'aides et de services offerts par l'État (34,7%), la qualité de ces aides et services (28,6%) ou encore l'information sur les programmes existants (18,4%).

**Figure 17 : Aspects à améliorer dans le système de protection sociale en Tunisie (% ; N=60)**



# Conclusions et recommandations

La Tunisie a mis en marche des mesures législatives et politiques importantes qui ont contribué à faire du système de protection sociale tunisien l'un des plus développés de la région du Moyen-Orient et Nord de l'Afrique (CRES, 2016 ; OIT, 2014 ; Banque Mondiale , 2015). Des changements politiques et sociaux récents[4] ont renouvelé l'engagement de la Tunisie avec le progrès social (République tunisienne et PNUD, 2014 ; République tunisienne, 2015) et les droits des personnes handicapées (CRES, 2015a ; Banque Mondiale, 2015). Toutefois, ces politiques n'ont pas été assez efficaces dans la réduction des inégalités sociales (République tunisienne et PNUD, 2014 ; Banque Mondiale, 2015). Une vulnérabilité que les résultats de cette recherche mettent à nouveau en évidence pour les personnes handicapées. En effet, les données collectées à partir des questionnaires révèlent que **près de deux tiers (59%) des enquêtés ne disposent d'aucun revenu individuel, un sur cinq appartient à un ménage dont le revenu est égal ou inférieur à 150 DT et seuls 13,6% des interviewés sont des salariés**. En prenant en compte les difficultés d'insertion dans le monde du travail et les coûts accrus souvent liés au handicap (par exemple dans les soins de santé et autres), ces résultats montrent bien l'insécurité économique qui caractérise les personnes handicapées et leurs familles en Tunisie. Cette vulnérabilité est encore plus manifeste pour le groupe des femmes handicapées (dont la probabilité de vivre dans un ménage sans aucun revenu s'élève à 35%, 10 points au-dessus de celle des hommes) et pour ceux qui habitent dans les milieux ruraux, dont l'accès aux services publics basiques est encore plus difficile. Face à ces vulnérabilités, un système efficace de protection sociale, qui permet d'assurer des seuils minimums de sécurité économique ainsi que l'accès aux services de soutien de base, s'avère fondamental notamment pour réduire les inégalités et pour promouvoir l'inclusion sociale des personnes handicapées. Une réflexion sur la révision des politiques  et programmes actuels de protection sociale des personnes handicapées et la mise en place de nouveaux programmes plus efficaces s'impose. Cette étude apporte quelques données importantes à ce propos. Ainsi, en reprenant le modèle de protection sociale inclusive présenté au début, les principales conclusions et recommandations de la recherche sont résumées par la suite :

4 Par exemple, la signature et la ratification de la CRDPH en 2008, la signature d'un Contrat Social entre le Gouvernement Tunisien et un ensemble de partenaires sociaux en 2013 et l'adoption de la Constitution en 2014.

**Assurance Sociale**

**Points forts**

La Tunisie a fait des efforts considérables pour élargir de façon progressive la couverture de sécurité sociale, par le biais de mécanismes d'extension horizontale (en augmentant le taux de couverture entre les groupes de travailleurs déjà ciblés) et verticale (en élargissant  la possibilité d'adhésion à des groupes traditionnellement exclus comme les travailleurs à bas revenu, travailleurs du secteur informel ou de secteurs spécifiques comme l'agriculture ou la pêche) (CRES, 2016, République tunisienne, 2015). La protection sociale dans le cadre du handicap comprend une pension d'invalidité, disponible pour les travailleurs handicapés inscrits dans le système d'assurance sociale, aussi bien que des compléments dans les allocations familiales (qui n'ont pas de limite d'âge dans le cas des enfants handicapés), et une prestation d'aide constante pour les bénéficiaires qui ont besoin d'aide permanente.

**Défis**

Les résultats des questionnaires et des entretiens montrent encore un taux réduit de couverture de sécurité sociale parmi les personnes interviewées et des difficultés d'accessibilité aux prestations ce qui, par le fait d'obliger les personnes handicapées à se maintenir sous la tutelle de la famille pour pouvoir accéder à la protection sociale, est susceptible de renforcer leur situation de vulnérabilité. La prestation d'aide constante demeure insuffisante pour faire face aux besoins d'accompagnement des personnes handicapées et ne permet pas l'accès à une vie indépendante, notamment en raison des critères restreints d'accès (par exemple l'aide octroyée seulement à des personnes avec un besoin d'accompagnement permanent, c'est-à-dire, ayant un handicap «lourd» et du faible nombre d'heures de soutien accordées.

**Recommandations :**

- Investir dans une réforme des mécanismes d'assurance sociale, en veillant à ce que cette réforme prenne en considération et réponde de façon adéquate aux besoins spécifiques des personnes handicapées, notamment par le biais d'une **clarification des compétences** des divers organismes engagés dans le soutien aux personnes handicapées ;
- Renforcer les mécanismes d'assurance sociale au profit des personnes handicapées, notamment **la prestation d'aide constante**, par le biais d'un élargissement du nombre de bénéficiaires et l'augmentation du nombre d'heures d'accompagnement prises en charge par l'Etat.

**Assistance sociale**

**Points forts**

La Tunisie dispose de mécanismes non-contributifs d'accès aux soins de santé (AMG I e II) et de transferts financiers (PNAFN) qui sont accessibles aux personnes handicapées s'ils se trouvent dans des conditions de vulnérabilité économique.

**Défis**

Le handicap ne constitue pas un critère spécifique d'accès et par conséquent les personnes handicapées ne bénéficient pas d'un accès prioritaire, malgré les coûts accrus (sociaux et économiques) du handicap. La précarité économique reste le critère décisif pour le ciblage des politiques sociales, mais il ne faut pas oublier que les personnes handicapées et leurs familles font face à une importante surcharge de coûts qui devrait être aussi prise en compte dans l'évaluation des conditions de ressources. En outre, les récits collectés par le biais des entretiens témoignent des difficultés d'accès aux programmes d'assistance sociale, notamment dues aux lourdeurs bureaucratiques, et de quotas nationaux et régionaux imposés pour l'adhésion au PNAFN et AMG. Ces récits mettent enfin l'accent sur l'insuffisance des prestations attribuées pour répondre aux besoins des personnes handicapées et les sortir durablement de la précarité.

**Recommandations :**

- **Revoir les critères d'éligibilité et les dispositifs d'évaluation des dossiers de demande d'assistance sociale**. Ces dispositifs doivent considérer une **analyse globale de la situation de la personne handicapée,** qui constate les besoins spécifiques de la personne et de sa famille, notamment les coûts accrus et les barrières auxquels celles-ci font face pour accéder à plusieurs droits (par exemple la santé, l'éducation, les

conditions de vie adéquates). Du coup, le handicap doit être un critère central d'éligibilité pour ces programmes et les personnes handicapées doivent avoir **des mécanismes d'accès prioritaire aux programmes d'assistance sociale existants.**

- Il faut considérer **la création d'une nouvelle prestation pour couvrir les surcoûts liés aux handicaps** et permettre la vie indépendante des personnes handicapées, en accord avec les principes de la Convention, de façon à permettre aux bénéficiaires d'avoir une adéquate assurance sociale ;
- Procéder à la révision des montants affectés aux programmes sociaux pour permettre **d'augmenter, de façon progressive, les transferts financiers**, notamment dans le cadre du PNAFN et **d'élargir les programmes existants** (par exemple PNAFN et AMG) **à un plus grand nombre de bénéficiaires ;**
- Promouvoir un ensemble de mesures visant **la simplification des procédures administratives**, notamment à travers la **centralisation des données des bénéficiaires** et **la création de comptoirs de services pour les personnes handicapées au niveau local,** basés sur l'approche des droits humains, pour mieux répondre à toutes demandes de soutien.

**Services de soutien**

**Points forts**

Le système de protection sociale en Tunisie comprend un réseau d'institutions et de services de soutien aux personnes handicapées, notamment des établissements d'éducation spécialisée, de réadaptation et de formation professionnelle, gérées par des organismes publics ou par des organisations de la société civile (MAS, 2016).

**Défis**

Toutefois, les données des entretiens et des questionnaires semblent indiquer un manque de coordination entre les différents types d'acteurs et de services, ainsi qu'un manque d'information parmi les potentiels bénéficiaires concernant les services existants et leurs compétences spécifiques. Les résultats ont aussi dévoilé des difficultés d'accès aux services de soutien, notamment en milieu rural.

**Recommandations :**

- **Renforcer la coordination entre les divers services** engagés dans le soutien aux personnes handicapées, dans une approche systémique pour assurer des réponses adaptées tout au long de la vie. Les recommandations par rapport à l'assistance sociale, notamment la simplification des procédures administratives et la création de comptoirs de services pour les personnes handicapées au niveau local, peuvent jouer un rôle important pour minimiser les barrières indiquées par les personnes interviewées quant à l'accès aux services.
- **Créer un guide, dans des formats accessibles, sur les services et programmes sociaux existants**, et le diffuser largement auprès des structures de l'administration centrale et locale, des associations de la société civile, des écoles et des centres de formation professionnelle, des hôpitaux et des centres de santé ;
- Améliorer le réseau de services, notamment en milieu rural, afin d'assurer **un renforcement de l'équité géographique des services sociaux.**

**Mesures pour lutter contre la discrimination**

**Points forts**

L'Etat tunisien a introduit plusieurs provisions législatives relatives à la lutte contre la discrimination liée au handicap, ainsi que des mesures d'action positive, comme par exemple, les quotas pour l'accès au marché du travail.

**Défis**

Dans l'absence de mesures de suivi et d'attribution de pénalités contre les abus, ces normes manquent d'efficacité. Les histoires de vie collectées à travers les abus, montrent des inconsistances dans la qualité des services et de l'accueil vis-à-vis des personnes handicapées. Il s'avère nécessaire d'insister sur la formation et la sensibilisation des professionnels dans différents domaines (par exemple les services sociaux et l'éducation) pour mieux répondre aux besoins des personnes handicapées.

**Recommandations :**

- **Réglementer l'interdiction de la discrimination sur la base du handicap,** en introduisant des mécanismes de suivi efficaces et des provisions spécifiques par rapport aux sanctions en cas de discrimination ;
- **Mettre en place des ateliers de formation et de sensibilisation**, pour les fonctionnaires publics de l'administration centrale et locale, aux agents sociaux/communautaires et pour les personnel/bénévoles du milieu associatif sur l'approche des droits humains, en particulier en lien avec le handicap et la CRDPH, sur les programmes de protection sociale et services disponibles, de façon à stimuler de bonnes pratiques dans l'accueil des personnes handicapées et leur accès aux programmes de protection sociale.

Dans le respect de l'approche participative adoptée dans cette étude, ces recommandations doivent être prises en tant que propositions indicatives, **qui devront forcement être discutées dans le cadre d'un dialogue plus large entre les acteurs du gouvernement et de la société civile et avec la participation active des personnes handicapées.** Le but est le développement d'un plan d'action plus concret et détaillé pour une réforme progressive du système de protection sociale des personnes handicapées en Tunisie, en établissant des priorités d'action, des objectifs clairement définis, un budget, un calendrier et la description du rôle et de la responsabilité de chaque partenaire dans ce processus. Ce plan d'action pour le renforcement de la protection sociale inclusive en Tunisie devra aussi être encadré et coordonné par des politiques sectorielles, notamment en matière d'éducation, d'emploi et de santé.

# BIBLIOGRAPHIE


BAHLE, T., PFEIFER, M. & WENDT, C. (2010). Social Assistance. In Castles, F., Leibfried, S., Lewis, J., Obinger, H. & Pierson, H. The Oxford Handbook of the Welfare State. Oxford: OUP.

BAKHSHI, P., GALL, F., LOPEZ, D. & TRANI, J.-F. (2014). Le Handicap dans les Politiques Publiques Tunisiennes Face au Creusement des Inégalités et à l'Appauvrissement des Familles avec des Ayants Droit Handicapés. Tunis : Handicap International – Programme Maghreb.

BONNEL, R. (2004). Poverty reduction strategies: Their importance for disability. Report from the Disability and Development Team – Banque Mondiale.

CRDPH (2006). Convention Relative aux Droits des Personnes Handicapées. New York : United Nations.

CRES (2015a). Les socles nationaux de protection sociale: émergence du concept, meilleures pratiques internationales et pertinence pour la Tunisie, La Lettre du CRES, 7 (décembre 2015).

CRES (2015b). Enquête d'Évaluation de la Performance des Programmes d'Assistance Sociale en Tunisie: Pour optimiser le ciblage des populations pauvres et freiner l'avancée de l'informalité – Résumé Exécutif. Tunis : CRES.

CRES (2016). Protection Sociale et Économie Informelle en Tunisie : Défis de la transition vers l'économie formelle. Tunis: CRES.

CTPDPSH (2011). Communication du Collectif Tunisien pour la promotion des droits des personnes en situation de handicap. Tunis: Collectif Tunisien pour la promotion des droits des personnes en situation de handicap.

DEACON, B. (2005). From 'Safety Nets' Back to 'Universal Social Provision': Is the Global Tide Turning? Global Social Policy, 5(1): 19–28.

Devereux, S. & Sabates-Wheeler, R. (2004). Transformative social protection. IDS Working Paper 232. Brighton: IDS.
ETF (2014). Les Politiques de l'Emploi et les Programmes Actifs du Marché de Travail en Tunisie. Turin: Fondation Européenne pour la Formation.

OIT (2008). Report of the Interregional Tripartite Meeting on the Future of Social Security in Arab States, Amman, 6-8 May 2008. Geneva: Social Security Department of the International Labour Office, International Labour Organization.

OIT (2012). R 202: Social Protection Floors Recommendation. Geneva: International Labour Organization.

OIT (2014). World Social Protection Report: Building economic recovery, inclusive development and social justice. Geneva: International Labour Organization.

OIT (2016). Tunisie: Aperçu des régimes - Programme d'aide aux familles nécessiteuses [PNAFN] (données de 2004). Consulté en ligne le 10/07/2016 en : http://www.ilo.org/dyn/ilossi/ssimain.viewScheme?p_lang=fr&p_scheme_id=473&p_geoaid=788

ISSA (2014). Africa: Strategic Approaches to Improve Social Security 2014. Geneva: International Social Security Association (ISSA).

MAS (2016). Information sur les programmes de promotion sociale des personnes handicapées. Tunis : Ministère des Affaires Sociales. Consulté en ligne le 10/07/2016 en : http://www.social.tn/index.php?id=51&L=0

MIDGLEY, J. (2012). Social Protection and Social Policy: Key Issues and Debates. Journal of Policy Practice, 11 (1-2): 8-24.

MIDGLEY, J. (2013). Social development and social protection: New opportunities and challenges. Development Southern Africa, 30 (1): 2-12.

PALMER, M. (2013). Social protection and disability: A call for action, Oxford Development Studies, 41 (2): 139-154.

PINTO, P. (2011). Monitoring human rights: A holistic approach. In Rioux, M., Basser, L.A. & Jones, M. (Eds.) Critical perspectives on human rights and disability law. Boston: Martin Nijhoff Publishers.

PINTO, P. (2015). Conclusion: Debating disability rights monitoring – Strengths, weaknesses, and challenges ahead. In Rioux, M., Pinto, P., & Parekh, G. (Eds.) Disability Rights Monitoring and Social Change: Building Power out of Evidence. Toronto: Canadian Scholars' Press.

République tunisienne et PNUD (2014). Objectifs du Millénaire pour le Développement : Rapport National de Suivi. Tunis : République tunisienne et PNUD.

République tunisienne (2015). Rapport soumis par la République tunisienne en application des articles 16 et 17 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. République tunisienne.

SCHNEIDER, M., WALIUYA, W., MUNSANJE, J. & SWARTZ, L. (2011). Reflections on including disability in social protection programmes, IDS Bulletin, 42 (6): 38-44.

SILVA, J., LEVIN, V. & MORGANDI, M. (2013). Inclusion and Resilience: The Way Forward for Social Safety Nets in the Middle East and North Africa. Washington, D.C.: Banque Mondiale.

SOLIDAR (2013). Investing in Social Protection and Decent Work in the Middle East and North Africa. Brussels: SOLIDAR.

TZANNATOS, Z. (2002). Social protection in the Middle East and North Africa: A review. In Handoussa, H. & Tzannatos, Z. (2002). Employment Creation and Social Protection in the Middle East and North Africa. Cairo: The American University in Cairo/Banque Mondiale

UNESCO (2011). Social Protection Policy and Research in the Arab States: From shared challenges to coordinated efforts. Beirut.

UNESCO Regional Bureau for Education in the Arab States.

US-SSA (2015). Social security programs throughout the world: Africa, 2015. Washington D.C: US Social Security Administration & ISSA.

Banque Mondiale (2009). Unlocking the economic potential of persons with disabilities in MNA. MENA Knowledge and Learning Quick Note Series, Number 9 (August 2009).

Banque Mondiale (2015). Consolidation de la Politique de Protection Sociale : Renforcer les Systèmes, Connecter à l'Emploi. Département du Maghreb – Banque Mondiale.

# ANNEXE 1 : L'Article 28 de la CRDPH

## Article 28 - Niveau de vie adéquat et protection sociale

**1.** Les États Parties reconnaissent le droit des personnes handicapées à un niveau de vie adéquat pour elles-mêmes et pour leur famille, notamment une alimentation, un habillement et un logement adéquats, et à une amélioration constante de leurs conditions de vie et prennent des mesures appropriées pour protéger et promouvoir l'exercice de ce droit sans discrimination fondée sur le handicap.

**2.** Les États Parties reconnaissent le droit des personnes handicapées à la protection sociale et à la jouissance de ce droit sans discrimination fondée sur le handicap et prennent des mesures appropriées pour protéger et promouvoir l'exercice de ce droit, y compris des mesures destinées à :

a. Assurer aux personnes handicapées l'égalité d'accès aux services d'eau salubre et leur assurer l'accès à des services, appareils et accessoires et autres aides répondant aux besoins créés par leur handicap qui soient appropriés et abordables;

b. Assurer aux personnes handicapées, en particulier aux femmes et aux filles et aux personnes âgées, l'accès aux programmes de protection sociale et aux programmes de réduction de la pauvreté;

c. Assurer aux personnes handicapées et à leurs familles, lorsque celles-ci vivent dans la pauvreté, l'accès à l'aide publique pour couvrir les frais liés au handicap, notamment les frais permettant d'assurer adéquatement une formation, un soutien psychologique, une aide financière ou une prise en charge de répit;

d. Assurer aux personnes handicapées l'accès aux programmes de logements sociaux;

e. Assurer aux personnes handicapées l'égalité d'accès aux programmes et prestations de retraite.

# ANNEXE 2 : L'Approche DRPI

Disability Rights Promotion International (DRPI) est une initiative internationale, basée sur des partenariats multiacteurs, qui propose une méthodologie holistique, participative et durable de suivi des droits humains liés au handicap. Cette méthodologie a été développée et testée pendant les dernières douze années, à travers plusieurs projets à l'échelle internationale.

La méthodologie DRPI a été initialement developée lors d'un séminaire international, organisé à l'année 2000, par le Rapporteur Spécial de l'ONU pour les Questions du Handicap, Bengt Lindqvist. Des organisations internationales de personnes handicapées, des organisations de droits humains, des représentants du bureau du Haut-Commissaire pour les Droits Humains de l'ONU et quelques activistes et juristes de droits humains y ont participé et ensemble ce groupe d'experts a dégagé un modèle de suivi de droits humains du handicap qui est, à la fois, holistique, flexible et adapté au contexte, comprenant trois volets d'analyse: les media, pour étudier les représentations et attitudes sociales face au handicap, les lois et politiques, pour évaluer le cadre juridique, et les expériences individuelles, pour saisir le vécu des personnes handicapées et les contraintes qu'elles subissent dans l'accès aux droits fondamentaux.

Avec la coordination internationale de Bengt Lindqvist et Marcia Rioux, le DRPI s'est établi en 2003, avec un financement de la SIDA (**Swedish International Development Agency**), soutenu par la mise en place de quatre principes fondamentaux qui restent le trait distinctif de tous les projets DRPI:

**Rôle centrale des personnes handicapées** – Dans tous les projets inspirés par le modèle DRPI les personnes handicapées et leur associations représentatives sont engagées à chaque étape des processus de suivi de leurs propres droits humains et occupent un rôle central dans la gestion et la mise en place de ces projets;

**Approche inclusive de tous les types de handicap** – Le DRPI travaille avec tous les types de handicap puisqu'on reconnaît qu'il y a des violations communes de droits humains qui sont indépendantes du type de handicap;

**Approche basée sur les droits humains** – Les projets DRPI suivent l'approche basée sur les droits humains qui reconnaît que les personnes handicapées ont les mêmes droits que tous les autres citoyens et qui met en évidence la façon dont la discrimination sur base du handicap accentue le risque d'abus, pauvreté et inégalité sociale, politique et économique des personnes handicapées;

**Durabilité** – A travers les activités de développement de compétences et de dissémination de résultats, les projets DRPI mettent en place des réseaux durables d'individus et organisations, qui continueront à travailler pour attirer l'attention sur les questions de droits humains des personnes handicapées dans leurs communautés;

**Partenariats** – Les projets DRPI se déroulent en partenariats qui comprennent des organisations des personnes handicapées, des agences et institutions de droits humains, des universités, des agences gouvernementales et non-gouvernementales et les Nations Unies.

Dans le respect de ces principes, des outils spécifiques de collète et analyse de données ont été créés pour donner aux personnes handicapées l'opportunité d'exprimer leurs expériences de discrimination, leurs soucis, attentes et besoins particuliers et ainsi permettre de mesurer l'écart entre les droits en théorie (tels que compris dans les documents législatifs et politiques) et en pratique (tels que rencontrés dans la vie quotidienne par les personnes handicapées). Par le biais de la mise en place d'interviews, conduites par des personnes handicapées elles-mêmes, les principales implications des barrières vécues sont analysées au niveau

de cinq principes de droits humains énoncés par la CRDPH. Ces principes incluent le respect des différences, l'autonomie, la dignité, l'inclusion, l'égalité et la non-discrimination.

- Le respect des différences concerne la façon dont les personnes parviennent à être respectées et à avoir leurs besoins spécifiques satisfaits en dépit de leur différence.
- L'autonomie considère la capacité de prendre des décisions par rapport à sa propre vie et d'obtenir, quand nécessaire, le soutien adéquat pour parvenir à prendre ses décisions.
- La dignité fait référence au sentiment d'être respecté et valorisé dans son rapport avec les autres.
- L'inclusion consiste à être reconnu comme un membre à part entière dans la société, notamment par la mise en place d'un environnement sans barrières, permettant la participation effective.
- Enfin, l'égalité et la non-discrimination se rapportent au fait d'avoir ses droits reconnus en condition d'égalité avec les autres, sans aucune distinction, exclusion ou restriction en fonction de son handicap.

L'accent mis sur la catégorisation des expériences rapportées d'après les principes de droits humains s'avère important dans le cadre de cette étude, qui est solidement ancrée sur l'approche des droits humains. Ainsi, plus que de quantifier les services de soutien disponibles et le nombre de bénéficiaires de ces mécanismes, nous avons cherché avec cette étude à comprendre la qualité de ces réponses, et surtout la façon dont elles participent ou, au contraire, freinent la pleine et effective jouissance des droits humains des personnes handicapées, particulièrement le droit à un niveau de vie et protection sociale adéquats, établi dans le cadre de l'article 28 de la CRDPH.
Les problèmes et les barrières identifiées **en Tunisie** par rapport à la sécurité économique et à l'accès à des services de soutien peuvent aussi être analysées par rapport aux implications au niveau de plusieurs principes de droits humains. De cette analyse, se sont dégagés des implications surtout au niveau du manque de respect des différences (n=34), de l'exclusion (n=25) et de la violation de la dignité (n=24), même si les interviewés ont aussi fait plusieurs références au manque d'autonomie (n=16) et à la discrimination et à l'inégalité (n=12).

# ANNEXE 3 : Information complémentaire sur l'approche méthodologique

**1) Outils de recherche et procédures d'analyse de données**

Dans le cadre de cette enquête, quatre outils de collecte de données ont été utilisés – la grille d'analyse des lois, politiques et programmes, le guide de l'interview individuelle, le guide du **focus groups** et le questionnaire. Tous ces outils de recherche peuvent être trouvés sur le site web d'Handicap International – Programme Maghreb[5] :

**a) Grille d'Analyse des Lois et Politiques :** Cet outil a été développé pour collecter, évaluer, faire le suivi et rapporter l'information sur les droits des personnes en situation de handicap, telle qu'elle peut être trouvée dans les lois, politiques et programmes nationaux, en utilisant, comme référentiel, la CRDPH et d'autres instruments internationaux de droits humains. La grille utilisée dans le cadre de cette étude a été modifiée de façon à inclure quelques questions spécifiques en ce qui concerne le droit à la protection sociale, tel que formulé dans l'article 28 de la CRDPH. Cette grille est organisée dans un nombre de colonnes dans lesquelles l'information est insérée pour faciliter et rendre plus intuitive la collecte et l'analyse des données, notamment par rapport aux normes internationales et régionales de droits humains (colonne 1), ce que le gouvernement doit faire dans le but d'assurer ces droits (colonne 2), les définitions et éléments considérés dans l'analyse (colonne 3), la description des lois et des politiques utilisées dans l'analyse (colonne 4), une indication d'autres sources utilisées dans l'analyse (colonne 5) et, finalement, une analyse intégrée de l'information sur les lois et des politiques (colonne 6), en lien avec les normes de droits humains mentionnées dans la première colonne.

**b) Interviews individuels :** Ces interviews ont ciblé les vécus personnels des personnes en situation de handicap au cours des cinq dernières années, en ce qui concerne l'accès aux aides sociales et services de soutien. L'interview DRPI débute par une question centrale – « **Quelles sont les obstacles ou barrières majeures auxquelles vous avez fait face au cours des cinq dernières années au niveau de l'accès aux aides sociales et services de soutien**? ». Ensuite, les enquêteurs essayent d'identifier deux ou trois situations qu'ils examinent en détail par la suite, notamment pour explorer leur relation avec les principes des droits humains. Ce format semi-structuré présente ainsi l'avantage de permettre aux interviewés de choisir les thématiques qu'ils veulent discuter, au lieu d'être défini par les chercheurs. Les interviews sont ensuite analysées en utilisant le logiciel d'analyse de contenus NVivo 11, en suivant la grille de codification du DRPI. La thématique centrale de la grille de codification DRPI se traduit dans la variable « Implications au niveau des Droits Humains ». Ce code permet l'analyse des expériences reportées en fonction de l'accès ou de la négation aux droits humains. Par la suite, les cinq principes sur lesquels s'appuie l'analyse sont les suivants : l'autonomie, la dignité, l'inclusion, la participation et l'accessibilité, l'égalité et la non-discrimination, et le respect de la différence. C'est donc autour de la négation de ces principes que l'étude a cherché à identifier les obstacles auxquels les personnes en situation de handicap font face.

**c) Questionnaire :** Un questionnaire a été spécifiquement conçu pour cette recherche, en partant de la revue de littérature initiale, qui a permis d'identifier des indicateurs-clé pour la caractérisation et l'analyse de l'accès aux politiques et programmes de protection sociale. Le questionnaire contient un ensemble de questions par rapport au profil sociodémographique et socioéconomique

5 http://www.maghrebhandicap.com/

des interviewés, leurs conditions de vie et de logement, information sur les aides et services sociaux dont ils ont bénéficié au cours des cinq dernières années, ainsi que leur évaluation global du système de protection social. Ces données ont été analysées avec le logiciel d'analyse statistique IBM-SPSS. L'analyse s'est basée essentiellement sur des procédures de statistique descriptive (par exemple, l'analyse de fréquences et de distributions), ainsi que de statistique déductive (test d'indépendance $\chi 2$; test-T pour échantillons indépendants; analyse de la variance ANOVA).

**d) Focus group :** Les **focus groups** sont des groupes dans lesquels un ensemble de personnes (normalement 8-12) discutent ensemble un sujet d'intérêt commun. Dans ce cas, le but était de compléter l'information recueillie dans les étapes précédentes, avec des informations spécifiques concernant le vécu des parents d'enfants handicapés ou d'adultes avec un handicap lourd, notamment en ce qui concerne leurs conditions de vie et les obstacles auxquels les familles font face dans leur quotidien par rapport aux services et aux programmes de protection sociale. Cette discussion est guidée par un facilitateur principal, dont le rôle c'est d'encourager les membres d'un groupe à mener une discussion naturelle et libre entre eux sur le sujet de la recherche. Ainsi, la structure du focus group est naturellement moins structurée que celle d'une interview. Toutefois, cette discussion a été guidée par une version adaptée du guide du utilisé pour les interviews individuelles.

**2) Procédures d'échantillonnage**

Dans le cadre de cette enquête, trois procédures complémentaires d'échantillonnage non-aléatoire ont été utilisées pour définir, identifier et sélectionner les participants qui ont répondu aux interviews et questionnaires :

**a) Echantillonnage par quotas :** En partant des données statistiques disponibles sur le profil de la population-cible[6], c'est-à-dire, les personnes en situation de handicap âgées de 12-45 ans, résidents en milieu urbain, périurbain ou rural dans les zones géographiques considérées Bizerte et Manouba – Tunisie), un modèle de la population-cible a été construit par rapport aux critères groupe d'âge (12-17 ans, 18-25 ans, 26-34 ans , 35-45 ans), sexe (masculin, féminin) et type de handicap (physique-moteur, sensoriel-visuel, sensoriel-auditif, intellectuel et psychosocial[7]). Ce type d'échantillonnage a été utilisé pour définir les participants à interviewer.

**b) Echantillonnage en réseau :** Pour arriver à identifier des participants correspondant à ces quotas et disponibles pour participer à l'enquête, les enquêteurs ont utilisé une méthode d'échantillonnage en réseau, par le biais de laquelle les OPH locales identifiaient des participants parmi leur réseau de contacts.

6 Tunisie RGPH 2014.

7 Dans la définition des quotas concernant le nombre de participants à interviewer par type de handicap, nous n'avons pas fait, au préalable, la distinction entre le nombre de participants à interviewer avec un handicap intellectuel ou psychosocial, parce que les informations concernant la distribution par ces deux types de handicap dans la population générale n'étaient pas disponibles (les deux catégories étaient confondues sous la désignation « handicap mental »). Toutefois, ces deux types de handicap ont été distingués dans les interviews et dans les questionnaires, et l'analyse réalisée a pris en compte cette distinction.

**c) Echantillonnage boule-de-neige :**
D'ailleurs, les enquêteurs ont utilisé une méthode complémentaire d'identification des participants – la méthode d'échantillonnage boule-de-neige, par le biais de laquelle les moniteurs demandaient aux participants qui étaient en train d'être interviewés s'ils connaissaient quelqu'un d'autre disponible pour participer à l'enquête.

## Le droit à la protection sociale des personnes handicapées en Tunisie

La présente étude a voulu répondre à la question suivante : au regard des textes internationaux, quels sont les points forts et les défis du système de protection sociale pour les personnes handicapées en Tunisie ?
La réponse à cette question a pour objectif de contribuer aux efforts de plaidoyer des organisations de personnes handicapées locales, à la réorientation des politiques publiques et à la mise en œuvre de nouveaux services et programmes plus adéquats et conformes aux dispositions internationales, notamment dans le cadre de l'opérationnalisation de la Convention relative aux Droits des Personnes Handicapées en Tunisie.

**Handicap International**
**Mission Tunisie**
10 bis rue du Brésil, Belvédère
1002 Tunis
Tel. +216 71 892 289
**contact.tunisie@hi-maghreb.org**

**Organisation Tunisienne de Défense des Droits des Personnes Handicapées**
4, bis rue de Monastir, Bab Saadoun Tunis 1005
Tel. +216 71 560 852
**contact@otddph.org**

ISCSP INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS SOCIAIS E POLÍTICAS UNIVERSIDADE DE LISBOA
Organisation Tunisienne de Défense des Droits des Personnes Handicapées
MINISTRY FOR FOREIGN AFFAIRS OF FINLAND
HANDICAP INTERNATIONAL