



Organisation
internationale
du Travail

► Rapport phare du BIT

► Rapport mondial sur la protection sociale 2020-2022



La protection
sociale à la croisée
des chemins –
bâtir un avenir
meilleur

► **Rapport
mondial sur
la protection
sociale
2020-2022**

La protection
sociale à la croisée
des chemins –
bâtir un avenir
meilleur

Copyright © Organisation internationale du Travail 2021
Première édition 2021

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

Bibliothèques, institutions et autres utilisateurs enregistrés auprès d'un organisme de gestion des droits de reproduction ne peuvent faire des copies qu'en accord avec les conditions et droits qui leur ont été octroyés. Consultez le site www.ifrro.org afin de trouver l'organisme responsable de la gestion des droits de reproduction dans votre pays.

Rapport mondial sur la protection sociale 2020-2022: la protection sociale à la croisée des chemins – bâtir un avenir meilleur

Genève, Bureau international du Travail, 2021

ISBN 978-92-2-035047-8 (imprimé)

ISBN 978-92-2-035048-5 (pdf Web)

ISSN 2789-9098 (imprimé)

ISSN 2789-9101 (en ligne)

protection sociale / politique de la sécurité sociale / COVID-19 / développement durable /
récession économique / avenir du travail / travailleur migrant / convention de l'OIT /
recommandation de l'OIT / pub OIT

02.03.1

Également disponible en anglais: *World Social Protection Report 2020-22: Social protection at the crossroads – in pursuit of a better future*, ISBN 978-92-2-031949-9 (imprimé), 978-92-2-031950-5 (pdf Web), ISSN 2789-2417 (imprimé), 2789-2425 (en ligne), Genève, 2021; et en espagnol: *Informe Mundial sobre la Protección Social 2020-2022: La protección social en la encrucijada – en busca de un futuro mejor*, ISBN 978-92-2-035051-5 (imprimé), 978-92-2-035052-2 (pdf Web), ISSN 2789-8997 (imprimé), 2789-9004 (en ligne), Genève, 2021.

Données de catalogage avant publication du BIT

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

Les articles, études et autres textes signés n'engagent que leurs auteurs, et leur publication ne signifie pas que le Bureau international du Travail souscrit aux opinions qui y sont exprimées.

La mention ou la non-mention de telle ou telle entreprise ou de tel ou tel produit ou procédé commercial n'implique de la part du Bureau international du Travail aucune appréciation favorable ou défavorable.

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

Crédits photographiques

Couverture: ©Dakota Corbin/unsplash; p. 4: ©some_tale/unsplash; p. 16: ©E. Gianotti/ILO;
p. 26: ©monkeybusinessimages/iStock; p. 30: ©freemixer/istock; p. 42: ©M. Crozet/ILO;
p. 46: ©M. Crozet/ILO; p. 72: ©Jérémy Stenuit/unsplash; p. 90: ©M. Crozet/ILO;
p. 92: ©MD SHAHADAT RAFI/unsplash; p. 110: ©Claudette Bleijenberg/unsplash;
p. 112: ©M. Crozet/ILO; p. 116: ©Joice Kelly/unsplash; p. 118: ©Kelly Sikkema/unsplash;
p. 132: ©M. Crozet/ILO; p. 142: ©Ahsanization/unsplash; p. 152: ©Danny Nee/unsplash;
p. 162: ©M. Crozet/ILO; p. 164: ©Mongkolchon Akesin/iStock; p. 200: ©JC Gellidon/unsplash;
p. 202: ©Francisco Venâncio/unsplash; p. 222: ©Bennett Tobias/unsplash; p. 224: ©Paul Green/unsplash;
p. 226: ©Claudette Bleijenberg/unsplash; p. 242: ©FluxFactory/iStock; p. 314: ©Lucas Miguel/unsplash

Réalisé par l'Unité de la production des publications (PRODOC).

Le BIT veille à utiliser du papier provenant de forêts gérées d'une façon
qui est respectueuse de l'environnement et socialement responsable.

Code: DIN-WEI-CORR-PMSEV

préface

Depuis la publication de la précédente édition du *Rapport mondial sur la protection sociale*, en 2017, le monde a été ébranlé par une crise comme on n'en avait pas connu depuis des générations. Il est encore trop tôt pour en mesurer toutes les conséquences, mais une chose est d'ores et déjà certaine: la pandémie de COVID-19 a clairement réaffirmé l'importance de la protection sociale.

Jamais auparavant les systèmes de protection sociale n'avaient été à ce point mobilisés pour protéger la santé, mais aussi pour préserver les emplois et les revenus, qui sont tout aussi essentiels au bien-être des personnes. À l'heure où nous cherchons à créer les conditions d'une reprise centrée sur l'humain, les pays doivent impérativement placer leurs systèmes de protection sociale au cœur de leurs stratégies de reconstruction.

Malgré les effets dévastateurs de la pandémie, il y a des raisons d'être optimistes. Le regain d'intérêt manifesté pour la protection sociale en est une. La crise a révélé à quel point elle était indispensable et a radicalement transformé l'état d'esprit des responsables politiques. Ces derniers ne peuvent plus se désintéresser du sort des travailleurs de première ligne, dont le rôle est apparu clairement durant la crise, et de celui des travailleurs de l'économie informelle, qui étaient jusqu'à présent souvent exclus de la protection sociale.

La crise est aussi venue nous rappeler brutalement que nul n'est protégé tant que tout le monde ne l'est pas: où que nous vivions, quels que soient notre milieu, nos origines ou notre activité, notre bien-être dépend étroitement de celui des autres. Quand certains d'entre nous ne peuvent se faire soigner ou se mettre en quarantaine faute de bénéficier d'une sécurité de revenu, c'est toute l'action en matière de santé publique qui est compromise et le bien-être collectif qui en pâtit.

Cet engagement renouvelé en faveur de la protection sociale transparaît dans les conclusions adoptées par les gouvernements et les organisations d'employeurs et de travailleurs des 187 États Membres de l'OIT lors de la Conférence internationale du Travail, en juin 2021. Il y est rappelé avec force que les systèmes

de protection sociale fondés sur les droits et reposant sur le principe de solidarité sont essentiels pour le travail décent et la justice sociale.

À l'heure où nous commençons à nous projeter au-delà de la crise pour bâtir la reprise, il convient de ne pas perdre de vue les douloureux enseignements de la pandémie. Ne relâchons pas nos efforts! Partout dans le monde, le moment est venu d'investir dans des systèmes de protection sociale, notamment en créant des socles de protection sociale, et de renforcer les systèmes existants, afin d'être mieux préparés aux éventuelles crises à venir. Il ne saurait y avoir de reprise équitable et centrée sur l'humain sans des systèmes de protection sociale universels fondés sur les droits qui garantissent l'accès à une protection complète et adéquate à toute personne tout au long de sa vie, quels que soient le type d'emploi et l'activité qu'elle exerce.

Le présent *Rapport mondial sur la protection sociale* offre une vue d'ensemble des évolutions récentes des systèmes de protection sociale dans le monde, et analyse l'impact de la pandémie de COVID-19. Fondé sur des données récentes et solides, il présente un vaste ensemble de statistiques mondiales, régionales et nationales sur la couverture de la protection sociale, les prestations et les dépenses afférentes.

Le rapport pointe aussi les lacunes qui restent à combler et formule des recommandations en vue d'atteindre l'objectif d'une protection sociale universelle pour tous à l'horizon 2030. La réalisation de cet objectif exigera des efforts concertés de la part des gouvernements et des organisations de travailleurs et d'employeurs, des institutions des Nations Unies et d'autres parties prenantes.

De nombreux pays sont aujourd'hui à l'heure des choix et s'interrogent sur le devenir de leur système de protection sociale. Je les invite à envisager l'avenir avec espoir, à répondre à l'appel lancé dans ce rapport et à saisir l'occasion unique qu'offre le COVID-19 pour s'engager résolument sur la voie de la protection sociale universelle. C'est un choix éthique et rationnel, et c'est celui qui permettra de parvenir à la justice sociale pour tous.



Guy Ryder
Directeur général du BIT



table des matières

Préface	3
Sigles et acronymes	14
Remerciements	15
Résumé analytique	17
Chapitre 1. La protection sociale à la croisée des chemins: la réponse à la crise du COVID-19 et la voie de la reprise	27
1.1 Introduction	31
1.2 La protection sociale à la croisée des chemins: les défis	32
1.2.1 Répondre à ces défis pressants par la protection sociale	33
1.2.2 Malgré les progrès accomplis, il reste du chemin à parcourir	34
1.3 Progresser vers des systèmes de protection sociale universels, y compris des socles, afin de ne laisser personne de côté	36
1.4 Bâtir une base de connaissances statistiques sur la protection sociale pour le suivi des ODD	39
1.5 Objectifs et structure du présent rapport	41
Chapitre 2. Avant le COVID-19: en dépit des progrès réalisés, d'importantes lacunes subsistent	43
2.1 Progrès de la mise en place de systèmes de protection sociale	47
2.2 Couverture de la protection sociale: en dépit des progrès réalisés, d'importantes lacunes subsistent	50
2.2.1 Aperçu mondial et régional de la couverture de la protection sociale (indicateur ODD 1.3.1)	50
2.2.2 Défis à relever pour combler les lacunes en matière de couverture et progrès accomplis	54
2.3 Une protection adéquate et complète	61
2.4 Dépenses et financement de la protection sociale	64
Chapitre 3. La protection sociale pendant la crise du COVID-19 et la reprise	69
3.1 Le COVID-19, révélateur d'inégalités et de graves lacunes en matière de protection	73
3.2 Réponse à la crise: extension rapide de la couverture et adaptation des systèmes de protection sociale	75
3.2.1 Garantir l'accès aux soins de santé et la sécurité de revenu pendant la crise	75
3.2.2 Observations et enseignements tirés concernant les politiques émergentes	78
3.3 La protection sociale à la croisée des chemins	82
3.3.1 Un scénario ambitieux: vers le renforcement des systèmes de protection sociale, y compris les socles	82
3.3.2 Un scénario modeste: des filets de sécurité minimalistes et des mesures palliatives	85
3.3.3 Transition: des dommages socio-économiques collatéraux à une stratégie de protection sociale de haut niveau	87

Chapitre 4. Renforcer la protection sociale pour tous, tout au long de la vie	89
4.1 La protection sociale des enfants et des familles	91
4.1.1 Rôle de la protection sociale dans la lutte contre la pauvreté et la vulnérabilité socio-économique des enfants	93
4.1.2 Typologie des régimes de protection sociale des enfants et des familles	97
4.1.3 Couverture effective: suivi de l'indicateur 1.3.1 des ODD en lien avec les enfants	99
4.1.4 Adéquation de la protection sociale des enfants	103
4.1.5 Budget consacré à la protection sociale des enfants	104
4.1.6 Bâtir des systèmes de protection sociale adaptés aux enfants	106
4.2 Protection sociale des personnes en âge de travailler	111
4.2.1 Introduction: en quête d'une sécurité de revenu	113
4.2.2 Protection de la maternité; congé de paternité; congé parental	117
4.2.3 Prestations de maladie	131
4.2.4 Protection contre les accidents du travail	141
4.2.5 Protection sociale des personnes handicapées	151
4.2.6 Protection contre le chômage	163
4.3 Protection sociale des personnes âgées: pensions et autres prestations de vieillesse hors santé	177
4.3.1 Assurer une sécurité de revenu aux personnes âgées pour rendre effectif leur droit à la sécurité sociale	179
4.3.2 Typologie des régimes de protection vieillesse	180
4.3.3 Couverture légale	181
4.3.4 Couverture effective: suivi de l'indicateur 1.3.1 des ODD pour les personnes âgées	183
4.3.5 Évolution du niveau de couverture de la protection vieillesse dans le monde: vers une protection sociale universelle pour l'ensemble des personnes âgées	186
4.3.6 Dépenses de protection sociale pour les personnes âgées	188
4.3.7 Comblent l'écart entre les sexes dans l'accès des personnes âgées à la sécurité de revenu	190
4.3.8 Des pensions adéquates pour assurer une véritable sécurité de revenu aux personnes âgées	194
4.3.9 Réformer les systèmes de protection vieillesse dans un contexte difficile	195
4.3.10 Garantir une sécurité de revenu aux personnes âgées à l'avenir	199
4.4 Protection sociale en santé: vers la couverture sanitaire universelle	201
4.4.1 Le rôle primordial de la protection sociale en santé pour les individus et l'économie	203
4.4.2 Couverture de la population	205
4.4.3 Niveau de prestation adéquat	209
4.4.4 Financement public: des lacunes persistantes	219
Chapitre 5. Façonner l'avenir de la protection sociale	223
5.1 Comblent les lacunes en matière de couverture et accompagner les transitions dans la vie privée et professionnelle	228
5.1.1 Protéger les travailleurs dans toutes les formes d'emploi et les aider à mieux s'adapter à l'évolution du monde du travail	228
5.1.2 Protéger les travailleurs migrants et favoriser la mobilité internationale de la main-d'œuvre	230

5.1.3 Renforcer les liens avec le développement des compétences et les politiques actives du marché du travail	231
5.1.4 Faciliter l'équilibre entre travail et vie privée et l'accès aux soins	231
5.2 Soutenir les transformations structurelles des économies et des sociétés	232
5.2.1 Soutenir l'emploi productif et la transformation structurelle de l'économie	233
5.2.2 Soutenir une transition juste vers une économie plus respectueuse du climat	235
5.3 Renforcer les systèmes de protection sociale pour avancer plus rapidement vers la protection sociale universelle	236
5.3.1 Renforcer les systèmes de protection sociale	236
5.3.2 Assurer un investissement durable et équitable dans la protection sociale	238
5.3.3 Partenariat en faveur d'une protection sociale universelle	239
5.4 La protection sociale au service de la justice sociale	240
Annexes	241
1. Glossaire	243
2. Mesure de la couverture et des dépenses en matière de protection sociale	248
3. Caractéristiques minimales des normes de l'OIT relatives à la sécurité sociale	263
4. Tableaux statistiques	284
Références	313

Encadrés

1.1	Le cadre normatif de l'OIT pour la mise en place de systèmes de protection sociale, socles compris	37
1.2	Un engagement fort en faveur de la protection sociale universelle	39
2.1	Garantir la protection sociale des travailleurs des plateformes numériques	54
2.2	Adaptations visant à faciliter l'extension de la protection sociale aux travailleurs dans toutes les formes d'emploi	58
3.1	Pauvreté et inégalités en temps de COVID-19 et au-delà	83
3.2	Quel pourrait être le rôle d'un revenu de base universel dans une stratégie de haut niveau?	84
4.1	La protection sociale: un atout essentiel dans la lutte contre le travail des enfants	94
4.2	Normes internationales relatives aux prestations pour enfants et familles	95
4.3	Des mesures de protection sociale adaptées aux enfants dans le cadre des réponses au COVID-19	96
4.4	Une protection sociale effective pour les enfants comme pour les femmes	100
4.5	Améliorer la qualité des données sur la couverture sociale des enfants et les fonds qui y sont consacrés	101
4.6	Renforcer la protection sociale grâce aux prestations universelles pour enfants	108
4.7	Normes internationales relatives à la protection de la maternité	120
4.8	La «pénalité de maternité» désavantage les mères sur le plan de l'emploi, de la rémunération et de l'accès aux postes décisionnels	123
4.9	Normes internationales relatives aux prestations de maladie: principes clés	133
4.10	Congés de maladie et prestations de maladie: définitions	134
4.11	Ajustements des régimes de prestations de maladie en réponse à la crise du COVID-19	135
4.12	Malaisie: adoption d'un régime de prestations de maladie	137

4.13	Finlande: prestations universelles de maladie	137
4.14	Dispositifs assurant la sécurité de revenu des personnes atteintes de tuberculose ou vivant avec le VIH: avancées et limites	138
4.15	Prestations pour prendre soin de parents malades	139
4.16	Normes internationales relatives à la protection contre les lésions professionnelles	144
4.17	Indemnisation des travailleurs contaminés par le COVID-19 au travail	150
4.18	Malaisie: protection sociale des travailleurs migrants	150
4.19	Droit des personnes handicapées à la protection sociale: cadre normatif international	154
4.20	Mesurer le coût de la vie majoré pour les personnes handicapées	161
4.21	Normes internationales relatives à la protection contre le chômage	166
4.22	Principaux types de régimes de protection contre le chômage	169
4.23	Normes internationales relatives aux pensions de vieillesse	179
4.24	Extension de la couverture des personnes âgées par des pensions sociales universelles ou une combinaison de régimes contributifs et non contributifs	187
4.25	Ce que disent les normes internationales de sécurité sociale sur l'organisation et le financement des systèmes de sécurité sociale	197
4.26	Normes internationales de sécurité sociale sur la couverture santé	204
4.27	Suivi de la couverture légale de protection sociale en santé: un besoin urgent	205
4.28	Faciliter l'enregistrement des travailleurs de l'économie informelle	207
4.29	Rwanda: intégration des réfugiés urbains au régime national d'assurance-santé	208
4.30	Indonésie: réduire la fragmentation institutionnelle	208
4.31	Lutte contre le VIH/sida au Kenya: lier la promotion de la santé en milieu de travail et la protection sociale en santé	210
4.32	Burkina Faso: gratuité des soins de maternité	212
4.33	Prestations publiques et privées de soins de santé	212
4.34	Pérou: enquête socio-économique nationale sur l'accès aux services de santé d'EsSalud	214
4.35	Investissement dans les soins de longue durée à Singapour	219
4.36	Financement solidaire et assurance-santé privée volontaire	221

Figures

RA.1	Indicateur 1.3.1 des ODD – couverture effective de la protection sociale, estimations mondiales et régionales, par groupe de population, 2020 ou dernière année disponible	20
1.1	La protection sociale dans le Programme 2030: les objectifs et les cibles qui s'y réfèrent	35
2.1	Développement des programmes de protection sociale inscrits dans la législation nationale, par branche, d'avant 1900 jusqu'à 2020 (en pourcentage du nombre de pays)	47
2.2	Part des dépenses publiques consacrées à la protection sociale (hors santé), en pourcentage du PIB, et taux de pauvreté, 2020 ou dernière année disponible	48
2.3	Réduction des inégalités (coefficient de Gini) liée aux transferts sociaux et aux impôts dans certains pays, dernière année disponible	49
2.4	Indicateur 1.3.1 des ODD – couverture effective de la protection sociale, estimations mondiales et régionales, par groupe de population, 2020 ou dernière année disponible	51

2.5	Indicateur 1.3.1 des ODD – couverture effective des personnes vulnérables: pourcentage de personnes vulnérables bénéficiaires de prestations en espèces (aide sociale), par région, sous-région et niveau de revenu, 2020 ou dernière année disponible	53
2.6	Part des personnes en emploi cotisant à un régime de sécurité sociale, par type d'emploi, pays sélectionnés, dernière année disponible	55
2.7	Différence absolue du taux de pauvreté relative individuelle entre les salariés à plein temps et les travailleurs occupant d'autres types d'emploi, pays sélectionnés, dernière année disponible	56
2.8	Pensions de vieillesse non contributives en pourcentage du seuil de pauvreté national, pour une personne seule, 2017 ou dernière année disponible	63
2.9	Part des dépenses publiques consacrées à la protection sociale (hors santé), en pourcentage du PIB, 2020 ou dernière année disponible	64
2.10	Part des dépenses publiques consacrées à la protection sociale (hors santé), en pourcentage du PIB, 2020 ou dernière année disponible, et dépenses intérieures publiques générales consacrées à la santé, en pourcentage du PIB, 2018, par région, sous-région et niveau de revenu	65
2.11	Dépenses intérieures publiques générales consacrées à la santé, 2018 (pourcentage du PIB)	66
2.12	Déficit de financement annuel à combler pour atteindre les cibles 1.3 et 3.8 des ODD, par région, sous-région et niveau de revenu, 2020 (pourcentage du PIB)	67
3.1	Nombre de mesures de protection sociale annoncées dans le monde en réponse à la crise du COVID-19, de février à décembre 2020	75
3.2	Mesures de protection sociale annoncées en réponse à la crise du COVID-19, de février à décembre 2020, par type et fonction, en pourcentage	76
3.3	Résumé des mesures prises en réponse au COVID-19, exemples de certains pays	77
3.4	Progresser résolument vers la protection sociale universelle pour parvenir à la justice sociale	88
4.1	Protection des enfants et familles (prestations en espèces) inscrite dans la loi, par type de régime, 2020 ou dernière année disponible	98
4.2	Indicateur 1.3.1 des ODD – couverture effective des enfants et des familles: pourcentage d'enfants (0 à 14 ans) percevant des prestations en espèces pour familles ou enfants; 2020 ou dernière année disponible	101
4.3	Indicateur 1.3.1 des ODD – couverture effective des enfants et des familles: pourcentage d'enfants (0 à 14 ans) percevant des prestations en espèces pour familles ou enfants, par région, sous-région et niveau de revenu, 2020 ou dernière année disponible	102
4.4	Protection sociale tenant compte des besoins des enfants tout au long de la vie	103
4.5	Risque de pauvreté, avant et après transferts sociaux, enfants âgés de 0 à 17 ans dans l'UE-27, 2010-2019, en pourcentage du revenu	105
4.6	Dépenses publiques de protection sociale (hors santé) consacrées aux enfants (en pourcentage du PIB) et pourcentage d'enfants âgés de 0 à 14 ans dans la population totale, par région et niveau de revenu, 2020 ou dernière année disponible	105
4.7	Dépenses publiques de protection sociale (hors santé) consacrées aux personnes en âge de travailler (en pourcentage du PIB); part de la population en âge de travailler (15-64 ans) dans la population totale; par région et niveau de revenu; 2020 ou dernière année disponible	114
4.8	Protection de la maternité (prestations en espèces) inscrite dans la loi, par type de régime, 2020 ou dernière année disponible	122
4.9	Corrélation entre les disparités de genre concernant la part du temps consacré aux tâches de soins non rémunérées et le ratio emploi/population des femmes, dernière année disponible	124

4.10	Couverture légale de la protection de la maternité: pourcentage de femmes dans la main-d'œuvre (15 ans et plus) couverte par des prestations de maternité en espèces, par région, sous-région et type de régime, 2020 ou dernière année disponible	125
4.11	Indicateur 1.3.1 des ODD – couverture effective de la maternité: pourcentage de femmes ayant donné naissance à un enfant percevant des prestations de maternité en espèces, par région, sous-région et niveau de revenu, 2020 ou dernière année disponible	126
4.12	Indicateur 1.3.1 des ODD – couverture effective de la maternité: pourcentage de femmes ayant donné naissance à un enfant percevant des prestations de maternité en espèces, 2020 ou dernière année disponible	127
4.13	Couverture légale de la protection de la maladie: pourcentage de la main-d'œuvre (15 ans et plus) couverte par des prestations de maladie en espèces, par région et type de régime, 2020 ou dernière année disponible	135
4.14	Protection de la maladie (prestations en espèces) inscrite dans la loi, par type de régime, 2020 ou dernière année disponible	136
4.15	Aperçu de la répartition des coûts (en pourcentage du coût total); étude menée auprès des patients dans 16 pays, Programme mondial de lutte contre la tuberculose de l'OMS	140
4.16	Protection contre les accidents du travail (prestations en espèces) inscrite dans la loi, par type de régime, 2020 ou dernière année disponible	144
4.17	Couverture légale de la protection contre les accidents du travail: pourcentage de la main-d'œuvre (15 ans et plus) couverte par des prestations en espèces en cas d'accident du travail, par région, sous-région, sexe et type de régime, 2020 ou dernière année disponible	145
4.18	Indicateur 1.3.1 des ODD – couverture effective de la protection contre les accidents du travail: pourcentage de la main-d'œuvre (15 ans et plus) couverte par des prestations en espèces en cas d'accident du travail (cotisants actifs), 2020 ou dernière année disponible	146
4.19	Indicateur 1.3.1 des ODD – couverture effective contre les accidents du travail: pourcentage de la main-d'œuvre (15 ans et plus) couverte par des prestations en espèces en cas d'accident du travail (cotisants actifs), par région, sous-région et niveau de revenu, 2020 ou dernière année disponible	147
4.20	Taux de remplacement des régimes de protection contre les accidents du travail pour les prestations en cas d'incapacité permanente et temporaire, pays choisis, 2020 ou dernière année disponible (%)	148
4.21	Protection contre le handicap (prestations en espèces) inscrite dans la loi, par type de régime, 2020 ou dernière année disponible	156
4.22	Couverture légale de la protection contre le handicap: pourcentage de la population en âge de travailler (15 ans et plus) couverte par des prestations d'invalidité en espèces, par région, sous-région, sexe et type de régime, 2020 ou dernière année disponible	157
4.23	Indicateur 1.3.1 des ODD – couverture effective contre le handicap: pourcentage de personnes lourdement handicapées percevant des prestations en espèces, par région, sous-région et niveau de revenu, 2020 ou dernière année disponible	158
4.24	Indicateur 1.3.1 des ODD – couverture effective contre le handicap: pourcentage de personnes lourdement handicapées percevant des prestations en espèces, 2020 ou dernière année disponible	159
4.25	Indicateur 1.3.1 des ODD – couverture effective du chômage: pourcentage de chômeurs percevant des prestations en espèces et part des chômeurs âgés de 16 à 64 ans risquant de basculer dans la pauvreté, pays européens choisis, 2019	165

4.26	Protection contre le chômage: coordination étroite entre la protection sociale et la promotion de l'emploi	167
4.27	Protection contre le chômage (prestations en espèces) inscrite dans la loi, par type de régime, 2020 ou dernière année disponible	168
4.28	Couverture légale de la protection contre le chômage: pourcentage de la main-d'œuvre (15 ans et plus) couverte par des prestations de chômage en espèces, par région, sous-région, sexe et type de régime, 2020 ou dernière année disponible	170
4.29	Indicateur 1.3.1 des ODD – couverture effective du chômage: pourcentage de chômeurs percevant des prestations en espèces, par région, sous-région et niveau de revenu, 2020 ou dernière année disponible	171
4.30	Indicateur 1.3.1 des ODD – couverture effective du chômage: pourcentage de chômeurs percevant des prestations en espèces, 2020 ou dernière année disponible	172
4.31	Protection vieillesse (pensions) inscrite dans la loi, par type de régime, 2020 ou dernière année disponible	180
4.32	Mécanismes de financement des pensions de vieillesse: pourcentage de pays possédant des régimes de retraites financés par des prestations définies et des cotisations définies	181
4.33	Couverture légale de la protection vieillesse: pourcentage de la population en âge de travailler (15 ans et plus) couvertes par un régime de retraite, par région, sous-région, sexe et type de régime, 2020 ou dernière année disponible	182
4.34	Indicateur 1.3.1 des ODD – couverture effective de la protection vieillesse: pourcentage de la population ayant atteint l'âge légal de départ à la retraite qui perçoit une prestation de vieillesse et pourcentage de la main-d'œuvre (15 ans et plus) et de la population en âge de travailler (15 ans et plus) couvertes par un régime de retraite (cotisants actifs), par région, sous-région et niveau de revenu, 2020 ou dernière année disponible	184
4.35	Couverture effective de la protection vieillesse: pourcentage de la main-d'œuvre (15 ans et plus) couverte par un régime de retraite (cotisants actifs), 2020 ou dernière année disponible	185
4.36	Indicateur 1.3.1 des ODD – couverture effective de la protection vieillesse: pourcentage de la population ayant atteint l'âge légal de départ à la retraite qui perçoit une prestation de vieillesse, 2020 ou dernière année disponible	185
4.37	Indicateur 1.3.1 des ODD – couverture effective de la protection vieillesse: pourcentage de la population ayant atteint l'âge légal de départ à la retraite qui perçoit une prestation de vieillesse, comparaison entre 2000 et 2015-2020	188
4.38	Dépenses publiques de protection sociale (hors santé) consacrées aux pensions de vieillesse (en pourcentage du PIB) et part de la population âgée (65 ans et plus) dans la population totale, par région, sous-région et niveau de revenu, 2020 ou dernière année disponible	189
4.39	Couverture effective de la protection vieillesse: pourcentage de la population en âge de travailler (15 ans et plus) couverte par un régime de retraite (cotisants actifs), par région, sous-région, niveau de revenu et sexe, 2020 ou dernière année disponible	191
4.40	Indicateur 1.3.1 des ODD – couverture effective de la protection vieillesse: pourcentage de la population ayant atteint l'âge légal de départ à la retraite qui perçoit une prestation de vieillesse, pays choisis, par sexe, 2020 ou dernière année disponible	192
4.41	Couverture effective de la protection vieillesse: pourcentage de la main-d'œuvre (15 ans et plus) couverte par un régime de retraite (cotisants actifs), pays choisis, par sexe, 2020 ou dernière année disponible	192

4.42	Taux de remplacement moyen au départ à la retraite des régimes publics de protection vieillesse, en 2016 et à l'horizon 2070, dans un échantillon de pays européens	195
4.43	Couverture effective de la protection de la santé: pourcentage de la population couverte par un régime de santé sociale (personnes protégées), par région, sous-région et niveau de revenu, 2020 ou dernière année disponible	206
4.44	Couverture des services de santé essentiels (indicateur 3.8.1 des ODD): taux moyen de couverture, services de santé essentiels, 2017	209
4.45	Couverture de la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile: des avancées inégales	211
4.46	Disparités dans l'accès aux soins de santé maternels: pourcentage de naissances vivantes avec l'aide de personnels de santé qualifiés, par quintile de richesse, pays disposant de données, 2016 ou années ultérieures	211
4.47	Déficits en matière de personnel et d'infrastructures: au cœur des inégalités d'accès aux soins de santé	213
4.48	Proportion de la population consacrant une grande part de ses dépenses ou de ses revenus domestiques aux services de soins de santé (indicateur 3.8.2 des ODD: plus de 10 pour cent du revenu ou de la consommation annuels du ménage), dernières données disponibles, par pays, 2000-2018 (pourcentage)	215
4.49	Évolution de l'incidence des dépenses de santé constituant plus de 10 pour cent du revenu ou de la consommation annuels du ménage; 2000-2015; par niveau de revenu des pays (pourcentage de la population)	215
4.50	Appauvrissement dû aux paiements directs par les ménages: ratio paiements directs par les ménages dans les dépenses de santé totales et pourcentage de la population reléguée sous le seuil relatif de pauvreté (60 pour cent du revenu ou de la consommation), par région, 2018 (en pourcentage)	216
4.51	Infrastructures de soins de longue durée: investissements inégaux dans les pays disposant de données, 2016-2019	218
4.52	Dépenses courantes de santé (DCS) en pourcentage du PIB et composition des dépenses courantes de santé, par région, 2018	220
4.53	Dépenses courantes de santé par habitant, en dollars É.-U. PPA, y compris dépenses publiques générales de santé, par habitant, en dollars É.-U. PPA, par région, 2018	220

Tableaux

2.1	Pourcentage de la population en âge de travailler légalement couverte par des systèmes complets de sécurité sociale, par région et par sexe, 2019	61
4.1	Exemples de mesures sociales annoncées en faveur des enfants, 2016-2021	107
4.2	Types de prestations d'invalidité, selon la période de la vie, par fonction	155
4.3	Pensions de vieillesse: quelques exemples de réformes paramétriques, 2018-2020	193
4.4	Modalités d'indexation	194
4.5	Réformes des régimes de protection vieillesse communiquées par les gouvernements (compression), 2010-2020	196
A2.1	Appréhender la couverture dans toutes ses dimensions	251
A2.2	Les différentes définitions utilisées pour mesurer les dépenses de protection sociale	254
A2.3	Classement des pays et territoires par région	258
A2.4	Classement des pays et territoires par niveau de revenu	259
A2.5	Groupes régionaux utilisés dans les régressions	259
A2.6	Variables de pondération des indicateurs	260
A2.7	Couverture des données sous-jacentes aux agrégats mondiaux et régionaux (part de la population d'une région pour laquelle des données ont été transmises)	261
A3.1	Exigences principales: normes internationales de sécurité sociale – protection de la santé	264
A3.2	Exigences principales: normes internationales de sécurité sociale – indemnités de maladie	266
A3.3	Exigences principales: normes internationales de sécurité sociale – indemnités de chômage	268
A3.4	Exigences principales: normes internationales de sécurité sociale – pensions de vieillesse	270
A3.5	Exigences principales: normes internationales de sécurité sociale – protection en cas d'accident du travail et de maladie professionnelle	273
A3.6	Exigences principales: normes internationales de sécurité sociale – allocations familiales et prestations à l'enfance	276
A3.7	Exigences principales: normes internationales de sécurité sociale – protection de la maternité	277
A3.8	Exigences principales: normes internationales de sécurité sociale – prestations d'invalidité	279
A3.9	Exigences principales: normes internationales de sécurité sociale – prestations de survivants	281
A4.1	Ratification des conventions de l'OIT à jour relatives à la sécurité sociale	285
A4.2	Couverture effective de la protection sociale (y compris les indicateurs 1.3.1 et 3.8.1 des ODD), 2020 ou dernière année disponible (pourcentage du groupe de population concerné)	292
A4.3	Dépenses publiques de santé et de protection sociale, 2020 ou dernière année disponible (en pourcentage du PIB)	302

sigles et acronymes

AISS	Association internationale de la sécurité sociale	OMS	Organisation mondiale de la santé
APD	aide publique au développement	ONG	organisation non gouvernementale
ASPIRE	Atlas of Social Protection Indicators of Resilience and Equity, Atlas d'indicateurs de résilience et d'équité en matière de protection sociale, Banque mondiale	ONU	Organisation des Nations Unies
BAD	Banque asiatique de développement	ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
BIT	Bureau international du Travail	PAM	Programme alimentaire mondial
CEACR	Commission d'experts pour l'application des conventions et recommandations	PAMT	politiques actives du marché du travail
CEPALC	Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes	PIDESC	Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, 1966
CESAP	Commission économique et sociale des Nations Unies pour l'Asie et le Pacifique	PPA	parité de pouvoir d'achat
COVID-19	maladie à coronavirus	PPDPH	Partenariat des Nations Unies pour la promotion des droits des personnes handicapées
CSI	Confédération syndicale internationale	RNB	revenu national brut
Eurostat	Office statistique de l'Union européenne	SESPROS	Système européen de statistiques intégrées de la protection sociale
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture	SIDA	syndrome d'immunodéficience acquise
FMI	Fonds monétaire international	SLD	soins de longue durée
GES	Gaz à effet de serre	SRMNI	santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile
HCR	Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés	SSA	Social Security Administration, administration de la sécurité sociale (États-Unis)
IDA	International Disability Alliance	UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
LIS	Luxembourg Income Study	UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
n.c.a.	non classé ailleurs	UNRISD	Institut de recherche des Nations Unies pour le développement social
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques	USP2030	Partenariat mondial pour une protection sociale universelle en vue d'atteindre les objectifs de développement durable
ODD	objectif de développement durable	VIH	virus de l'immunodéficience humaine
OIM	Organisation internationale pour les migrations		
OIT	Organisation internationale du Travail		

remerciements

Ce rapport a été établi par une équipe dirigée et coordonnée par Shahra Razavi, directrice du Département de la protection sociale du BIT, et Christina Behrendt, responsable de l'Unité des politiques sociales du département. La collecte des données a été dirigée par Fabio Durán Valverde, responsable de l'Unité de financement public, actuariat et statistiques.

L'équipe était composée des collaborateurs suivants (par ordre alphabétique): Mira Bierbaum, Luis Cotinguiba, Sven Isar Engels, Victoria Giroud-Castiella, Jean-Louis Lambeau, Ana Carolina de Lima Vieira, Cristina Lloret, Kroum Markov, Valeria Nesterenko, Quynh Anh Nguyen, Ian Orton, Karuna Pal, Céline Peyron Bista, Alvaro Roberto Ramos Chaves, Valérie Schmitt, Maya Stern Plaza, Lou Tessier, Stefan Urban, Veronika Wodsak, Hiroshi Yamabana et Zhiming Yu.

Le document a bénéficié des contributions et des remarques de deux examinateurs anonymes, ainsi que des collaborateurs du siège et des bureaux extérieurs suivants (par ordre alphabétique): Andrew Allieu, María Helena Andre, Pascal Annycke, Chihoko Asada-Miyakawa, Dramane Batchabi, Janine Berg, Florence Bonnet, Joana Borges Henriques, Michael Braun, Simon Brimblecombe, Mike Buchholtz, Luisa Fernanda Carmona Llano, Greta Cartoceti, Pablo Casali, Umberto Cattaneo, Nuno Meira Simoes Cunha, Rafael Diez de Medina, Ekkehard Ernst, Deborah France-Massin, Claire Harasty, Kenichi Hirose, Maren Hopfe, Ruba Jaradat, Lawrence Jeff Johnson, Vesna Jovic, Steven Kapsos, Tahmina Karimova, Samia Kazi Aoul, Heinz Koller, Ursula Kulke, Sangheon Lee, Margherita Licata, Maikel R. Lieuw-Kie-Song, Olivier Louis dit Guérin, Ana Cristina Mena, Martin Murphy, Martha Elizabeth Newton, Mariko Ouchi, Jasmina Papa, Vera Paquete-Perdigao, Luca Pellerano, Marielle Phe Goursat, Vinicius Pinheiro, Nienke Raap, María Luz Rodríguez, Richard Samans, Cynthia Samuel-Olonjuwon, Helmut Schwarzer, Nina Siegert, Benjamin Smith, Manuela Tomei, Stefan Trömel, Mito Tsukamoto, Victoire Umuhire, Alette van Leur, Clara van Panhuys, Vic van Vuuren, Corinne Vargha et Christiane Wiskow.

La partie 4.1 a été corédigée par Dominic Richardson (UNICEF), avec la contribution de ses collègues Enkhzul Altangerel, Pamela Dale, Solrun Engilbertsdottir, Ruth Graham Goulder, Valeria Groppo, Ruth Nupur Kukrety, Tomoo Okubo, Ulugbek Olimov, Danilo Smolovic, David Stewart, Gulsana Turusbekova, Emre Uckardesler et Natalia Winder-Rossi ainsi que David Harris (Université de Columbia).

La collecte des données pour ce rapport a bénéficié de l'étroite collaboration avec l'Association internationale de la sécurité sociale (AISS). Nous tenons à remercier en particulier Raúl Ruggia-Frick et ses collègues pour leur excellente collaboration.

Il convient de remercier tout particulièrement Nobuyuki Nishikiori, du programme Global TB de l'OMS, qui nous a fourni des données sur les coûts supportés par les patients atteints de tuberculose, ainsi que Christiane Wiskow, du programme conjoint de l'OIT, de l'OCDE et de l'OMS Working for Health, qui nous a communiqué des données sur la disponibilité des personnels de santé en zones rurales.

Nous tenons également à remercier Debbie Budlender, qui a procédé à l'analyse des données issues des enquêtes sur les ménages de quatre pays (Afrique du Sud, Lesotho, Maurice et Namibie).

Nous saluons aussi la contribution et les commentaires précieux de collaborateurs d'autres institutions des Nations Unies et partenaires de développement, notamment Harald Braumann (Association internationale de la sécurité sociale), Alexandre Côte (Centre pour une politique inclusive, aujourd'hui UNICEF), Maya Verónica Márquez Román (consultante indépendante) et Silke Staab (ONU-Femmes).

Nous adressons enfin nos remerciements à Mathilde Bachler, Patrick Carrière et Isabelle Lauze pour la traduction de ce rapport, ainsi qu'à nos collègues de l'Unité de production des publications et du Département de la communication et de l'information qui nous ont apporté leur aide pour la production et la diffusion de cette publication.



résumé analytique

Malgré les efforts déployés dans de nombreuses régions du monde pour étendre la protection sociale, beaucoup de pays rencontraient des difficultés considérables pour faire du droit humain à la sécurité sociale une réalité pour tous lorsque s'est déclarée la pandémie de COVID-19. Ce rapport donne une vue d'ensemble des progrès accomplis dans le monde ces dix dernières années en vue d'étendre la protection sociale et de mettre en place des systèmes de protection sociale, y compris des socles, fondés sur les droits et traite de l'impact de la pandémie de COVID-19. Ce faisant, il apporte une contribution essentielle au cadre de suivi du Programme de développement durable à l'horizon 2030 (Programme 2030).

Cinq points essentiels se dégagent du rapport:

La pandémie a mis en évidence les inégalités tenaces et les lacunes importantes qui subsistent dans tous les pays en matière de couverture, d'exhaustivité et d'adéquation de la protection sociale aux besoins des populations. Les problèmes chroniques que sont les niveaux élevés d'insécurité économique, la pauvreté persistante, le creusement des inégalités, la persistance de l'emploi informel et la fragilité du contrat social ont été exacerbés par le COVID-19. La crise a révélé aussi la vulnérabilité de milliards de personnes qui semblaient s'en sortir tant bien que mal mais qui n'étaient pas suffisamment protégées contre les ondes de choc socio-économiques de la pandémie. Les responsables politiques ont dû se rendre à l'évidence: plusieurs catégories de la population – les enfants, les personnes âgées, les aidants non rémunérés, ainsi que les personnes qui occupent certaines formes d'emploi ou travaillent dans l'économie informelle – étaient insuffisamment ou n'étaient pas du tout couvertes par les systèmes de protection sociale existants. Ce rapport fait ressortir ces lacunes et montre que la pandémie a conduit les pays à prendre des mesures inédites, en matière de protection sociale notamment.

Répondant à la crise du COVID-19, les pays ont placé une emphase sans précédent sur les politiques de protection sociale. Les gouvernements ont donné la priorité à la protection sociale dans leur réponse visant à protéger la santé, les emplois et les revenus, ainsi qu'à préserver la stabilité sociale. Lorsque cela était nécessaire, ils ont étendu la couverture à des catégories de la population qui n'étaient pas protégées jusque-là, créé de nouvelles prestations ou relevé le niveau de celles existantes, adapté les mécanismes administratifs et les modalités de déboursement des prestations et mobilisé des ressources financières

supplémentaires. De nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire n'ont toutefois pas été en mesure, malgré le soutien apporté par la communauté internationale, de répondre à la crise par des mesures de protection sociale et de relance proportionnées à l'ampleur de la pandémie, ce qui a contribué à créer un «écart de reprise» entre eux et les pays à revenu élevé, essentiellement dû aux importantes lacunes en matière de couverture et de financement.

La reprise socio-économique demeure incertaine et il reste plus que jamais nécessaire d'investir dans la protection sociale. Dans ses prévisions les plus récentes, le Fonds monétaire international alerte sur le risque de trajectoires de reprise divergentes, les pays riches connaissant un redressement rapide et les pays à faible revenu voyant au contraire s'annuler les progrès accomplis ces dernières années sur la voie du développement. Assurer une reprise centrée sur l'humain partout dans le monde passe par un accès équitable aux vaccins. C'est un impératif moral mais aussi une nécessité de santé publique: une disponibilité très inégale des vaccins provoquera de nouvelles mutations du virus qui annuleront les bénéfices de la vaccination partout dans le monde. D'ores et déjà, l'accès inéquitable aux vaccins, les écarts que l'on constate dans la réponse à la crise, les appels à la solidarité internationale restés sans réponse, l'aggravation de la pauvreté et des inégalités, et le recours à des mesures d'austérité sont autant d'éléments qui laissent présager une reprise à plusieurs vitesses. Dans cette éventualité, de nombreuses personnes seraient abandonnées à leur sort, et les progrès accomplis vers la réalisation du Programme 2030 ainsi que sur la voie de la justice sociale seraient réduits à néant.

Les pays sont à l'heure des choix en ce qui concerne la trajectoire à suivre par leurs systèmes de protection sociale. La crise actuelle aura eu le mérite de nous rappeler à quel point il est crucial d'investir dans la protection sociale. De nombreux pays font néanmoins face à des contraintes budgétaires très fortes. Ce rapport montre que tous les pays ou presque, quel que soit leur niveau de développement, ont un choix à faire: soit ils adoptent une stratégie ambitieuse et investissent dans le renforcement de leur système de protection sociale, sortant ainsi de la crise par le haut, soit ils cèdent aux pressions budgétaires ou politiques et se contentent d'une approche minimaliste qui consiste à tarifier les ressources allouées à la protection sociale. Les pays peuvent saisir la chance offerte par la pandémie et s'appuyer sur leurs mesures de réponse à la

crise pour consolider leurs systèmes de protection sociale et combler progressivement les lacunes en matière de protection, afin de faire en sorte que chacun soit protégé à la fois contre les chocs systémiques et les aléas de la vie. Cela suppose qu'ils redoublent d'efforts pour mettre en place des systèmes de protection sociale universels, complets, adéquats et durables, et notamment des socles de protection sociale solides qui puissent au moins garantir à tous un niveau élémentaire de sécurité sociale tout au long de la vie. L'autre voie possible serait de se contenter de sortir de la crise par le bas moyennant une approche «moins-disante» et de ne pas investir dans la protection sociale, au risque de se

retrouver piégés dans une voie sans issue «à bas coût et faible développement humain». Ce serait une occasion perdue de renforcer les systèmes de protection sociale et de transformer les sociétés en vue de bâtir un avenir meilleur.

La mise en place de systèmes de protection sociale universels et la concrétisation du droit humain à la sécurité sociale pour tous constituent la pierre angulaire d'une approche centrée sur l'humain pour parvenir à la justice sociale.

La protection sociale contribue grandement à réduire la pauvreté et les inégalités, à renforcer les capacités des individus, à améliorer la productivité, à favoriser la dignité, la solidarité et l'équité, et à revitaliser le contrat social.

► L'état de la protection sociale: des progrès, certes, mais insuffisants

En 2020, seulement 46,9 pour cent de la population mondiale bénéficiait effectivement d'au moins une prestation de protection sociale¹ (indicateur 1.3.1 des ODD, voir figure 1), tandis que les 53,1 restants – soit pas moins de 4,1 milliards de personnes – ne disposaient d'aucune protection. Ces pourcentages mondiaux masquent d'importantes disparités entre les régions et au sein de celles-ci: si le taux de couverture est supérieur à la moyenne mondiale en Europe et Asie centrale (83,9 pour cent) et dans les Amériques (64,3 pour cent), il se situe en deçà dans la région de l'Asie et du Pacifique (44,1 pour cent), dans les États arabes (40,0 pour cent) et en Afrique (17,4 pour cent).

Seulement 30,6 pour cent de la population en âge de travailler est légalement couverte par des systèmes complets de sécurité sociale offrant tous les types de prestations, des allocations familiales aux pensions de vieillesse, le taux de couverture des femmes étant inférieur de pas moins de 8 points de pourcentage à celui des hommes. La grande majorité de la population en âge de travailler – 69,4 pour cent, soit 4 milliards de personnes – n'est donc que partiellement, voire pas du tout, protégée.

L'accès aux soins de santé et aux indemnités journalières de maladie et prestations de chômage s'est avéré d'une importance capitale durant la crise du COVID-19. Si près des deux tiers de la population mondiale bénéficient d'une couverture

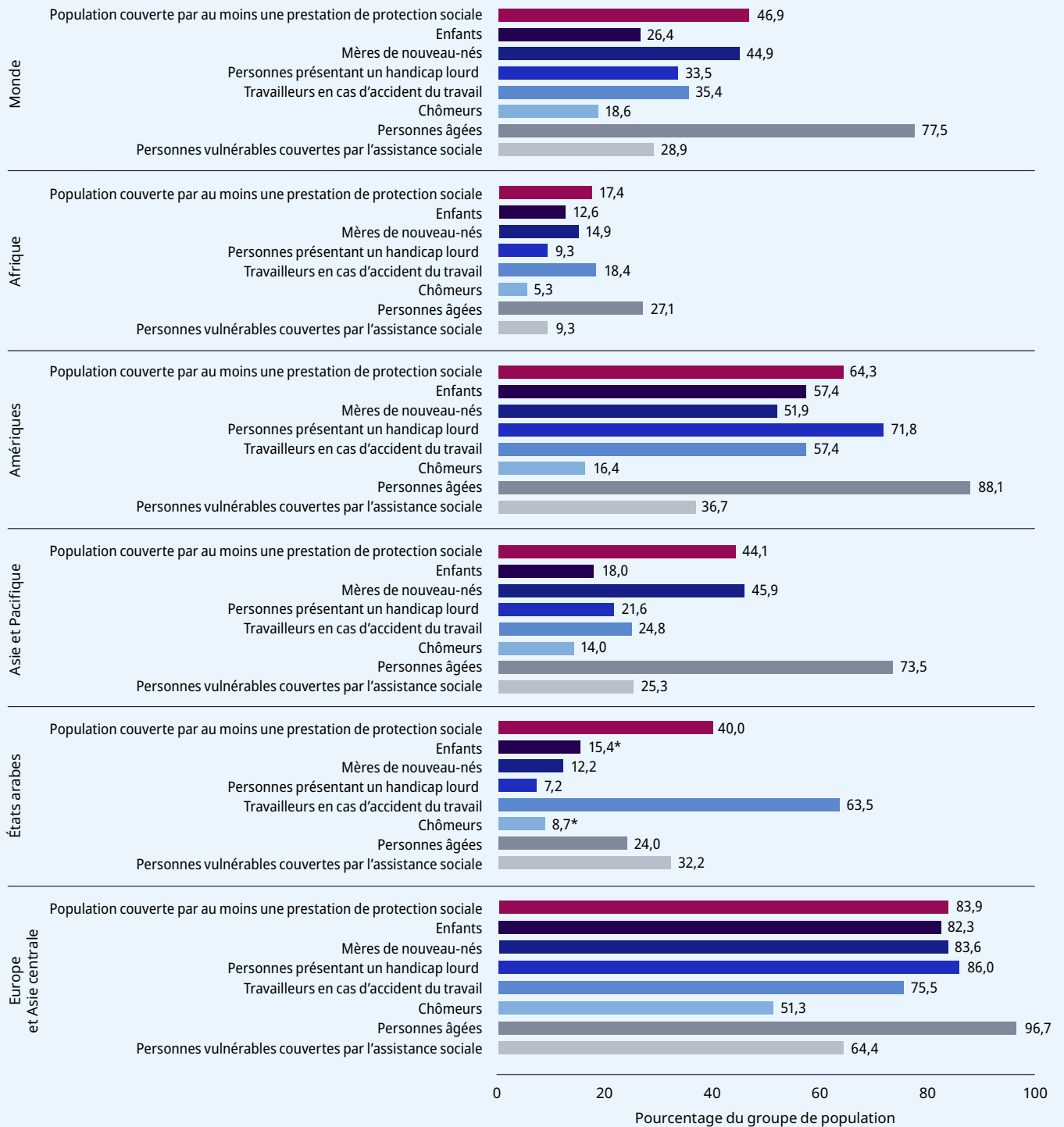
santé sous une forme ou une autre, d'importantes lacunes subsistent en matière de couverture et d'adéquation du niveau de prestations de soins. Ces lacunes sont encore plus prononcées en ce qui concerne la protection du revenu en cas de maladie et de chômage. Environ un tiers seulement des personnes en âge de travailler bénéficient d'une sécurité de revenu garantie par la loi en cas de maladie, et moins d'un cinquième des demandeurs d'emploi perçoivent effectivement des prestations de chômage.

Les lacunes en matière de couverture, d'exhaustivité et d'adéquation des systèmes de protection sociale sont liées à un sous-investissement notable, notamment en Afrique, en Asie et dans les États arabes. Les pays consacrent en moyenne 12,9 pour cent de leur PIB à la protection sociale (hors santé), mais ce chiffre masque des écarts considérables. Ces dépenses représentent en moyenne 16,4 pour cent du PIB dans les pays à revenu élevé, soit deux fois plus que dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure (8 pour cent), six fois plus que dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure (2,5 pour cent) et quinze fois plus que dans les pays à faible revenu (1,1 pour cent).

Le déficit de financement pour la mise en place de socles de protection sociale s'est creusé d'environ 30 pour cent depuis le début de la crise du COVID-19, en raison de l'augmentation des besoins

¹ Sans compter les soins de santé et les prestations de maladie.

► **Figure RA.1 Indicateur 1.3.1 des ODD – couverture effective de la protection sociale, estimations mondiales et régionales, par groupe de population, 2020 ou dernière année disponible**



* À interpréter avec prudence: les estimations sont fondées sur des données couvrant moins de 40 pour cent de la population.

Note: Les estimations mondiales et régionales ont été pondérées en fonction de chaque groupe de population.

Sources: BIT, [World Social Protection Database](#), à partir de l'enquête du BIT sur la sécurité sociale (Social Security Inquiry – SSI), de la base de données ILOSTAT et de sources nationales.

en services de santé, des mesures de soutien du revenu et du recul du PIB provoqué par la crise. Afin de garantir ne serait-ce qu'un niveau élémentaire de sécurité sociale, autrement dit un socle de protection sociale défini au niveau national, les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure et les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure devraient investir chaque année, respectivement, 362,9 milliards de dollars (5,1 pour cent du PIB) et 750,8 milliards de dollars (3,1 pour cent du PIB) de plus par an. Les pays à faible revenu devraient quant à eux consentir un investissement supplémentaire de 77,9 milliards de dollars, soit l'équivalent de 15,9 pour cent de leur PIB.

Le COVID-19 risque de compromettre des années de progrès vers la réalisation des ODD, en réduisant à néant les avancées en matière de réduction de la pauvreté. La crise a également mis en lumière les graves lacunes de protection

qui subsistent dans tous les pays et contraint les décideurs politiques à cesser d'ignorer les déficits de protection sociale persistants dont pâtissent certaines catégories de la population, notamment les travailleurs de l'économie informelle, les migrants et les aidants non rémunérés.

Pour affronter la crise, des mesures de protection sociale d'une ampleur sans précédent ont été adoptées partout dans le monde, quoique à des degrés divers. Les pays à revenu élevé étaient mieux armés pour mobiliser leurs systèmes existants ou prendre des mesures d'urgence afin d'atténuer les effets de la crise sur la santé, l'emploi et les revenus. La riposte a été plus difficile à mettre en œuvre dans les pays à faible revenu, qui étaient malheureusement mal préparés et disposaient d'une marge de manœuvre réduite, notamment en matière de politique macroéconomique.

► La protection sociale des enfants reste insuffisante, alors qu'elle leur donnerait la possibilité de réaliser leur potentiel

Points essentiels

- La grande majorité des enfants ne bénéficient toujours pas d'une couverture sociale effective et seuls 26,4 pour cent d'entre eux ont droit à des prestations de protection sociale. Leur niveau de couverture effective est particulièrement faible dans certaines régions: 18 pour cent en Asie-Pacifique, 15,4 pour cent dans les États arabes et 12,6 pour cent en Afrique.
- On observe toutefois des évolutions positives: plusieurs pays ont mis en place des prestations universelles ou quasi universelles pour les enfants et les familles, et la pandémie de COVID-19 est venue rappeler à quel point il était crucial de disposer de systèmes de protection sociale inclusifs et de services de garde d'enfants de qualité et de faire bénéficier d'une protection sociale les personnes assurant la garde des enfants.
- Les dépenses nationales consacrées à la protection sociale des enfants sont très insuffisantes en moyenne, puisqu'elles ne représentent que 1,1 pour cent du PIB et 7 pour cent pour la protection vieillesse. Les régions du monde qui comptent la plus forte proportion d'enfants et qui ont le plus besoin de protection sociale sont aussi celles qui affichent les taux de couverture et les niveaux de dépenses les plus faibles. C'est le cas notamment de l'Afrique subsaharienne (0,4 pour cent du PIB).
- Pour faire face à l'augmentation spectaculaire de la pauvreté infantile provoquée par le COVID-19, combler les lacunes de couverture de la protection sociale et produire les meilleurs résultats pour les enfants et la société, les responsables politiques doivent adopter une approche systémique intégrée comprenant des allocations familiales et des prestations à l'enfance, des dispositions relatives au congé parental et l'accès aux soins de santé.

► La protection sociale dont bénéficient les personnes en âge de travailler ne permet pas de suffisamment les prémunir contre les aléas de l'existence

Points essentiels

- *Maternité*: Certains pays ont accompli des progrès considérables vers une couverture effective universelle ou quasi universelle de maternité. Malgré les répercussions positives de l'aide aux femmes enceintes sur le développement, seulement 44,9 pour cent des mères de nouveau-nés bénéficient d'une prestation de maternité en espèces.
- *Maladie*: La crise du COVID-19 a montré qu'il était crucial d'assurer une sécurité de revenu en cas de maladie et même de mise en quarantaine. Or, un tiers seulement de la population mondiale en âge de travailler voit sa sécurité de revenu garantie par la loi en cas de maladie.
- *Invalidité*: La part des personnes lourdement handicapées qui perçoivent des prestations d'invalidité reste faible – 33,5 pour cent. Plusieurs pays ont néanmoins mis en place des régimes de protection universels.
- *Accidents du travail et maladies professionnelles*: Seulement 35,4 pour cent de la main-d'œuvre

mondiale bénéficie d'une couverture effective en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle. De nombreux pays ont reconnu le COVID-19 comme maladie professionnelle afin de faciliter l'accès des travailleurs des secteurs les plus exposés aux prestations du régime d'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles.

- *Protection contre le chômage*: Dans le monde, seuls 18,6 pour cent des demandeurs d'emploi reçoivent des prestations de chômage et bénéficient donc d'une couverture effective. Les régimes de protection contre le chômage restent la branche la moins développée de la protection sociale. La pandémie a pourtant montré que les dispositifs de maintien dans l'emploi et les prestations de chômage contribuent grandement à protéger les emplois et les revenus.
- *Les estimations de dépenses* montrent que seulement 3,6 pour cent du PIB mondial est alloué à des mesures publiques de protection sociale visant à assurer une sécurité de revenu aux personnes en âge de travailler.

► La protection sociale des personnes âgées pâtit d'une couverture limitée et de problèmes d'adéquation

Points essentiels

- Les pensions de vieillesse représentent la forme de protection sociale la plus répandue dans le monde et sont essentielles à la réalisation de la cible 1.3 des ODD. À l'échelle mondiale, 77,5 pour cent des personnes ayant atteint l'âge du départ à la retraite perçoivent une pension, contributive ou non contributive. De fortes disparités subsistent toutefois entre les régions, entre zones rurales et urbaines, ainsi qu'entre femmes et hommes. Les dépenses consacrées aux pensions et autres prestations de vieillesse représentent 7,0 pour

cent du PIB en moyenne, avec, là encore, des écarts notables selon les régions.

- Dans les pays en développement, le niveau de couverture de la population par les systèmes de protection vieillesse s'est nettement amélioré. Plus encourageant encore, bon nombre de pays, y compris ceux à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, ont mis en place des régimes universels, dans le cadre de socles nationaux de protection sociale.
- La pandémie de COVID-19 a accentué la pression sur les coûts et le financement des régimes de retraite, mais ses répercussions ne devraient guère se faire sentir à long terme. La riposte massive des pays face à la crise a

montré l'importance que revêtent les régimes de protection vieillesse, et notamment les soins de longue durée, pour les personnes âgées, surtout en période de crise. Elle a montré aussi qu'il était urgent de renforcer les dispositifs de soins de longue durée afin de garantir les droits aussi bien des bénéficiaires que des prestataires de soins.

- Les réformes des retraites ont essentiellement poursuivi un objectif de viabilité financière, au détriment des autres principes énoncés dans les normes internationales de sécurité sociale (universalité, adéquation et prévisibilité des prestations, solidarité et financement collectif). Or, ces principes sont essentiels

pour assurer une sécurité de revenu aux personnes âgées, ce qui est, et devrait demeurer, l'objectif premier de tout système de retraite. Veiller à l'adéquation des prestations est particulièrement primordial pour les femmes et les travailleurs faiblement rémunérés ou occupant des emplois précaires. En outre, de nombreux pays ont encore du mal à étendre et à financer leur système de retraite en raison d'obstacles structurels qui tiennent notamment à leur niveau de développement, à la prégnance de l'économie informelle, à une faible capacité contributive, à la pauvreté et à leur manque de marge de manœuvre budgétaire.

► La protection sociale de la santé est essentielle pour assurer une couverture santé universelle

Points essentiels

- Des progrès considérables ont été accomplis en matière de couverture, si bien qu'aujourd'hui près des deux tiers de la population sont affiliés à un régime de protection sociale en santé. De nombreux obstacles entravent cependant l'accès aux soins de santé: les dépenses à la charge du patient, l'éloignement géographique, le manque de disponibilité, de qualité et d'acceptabilité des services de santé, les délais d'attente, ainsi que le coût que représente le temps de travail perdu. La crise du COVID-19 a mis en évidence les insuffisances en matière d'adéquation des prestations et la nécessité de limiter les frais à la charge des patients.
- Le financement collectif, la mutualisation des risques et une approche fondée sur les droits sont des conditions essentielles pour assurer à tous un accès effectif aux soins de santé même en cas de chocs. Dans le contexte sanitaire actuel, les principes énoncés dans les normes internationales de sécurité sociale sont plus pertinents que jamais pour parvenir à une couverture santé universelle. Des données plus nombreuses et de meilleure qualité sur la couverture légale doivent être collectées en

priorité afin de suivre les progrès en matière de couverture et d'équité.

- Il s'avère crucial d'investir dans la disponibilité de services de santé de qualité. La pandémie de COVID-19 a souligné une nouvelle fois la nécessité d'investir dans les services de santé et d'améliorer la coordination au sein du système de santé. Elle a mis en lumière les difficultés qu'il y a à recruter, déployer, retenir et protéger des travailleurs de la santé dûment formés, soutenus et motivés pour prodiguer des soins de qualité.
- Une meilleure articulation entre accès aux soins médicaux et sécurité de revenu est nécessaire pour mieux agir sur les principaux facteurs déterminants de la santé. La crise du COVID-19 a rappelé que le système de protection sociale contribue à infléchir les comportements pour favoriser la prévention et la complémentarité des régimes de soins de santé et de prestations de maladie. La mise en place d'approches coordonnées est nécessaire pour répondre aux besoins particuliers et naissants créés par la mobilité humaine, le poids croissant des affections de longue durée et des maladies chroniques, et le vieillissement de la population. L'impact du COVID-19 sur les personnes âgées a montré la nécessité de coordonner soins de santé et services sociaux.

► Progresser résolument vers la protection sociale universelle pour parvenir à la justice sociale

Le COVID-19 est venu rappeler à quel point il est important de parvenir à une protection sociale universelle. S'ils veulent faire face à la pandémie en cours, créer les conditions d'une reprise centrée sur l'humain et bâtir un avenir plus inclusif, les pays – gouvernements, partenaires sociaux et autres parties prenantes – doivent à tout prix éviter une sortie de crise par le bas et adopter au contraire une stratégie de protection sociale ambitieuse. Voici quelques recommandations à cet égard:

- Les mesures de protection sociale mises en place pour affronter la pandémie de COVID-19 doivent être maintenues jusqu'à ce que la crise s'atténue et que la reprise soit bien engagée. Il faudra donc continuer à investir dans les systèmes de protection sociale afin de maintenir le niveau de vie, de garantir un accès équitable aux vaccins et aux soins de santé, et d'éviter une nouvelle contraction de l'économie. Garantir un accès rapide et équitable aux vaccins est le seul moyen d'assurer la santé et la prospérité de tous les peuples et de tous les pays. Dans le monde interconnecté dans lequel nous vivons, c'est la condition pour que la reprise soit véritablement inclusive.
- Il convient de ne pas céder à la tentation de revenir à une politique d'assainissement budgétaire dans le but de compenser les dépenses publiques massives rendues nécessaires par le COVID-19. Les crises précédentes ont montré que l'austérité laisse de profondes cicatrices dans la société, et notamment chez les personnes les plus vulnérables. Créer les conditions d'une reprise riche en emplois et centrée sur l'humain, conforme aux objectifs en matière de santé, de société, d'environnement et d'atténuation du changement climatique, peut en revanche concourir à la réalisation des objectifs de sécurité de revenu, de création d'emplois et de cohésion sociale, contribuer à élargir l'assiette de l'impôt et aider à financer la protection sociale universelle.
- Malgré tous les ravages qu'elle a provoqués, la pandémie a fait naître l'espoir d'une évolution des mentalités. En montrant que nous sommes tous vulnérables, que notre bien-être individuel est intimement lié à la sécurité et au bien-être collectifs, elle a fait la preuve que la protection sociale était indispensable. La crise a prouvé en outre que les pays pouvaient, s'ils le souhaitent, dégager une marge de manœuvre suffisante pour adopter une stratégie du «quoi qu'il en coûte» afin d'atteindre leurs objectifs prioritaires. Poursuivre cette stratégie lorsque le pire de la pandémie sera derrière nous sera la voie royale pour réaliser les ODD et parvenir à la protection sociale universelle.
- Pour s'engager sur cette voie, il faut mettre en place des systèmes de protection sociale universelle pérennes qui assurent une couverture adéquate et complète à tous, en s'appuyant sur un dialogue social tripartite efficace. Ce sont des outils indispensables pour réduire la pauvreté et les inégalités mais aussi pour relever les défis actuels et à venir, parce qu'ils favorisent le travail décent, accompagnent les femmes et les hommes dans leurs transitions personnelles et professionnelles, facilitent la transition des travailleurs et des entreprises de l'économie informelle vers l'économie formelle, soutiennent la transformation structurelle de l'économie et favorisent la transition vers des économies et des sociétés plus respectueuses de l'environnement.
- Il est urgent d'investir davantage dans la protection sociale pour combler les déficits de financement. L'effort d'investissement doit porter en priorité sur les socles nationaux de protection sociale afin de tenir les engagements du Programme 2030. Tous les pays, même les plus pauvres, peuvent créer un espace budgétaire. La mobilisation des ressources nationales est essentielle, mais un soutien international concerté est également indispensable pour accélérer les avancées dans les pays qui manquent de capacités budgétaires et économiques et, en particulier, dans les pays à faible revenu où le sous-investissement dans la protection sociale est notable.
- La protection sociale universelle bénéficie de l'approche «unis dans l'action» des institutions des Nations Unies, en concertation avec les instances internationales, régionales, sous-régionales et nationales compétentes, les partenaires sociaux, la société civile et d'autres parties prenantes, notamment dans le cadre du Partenariat mondial pour la protection sociale universelle.

► Les pays doivent saisir l'occasion unique fournie par le COVID-19 pour bâtir l'avenir de la protection sociale et faire résolument le choix d'une stratégie ambitieuse. Ce n'est qu'à cette condition que nos sociétés seront en mesure de faire face aux crises à venir et d'affronter les défis que représentent le changement démographique, les mutations du monde du

travail, les migrations, la dégradation de l'environnement et la menace existentielle que fait peser le changement climatique. Des systèmes de protection sociale robustes sont en définitive indispensables pour revitaliser un contrat social mal en point et assurer aux pays un avenir socialement juste.





- 1.1 Introduction
- 1.2 La protection sociale à la croisée des chemins: les défis
- 1.3 Progresser vers des systèmes de protection sociale universels, y compris des socles, afin de ne laisser personne de côté
- 1.4 Bâtir une base de connaissances statistiques sur la protection sociale pour le suivi des ODD
- 1.5 Objectifs et structure du présent rapport

La protection sociale à la croisée des chemins: la réponse à la crise du COVID-19 et la voie de la reprise

► Progresser résolument vers la protection sociale universelle pour parvenir à la justice sociale

De nombreux pays sont aujourd'hui à la croisée des chemins: le moment est venu d'emprunter la voie royale pour parvenir à la protection sociale universelle.

STRATÉGIE AMBITIEUSE

APPROCHE MINIMALISTE

Négliger les systèmes de protection sociale se traduit par:



Un sous-investissement



Le recours à des mesures d'austérité et d'assainissement budgétaire excessives



Des prestations insuffisantes pour vivre dignement



L'absence de coordination avec les politiques du marché du travail, de l'emploi et d'autres politiques économiques et sociales



La persistance de lacunes importantes dans la couverture de la protection sociale

Renforcer les systèmes de protection sociale passe par:



La couverture universelle



Des niveaux de prestations adéquats



Une gamme complète de prestations



Un financement durable



Une offre inclusive et fondée sur les droits



L'adaptation aux mutations du monde du travail

BIT, World Social Protection Database

En savoir plus

- ▶ Avec le COVID-19, la protection sociale est arrivée à un tournant. La pandémie n'a fait qu'aggraver les problèmes existants et grandissants de l'insécurité économique, des inégalités et de l'emploi informel. Elle a aussi révélé la vulnérabilité des personnes qui ne bénéficient pas d'une protection sociale adéquate.
- ▶ Les grandes tendances que sont les évolutions technologiques, le vieillissement de la population, l'urbanisation, les migrations et les effets du changement climatique ont des conséquences pour les politiques de l'emploi et de la protection sociale, et risquent d'exacerber encore l'emploi informel et les inégalités.
- ▶ Des mesures énergiques seront nécessaires pour renforcer et étendre les systèmes de protection sociale et, en particulier, pour mettre en place des socles de protection sociale solides qui assurent au minimum un niveau de protection sociale élémentaire à tous. La protection sociale universelle est un outil indispensable pour relever les défis actuels et à venir de façon inclusive et durable.
- ▶ Le cadre normatif défini par les instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme et par les normes de sécurité sociale pour la mise en place de systèmes de protection sociale complets constitue une base essentielle pour garantir le droit fondamental à la sécurité sociale selon une approche fondée sur les droits.
- ▶ Investir dans la protection sociale peut être le vecteur de transformations positives, en contribuant à enrayer la montée de la pauvreté et à accélérer les progrès en vue de la réalisation des objectifs de développement durable (ODD) à l'horizon 2030. Nous nous trouvons à un moment décisif où il convient de transformer les mesures d'urgence prises en réponse à la crise en éléments de systèmes et de socles de protection sociale fondés sur les droits.
- ▶ Ce rapport présente les données les plus récentes pour mesurer les progrès accomplis dans la réalisation de la cible 1.3 des ODD («Mettre en place des systèmes et mesures de protection sociale pour tous, adaptés au contexte national, y compris des socles de protection sociale, et faire en sorte que, d'ici à 2030, une part importante des pauvres et des personnes vulnérables en bénéficient»). Il fournit aussi des indicateurs clés sur plusieurs dimensions des systèmes de protection sociale. Toutes ces informations sont issues de la base de données mondiale du BIT sur la protection sociale (World Social Protection Database), qui compile des statistiques détaillées au niveau mondial, régional et national.



► 1.1 Introduction



La pandémie de COVID-19 a révélé la vulnérabilité des personnes insuffisamment protégées.

La protection sociale se trouve aujourd'hui à un tournant décisif¹. Partout dans le monde, la pandémie de COVID-19 a révélé la vulnérabilité des personnes qui étaient insuffisamment protégées contre ses répercussions socio-économiques. En réponse à la crise, les gouvernements ont pris des mesures de protection sociale destinées à préserver la santé, les emplois et les revenus.

Ils ont étendu la couverture des prestations existantes ou instauré de nouvelles prestations, adapté les modalités de gestion et de versement et mobilisé des ressources financières supplémentaires (BIT, 2021o et 2020m).

La crise actuelle a montré que la protection sociale joue un rôle crucial dans les situations d'urgence. Et, surtout, elle a établi de façon irréfutable la nécessité de bâtir une protection sociale universelle. Les insuffisances des filets de sécurité caractérisés par un ciblage étroit et des conditions d'accès restrictives sont apparues de façon criante. Ce type de programmes est loin d'offrir la protection nécessaire en temps de crise et ne peut offrir la large couverture requise pour assurer une reprise équitable. Si la réponse d'urgence sans précédent apportée à la crise du COVID-19 a suscité un élan massif en faveur de la protection sociale universelle, les efforts n'ont pas toujours été suffisants ou durables. Dans bon nombre de pays, les mesures d'urgence ont pris fin au bout de quelques mois à peine et le niveau des prestations était trop faible pour assurer un niveau de vie adéquat. Ces dispositifs n'ont donc pas permis de créer les conditions d'une reprise durable et inclusive.

Or, avant même que la reprise soit complètement engagée, l'austérité budgétaire se profile déjà à l'horizon. Il y a lieu de s'en inquiéter, d'autant qu'il est peu probable que l'activité économique se rétablisse de sitôt et que les problèmes structurels et le délitement du contrat social (précarité de l'emploi, inégalités, fraude et évasion fiscales) que

l'on observait avant le COVID-19 n'ont pas encore été traités de manière adéquate. Dans un contexte marqué par une hausse sensible de la pauvreté et des inégalités, cette éventualité pourrait réduire à néant les progrès accomplis en vue de la réalisation du Programme de développement durable à l'horizon 2030 (Programme 2030) et des droits humains.

Le moment est venu de prendre des mesures énergiques pour bâtir l'avenir de la protection sociale. Reste à savoir si les enseignements tirés de la crise actuelle et de celles qui l'ont précédée provoqueront le sursaut nécessaire pour parvenir à la protection sociale universelle. Il faudrait pour cela combler les lacunes en matière de couverture, d'exhaustivité et d'adéquation, et renforcer les systèmes nationaux de protection sociale, notamment par la mise en place de socles de protection sociale solides qui garantissent au moins un niveau élémentaire de sécurité sociale à chacun tout au long de la vie. Il peut paraître tentant de se contenter de mettre en place des filets de sécurité dans le cadre d'une politique d'austérité et d'assainissement budgétaire, mais cette stratégie limitée ne permettra pas de répondre aux besoins des personnes, des sociétés et des économies. Si les mesures d'urgence ne sont pas systématiquement transformées en éléments de systèmes de protection sociale fondés sur les droits, un très grand nombre de personnes seront condamnées sans autre forme de procès à vivre dans des conditions guère meilleures, et souvent pires, que celles qui étaient les leurs avant la pandémie de COVID-19: elles seront abandonnées à leur sort, avec une protection insuffisante, voire pas de protection du tout.

Il est temps, aujourd'hui plus que jamais, de redoubler d'efforts pour réaliser les ambitions du Programme 2030. La protection sociale universelle est l'une des pierres angulaires d'un projet d'avenir centré sur l'humain, car elle offre la possibilité de rendre



Il est temps, plus que jamais, de redoubler d'efforts pour réaliser les ambitions du Programme 2030.

¹ La protection sociale, ou sécurité sociale, recouvre l'ensemble des politiques et des programmes conçus pour réduire et prévenir la pauvreté et la vulnérabilité tout au long du cycle de vie. La protection sociale comporte neuf grands domaines: les prestations à l'enfance et aux familles, la protection de la maternité, la protection contre le chômage, les prestations en cas d'accident du travail et de maladie professionnelle, les prestations en cas de maladie, la protection de la santé, les prestations de vieillesse, les prestations d'invalidité et les prestations aux survivants. Les systèmes de protection sociale traitent tous ces domaines au moyen d'une combinaison de régimes contributifs (assurance sociale) et de régimes non contributifs financés par l'impôt (régimes universels/catégoriels et assistance sociale).

effectif le droit humain à la sécurité sociale pour tous, d'éradiquer et d'éviter la pauvreté, de réduire les inégalités multiples et croisées, de renforcer les capacités humaines et d'accroître la productivité,

de favoriser la solidarité et l'équité, et de revitaliser le contrat social. Le renforcement des systèmes de protection sociale est absolument indispensable pour bâtir cet avenir meilleur.

► 1.2 La protection sociale à la croisée des chemins: les défis

Le COVID-19 a fait irruption alors que de nombreux pays ne s'étaient pas encore remis de la crise financière mondiale de 2008. Au terme de près d'une décennie d'austérité, la plupart des pays s'efforçaient à grand-peine de résoudre toute une série de problèmes qui ont été aggravés depuis par la crise et ses répercussions socio-économiques. Ce concours de circonstances a encore accru les enjeux de la protection sociale.

Malgré les évolutions positives observées dans certaines régions du monde, de nombreux pays ont encore du mal à combler les lacunes en matière de protection sociale et à faire du droit à la sécurité sociale une réalité pour tous. Ces difficultés s'expliquent par la part importante, et souvent croissante, de l'économie informelle, le niveau élevé et le creusement des inégalités, le manque de marge de manœuvre budgétaire, la fragmentation des institutions et le conflit de priorités, à quoi s'ajoutent le changement climatique, la transformation numérique et les évolutions démographiques. Avec l'évolution des relations de travail et d'emploi ainsi que l'affaiblissement des institutions du marché du travail, les inégalités et l'insécurité économique ont progressé, et les revenus du travail ont stagné dans de nombreuses régions du monde. La protection sociale, qui a fait la preuve de son efficacité pour réduire et prévenir la pauvreté, et pour combattre les inégalités, est dès lors plus essentielle que jamais (cibles 1.3, 5.4 et 10.4 des ODD²).

Si des progrès ont été accomplis dans la réduction de l'extrême pauvreté, le creusement des inégalités a érodé la confiance dans les institutions et fragilisé un contrat social déjà mal en point dans de nombreuses régions du monde (Razavi *et al.*, 2020; Commission mondiale sur l'avenir du travail, 2019; BIT, 2016c). La mondialisation des échanges et de

la finance, la financiarisation de l'économie, les évolutions technologiques et les nouvelles formes de travail, l'ampleur de l'économie informelle et les mauvaises conditions de travail, ainsi que la privatisation des services publics, ont creusé le fossé entre ceux qui profitent de ces évolutions et ceux qui en pâtissent (Elson, 2018). La part du travail dans la valeur ajoutée mondiale recule au profit de celle du capital et les écarts de revenu s'accroissent entre les travailleurs (BIT, 2019d et 2021a *bis*).

Dans de nombreux pays, la moindre progressivité de l'impôt sur le revenu et d'autres ressources ainsi que le report de la charge fiscale du capital vers le travail ont contribué à la stagnation des salaires réels et à l'augmentation des inégalités et de l'insécurité économique (BIT, 2021a *bis*; PNUD, 2019; Berg, 2015b). La croissance économique a surtout profité à ceux qui se trouvent au sommet de la distribution des revenus. Les 1 pour cent d'individus les plus riches de la planète ont capté environ 27 pour cent de la croissance des revenus entre 1980 et 2016, tandis que les 50 pour cent les plus pauvres n'en ont perçu que 12 pour cent. De surcroît, la fortune totale des milliardaires du monde entier a atteint un nouveau sommet pendant la pandémie, s'établissant à 10 200 milliards de dollars É.-U. en juillet 2020 (Alvaredo *et al.*, 2017; UBS, 2020; Oxfam, 2020). Les promesses d'ascension sociale et d'égalité des chances n'ont pas été tenues pour celles et ceux qui ont toutes les peines du monde à trouver un travail décent et à conserver un niveau de vie suffisant, ce qui érode la confiance dans les institutions politiques, voire dans la démocratie elle-même (Razavi *et al.*, 2020; OCDE, 2019a).

Malgré les efforts accomplis pour que les femmes puissent jouir de leurs droits, les inégalités entre

² Cible 5.4: «Faire une place aux soins et travaux domestiques non rémunérés et les valoriser, par l'apport de services publics, d'infrastructures et de politiques de protection sociale et la promotion du partage des responsabilités dans le ménage et la famille, en fonction du contexte national». Cible 10.4: «Adopter des politiques, notamment sur les plans budgétaire, salarial et dans le domaine de la protection sociale, et parvenir progressivement à une plus grande égalité».

les sexes persistent dans les sphères familiale et professionnelle, et dans la société. Nulle part dans le monde ou presque, les femmes ne bénéficient d'un salaire égal à celui des hommes pour un travail de valeur égale, en raison notamment de leur surreprésentation dans les activités de soins non rémunérées et de pratiques discriminatoires immuables. Elles représentent en outre près des deux tiers des travailleurs familiaux collaborant à l'entreprise familiale, c'est-à-dire des personnes qui travaillent à leur propre compte dans une entreprise exploitée par un parent vivant dans le même ménage (BIT, 2019g et 2019f; PNUD, 2019; ONU Femmes, 2020a). Ces inégalités persistantes limitent l'accès des femmes à la protection sociale, tant pour ce qui est de la couverture que du niveau des prestations, ce qui les expose encore aujourd'hui davantage que les hommes au risque de pauvreté. Depuis le début de la crise du COVID-19, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à perdre leur emploi et à quitter le marché du travail, peut-être du fait de l'intensification de la charge de travail non rémunéré (BIT, 2020j; ONU Femmes, 2020c). Une partie des progrès réalisés au cours des dernières décennies en matière d'égalité femmes-hommes sont en train de partir en fumée.

De nombreux pays sont confrontés à un chômage et un sous-emploi structurels élevés et à une augmentation de l'inactivité, surtout depuis le début de la crise du COVID-19 (BIT, 2021k). Beaucoup d'entre eux doivent aussi faire face à un marché du travail fragmenté, à un niveau élevé et souvent croissant d'emplois informels et, donc, d'insécurité économique pour les travailleurs qui occupent un emploi temporaire ou occasionnel, un emploi à temps partiel subi ou qui travaillent à leur propre compte (BIT, 2019l et 2020y). Une partie des réformes menées depuis le milieu des années 1970 dans une optique de déréglementation, de privatisations, de flexibilité accrue du marché du travail et de baisse des coûts salariaux ainsi que de réduction des dépenses sociales ont déplacé les risques économiques en les faisant peser sur les travailleurs, ce qui les a rendus encore plus vulnérables. En parallèle, l'essor de nouveaux modèles économiques dans plusieurs secteurs a encouragé le travail indépendant et s'est traduit par un recours accru à des contrats de sous-traitance ou des accords de service complexes, souvent dépourvus d'une protection sociale adéquate (BIT, 2016b et 2021q).

1.2.1 Répondre à ces défis pressants par la protection sociale

Le rôle que joue la protection sociale dans la prévention et la réduction des inégalités et de la pauvreté s'avère crucial pour renforcer la cohésion sociale et revitaliser le contrat social. Au sein des États membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), les impôts et, en particulier, les transferts sociaux réduisent les inégalités d'environ un quart en moyenne, bien que leur effet égalisateur varie fortement d'un pays à l'autre (OCDE, 2015 et 2019a). Ce n'est pas un hasard si les pays qui ont investi de longue date dans des politiques de protection sociale universelle se caractérisent généralement par des inégalités de revenus plus faibles et une cohésion sociale plus forte que les autres (Palme et Kangas, 2005). C'est le cas des pays nordiques par exemple, et il est intéressant de noter que les niveaux de bonheur relativement élevés qu'ils affichent sont attribués entre autres à la qualité de leurs systèmes de protection sociale (Martela *et al.*, 2020). Il est établi que les impôts et les transferts contribuent fortement, par leur effet redistributif, à rendre la distribution des revenus plus équitable, et que les inégalités de revenus sont moins prononcées dans les pays qui ont des dépenses sociales élevées (Cantillon, 2009; PNUD, 2019).

Ces deux dernières décennies, de nombreux pays d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine ont renforcé leurs systèmes de protection sociale, même s'ils partaient d'un niveau de dépenses sociales bien inférieur à celui de la plupart des pays développés. Dans les pays à revenu faible et intermédiaire, tout indique que les programmes non contributifs de transferts en espèces ont aidé à réduire la pauvreté et ont eu des effets globalement positifs sur la santé, l'éducation et le marché du travail (Bastagli *et al.*, 2019). En Afrique du Sud, par exemple, les transferts sociaux financés par l'impôt et destinés aux familles avec enfants, aux personnes âgées et aux personnes handicapées, ont permis, avec d'autres transferts et impôts, ainsi que l'augmentation des dépenses de santé et d'éducation, de réduire les inégalités de revenus, le coefficient de Gini ayant reculé de 0,737 à 0,538 (Goldman, Woolard et Jellema, 2020). Les politiques de protection sociale renforcent également la cohésion sociale, avec des effets positifs sur la relation de confiance et la réciprocité, ce qui favorise la participation, la redevabilité et l'égalité des sexes (Babajanian, 2012).

1.2.2 Malgré les progrès accomplis, il reste du chemin à parcourir

En dépit des progrès louables réalisés depuis plus d'un siècle dans la mise en place de systèmes de protection sociale, la majorité de la population mondiale reste encore exclue de toute forme de sécurité sociale. La crise du COVID-19 montre clairement que les pays doivent redoubler d'efforts pour se doter de systèmes de protection sociale universels, adéquats et complets, y compris des socles de protection sociale.

On peut légitimement craindre que les répercussions sanitaires, économiques et sociales de la

pandémie ne torpillent les progrès accomplis vers la réalisation du Programme 2030 et la concrétisation des droits humains. Selon les Nations Unies, des décennies de progrès dans la réduction de la pauvreté et l'amélioration du niveau de vie risquent d'être réduites à néant (ONU, 2020i). Un tel retour en arrière affecterait en priorité les personnes les plus démunies, et ne ferait qu'aggraver leur sort.

La pandémie pourrait torpiller les progrès accomplis vers la réalisation du Programme 2030 et la concrétisation des droits humains.

Compte tenu de ces enjeux, il est impératif de renforcer les systèmes de protection sociale si l'on veut créer les conditions d'une reprise inclusive et durable, favoriser la justice sociale et rendre effectif le droit fondamental à la sécurité sociale pour tous (voir section 1.3 ci-dessous), afin de remettre les ODD sur la bonne voie et

même accélérer leur réalisation. Investir dans la protection sociale est un moyen d'action essentiel pour atteindre plusieurs des objectifs économiques et sociaux du Programme 2030³, à savoir l'élimination de la pauvreté (ODD 1) et de la faim (ODD 2), la bonne santé et le bien-être (ODD 3), l'égalité des sexes (ODD 5), le travail décent et la croissance économique (ODD 8), la réduction des inégalités (ODD 10) ainsi que la paix, la justice et des institutions efficaces (ODD 16) (figure 1.1). La protection sociale contribue aussi à la réalisation du volet environnemental du développement durable, et notamment de l'ODD 13, car elle facilite une «transition juste» vers des économies et des sociétés écologiquement durables (BIT, 2017f et 2020a *bis*; ONU, 2020i et 2020e).

On constate que l'investissement dans la protection sociale universelle et les services publics a considérablement aidé les pays à se relever de crises majeures par le passé. C'est ce qui a favorisé la reprise après les ravages de la seconde guerre mondiale en Europe ou après la crise financière de 1997 en Asie. Aujourd'hui, après avoir tiré le bilan des politiques d'assainissement des finances publiques prématurément mises en œuvre au sortir de la crise économique et financière mondiale de 2008, nous en sommes au point où les mesures d'urgence adoptées durant la crise doivent être pérennisées en vue de créer des systèmes ou des socles de protection sociale solides, ou de renforcer ceux qui sont déjà en place. La protection sociale ne peut prémunir les personnes contre les aléas de la vie, jouer un rôle de stabilisateur économique et social et favoriser le travail décent et la justice sociale qu'à condition qu'elle ne serve pas simplement à éteindre le feu en cas d'urgence, mais qu'elle soit considérée comme faisant partie intégrante des politiques publiques en temps normal (voir chapitre 5).

³ Il est fait mention de la protection sociale, directement ou indirectement, dans au moins cinq cibles des ODD (1.3, 3.8, 5.4, 8.5 et 10.4).

► **Figure 1.1 La protection sociale dans le Programme 2030: les objectifs et les cibles qui s’y réfèrent**



► 1.3 Progresser vers des systèmes de protection sociale universels, y compris des socles, afin de ne laisser personne de côté

La sécurité sociale n'est pas une œuvre de charité, mais un droit humain fondamental. Les individus et les sociétés sont aujourd'hui confrontés à des défis multiples, parmi lesquels un marché du travail qui évolue plus rapidement que jamais sous l'effet des transformations écologiques, technologiques et démographiques et qui exige une mise à niveau constante des compétences. La protection sociale universelle est tout à la fois un garde-fou et un levier qui permet aux personnes de vivre dignement et d'aborder sereinement le changement. Elle est de ce fait indispensable pour bâtir un avenir du travail centré sur l'humain. Les crises, qu'elles soient sanitaires, économiques, climatiques ou consécutives à des catastrophes naturelles ou des conflits, ont toujours souligné la nécessité d'étendre la protection sociale comme moyen d'action essentiel pour lutter contre la pauvreté et les inégalités, et renforcer la cohésion sociale. Elles ont aussi montré que les pays dotés de systèmes de protection sociale solides étaient en mesure de réagir plus rapidement et de mieux de protéger leur population contre les conséquences de ces chocs.

La protection sociale universelle est, de fait, au fondement du contrat social et du développement durable. Elle garantit, en vertu des principes de solidarité et de financement collectif, que tous les membres de la société sont bien protégés – qu'ils soient jeunes ou vieux, qu'ils soient en mauvaise santé, au chômage ou en situation de handicap. En offrant un accès aux soins de santé et à une sécurité de revenu, elle empêche ou, du moins, atténue la pauvreté et réduit la vulnérabilité, l'exclusion sociale et les inégalités, tout en favorisant la croissance et la prospérité. En période de récession, elle stimule la demande globale, faisant ainsi office de stabilisateur économique. Elle facilite les transformations structurelles, en aidant les travailleurs à changer d'emploi et de profession. Elle contribue également à l'égalité des

sexes, en donnant aux femmes et aux hommes les moyens d'investir dans leurs capacités, d'exploiter les possibilités économiques qui s'offrent à eux et de développer leur capacité à aspirer à différents types de vie (Appadurai, 2004).

La sécurité sociale est consacrée comme droit humain dans la Déclaration universelle des droits de l'homme (1948, articles 22 et 25), le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (1966, articles 9 et 11) et de nombreux d'autres instruments des droits de l'homme⁴. Pour assurer à tous la jouissance de ce droit, la responsabilité générale et principale de la création et du maintien de systèmes de protection sociale incombe à l'État. La concrétisation du droit à la sécurité sociale contribue également à celle d'autres droits économiques, sociaux et culturels tels que le droit à une bonne alimentation, des vêtements en quantité suffisante et de bonnes conditions de logement, ainsi qu'aux droits à l'éducation et à la santé, qui sont tous indispensables à la dignité humaine (Morlachetti, 2016; Sepúlveda et Nyst, 2012). En définitive, c'est en investissant dans une croissance inclusive et durable, dans la cohésion sociale, la justice et la paix, et en rendant des comptes aux bénéficiaires de droits, que les États pourront revitaliser leur contrat social mis à mal (Commission mondiale sur l'avenir du travail, 2019; Razavi *et al.*, 2020)⁵.

Le cadre normatif établi par les normes internationales du travail suit une approche fondée sur les droits (voir encadré 1.1)⁶. Il définit les niveaux de protection à assurer au minimum, la stratégie à suivre pour y parvenir et les principes directeurs à appliquer pour instaurer des systèmes de protection sociale complets et durables. Dans l'optique globale dans laquelle les gouvernements et les organisations d'employeurs et de travailleurs ont conçu les normes internationales de sécurité sociale, la protection sociale universelle comporte les trois grandes dimensions suivantes (BIT, 2019j):

⁴ Voir notamment la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (1979), articles 11 et 14; la Convention relative aux droits de l'enfant (1989), articles 26 et 27; ainsi que la Convention relative aux droits des personnes handicapées (2006), article 28. Voir aussi ONU (2008).

⁵ Un contrat social est un pacte tacite qui régit les rapports entre l'État et les citoyens, entre le capital et le travail ou entre différents groupes de la population et en vertu duquel tous les membres de la société coopèrent dans leur intérêt mutuel et dans le respect des droits et des obligations de chacun (BIT, 2016c).

⁶ Les instruments pertinents sont présentés dans BIT, 2019f.

► Encadré 1.1 Le cadre normatif de l'OIT pour la mise en place de systèmes de protection sociale, socles compris

Depuis sa création en 1919, et conformément à son mandat constitutionnel, l'OIT élabore un cadre international cohérent destiné à guider les pays dans la mise en place, le développement et le maintien de systèmes de sécurité sociale partout dans le monde (BIT, 2021c). Les normes de l'OIT en matière de sécurité sociale se composent d'un ensemble de conventions et de recommandations élaborées et adoptées par les représentants des gouvernements, des employeurs et des travailleurs de tous les États Membres de l'OIT. Partant de l'idée qu'il n'y a pas de modèle unique en matière de protection sociale, les normes de l'OIT déterminent le niveau minimal de protection qui doit être garanti (personnes couvertes, conditions d'accès, niveau et durée des prestations; voir annexe 3). Elles établissent en outre les règles relatives au financement et à la gestion de la sécurité sociale, et les principes de base auxquels tous les systèmes devraient se conformer.

On pense souvent que les normes internationales de sécurité sociale portent sur les régimes contributifs. Elles ont en fait une portée beaucoup plus vaste. Elles couvrent un large éventail de prestations et de dispositifs tels que des régimes non contributifs sous condition de ressources, des régimes publics financés par l'impôt et offrant des prestations forfaitaires, des régimes de prestations minimales obligatoires et aussi, à certaines conditions, des régimes volontaires. Les normes internationales de sécurité sociale constituent donc un excellent cadre de référence pour les administrations chargées de mener des réformes et de les évaluer.

La convention (n° 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952, et la recommandation (n° 202) sur les socles de protection sociale, 2012, sont les deux instruments les plus importants dans ce domaine¹. La convention n° 102 est le premier et, à ce jour, le seul traité international portant sur la sécurité sociale et les neuf éventualités auxquelles chacun d'entre nous peut être confronté tout au long de la vie: le besoin de soins médicaux et de prestations en cas de maladie, de chômage, de vieillesse, d'accident de travail ou de maladie professionnelle, de charge d'enfants, de maternité, d'invalidité et de décès du soutien de famille. Bien que tous les États ne l'aient pas encore ratifié, cet instrument a servi de base au développement de la sécurité sociale dans le monde entier.

Promulguée soixante ans plus tard et prenant acte des lacunes qui subsistent dans le monde en matière de couverture et des nouveaux enjeux du moment, la recommandation n° 202 propose une stratégie pour parvenir à la protection sociale universelle au XXI^e siècle. Elle consiste à accorder la priorité à la mise en place de socles nationaux de protection sociale pour toutes les personnes ayant besoin d'une protection, puis à chercher à assurer des niveaux plus élevés de protection au plus grand nombre de personnes possible dans les meilleurs délais. Introduits dans le droit international, les socles nationaux de protection sociale englobent un ensemble de garanties élémentaires de sécurité sociale qui assurent un accès effectif aux soins de santé essentiels et une sécurité élémentaire de revenu à un niveau permettant aux personnes de vivre dans la dignité tout au long de leur existence. Ces socles devraient comporter au moins les garanties élémentaires suivantes:

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

La recommandation n° 202 ne se contente pas d'énoncer les principes qui doivent sous-tendre les systèmes de protection sociale universelle fondés sur les droits. Elle invite aussi les États Membres à organiser des consultations nationales sous la forme d'un dialogue social inclusif pour élaborer des stratégies nationales de protection sociale visant à combler les lacunes en matière de couverture et à améliorer l'adéquation des prestations, à assurer la cohérence des politiques en renforçant la coordination et en évitant les chevauchements, et à créer des synergies avec d'autres politiques économiques et sociales. Elle fournit aussi des orientations sur le suivi afin d'aider les pays à mesurer les progrès et à évaluer la performance de leur système de protection sociale.

¹ À ce jour, la convention n° 102 a été ratifiée par 59 pays, les derniers en date étant Cabo Verde (2020), le Bénin (2019), le Maroc (2019), la Fédération de Russie (2019), l'Argentine (2016), la République dominicaine (2016), l'Ukraine (2016), le Tchad (2015), Saint-Vincent-et-les Grenadines (2015) et le Honduras (2012). Les recommandations de l'OIT ne sont pas soumises à ratification.

1. une couverture universelle, afin que toute personne qui en a besoin puisse avoir un accès effectif à la protection sociale tout au long de sa vie;
2. une protection complète tout au long de la vie, afin que toute personne puisse être protégée contre les neuf grands risques ou éventualités qui correspondent aux branches de la sécurité sociale (voir note 1 et encadré 1.1), mais aussi contre d'autres éventualités, telles que le besoin de soins de longue durée;
3. une protection adéquate, afin de prévenir ou, tout au moins, de réduire la pauvreté, la vulnérabilité et l'exclusion sociale, et de permettre à tous de vivre dans la dignité.

 L'OIT préconise l'adoption d'une stratégie bidimensionnelle pour la mise en place de systèmes nationaux de protection sociale.

Pour concrétiser cette vision, l'OIT préconise l'adoption d'une *stratégie bidimensionnelle* pour la mise en place de systèmes nationaux de protection sociale et des cadres juridiques correspondants. Plus précisément, la recommandation (n° 202) sur

les socles de protection sociale, 2012, invite les États Membres à:

1. «établir ou maintenir, selon le cas, des socles de protection sociale en tant qu'élément fondamental de leurs systèmes nationaux de sécurité sociale» (dimension horizontale);
2. «[assurer] progressivement des niveaux plus élevés de sécurité sociale au plus grand nombre de personnes possible» (dimension verticale).


La recommandation n° 202 (paragr. 3) énumère dix-neuf principes – dont celui de la responsabilité de l'État – qui fondent le cadre dans lequel mettre en place des systèmes de protection sociale, les étendre, les financer, les mettre en œuvre et les évaluer conformément aux valeurs des droits humains que sont l'égalité et la non-discrimination, la participation, la transparence et la responsabilité (BIT, 2019i; Behrendt *et al.*, 2017). Ces principes ne dictent pas un modèle unique; ils invitent au contraire à mettre en œuvre la meilleure combinaison de moyens pour parvenir à la protection sociale universelle en fonction du contexte national, tout en satisfaisant aux principes d'universalité, d'adéquation, de solidarité et de durabilité. Chaque pays choisit généralement

sa propre combinaison de prestations d'assurance sociale et de prestations financées par l'impôt pour offrir une protection à tous tout au long de la vie, tout en assurant la solidarité et la viabilité financière, budgétaire et économique du système.

Fait important, la recommandation n° 202 confère à l'État la responsabilité générale et principale de la mise en œuvre de ces principes directeurs. C'est à l'État qu'il incombe de parvenir progressivement à la protection universelle et d'inscrire les systèmes de protection sociale dans la législation nationale, qui définit les droits et les obligations correspondantes. Cette inscription

dans la législation contribue à assurer le caractère adéquat et prévisible des prestations, renforce les capacités institutionnelles et favorise la transparence et la responsabilité en offrant un garde-fou contre les abus par le biais de procédures de réclamation et de recours efficaces et accessibles. Enfin, un dialogue social efficace et une participation tripartite tout au long de la conception et de la mise en œuvre des systèmes nationaux de protection sociale garantiront que les politiques et les cadres juridiques sont transparents, consensuels et équilibrés, et qu'ils respectent les droits et la dignité de chacun sans discrimination, tout en répondant aux besoins particuliers des personnes (BIT, 2018d et 2019i). Ensemble, ces principes constituent l'épine dorsale des systèmes nationaux de protection sociale: le non-respect de l'un d'entre eux peut compromettre la solidité actuelle et future de tout l'édifice. La valeur ajoutée de l'approche de l'OIT en matière de protection sociale réside dans le fait qu'elle s'appuie sur cet ensemble unique de principes adoptés d'un commun accord par les gouvernements et les organisations d'employeurs et de travailleurs du monde entier pour guider l'élaboration et la mise en œuvre de systèmes nationaux de protection sociale fondés sur les droits en temps de crise et au-delà.

En 2019, puis de nouveau en 2021, les gouvernements et les organisations d'employeurs et de travailleurs des 187 États Membres de l'OIT ont affirmé la nécessité d'une protection sociale universelle dans le cadre d'une approche centrée sur l'humain en vue de bâtir un avenir du travail juste, inclusif et sûr et de se relever de la pandémie de COVID-19 (voir encadré 1.2).

 C'est à l'État qu'il incombe de parvenir progressivement à la protection universelle

► Encadré 1.2 Un engagement fort en faveur de la protection sociale universelle

En juin 2021, la Conférence internationale du Travail a adopté deux documents qui insistent sur l'importance de systèmes de protection sociale universels fondés sur les droits pour garantir que le droit à la sécurité sociale soit une réalité pour tous.

Dans leur *Appel mondial à l'action en vue d'une reprise centrée sur l'humain pour sortir de la crise du COVID-19*, les gouvernements et les organisations d'employeurs et de travailleurs des 187 États Membres de l'OIT se sont engagés à «[p]arvenir à l'accès universel à une protection sociale complète, adéquate et durable, y compris à des socles de protection sociale définis au niveau national, qui assure au minimum à toute personne dans le besoin, tout au long de la vie, une sécurité élémentaire de revenu et un accès aux soins de santé essentiels, reconnaissant ainsi que le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible est plus important que jamais» (paragr. 11.C. a)). Ils ont notamment souligné qu'il fallait assurer l'accès de tous les travailleurs à la protection contre le chômage, à des congés de maladie rémunérés adéquats et à des indemnités de maladie, à des services de santé et de soins, à des congés pour raisons familiales et à d'autres politiques favorables à la vie de famille.

Les *Conclusions concernant la deuxième discussion récurrente sur la protection sociale (sécurité sociale)* invitent les États Membres de l'OIT à faire en sorte que les mesures visant à renforcer des systèmes de protection sociale fondés sur les droits qui soient adéquats et durables et qui incluent tous les travailleurs et toutes les entreprises tiennent compte de l'évolution du monde du travail et s'articulent avec des politiques de l'emploi, des politiques du marché du travail et des politiques d'insertion actives en vue de promouvoir le travail décent et de favoriser la transition vers l'économie formelle. Cela suppose notamment de mieux couvrir les personnes qui ne le sont pas encore suffisamment, en garantissant l'accès à une protection sociale adéquate à tous les travailleurs, quel que soit leur type d'emploi, et en rendant les systèmes de protection sociale plus inclusifs et plus à même de concourir à la réussite des stratégies nationales de transition vers l'économie formelle (points 13 c) et d)).

Déjà en 2019, la *Déclaration du centenaire de l'OIT pour l'avenir du travail* invitait les États Membres à mettre en place des systèmes de protection sociale «appropriés, durables et adaptés à l'évolution du monde du travail, ou améliorer ceux qui existent déjà» (II.A.xv), et à «[r]enforcer les capacités de tous à tirer parti des possibilités offertes par un monde du travail en mutation, grâce à [...] l'accès universel à une protection sociale complète et durable» (III.A.iii).

► 1.4 Bâtir une base de connaissances statistiques sur la protection sociale pour le suivi des ODD

Ce rapport s'appuie sur la base de données mondiale du BIT sur la protection sociale (World Social Protection Database, WSPDB), principale source mondiale de statistiques détaillées par pays sur plusieurs dimensions des systèmes de protection sociale et d'indicateurs clés à l'intention des décideurs politiques, des représentants d'organisations internationales et des chercheurs. Cette base est utilisée à la fois pour le suivi des

ODD par les Nations Unies (ONU, 2017b et 2017a) et pour celui des indicateurs de protection sociale par les États. Toutes les données et indicateurs de ce rapport sont aussi disponibles en ligne sur les tableaux de bord du BIT sur la protection sociale. On y trouvera toute une série de statistiques sur la protection sociale à l'échelle nationale, régionale et mondiale présentées sous la forme de graphiques interactifs, de cartes et de tableaux⁷.

⁷ <https://www.social-protection.org/gimi/WSPDB.action?id=32>.

Les principaux indicateurs, notamment l'indicateur 1.3.1 des ODD⁸, sont collectés par l'intermédiaire de l'enquête du BIT sur la sécurité sociale (Social Security Inquiry, SSI), qui recueille des données administratives auprès des gouvernements à intervalles réguliers depuis les années 1940. En 2020, le BIT a lancé une version numérique de la SSI, afin de faciliter la compilation de données à distance⁹. Les données issues de la SSI sont complétées par celles d'autres sources telles que les profils de pays établis par l'Association internationale de la sécurité sociale (AISS) en collaboration avec l'administration de la sécurité sociale des États-Unis (Social Security Administration – SSA), et qui représentent la principale source d'information sur la législation et les caractéristiques des régimes nationaux de protection sociale¹⁰.

Depuis sa première édition en 2010, le *Rapport mondial sur la protection sociale* a été conçu comme un outil destiné à suivre l'état de la protection sociale dans le monde. Son objet est aussi de contribuer aux efforts conjoints déployés aux niveaux national et international pour assurer la disponibilité de statistiques de qualité sur la sécurité sociale. Ce rapport a pour but d'aider les États Membres de l'OIT à évaluer leur socle ou leur système de protection sociale, afin de faire en sorte qu'ils répondent effectivement et efficacement aux besoins de leur population en matière de protection sociale (ONU, 2017a). Du fait des perfectionnements apportés à la méthodologie et d'une disponibilité accrue des données, les

estimations mondiales et régionales présentées dans ce rapport ne sont pas forcément comparables à celles des éditions précédentes.

Pour mesurer les progrès accomplis vers la mise en place de socles ou de systèmes de protection sociale et vers la réalisation de la cible 1.3 des ODD, il faut renforcer les capacités de suivi afin d'offrir une base de connaissances solide aux décideurs politiques. De fait, dans la recommandation n° 202, les gouvernements et les partenaires sociaux s'engagent fermement à mesurer les avancées réalisées en vue de l'extension de la protection sociale, notamment par le biais de mécanismes de participation et conformément aux normes internationales¹¹. Cela requiert d'investir régulièrement dans les capacités nationales en matière de statistiques sur la protection sociale afin de disposer de données fiables fondées sur une méthodologie commune et des définitions normalisées. Un effort supplémentaire doit donc être consenti aux niveaux national, régional et international en vue de renforcer les cadres de suivi et d'améliorer la collecte, l'analyse et la diffusion à intervalles réguliers de données et d'indicateurs ventilés par sexe, tranche d'âge et branche de la protection sociale.

►► Pour mesurer les progrès accomplis vers la mise en place de socles ou de systèmes de protection sociale, il faut renforcer les capacités de suivi.

⁸ «Proportion de la population bénéficiant de socles ou de systèmes de protection sociale, par sexe et par groupe de population (enfants, chômeurs, personnes âgées, personnes handicapées, femmes enceintes, nouveau-nés, victimes d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail, personnes pauvres et personnes vulnérables)».

⁹ Voir <http://www.social-protection.org/gimi/gess/ShowTheme.action?id=10>.

¹⁰ Les autres sources sont les suivantes (par ordre alphabétique): la base de données sur les retraites et l'Atlas d'indicateurs de résilience et d'équité en matière de protection sociale (ASPIRE) de la Banque mondiale; la base de données sur l'indice de la protection sociale (Social Protection Index – SPI) de la Banque asiatique de développement (BAD); la Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC) et d'autres commissions régionales des Nations Unies; l'Office statistique de l'Union européenne (Eurostat) et, notamment, le Système européen de statistiques intégrées de la protection sociale (SESPROS) d'Eurostat; la base de données sur les dépenses sociales (SOCX) de l'OCDE; l'Observatoire mondial de la santé et les comptes nationaux des personnels de santé de l'OMS. La base de données du BIT sur la protection sociale dans le monde puise également dans des rapports officiels nationaux et dans d'autres sources essentiellement fondées sur des données administratives ou provenant d'enquêtes nationales sur les revenus et les dépenses des ménages, d'enquêtes sur la main-d'œuvre et d'enquêtes démographiques et de santé, dans la mesure où elles comprennent des variables sur la protection sociale.

¹¹ La [résolution concernant l'élaboration des statistiques de la sécurité sociale](#), adoptée en 1957, reste à ce jour le seul cadre global reconnu à l'échelle internationale pour l'élaboration de statistiques sur la protection sociale.

► 1.5 Objectifs et structure du présent rapport

À l'heure où le monde se remet à peine de la pandémie de COVID-19 et où il ne reste plus que huit ans avant l'échéance de 2030, ce rapport dresse un bilan de l'état actuel des systèmes de protection sociale dans le monde. Il passe en revue les progrès accomplis ces dernières années, signale les lacunes qui restent à combler et les difficultés à surmonter et esquisse des pistes d'amélioration. Le rapport sert également de référence pour le suivi des principaux indicateurs de protection sociale (étendue de la couverture légale et effective, adéquation des prestations, dépenses et financement), et passe en revue les principaux défis à relever pour rendre effectif le droit à la sécurité sociale pour tous. Ce rapport s'inscrit dans la continuité des éditions précédentes (BIT, 2010, 2014c et 2017f) en soulignant l'importance d'inscrire les systèmes de protection sociale dans le cadre des droits humains.

La structure de ce rapport tient compte des bouleversements provoqués par le COVID-19. Le chapitre 2 décrit la situation qui prévalait avant la pandémie, et les problèmes qui se posaient et qui, pour beaucoup, ont été aggravés par la crise. Le chapitre 3 traite des effets sanitaires, économiques et sociaux de la pandémie de COVID-19 et des mesures de protection sociale qui ont été prises pour y faire face, et il esquisse des pistes possibles pour l'avenir. Le chapitre 4 porte sur des domaines spécifiques de la protection sociale, en

suivant l'approche par cycle de vie qui correspond aux quatre garanties de protection sociale indiquées au paragraphe 5 de la recommandation n° 202¹². La section 4.1 traite de la protection sociale des enfants, notamment les prestations à l'enfance et aux familles, et de son articulation avec les services de soins. La section 4.2 est consacrée aux régimes et aux dispositifs assurant une sécurité de revenu aux personnes en âge de travailler, à savoir la protection de la maternité, la protection contre le chômage, la protection contre les accidents du travail et les maladies professionnelles, ainsi que les prestations d'invalidité. La section 4.3 aborde la sécurité de revenu pour les personnes âgées en s'intéressant plus particulièrement aux pensions de vieillesse¹³. La section 4.4 traite de la couverture sanitaire universelle et du rôle crucial qu'elle joue en vue de la réalisation des ODD. Le chapitre 5, enfin, donne des orientations et des priorités d'action pour l'avenir de la protection sociale, en insistant sur le rôle qu'elle peut jouer pour parvenir à la réalisation des ODD d'ici à 2030.

Les annexes comprennent un bref glossaire des principaux termes et concepts employés dans le rapport (annexe 1); une description des méthodologies appliquées (annexe 2); un tableau récapitulatif des principales dispositions des normes de l'OIT relatives à la sécurité sociale (annexe 3); et des tableaux statistiques (annexe 4).

¹² De ce fait, chaque chapitre aborde l'extension de la sécurité sociale dans ses deux dimensions, horizontale et verticale (BIT, 2012).

¹³ L'assistance sociale – c'est-à-dire les transferts non contributifs destinés aux catégories vulnérables de la population – ne fait pas l'objet d'une section à part entière, mais elle est abordée tout au long du rapport dans la mesure où il s'agit de prestations fournies à chaque étape du cycle de vie.



Avant le COVID-19: en dépit des progrès réalisés, d'importantes lacunes subsistent

Le présent chapitre donne une vue d'ensemble de l'état des systèmes de protection sociale dans le monde avant le COVID-19, en passant en revue les niveaux de couverture, d'exhaustivité, de prestations et de dépense qui les caractérisent. Il fait état des progrès accomplis en matière d'élargissement de la protection sociale en vue de la réalisation de la cible 1.3 des ODD, ainsi que des lacunes qui restent à combler.

2.1 Progrès de la mise en place de systèmes de protection sociale

2.2 Couverture de la protection sociale: en dépit des progrès réalisés, d'importantes lacunes subsistent

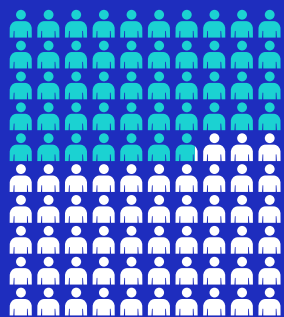
2.3 Une protection adéquate et complète

2.4 Dépenses et financement de la protection sociale



► L'état de la protection sociale dans le monde: des progrès, certes, mais insuffisants

Taux de couverture effective (hors santé et maladie)



46,9%

de la population mondiale bénéficie effectivement d'au moins une prestation de protection sociale (indicateur 1.3.1 des ODD)

Part de la population bénéficiant d'au moins une prestation de protection sociale (indicateur 1.3.1 des ODD) par région



Europe et Asie centrale



Amérique



Asie et Pacifique



États arabes

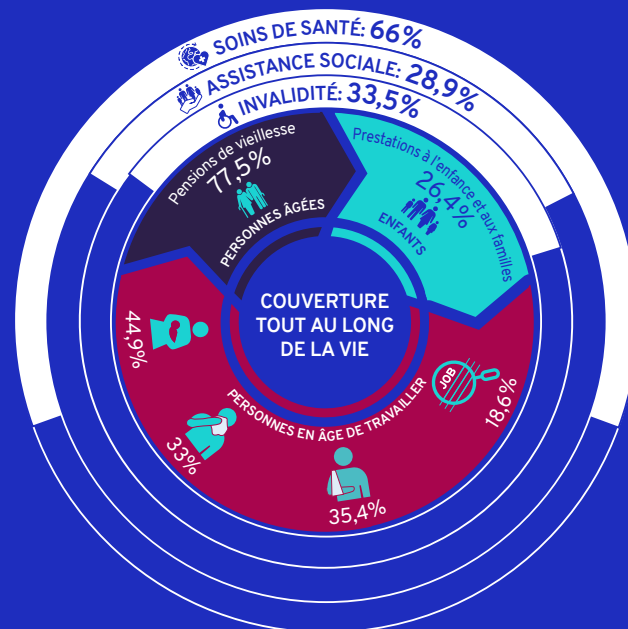


Afrique

- Maternité
- Maladie (couverture légale)
- Accidents du travail et maladies professionnelles
- Chômage

Couverture de la protection sociale tout au long de la vie (cible 1.3 des ODD)

Taux de couverture en pourcentage de la population concernée



Le déficit de financement de la protection sociale doit être comblé sans attendre afin de garantir au minimum un niveau élémentaire de sécurité sociale à tous sous la forme d'un socle de protection sociale

Le déficit de financement s'est creusé d'environ

30%

depuis le début de la crise du COVID-19

Les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure devraient investir

750,8

milliards de dollars É.-U.

de plus par an
3,1% du PIB

Les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure devraient investir

362,9

milliards de dollars É.-U.

de plus par an
5,1% du PIB

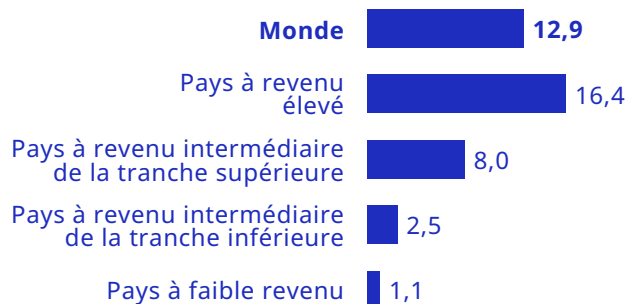
Les pays à faible revenu devraient investir

77,9

milliards de dollars É.-U.

de plus par an
15,9% du PIB

Dépenses publiques de protection sociale (hors santé) en pourcentage du PIB



Les lacunes qui persistent en matière de protection sont dues à un sous-investissement notable dans la protection sociale

- ▶ Il est indéniable que le nombre de pays mettant en place des systèmes de protection sociale n'a cessé d'augmenter, néanmoins de grandes lacunes subsistent en termes de couverture, d'exhaustivité et d'adéquation des prestations.
- ▶ Seulement 46,9 pour cent de la population mondiale est effectivement couverte par au moins une prestation sociale* (indicateur ODD 1.3.1), tandis que les 53,1 pour cent restants – soit 4,1 milliards de personnes – ne bénéficient d'aucune protection. Cette moyenne mondiale cache d'importantes différences au sein des régions et entre celles-ci: le taux de couverture moyen en Europe et en Asie centrale (83,9 pour cent) et dans les Amériques (64,3 pour cent) est supérieur à la moyenne mondiale, tandis qu'en Asie et dans le Pacifique (44,1 pour cent), dans les États arabes (40,0 pour cent) et en Afrique (17,4 pour cent) on constate des écarts prononcés en matière de couverture.
- ▶ Le manque de protection rend les personnes vulnérables, en particulier les travailleurs informels, les migrants et les personnes déplacées de force, et notamment les femmes au sein de ces groupes, qui sont la cible de multiples discriminations. Pour limiter ces situations de vulnérabilité et promouvoir le travail décent, il est essentiel d'étendre au plus vite la couverture de la protection sociale aux personnes dont la couverture par une assurance sociale, un régime financé par l'impôt ou un système combinant les deux n'est pas satisfaisante.
- ▶ La mise en place progressive d'une protection sociale complète contre l'ensemble des risques et des éventualités pouvant survenir dans la vie est essentielle pour réaliser le droit humain à la sécurité sociale. À l'heure actuelle, seulement 30,6 pour cent de la population en âge de travailler est légalement couverte par un système complet de sécurité sociale comprenant toute la gamme des prestations.
- ▶ Outre la couverture universelle, des prestations de protection sociale adéquates et complètes sont indispensables pour atteindre les ODD. Il est primordial d'étendre la protection sociale aux personnes qui travaillent dans l'économie informelle et de faciliter leur passage vers l'économie formelle pour combler les déficits de travail décent et alléger le poids qui pèse sur les prestations sociales non contributives. Pour garantir une protection sociale adéquate aux femmes et aux hommes, il faut s'attaquer à la précarité de l'emploi et aux inégalités sur le marché du travail, y compris les disparités de genre en matière d'emploi et de salaires, qui ont une incidence négative sur la capacité à cotiser, et donc sur le niveau des prestations. Les garanties de prestations minimales ou les bonifications pour personnes à charge peuvent contribuer à assurer des niveaux de prestations adéquats aux personnes ayant eu des périodes de cotisation discontinues ou de faibles revenus.

* À l'exclusion des prestations de santé et des indemnités de maladie.

- ▶ Les lacunes sur le plan de la couverture, de l'exhaustivité et de l'adéquation des systèmes de protection sociale sont liées à un manque d'investissement notoire dans la protection sociale, notamment en Afrique, dans les États arabes et en Asie. Les pays consacrent en moyenne 12,9 pour cent de leur PIB à la protection sociale (hors santé), mais ce chiffre masque des disparités vertigineuses: les pays à revenu élevé dépensent en moyenne 16,4 pour cent, soit deux fois plus que les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure (8 pour cent), six fois plus que les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure et quinze fois plus que les pays à faible revenu (respectivement 2,5 et 1,1 pour cent).
- ▶ Le déficit de financement de la protection sociale – c'est-à-dire les dépenses nécessaires pour combler les lacunes en matière de couverture, d'exhaustivité et d'adéquation de la protection sociale afin de garantir des prestations minimales pour tous – a augmenté d'environ 30 pour cent depuis le début de la crise du COVID-19. Pour garantir au moins un niveau de sécurité sociale de base au moyen d'un socle de protection sociale défini au niveau national, les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure devraient investir 362,9 milliards de dollars É.-U. supplémentaires; et les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure, 750,8 milliards de dollars É.-U. en plus par an, ce qui équivaut respectivement à 5,1 et 3,1 pour cent du PIB pour les deux groupes, tandis que les pays à faible revenu devraient investir 77,9 milliards de dollars É.-U. supplémentaires, soit 15,9 pour cent de leur PIB.



► 2.1 Progrès de la mise en place de systèmes de protection sociale

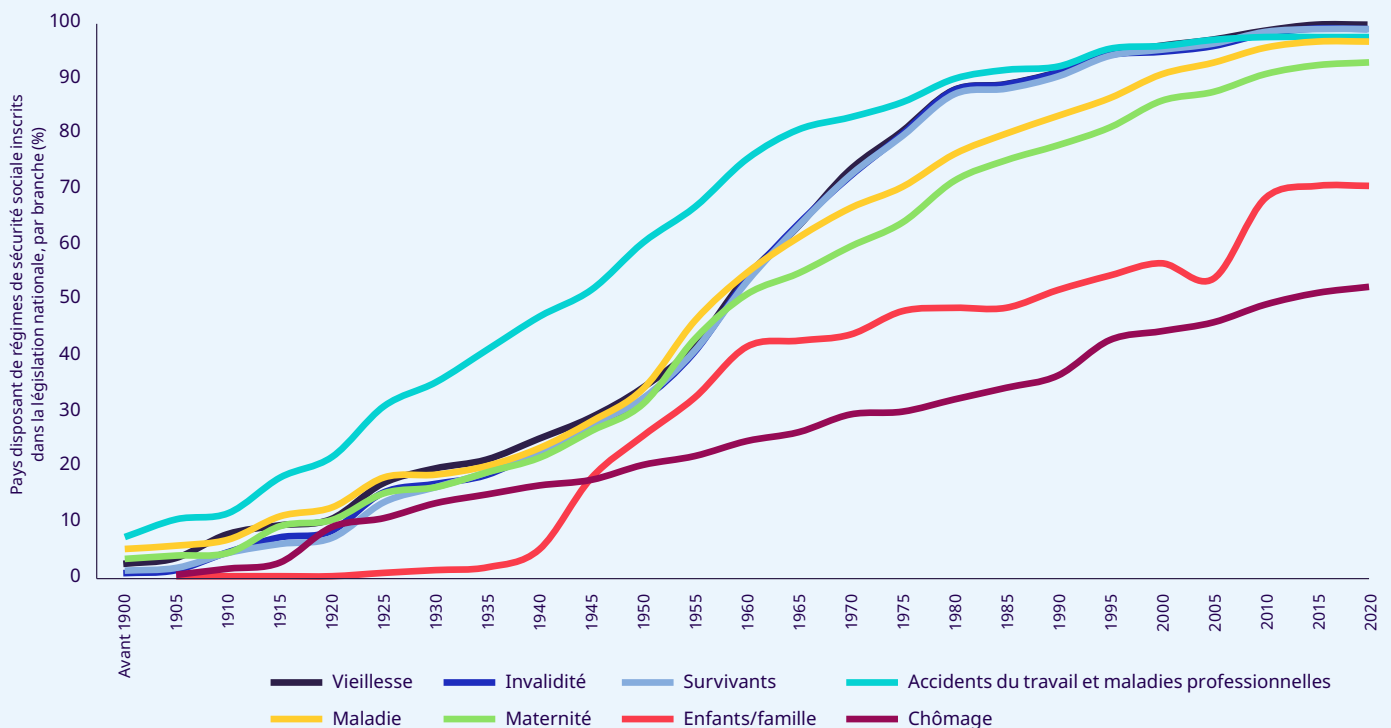
Les systèmes de protection sociale ont connu un développement remarquable au cours du siècle dernier (figure 2.1). La plupart des pays disposent actuellement de régimes inscrits dans la législation nationale, qui couvrent une grande partie, voire l'ensemble, des domaines de la protection sociale, même si dans certains cas cela ne concerne qu'un segment limité de la population. Malgré ces progrès encourageants, de grandes lacunes subsistent, notamment en Asie et en Afrique.

Les pays mettent généralement leur système en place par étapes, en accordant la priorité à différentes branches en fonction du contexte

et des priorités établies au niveau national. Historiquement, les gouvernements ont d'abord souvent axé leurs efforts sur la branche des accidents du travail et des maladies professionnelles, puis instauré des prestations de retraite, d'invalidité et de survivants, avant de s'intéresser aux branches de la maladie, la santé et la maternité. Les prestations pour enfants ou les allocations familiales et les prestations de chômage viennent d'ordinaire en dernier.

Si la mise au point de cadres juridiques nationaux est essentielle dans une approche fondée sur les droits, l'extension de la couverture légale

► **Figure 2.1 Développement des programmes de protection sociale inscrits dans la législation nationale, par branche, d'avant 1900 jusqu'à 2020**
(en pourcentage du nombre de pays)

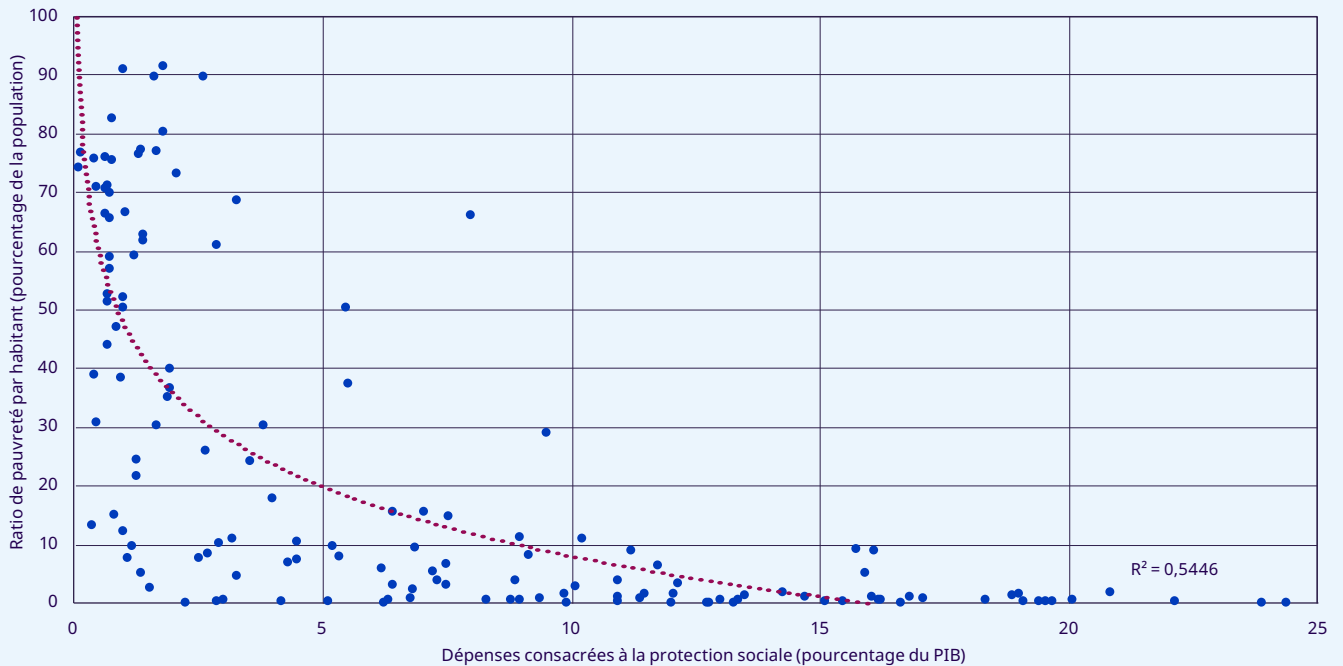


Note: D'après les informations disponibles pour 186 pays. Les domaines d'action sont ceux spécifiés dans la convention n° 102, à l'exclusion des soins de santé. Les estimations incluent tous les programmes prévus par la loi, y compris les régimes fondés sur la responsabilité de l'employeur.

Sources: BIT, [World Social Protection Database](#), d'après l'enquête sur la sécurité sociale; AISS/Social Security Administration (SSA), [Social Security Programs Throughout the World](#) (les programmes de sécurité sociale dans le monde); ILOSTAT; sources nationales.

Lien: <https://wspr.social-protection.org>.

► **Figure 2.2 Part des dépenses publiques consacrées à la protection sociale (hors santé), en pourcentage du PIB, et taux de pauvreté, 2020 ou dernière année disponible**



Note: Données disponibles pour 140 pays. Le seuil de pauvreté utilisé correspond à un revenu quotidien de 3,2 dollars É.-U. (PPA 2011).

Sources: BIT, [World Social Protection Database](#); Indicateurs du développement dans le monde de la Banque mondiale (données consultées en janvier 2021).

Lien: <https://wspr.social-protection.org>.

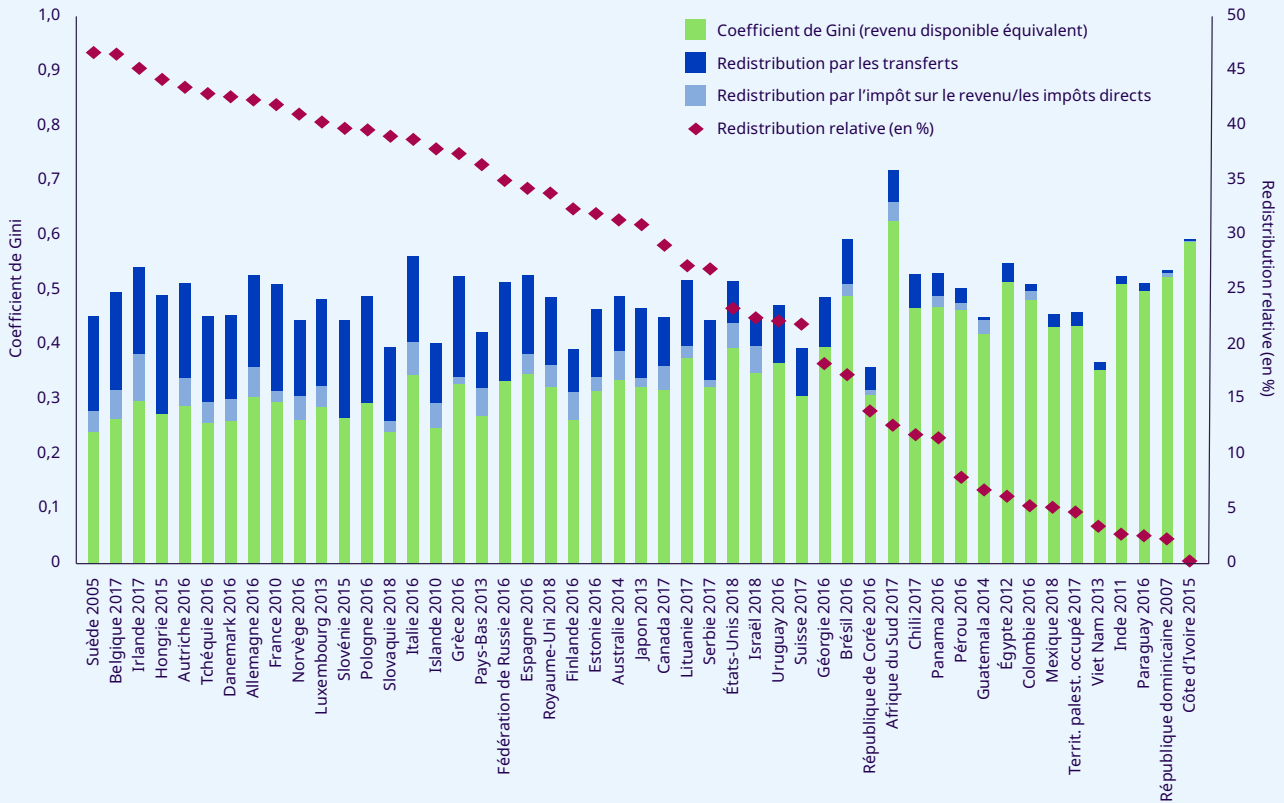
L'extension de la couverture effective reste bien en deçà de la couverture légale.

ne garantit par elle-même ni la couverture effective de la population ni le caractère adéquat des prestations. L'extension de la couverture effective reste bien en deçà de la couverture légale, en raison de problèmes de mise en œuvre et d'application, du manque de

coordination des politiques, d'un financement insuffisant et des difficultés rencontrées par les institutions pour garantir l'effectivité des prestations et des services. Ce n'est que si la couverture légale se traduit par une couverture effective, et s'accompagne d'un cadre de financement solide, que les systèmes de protection sociale peuvent fonctionner efficacement et avoir une incidence positive sur la vie des personnes.

Le rôle clé des systèmes de protection sociale dans l'amélioration du niveau de vie et la réduction de la pauvreté est illustré par le fait qu'un niveau plus élevé de dépenses en matière de protection sociale est associé à des niveaux de pauvreté plus faibles (voir figure 2.2). On peut également noter que les pays affichant un niveau de développement économique élevé et des institutions solides disposent de systèmes de protection sociale plus complets, ce qui laisse supposer qu'il existe un effet de «dépendance au sentier» (Barrientos, 2010). Si l'on en croit l'histoire économique, la protection sociale a joué un rôle central dans les pays à revenu élevé actuels (les pays nordiques par exemple) en faveur de la lutte contre la pauvreté, du renforcement de la cohésion sociale et de la stimulation du développement économique (Palme et Kangas, 2005).

► **Figure 2.3 Réduction des inégalités (coefficient de Gini) liée aux transferts sociaux et aux impôts dans certains pays, dernière année disponible**



Notes: L'échelle d'équivalence utilisée pour comparer les revenus des ménages est la racine carrée. On applique un code maximal et minimal (voir Neugschwender, 2020) à partir de l'écart interquartile (trois fois au-dessous ou au-dessus de l'écart interquartile). Pour les pays suivants, les données sur les revenus sont nettes d'impôts (sur le revenu): Chili, Côte d'Ivoire, Égypte, Fédération de Russie, Géorgie, Hongrie, Inde, Mexique, Paraguay, Slovaquie, Uruguay et Viet Nam. Pour la France, la Pologne et le Territoire palestinien occupé, les données sont mixtes, c'est-à-dire brutes d'impôts sur le revenu, mais nettes de cotisations, ou vice versa. Le coefficient de Gini est calculé pour l'ensemble de la population. La redistribution relative est mesurée par l'écart entre les valeurs du coefficient de Gini correspondant au revenu marchand et au revenu disponible, divisé par la valeur du coefficient de Gini relative à l'inégalité du marché.

Source: Calculs du BIT, d'après les données tirées de la base de données de la Luxembourg Income Study (LIS) (<http://www.lisdatacenter.org>), plusieurs pays, 2005-2018.

Lien: <https://wspr.social-protection.org>.

La protection sociale constitue un mécanisme important tant pour réduire les inégalités de revenus et l'insécurité économique que pour soutenir la redistribution verticale et horizontale. La figure 2.3 compare les niveaux d'inégalité des revenus marchands, mesurés par le coefficient de Gini (barres vertes et bleues), aux niveaux d'inégalité des revenus disponibles (barres vertes). L'impact des transferts sociaux (barres bleu foncé) et des impôts (barres bleu clair) sur les inégalités

varie considérablement d'un pays à l'autre. Alors que de nombreux pays européens sont parvenus à réduire les inégalités de plus d'un tiers grâce aux effets combinés des impôts et des transferts, les pays à revenu intermédiaire dont les systèmes de protection sociale sont moins développés atteignent un degré de redistribution bien inférieur, ce qui se traduit par des niveaux d'inégalité plus élevés en termes de revenus disponibles (à quelques exceptions près).

► 2.2 Couverture de la protection sociale: en dépit des progrès réalisés, d'importantes lacunes subsistent

2.2.1 Aperçu mondial et régional de la couverture de la protection sociale (indicateur ODD 1.3.1)

De nombreux pays ont réalisé des progrès considérables dans l'extension de la couverture de la protection sociale, renforcé leurs systèmes de protection sociale et mis en place des socles de protection sociale efficaces. Certains d'entre eux sont parvenus à établir une couverture universelle ou quasi universelle dans différentes branches

de la protection sociale en combinant des régimes et des programmes contributifs et non contributifs (voir figure 2.4). Néanmoins, une grande partie de la population dans le monde ne jouit toujours pas du droit humain à la sécurité sociale. Seulement 46,9 pour cent de la population mondiale est effectivement couverte par au moins une prestation

sociale (sans compter les soins de santé et les prestations de maladie), tandis que les 53,1 pour cent restants – soit 4,1 milliards de personnes – ne bénéficient d'aucune protection.

Si 77,5 pour cent des personnes ayant dépassé l'âge de la retraite perçoivent une pension grâce à l'extension des prestations de vieillesse non contributives et contributives (voir section 4.3), d'autres branches de la protection sociale accusent encore un retard. Seuls 26,4 pour cent des enfants dans le monde bénéficient de prestations sociales (voir section 4.1). Malgré les répercussions positives de l'aide aux femmes enceintes sur le développement, seulement 44,9 pour cent des mères de nouveau-nés dans le monde touchent une prestation de maternité en espèces (voir section 4.2.2). À peine 18,6 pour cent des travailleurs perçoivent des indemnités de chômage en espèces lorsqu'ils perdent leur emploi, ce qui s'explique en grande partie par l'absence de régimes de protection contre le chômage (voir section 4.2.6). La part

des personnes présentant un handicap lourd dans le monde qui perçoivent une prestation d'invalidité, à savoir 33,5 pour cent, reste faible (voir section 4.2.5). En outre, la couverture des prestations en espèces de l'aide sociale n'atteint que 28,9 pour cent des personnes vulnérables, y compris les enfants, les personnes en âge de travailler et les personnes âgées ne bénéficiant pas d'une protection par des régimes contributifs¹.

En Afrique, malgré des progrès significatifs dans l'extension de la couverture sociale, seulement 17,4 pour cent de la population est effectivement couverte par au moins une prestation sociale en espèces – qui peut varier grandement d'un pays à l'autre. Grâce à des efforts accrus visant à étendre la protection des personnes âgées, 27,1 pour cent de la population âgée d'Afrique perçoit désormais une pension, et certains pays, comme le Botswana, le Cabo Verde, le Lesotho, Maurice et la Namibie, ont atteint, ou presque, la couverture universelle en matière de retraite. Toutefois, des lacunes importantes subsistent dans la région en ce qui concerne la couverture des enfants, des mères de nouveau-nés, des chômeurs, des personnes handicapées et des groupes de population vulnérables.

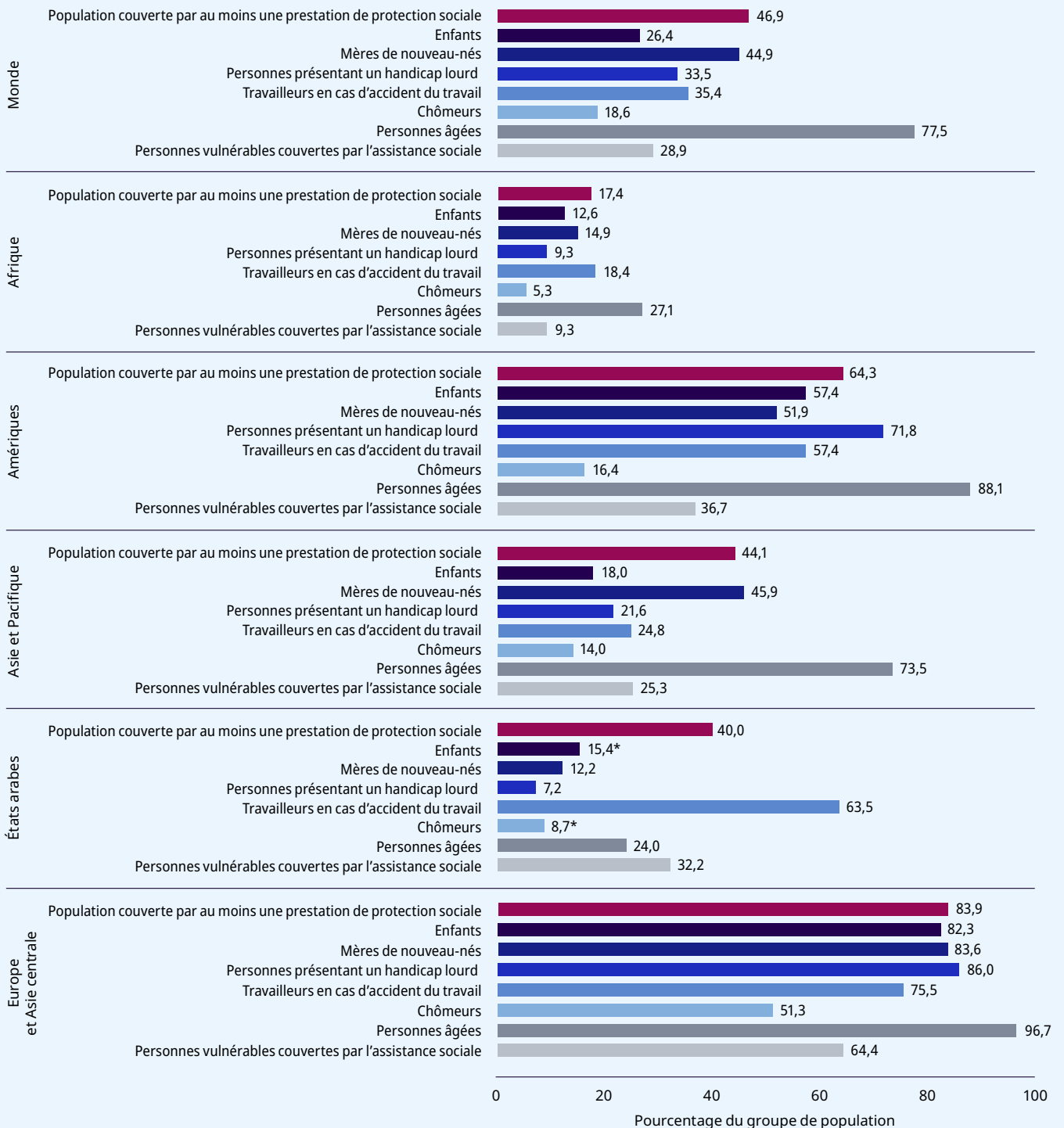
Dans la région des Amériques, 64,3 pour cent de la population est effectivement couverte par au moins une prestation sociale en espèces, en grande partie grâce aux nombreux efforts déployés pour étendre les systèmes de protection sociale au cours des dernières décennies. À peine plus de la moitié des enfants, des femmes enceintes et des mères de nouveau-nés perçoivent des prestations sociales en espèces, mais seulement 16,4 pour cent des personnes sans emploi touchent des allocations de chômage. Près de 90 pour cent des personnes âgées bénéficient d'une retraite, mais les niveaux de prestations sont souvent faibles. Certains pays sont parvenus à instaurer une couverture légale universelle et un niveau élevé de couverture effective des enfants (Argentine, Brésil et Chili), des mères de nouveau-nés (Canada et Uruguay), des personnes handicapées (Brésil, Chili, États-Unis et Uruguay) et des personnes âgées (Argentine, État plurinational de Bolivie, Canada, États-Unis et Trinité-et-Tobago).



Une grande partie de la population mondiale ne jouit toujours pas du droit humain à la sécurité sociale.

¹ Pour en savoir plus sur la méthodologie, voir l'annexe 2.

► **Figure 2.4 Indicateur 1.3.1 des ODD – couverture effective de la protection sociale, estimations mondiales et régionales, par groupe de population, 2020 ou dernière année disponible**



* À interpréter avec prudence: les estimations sont fondées sur des données couvrant moins de 40 pour cent de la population.

Notes: Pour plus de détails concernant la méthodologie, voir l'annexe 2. Les estimations mondiales et régionales ont été pondérées en fonction de chaque groupe de population. Les estimations ne sont pas strictement comparables aux estimations régionales de 2016 en raison du perfectionnement des méthodes, de la plus grande disponibilité des données et des révisions effectuées par les pays.

Sources: BIT, [World Social Protection Database](https://wsp.spr.social-protection.org), à partir de l'enquête du BIT sur la sécurité sociale (Social Security Inquiry – SSI), de la base de données ILOSTAT et de sources nationales.

Lien: <https://wsp.spr.social-protection.org>.

Dans les États arabes, seulement 40 pour cent de la population est effectivement couverte par au moins une prestation sociale en espèces. D'importantes lacunes subsistent en matière de couverture dans la région pour les personnes âgées, les enfants, les personnes handicapées, les mères de nouveau-nés et les chômeurs. Cette situation s'explique, d'une part, par le caractère segmenté et parfois exclusif des régimes d'assurance sociale et, d'autre part, par le manque d'investissement dans la protection sociale non contributive, qui reste fragmentée et étroitement ciblée. Les écarts de couverture concernent tout particulièrement les femmes, les travailleurs jeunes et étrangers, y compris les réfugiés, en raison des obstacles structurels liés à un faible taux d'activité, au chômage et à l'emploi informel. Parmi les initiatives ayant eu des retombées positives, citons la mise en place de régimes d'assurance-chômage en Arabie saoudite, au Bahreïn, au Koweït et à Oman, ainsi que l'amélioration de la couverture de la protection de la maternité et des travailleurs informels en Jordanie. Il est essentiel d'étendre les socles de protection sociale aux groupes vulnérables de la région, en particulier au vu de l'ampleur des besoins sociaux et des niveaux élevés de l'emploi informel dans certains pays.

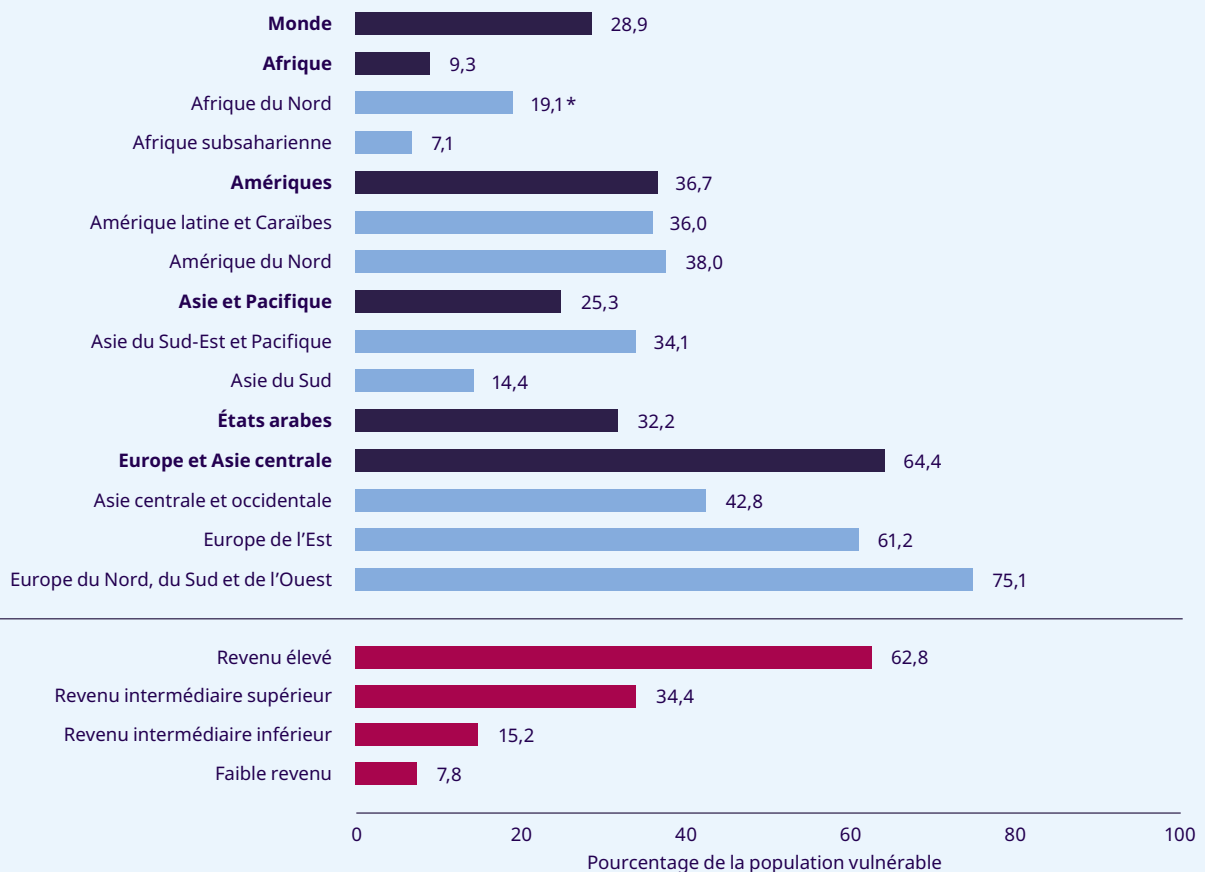
En Asie et dans le Pacifique, seulement 44,1 pour cent de la population est effectivement couverte par au moins une prestation sociale en espèces, bien que d'importants progrès aient été accomplis pour renforcer les systèmes de protection sociale et établir des socles de protection sociale. En outre, les données régionales agrégées cachent des disparités notoires entre les pays ainsi qu'à l'intérieur de ceux-ci. Les personnes âgées affichent le taux de couverture le plus élevé de la région, à savoir 73,5 pour cent. Les femmes enceintes et les mères sont couvertes dans une moindre mesure (45,9 pour cent). Des lacunes encore plus importantes persistent en ce qui concerne les prestations à l'enfance ou les allocations familiales, la protection contre le chômage et les prestations d'invalidité. Il faut cependant noter que certains pays ont atteint la couverture universelle, ou quasi universelle, des enfants (Australie et Mongolie), que d'autres ont étendu la protection de la maternité (Bangladesh, Inde et Mongolie) et que d'autres encore ont mis en place ou renforcé des régimes de retraite non contributifs ou contributifs afin d'assurer une couverture universelle pour les personnes âgées (Chine, Japon, Mongolie, Nouvelle-Zélande, Thaïlande et Timor-Leste).

En Europe et en Asie centrale, où les systèmes de protection sociale sont relativement complets et matures, 83,9 pour cent de la population a accès à au moins une prestation sociale en espèces. D'après les estimations régionales, la couverture atteint 82,3 pour cent pour les prestations à l'enfance et les allocations familiales, 83,6 pour cent pour les prestations de maternité en espèces, 86,0 pour cent pour les prestations d'invalidité et près de 97 pour cent pour les pensions de vieillesse – plusieurs pays affichent même une couverture universelle. Toutefois, des progrès doivent encore être accomplis pour étendre la couverture du chômage et améliorer l'adéquation des pensions et d'autres prestations de protection sociale, compte tenu de l'évolution démographique, des contraintes macroéconomiques et des retombées socio-économiques du COVID-19.

En dépit des progrès considérables réalisés en ce qui concerne la mise en place de socles nationaux de protection sociale, les groupes de population vulnérables sont confrontés à de plus grandes difficultés que les autres pour accéder à la protection sociale. Au niveau mondial, seulement 28,9 pour cent des personnes considérées comme vulnérables, à savoir tous les enfants, les personnes en âge de travailler et les personnes âgées non couvertes par une assurance sociale, bénéficient d'une aide sociale (figure 2.5). Alors qu'en Europe et en Asie centrale près des deux tiers des personnes vulnérables touchent des prestations non contributives (64,4 pour cent), ce n'est le cas que de 36,7 pour cent d'entre elles dans les Amériques, de 32,2 pour cent dans les États arabes, de 25,3 pour cent dans la région Asie et Pacifique et de 9,3 pour cent en Afrique. Au niveau sous-régional, les données relatives à la couverture suscitent d'autres inquiétudes. En Afrique subsaharienne, où réside une grande partie de la population extrêmement pauvre du monde, la couverture ne s'élève guère qu'à 7,1 pour cent.

L'argument selon lequel certains pays seraient trop pauvres pour accorder la priorité à la protection sociale n'est pas confirmé par les données historiques qui expliquent le développement progressif des systèmes de protection sociale complets. À l'heure actuelle, de nombreux pays en développement ont des niveaux de PIB par habitant similaires à ceux qu'affichaient les pays à revenu élevé lorsqu'ils ont commencé à mettre au point leurs systèmes de protection sociale. Par exemple, le PIB par habitant actuel du Botswana et de l'Indonésie est similaire à celui du Royaume-Uni en 1911, lorsque le gouvernement a promulgué

► **Figure 2.5 Indicateur 1.3.1 des ODD – couverture effective des personnes vulnérables: pourcentage de personnes vulnérables bénéficiaires de prestations en espèces (aide sociale), par région, sous-région et niveau de revenu, 2020 ou dernière année disponible**



* À interpréter avec prudence: les estimations sont fondées sur des données couvrant moins de 40 pour cent de la population.

Notes: Pour plus de détails concernant la méthodologie, voir l'annexe 2. Les estimations mondiales et régionales ont été pondérées en fonction de chaque groupe de population. Les estimations ne sont pas strictement comparables aux estimations régionales de 2016 en raison du perfectionnement des méthodes, de la plus grande disponibilité des données et des révisions effectuées par les pays.

Sources: BIT, [World Social Protection Database](#), à partir de l'enquête du BIT sur la sécurité sociale (Social Security Inquiry – SSI), de la base de données ILOSTAT et de sources nationales.

Lien: <https://wspr.social-protection.org>.

des lois et lancé les premiers programmes d'assurance et d'aide sociales.

En bref, bien que l'on associe généralement un niveau élevé de couverture sociale avec un niveau élevé de développement économique, certains pays, comme le Botswana, le Cabo Verde, la Chine et le Timor-Leste, ont démontré que des efforts

soutenus pour étendre la couverture peuvent être efficaces quel que soit le niveau de développement. Tous les pays peuvent adopter une stratégie ambitieuse en matière de protection sociale, en partant de leur situation actuelle, et œuvrer progressivement pour atteindre une protection sociale universelle (voir sections 3.3 et 5.3).

2.2.2 Défis à relever pour combler les lacunes en matière de couverture et progrès accomplis

De nombreux pays doivent relever des défis considérables pour combler les lacunes en matière de couverture et parvenir à une protection sociale universelle, compte tenu des facteurs énumérés dans la section 1.1. On peut identifier en particulier trois défis majeurs, à savoir l'extension de la couverture aux travailleurs non encore couverts – y compris ceux des économies informelles et rurales –, la garantie d'une couverture sociale pour les travailleurs migrants et les personnes déplacées de force², et la réduction des inégalités entre les sexes.

► Étendre la couverture aux travailleurs non couverts, y compris ceux des économies informelles et rurales

Les lacunes qui persistent en matière de couverture sociale pour certaines catégories de travailleurs représentent un défi de taille pour le travail décent et la réalisation des ODD. En fonction de la politique et des cadres juridiques nationaux, il arrive que les travailleurs à temps partiel, les travailleurs temporaires ou indépendants ne bénéficient que d'une couverture partielle, ou même d'aucune couverture. Bon nombre de ces travailleurs disposent d'une sécurité de l'emploi et de revenus inférieurs, de conditions de travail plus précaires et d'une couverture sociale plus faible que les personnes titulaires d'un emploi à plein temps et à durée indéterminée (BIT, 2016b; BIT et OCDE, 2020). C'est le cas de nombreux travailleurs engagés dans les «nouvelles formes d'emploi», comme les travailleurs des plateformes numériques (voir encadré 2.1) (BIT, 2018c, 2020l, 2021q; Behrendt, Nguyen et Rani, 2019).

Dans de nombreux pays, les lacunes en matière de couverture sociale sont souvent associées à la prévalence de l'emploi informel, qui constitue un obstacle au travail décent et au développement socio-économique. Plus de 60 pour cent de la population active mondiale, soit quelque 2 milliards d'hommes et de femmes résidant

► Encadré 2.1 Garantir la protection sociale des travailleurs des plateformes numériques

De plus en plus d'emplois sont effectués par l'intermédiaire de plateformes numériques, qu'il s'agisse de services locaux ou de tâches réalisées par des travailleurs disséminés sur de vastes zones géographiques (*crowdwork*). Il n'en reste pas moins que dans de nombreux cas les travailleurs occupant ce type d'emplois ne bénéficient pas d'une protection adéquate.

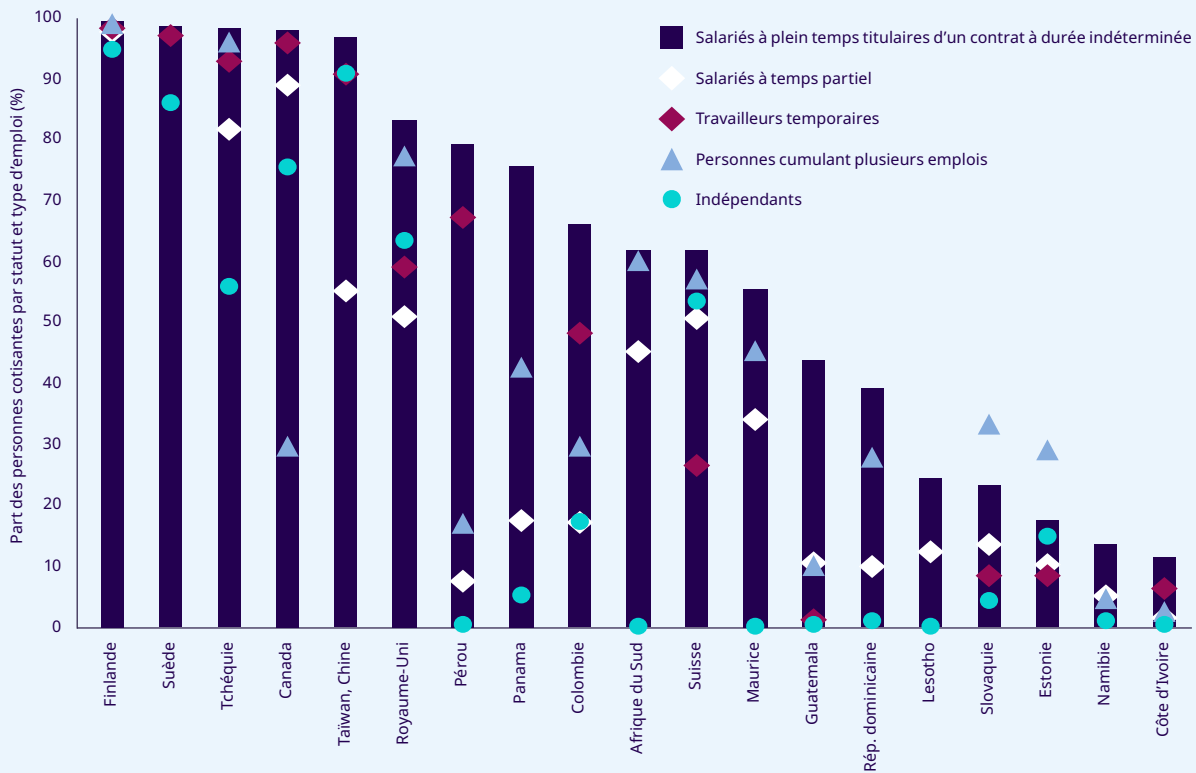
Une enquête menée par le BIT auprès de 20 000 travailleurs des plateformes numériques dans 100 pays a révélé qu'environ 40 pour cent seulement des répondants étaient couverts par une assurance-maladie et que seulement 20 pour cent d'entre eux avaient accès à une protection contre les accidents du travail et au chômage, et cotisaient à la retraite (BIT, 2021q). Les résultats de l'enquête pointent également un autre problème: la plupart des travailleurs des plateformes ayant accès à la protection sociale n'étaient pas couverts au titre de leur activité économique sur la plateforme, mais parce qu'ils avaient cotisé à l'assurance sociale dans le cadre d'un autre emploi actuel ou antérieur, ou parce qu'ils étaient couverts par des mécanismes financés par l'impôt ou en tant qu'ayant droit d'un membre de leur famille (par exemple pour l'assurance-maladie). Cela signifie que le coût de leur couverture est pris en charge par d'autres, y compris d'autres employeurs et contribuables, alors que les plateformes numériques elles-mêmes ont largement contourné l'obligation de contribuer à la protection sociale des travailleurs actifs sur leurs plateformes. Cette remarque met en évidence la nécessité de garantir un environnement concurrentiel équitable entre les acteurs économiques des «nouvelles» et des «anciennes» économies, ainsi qu'entre les pays.

Ces lacunes montrent également qu'il faut adapter les systèmes de protection sociale aux contextes et aux besoins changeants en assurant une protection adéquate aux travailleurs engagés dans tout type d'emploi, compte tenu de leurs situations particulières, en garantissant l'équité et en facilitant les transitions sur le marché du travail ainsi que la mobilité des travailleurs. Les innovations politiques mises en évidence dans la présente section et dans le chapitre 5 peuvent favoriser la protection sociale des travailleurs des plateformes numériques dans les économies avancées et émergentes.

Sources: BIT, 2019g, 2020a, 2021b, 2021c; BIT et OCDE, 2020; Behrendt, Nguyen et Rani, 2019.

² Ce terme désigne les réfugiés, les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays et les autres personnes déplacées de force.

► **Figure 2.6 Part des personnes en emploi cotisant à un régime de sécurité sociale, par type d'emploi, pays sélectionnés, dernière année disponible**



Note: Les personnes cumulant des emplois désignent des personnes actives ayant plusieurs emplois simultanés (emploi salarié et/ou indépendant).

Sources: Calculs du BIT, d'après les données de la base de données de la Luxembourg Income Study (LIS) (<http://www.lisdatacenter.org>, plusieurs pays; 2007-2018) et les enquêtes nationales auprès des ménages.

Lien: <https://wsprr.social-protection.org>.

Les lacunes en matière de couverture sociale sont souvent associées à la prévalence de l'emploi informel

principalement dans les pays en développement, mais pas exclusivement, gagnent leur vie dans l'économie informelle (BIT, 2019l, 2021g). Le fait que la grande majorité des travailleurs de l'économie informelle et leur famille ne bénéficient pas de soins de santé adéquats et d'une sécurité

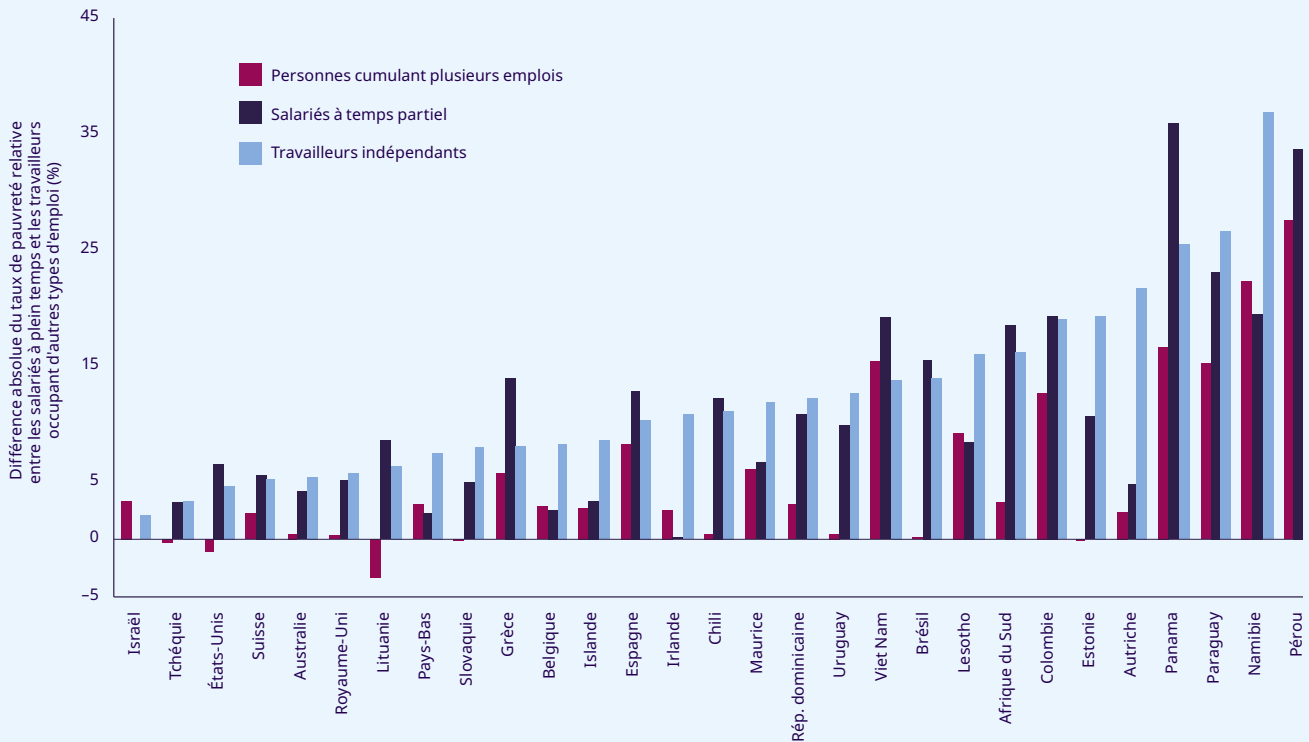
de revenu – et soient donc particulièrement vulnérables aux aléas de la vie, y compris aux chocs économiques – est à la fois une conséquence de l'emploi informel, et un facteur favorisant ce type d'activité (BIT, 2021g).

La plupart des travailleurs de l'économie informelle ne sont ni affiliés à des régimes contributifs ni couverts par les «filets de sécurité sociale» très restrictifs, n'étant pas considérés comme suffisamment «pauvres» pour y avoir droit; ils constituent ce que l'on appelle parfois le «chaînon manquant». La vaste catégorie des travailleurs de l'économie informelle regroupe une grande

diversité en termes de statut d'emploi (salarié ou indépendant), de secteurs d'activité, de lieu d'activité (urbain ou rural) et de niveau de revenu, pour ne citer que quelques éléments. Pour effectuer une analyse nuancée des lacunes de la couverture sociale, il faut recenser les difficultés spécifiques auxquelles les différents types de travailleurs peuvent se confronter dans l'accès à la protection sociale, y compris les obstacles juridiques, financiers, administratifs et institutionnels, ainsi que les mesures pouvant aider à les surmonter (BIT, 2021g, 2021p; BIT et FAO, 2021).

D'après les informations disponibles dans la base de données de la Luxembourg Income Study et les enquêtes nationales auprès des ménages menées dans un certain nombre de pays ayant différents niveaux de revenus, on a évalué la part des travailleurs qui cotisent aux régimes d'assurance sociale selon leur type d'emploi. Les résultats de cette analyse (voir figure 2.6) révèlent des différences nettes entre le niveau de couverture des travailleurs à temps partiel, temporaires et indépendants, ainsi que ceux qui occupent

► **Figure 2.7** Différence absolue du taux de pauvreté relative individuelle entre les salariés à plein temps et les travailleurs occupant d'autres types d'emploi, pays sélectionnés, dernière année disponible



Notes: Le seuil de pauvreté équivaut à 50 pour cent de la valeur médiane du revenu disponible équivalent des ménages dans chaque pays. L'échelle d'équivalence utilisée pour comparer les revenus des ménages est la racine carrée.

Sources: Calculs du BIT, d'après les données tirées de la base de données de la Luxembourg Income Study (LIS) (<http://www.lisdatacenter.org>), plusieurs pays, 2007-2018, et des enquêtes nationales.

Lien: <https://wspr.social-protection.org>.

plusieurs emplois, et celui des employés titulaires d'un contrat de travail à durée indéterminée et à plein temps – souvent considéré comme un emploi «standard». Les résultats font également état d'une grande diversité à travers les pays en ce qui concerne la part des travailleurs qui cotisent à l'assurance sociale, quel que soit leur statut d'emploi. En outre, la portée de la couverture des travailleurs varie considérablement d'un pays à l'autre selon le type d'emploi, ce qui fait ressortir l'importance des politiques adoptées. En Finlande et en Suède, l'écart entre la couverture des employés à plein temps et celle des travailleurs dans d'autres types d'emploi est relativement faible mais, dans d'autres pays, les écarts de couverture sont plus prononcés pour certaines catégories de travailleurs. Les travailleurs indépendants, en particulier, sont nettement moins susceptibles de cotiser à l'assurance sociale, mais on constate également des lacunes importantes dans certains pays pour les travailleurs à temps partiel, les employés temporaires et les personnes cumulant des emplois.

Même avant la crise du COVID-19, les travailleurs en contrat à durée indéterminée dans des emplois à plein temps étaient bien moins exposés au risque de pauvreté que les travailleurs temporaires, à temps partiel et indépendants, dans presque tous les pays examinés, et que la plupart de ceux qui cumulaient des emplois (voir figure 2.7). L'un des facteurs pouvant réduire le risque de pauvreté qui menace les travailleurs engagés dans ces autres formes d'emploi est l'amélioration de l'accès à la protection sociale. Afin de réduire la vulnérabilité de ces personnes pendant et après la crise, il est devenu encore plus urgent de garantir une couverture sociale adéquate aux travailleurs, quel que soit leur type d'emploi.

De nombreux pays ont étendu la couverture sociale en surmontant les divers obstacles qui empêchaient certains

La protection sociale est l'un des facteurs pouvant réduire le risque de pauvreté des travailleurs temporaires, à temps partiel et indépendants.

groupes de travailleurs de bénéficier d'une protection, tels que l'exclusion de la couverture légale, le contournement des règles, une capacité contributive limitée, des revenus faibles et aléatoires, l'absence d'incitation à s'affilier et la complexité des procédures administratives (BIT, 2021g). Les pays qui sont parvenus à étendre la couverture sociale aux travailleurs de l'économie informelle ont axé leur stratégie sur l'association d'une assurance sociale et d'un régime financé par l'impôt.

L'assurance sociale s'étend généralement en premier aux catégories de travailleurs disposant d'une certaine capacité contributive. Dans certains cas, l'État peut appuyer les solutions inclusives en affectant des fonds publics à la subvention des travailleurs à faible revenu. Il est particulièrement important d'adapter l'assurance sociale aux spécificités des travailleurs, par exemple de tenir compte du caractère saisonnier de certains emplois dans la conception des modalités contributives applicables aux travailleurs et producteurs ruraux. Parmi ces mesures, on citera à titre d'exemple le régime de retraite des populations rurales au Brésil; les partenariats conclus avec des coopératives et des associations professionnelles au Costa Rica et aux Philippines; la création de nouvelles catégories contributives visant à favoriser la couverture sociale des travailleurs indépendants au Cabo Verde et en Mongolie; l'instauration d'un régime destiné aux travailleurs non salariés en Algérie; des mesures visant à faciliter l'extension de la couverture des assurances chômage et maternité aux travailleurs domestiques en Afrique du Sud; l'extension de la protection de la santé grâce à des cotisations adaptées au Rwanda et, enfin, l'application de mécanismes simplifiés – *monotributo* en Argentine, au Brésil et en Uruguay – pour faciliter l'enregistrement des microentreprises et le recouvrement des cotisations et des taxes (BIT, 2021g; BIT et FAO, 2021). Tous les exemples cités sont des exemples de couverture obligatoire, mais d'autres pays ont fait le choix d'élargir l'assurance sociale aux travailleurs de l'économie informelle et aux microentrepreneurs sur une base volontaire, avec un succès cependant plus limité. Plusieurs pays ont également concentré leurs efforts sur la sensibilisation aux droits et obligations en matière de sécurité sociale. Par exemple, en Uruguay, l'éducation à la sécurité sociale est intégrée dans les programmes scolaires, ainsi que dans

les programmes de formation professionnelle et d'entrepreneuriat. Des partenariats avec des organisations de travailleurs et d'employeurs, y compris avec des organisations de travailleurs ruraux, ainsi qu'avec les représentants d'autres groupes concernés, sont également fondamentaux pour les campagnes de sensibilisation et pour faciliter l'interaction entre l'État et les individus.

De nombreux pays ont étendu la couverture sociale moyennant des prestations financées par l'impôt, principalement sur des fonds publics provenant des recettes fiscales, des revenus miniers et de subventions extérieures. Parmi les exemples, on peut citer les programmes quasi universels de transferts en espèces en faveur des enfants et des familles en Argentine et en Mongolie³; les pensions sociales en Afrique du Sud, au Lesotho, à Maurice et en Namibie⁴; l'extension de la protection de la santé financée par une combinaison d'impôts progressifs et de cotisations en Colombie, au Gabon, au Ghana, au Mexique, au Rwanda et en Thaïlande, et enfin les programmes publics pour l'emploi lancés en Éthiopie, en Inde, au Népal et en Ouzbékistan. Ces approches s'appuient sur l'idée que l'investissement dans les personnes dans le cadre de l'octroi de prestations sociales favorise le développement socio-économique et permet aux travailleurs et aux entrepreneurs de tirer parti des possibilités offertes par un monde du travail en pleine mutation.

Un certain nombre de pays reconnaissent que l'avenir du travail repose sur des systèmes de protection sociale justes, inclusifs et durables, et ont pris des mesures dans ce sens pour garantir une protection adéquate aux travailleurs dans toutes les formes d'emploi. Il s'agit notamment de faciliter la portabilité des droits, de préserver la viabilité financière, fiscale et sociale ainsi que d'assurer un degré de redistribution suffisant moyennant des systèmes combinant l'impôt et les cotisations (BIT, 2021g; OCDE, 2019b). Par exemple, le socle européen des droits sociaux (2017) prévoit que les travailleurs salariés et, dans des conditions comparables, les travailleurs non salariés ont droit à une protection sociale

“
L'avenir
du travail
repose sur
des systèmes
de protection
sociale justes,
inclusifs et
durables.

³ Les prestations «quasi universelles» se rapprochent de l'universalité: elles offrent une couverture élevée et n'excluent (souvent à dessein) que les plus riches.

⁴ Les «pensions sociales» sont des pensions financées par l'impôt, non contributives, qui ne dépendent pas du travail ou des antécédents contributifs de l'individu, mais qui sont versées en tant que droit universel pour répondre à un objectif social tel que la réduction de la pauvreté ou la redistribution.

► Encadré 2.2 Adaptations visant à faciliter l'extension de la protection sociale aux travailleurs dans toutes les formes d'emploi

Plusieurs pays ont adapté des mécanismes de diverses manières en vue d'étendre la couverture de la protection sociale aux travailleurs indépendants et aux travailleurs occupant diverses formes d'emploi. On peut notamment citer les mesures suivantes:

- Adaptation des mécanismes d'affiliation, de perception des cotisations et de paiement des prestations à la situation et aux besoins de différentes catégories de travailleurs. Ces mesures peuvent comprendre la réduction des exigences en matière de documents justificatifs (comme au Brésil), la modification des taux de cotisation (comme en Jordanie) ou la simplification des systèmes de perception des impôts et des cotisations, en vue de fournir une protection à tous les travailleurs et d'assurer des conditions de concurrence loyale entre les entreprises. Par exemple, en Belgique et en France, les plateformes numériques communiquent aux autorités fiscales les informations relatives aux revenus des travailleurs. Les impôts acquittés sont ensuite perçus par l'autorité fiscale, et la part correspondante des cotisations à la sécurité sociale est transférée à l'organisme de sécurité sociale (ESIP, 2019). Il est toutefois important de noter que ces mesures doivent tenir dûment compte de la protection de la vie privée et des données.
- Prévention de la classification erronée et lutte contre les relations de travail déguisées. L'un des points essentiels à résoudre pour combler les déficits en matière de couverture des travailleurs indépendants est la clarification des relations de travail dans lesquelles ils sont engagés. L'Italie, par exemple, a pris des mesures visant à harmoniser progressivement les taux de cotisation et les prestations potentielles des travailleurs indépendants mais économiquement dépendants avec ceux des travailleurs salariés, afin d'éviter de dissuader les employeurs d'embaucher des travailleurs dans des conditions de salariat (AISS, 2019).
- Amélioration de la coordination et réduction de la fragmentation des systèmes de sécurité sociale afin de contribuer à garantir la portabilité et la transférabilité des droits pour les travailleurs mobiles sur le plan géographique ou professionnel. Étant donné que la meilleure façon d'atteindre cet objectif est de mettre en place des systèmes de protection sociale inclusifs couvrant les travailleurs dans toutes les formes d'emploi, un certain nombre de pays ont étendu leurs régimes généraux d'assurance sociale aux travailleurs indépendants. Par exemple, l'Argentine et le Brésil ont étendu la couverture par le biais de mécanismes *monotributo*, qui simplifient le versement des cotisations de sécurité sociale et des impôts pour certaines catégories de travailleurs indépendants (BIT, 2021h).
- Couverture des travailleurs ayant plusieurs employeurs et des travailleurs des plateformes numériques. En Slovaquie, le dispositif «Chaque emploi compte» garantit l'inclusion des travailleurs dans toutes les formes d'emploi, y compris les indépendants, dans le système de sécurité sociale (Pesole *et al.*, 2018).

adéquate, quels que soient le type et la durée de leur relation de travail; ce principe a été entériné dans une recommandation adoptée en 2019⁵. Les pays du G20 sont également convenus de promouvoir un niveau de protection sociale et de couverture sociale adéquat à tous les travailleurs, quelle que soit leur forme d'emploi (G20, 2017). Il existe de nombreuses possibilités permettant d'étendre la couverture aux travailleurs occupant un emploi précaire (voir encadré 2.2).

Il n'en reste pas moins que des efforts supplémentaires sont nécessaires pour renforcer la

coordination et la cohérence des politiques et faire en sorte que les mécanismes de protection soient bien adaptés à la situation et aux besoins des travailleurs de tous types, ainsi que pour combler les déficits en matière de couverture et d'adéquation. Dans le même temps, l'impact qu'auront ces mesures dépendra également de l'efficacité de la réglementation générale du travail, en particulier de sa capacité à éviter que les règles régissant les relations d'emploi, la fixation et la gestion des salaires minima ainsi que les conditions de travail soient détournées.

⁵ Union européenne, [socle européen des droits sociaux](#), principe 12; [recommandation du Conseil relative à l'accès des travailleurs salariés et non salariés à la protection sociale](#) (2019/C 387/01), 2019.

► Garantir l'accès des travailleurs migrants et des personnes déplacées de force à la sécurité sociale

Pour les travailleurs migrants, les personnes déplacées de force et leur famille, l'accès à la protection sociale est particulièrement difficile en raison d'un cadre juridique et de réglementations administratives restrictifs ou d'autres obstacles pratiques, ou encore de l'absence de coordination entre les pays d'origine et ceux de destination, ou au sein de ces pays. En outre, de nombreux migrants, principalement les femmes, travaillent dans des secteurs économiques qui se caractérisent généralement par une couverture sociale relativement faible (travail domestique, agriculture ou bâtiment) et très souvent par des modalités comme le travail à temps partiel, temporaire ou saisonnier. Une étude du BIT menée sur 120 pays a révélé que seulement 70 d'entre eux disposaient d'une législation nationale assurant l'égalité de traitement entre les travailleurs nationaux et les travailleurs étrangers, pour ce qui est des dispositifs de sécurité sociale contributifs (van Panhuys, Kazi-Aoul et Binette, 2017). Le respect insuffisant et l'application défaillante des lois peuvent compromettre encore davantage la protection des travailleurs migrants.

Il est essentiel de garantir aux travailleurs migrants l'égalité de traitement avec les travailleurs nationaux au sein des systèmes de sécurité sociale afin de protéger le droit des migrants à la sécurité sociale et d'éviter les répercussions négatives sur le marché du travail. Les normes internationales en matière de sécurité sociale constituent un cadre juridique international qui régit la protection des droits des travailleurs migrants à la sécurité sociale et repose sur un certain nombre de principes fondamentaux, à savoir l'égalité de traitement entre les nationaux et les étrangers; le maintien des droits acquis et des prestations dans le pays d'accueil et le pays d'origine; la détermination de la législation applicable⁶ et le maintien des droits en cours d'acquisition (Hirose, Nikac et Tamagno, 2011, p. 8)⁷. Bien que de nombreux pays aient conclu des accords bilatéraux ou multilatéraux en matière de sécurité sociale pour garantir

la portabilité des droits à la protection sociale et des prestations sociales entre les pays d'origine et les pays d'accueil, le champ d'application effectif des accords existants reste relativement limité (van Panhuys, Kazi-Aoul et Binette, 2017). Dans le but d'assurer ou d'améliorer l'accès à la protection sociale des travailleurs migrants qui ne bénéficient pas encore de l'égalité de traitement, les pays pourraient adopter d'autres mesures unilatérales (BIT, 2021r). D'après les estimations de l'Overseas Development Institute (ODI), seulement 23 pour cent des migrants se déplaçant d'un pays à un autre sont couverts par un accord de sécurité sociale bilatéral ou multilatéral, tandis que 55 pour cent d'entre eux ont le droit de bénéficier d'une certaine protection sociale bien qu'ils ne relèvent d'aucun accord, et que les 22 pour cent restants n'ont aucun accès à la protection sociale (Hagen-Zanker, Mosler Vidal et Sturge, 2017).

Certains textes approuvés récemment au niveau international (ONU, 2015b, 2018; BIT, 2019e, 2017d) soulignent explicitement l'importance de la protection sociale pour les migrants et renouvellent l'appel en faveur d'un meilleur accès aux prestations et de leur portabilité. Des mesures complémentaires sont également essentielles pour lever les obstacles pratiques, par exemple des campagnes de communication, des services juridiques et sociaux, des procédures d'affiliation facilitées, des services de santé prenant en compte la situation des migrants, une formation de préparation au départ et la mise à disposition de supports d'information dans les langues des populations concernées.

Dans certains contextes humanitaires, l'objectif des partenaires du développement devrait être de travailler avec les institutions nationales et internationales compétentes non pas pour remplacer les systèmes existants, mais pour renforcer leur capacité à assurer les prestations et les services, et pour orienter les interventions humanitaires vers les objectifs à plus long terme que sont la création d'avantages sociaux en matière d'emploi et de protection sociale fondés sur les droits, le développement des capacités locales et institutionnelles, ainsi que le renforcement de la résilience des systèmes de protection sociale face aux crises futures.

⁶ Il s'agit de garantir, moyennant des règles de détermination de la législation applicable, que la protection d'un travailleur migrant en matière de sécurité sociale soit encadrée à tout moment par la législation d'un seul pays.

⁷ Cela signifie que tout droit acquis, ou en cours d'acquisition, doit être garanti au travailleur migrant au sein d'un territoire, même s'il a été acquis dans un autre pays, et qu'il ne doit pas y avoir de restriction, dans aucun des pays concernés, au paiement des prestations auxquelles le migrant a droit dans un autre pays.

► **Comblent les lacunes en matière de couverture pour les femmes**

Les femmes continuent de bénéficier d'une couverture sociale nettement inférieure à celle des hommes; cet écart est largement représentatif du taux d'activité plus faible des femmes, des niveaux plus élevés de travail à temps partiel, temporaire ou informel (en particulier pour celles qui travaillent comme indépendantes), des écarts salariaux avec les hommes et de la part des tâches de soins non rémunérées disproportionnellement élevée qui revient aux femmes, qui est souvent négligée par les stratégies nationales de protection sociale (BIT et ONU Femmes, 2019). Ces résultats sont associés à la persistance d'inégalités, de discriminations et de désavantages structurels. L'amélioration de l'accès des femmes à la protection sociale demeure un objectif primordial des travaux dans ce domaine (voir section 4.1, encadré 4.4).

Dans de nombreuses régions du monde (Afrique du Sud, Kenya, Namibie et Népal par exemple), l'essor des pensions financées par l'impôt a permis de garantir un niveau minimal de sécurité de revenu à de nombreuses femmes âgées n'ayant pas eu la possibilité de cotiser aux régimes de retraite quand elles étaient en âge de travailler. Malgré cela, pour les femmes qui dépendent uniquement des pensions financées par l'impôt, le montant des prestations perçues est souvent insuffisant. En outre, quand l'octroi de ces pensions est fonction des ressources du foyer, de nombreuses femmes âgées en sont privées du fait que les critères d'admissibilité sont restrictifs ou par crainte d'être stigmatisées (BIT, 2017f, 2016d). Les pensions contributives tenant compte des différences entre hommes et femmes et reposant sur un financement collectif et sur la solidarité sont déterminantes pour assurer aux femmes une pension adéquate, surtout quand ces pensions incluent des bonifications pour personnes à charge qui reconnaissent et compensent les périodes passées à s'occuper des enfants ou d'autres membres de la famille, et garantissent un niveau de prestations minimales conforme aux normes internationales en matière de sécurité sociale (Fultz, 2011; Behrendt et Woodall, 2015).

Alors que les allocations et les soins en cas de maternité sont essentiels pour la santé et le bien-être des femmes et de leurs bébés, nombre d'entre elles, en particulier celles qui exercent une activité indépendante ou occupent un emploi précaire, ne sont pas suffisamment couvertes. Plusieurs pays

ont pris des mesures afin de combler, ou du moins réduire, les lacunes en matière de couverture et d'adéquation des prestations, et de promouvoir l'égalité entre hommes et femmes dans l'emploi: par exemple, en Jordanie, les systèmes reposant sur la responsabilité de l'employeur ont été remplacés par une assurance sociale financée collectivement, et le financement de la garde d'enfants a été intégré au régime d'assurance maternité (BIT, 2017f, 2021a); en Afrique du Sud et au Viet Nam, la couverture par l'assurance sociale a été étendue à de nouvelles catégories de travailleurs; et, au Mozambique, les aides sociales ont été augmentées pour les personnes non couvertes par l'assurance sociale (BIT, 2016a, 2017f). Bien qu'il reste encore beaucoup à faire, la mise en place de congés paternité et de congés parentaux à égalité de droits entre le père et la mère contribue en outre à ce que les pères s'occupent davantage de leurs enfants et assument une part plus équitable des responsabilités familiales, en particulier si l'on encourage les hommes à prendre un congé en leur réservant une partie non transférable du congé parental. Dans le même temps, le fait d'investir durablement dans des services de garde d'enfants abordables et de qualité, adaptés aux besoins des parents actifs, peut faire une véritable différence: réduire la charge de la garde d'enfants pour les familles – qui pèse généralement de manière disproportionnée sur les femmes – et par là faciliter l'emploi des femmes, tout en contribuant à créer des emplois décents dans le secteur des soins (BIT, 2019g).

Des progrès notables ont été accomplis quant à la protection sociale des femmes en matière de santé; un certain nombre de pays ont accordé le rang de priorité à la fourniture gratuite, ou plus abordable, de soins prénataux et postnataux de qualité (Sen, Govender et El-Gamal, 2020). L'inclusion des besoins en matière de santé reproductive dans les «paniers de services essentiels» s'est néanmoins avérée être plutôt sélective et a souvent laissé de côté les droits des adolescentes et des femmes âgées en matière de procréation. En outre, une série d'obstacles empêchent les femmes d'accéder effectivement à la protection sociale en matière de santé, et sont le reflet, selon le contexte national, de leur statut d'emploi, de leur capacité contributive et/ou de la mesure dans laquelle les normes sociétales leur permettent de prendre des décisions au sujet de leur propre santé. Par ailleurs, les lacunes en matière de couverture, pour les soins de longue durée par exemple, pénalisent souvent davantage les femmes, d'une part parce qu'elles sont plus nombreuses à avoir besoin de soins en

raison d'une plus grande longévité, et d'autre part parce qu'elles assument une plus grande part de la charge des soins non rémunérés à d'autres personnes, ce qui constitue un obstacle de plus à la possibilité d'avoir un emploi rémunéré et une couverture sociale.

Dans l'ensemble, les inégalités persistantes entre hommes et femmes en termes de portée de couverture et d'adéquation des prestations exigent des politiques de protection sociale plus sensibles à la dimension de genre. Elles devront également



Les inégalités persistantes entre hommes et femmes exigent des politiques de protection sociale plus sensibles à la dimension de genre.

s'accompagner d'efforts visant à garantir la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des services publics, tels que les services de garde d'enfants et les soins de longue durée.

► 2.3 Une protection adéquate et complète

Si l'on constate une nette amélioration de la couverture de la protection sociale dans de nombreux domaines à l'échelle mondiale, la garantie du caractère adéquat des prestations reste un enjeu de premier plan dans de nombreuses régions. Il s'agit avant tout de l'offre et de la portée des prestations disponibles, du niveau des prestations en espèces ainsi que du caractère complet et de la qualité des paniers de prestations de santé; en outre, d'autres aspects revêtent aussi une importance, à savoir les critères d'admissibilité, la prévisibilité des prestations et la durée du versement des prestations.

Seule une minorité de la population en âge de travailler bénéficie d'une couverture sociale complète.

Selon les estimations du BIT, seulement 30,6 pour cent de la population en âge de travailler est légalement couverte par des systèmes complets de sécurité sociale comprenant toute la gamme des prestations, allant des allocations familiales aux pensions de vieillesse – la couverture des femmes accusant un retard très important de 8 points de pourcentage par rapport à celle des hommes (voir tableau 2.1). Cela signifie que la grande majorité de la population en âge de travailler – 69,4 pour cent, soit 4 milliards de personnes – n'est que partiellement, voire pas du tout, protégée.

L'éventail des prestations de protection sociale et les niveaux minimaux considérés comme socialement acceptables varient d'une société à

► **Tableau 2.1 Pourcentage de la population en âge de travailler légalement couverte par des systèmes complets de sécurité sociale, par région et par sexe, 2019**

Région	Total %	Hommes %	Femmes %
Monde	30,6	34,3	26,5
Afrique	7,3	10,8	3,9
Amériques	42,1	45,3	37,7
Asie et Pacifique	29,0	32,9	24,7
États arabes	24,2	36,1	8,6
Europe et Asie centrale	52,7	55,0	49,7

Note: Les données régionales et mondiales agrégées sont pondérées par la population en âge de travailler.

Sources: BIT [World Social Protection Database](#), à partir de l'enquête du BIT sur la sécurité sociale (Social Security Inquiry – SSI); AISS/Social Security Administration (SSA), [Social Security Programs Throughout the World](#); ILOSTAT; sources nationales.

Lien: <https://wspr.social-protection.org>.

l'autre et dépendent des attitudes qui prévalent vis-à-vis de questions telles que la répartition des responsabilités entre l'État et l'individu, les mécanismes de redistribution, y compris l'aide aux personnes pauvres et vulnérables, et la solidarité intergénérationnelle. Les principes énoncés dans la recommandation n° 202 et la convention n° 102 de l'OIT s'appuient sur une approche fondée sur les droits, acceptée au niveau international et basée sur les avantages prescrits par la législation nationale, qui garantit le caractère adéquat et prévisible des prestations (BIT, 2017f, 2021c). Les garanties apportées par un socle protection sociale définissent un niveau de référence de base en termes d'adéquation pour les systèmes de protection sociale (voir encadré 1.1). Pour assurer ce niveau de base de sécurité de revenu et l'accès aux soins de santé, il faut apporter un soin particulier à la détermination du niveau des prestations, de manière à éviter les situations difficiles et à garantir, aujourd'hui et demain, des conditions de vie dignes, dans le cadre d'un processus transparent et participatif. En ce qui concerne la sécurité élémentaire de revenu, la recommandation n° 202 (paragr. 8) fait référence à des niveaux minimaux de revenu définis à l'échelle nationale, tels que les seuils nationaux de pauvreté ou les seuils de revenu définis pour l'octroi de l'assistance sociale. En ce qui concerne les soins de santé, cet instrument prévoit que les personnes ayant besoin de soins de santé ne devraient pas être confrontées à une charge financière trop lourde ni à un risque accru de pauvreté résultant de l'accès à ces soins. Compte tenu du caractère multidimensionnel de la pauvreté, il est essentiel que la fourniture de prestations en espèces, adéquates et prévisibles, soit envisagée parallèlement à la fourniture de services de qualité, notamment en matière d'éducation, de logement, de soins de santé, de soins de longue durée, d'approvisionnement en eau et d'alimentation (CE, 2015).

L'établissement d'un socle de protection sociale est essentiel pour garantir un niveau minimal de protection mais, pour que les systèmes de protection sociale fonctionnent de manière optimale, ceux-ci doivent assurer, dans les plus brefs délais, des niveaux de protection adéquats au plus grand nombre de personnes possible. Les exigences minimales énoncées dans la convention n° 102 et dans les normes de sécurité sociale plus avancées (voir annexe 3) relatives aux neuf branches constituent un cadre internationalement accepté pour évaluer l'adéquation des systèmes de protection sociale (BIT, 2021c). Ainsi, s'agissant des prestations de vieillesse, d'invalidité et de survivants, la convention (n° 128) concernant les prestations

d'invalidité, de vieillesse et de survivants, 1967, et la recommandation (n° 131) concernant les prestations d'invalidité, de vieillesse et de survivants, 1967, établissent des normes pour l'adéquation de leurs montants, et notamment pour que ceux-ci soient révisés à la suite de variations sensibles du niveau des rémunérations ou du coût de la vie. L'annexe 3 du présent rapport résume les conditions minimales prévues pour les neuf branches (voir aussi BIT, 2021c).

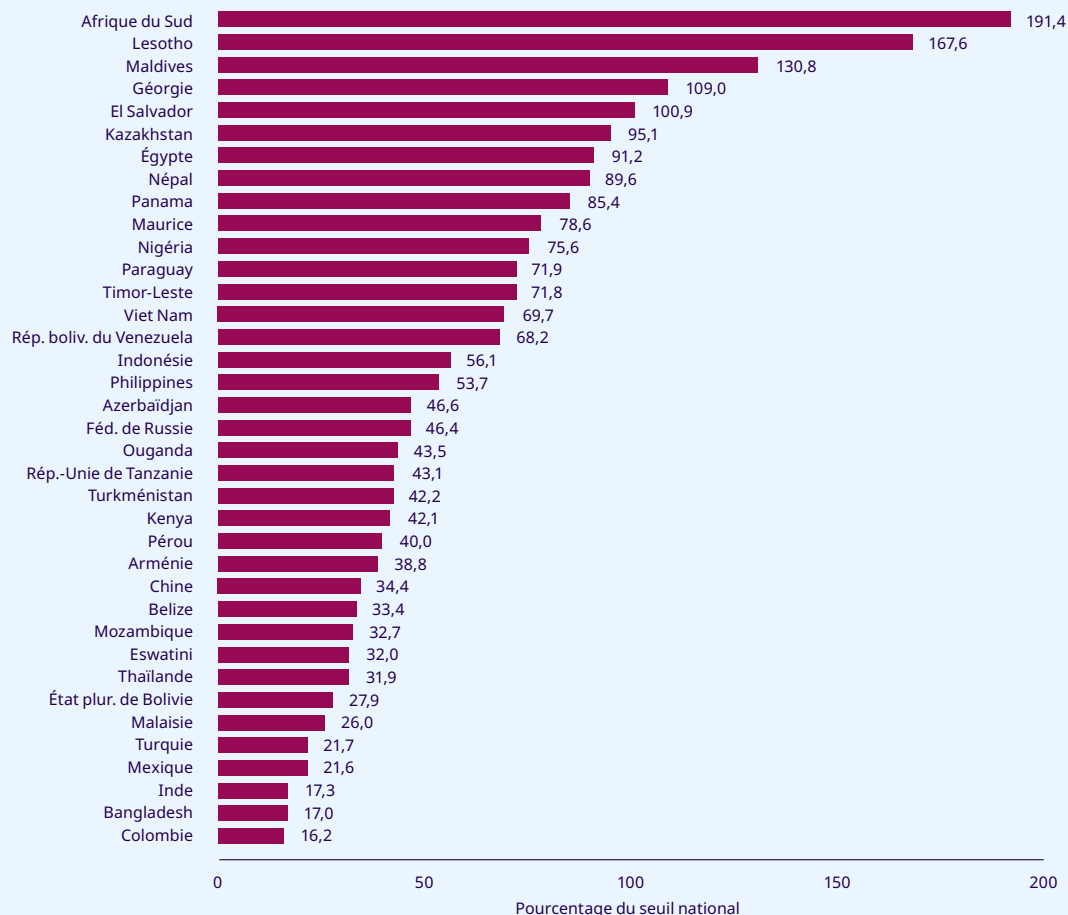
Dans la pratique, cependant, le niveau des prestations fournies par de nombreux régimes de sécurité sociale reste inférieur aux normes minimales en matière d'adéquation. Par exemple, comme le montre la figure 2.8, dans de nombreux pays, le niveau des pensions de vieillesse non contributives est fixé à moins de 50 pour cent de la valeur du seuil de pauvreté national: autrement dit, la pension ne suffit pas pour prévenir la pauvreté des personnes âgées. Par conséquent, les personnes âgées de ces pays dont les revenus dépendent d'une pension sociale restent pauvres.

Parmi les défis que les pays doivent relever pour garantir le caractère adéquat des prestations de protection sociale figurent la persistance du niveau élevé de l'insécurité de l'emploi et de l'informalité, ainsi que les inégalités entre hommes et femmes en matière d'emploi et de rémunération.

Les conséquences de ces difficultés sont évidentes pour les régimes contributifs, où le niveau des prestations dépend directement des cotisations versées: une couverture limitée et de faibles revenus nuisent donc à la capacité du système de protection sociale à assurer des prestations adéquates. Les volets redistributifs des régimes d'assurance sociale, tels que les garanties de prestations minimales ou les bonifications pour enfants et personnes à charge, offrent la possibilité de fournir des prestations d'un niveau plus élevé aux personnes ayant connu des interruptions pendant leur période de cotisation et/ou eu de faibles revenus, dont la plupart sont des femmes. Au contraire, les systèmes de pensions privés et les régimes d'épargne individuels ne comportent pas de tels éléments redistributifs et n'ont donc pas ou peu de moyens de garantir des prestations adéquates aux personnes dont les

► Parmi les défis que les pays doivent relever pour garantir le caractère adéquat des prestations de protection sociale figurent la persistance du niveau élevé de l'insécurité de l'emploi et de l'informalité.

► **Figure 2.8 Pensions de vieillesse non contributives en pourcentage du seuil de pauvreté national, pour une personne seule, 2017 ou dernière année disponible**



Sources: BIT, [World Social Protection Database](#), à partir de l'enquête du BIT sur la sécurité sociale (Social Security Inquiry – SSI); HelpAge International; sources nationales.

Lien: <https://wspr.social-protection.org>.

revenus sont faibles et aléatoires, ce qui entraîne souvent des inégalités marquées entre les sexes.

Cependant, un niveau élevé d'insécurité de l'emploi et d'informalité peut également porter atteinte aux régimes non contributifs, en limitant la capacité du gouvernement à mobiliser et à allouer une part suffisante de son budget pour assurer un niveau minimal de protection.

L'un des facteurs cruciaux pour garantir le caractère adéquat des prestations de protection sociale est le soutien politique. Les programmes offrant une couverture étendue, qu'ils soient contributifs ou non, ont tendance à bénéficier de davantage de soutien politique que les programmes qui

s'adressent à des groupes plus restreints de la population, comme les programmes ciblant les pauvres de façon plus étroite (Kidd, 2015; Kabeer, 2014). Ce soutien politique est essentiel pour garantir des niveaux de prestations adéquats et éviter que les programmes destinés aux pauvres ne deviennent (ou ne restent) des programmes précaires.

Il est essentiel de garantir le caractère adéquat des prestations de protection sociale pour atteindre les ODD. Ne pas tenir compte de cet impératif compromettra la réalisation des objectifs en matière de réduction de la pauvreté énoncés dans le Programme 2030.

► 2.4 Dépenses et financement de la protection sociale



Atteindre une protection sociale universelle nécessite de garantir et de maintenir un niveau suffisant d'investissement.

Pour combler les lacunes en matière de couverture et mettre en place des systèmes de protection sociale complets et adéquats permettant d'atteindre une protection sociale universelle, il est nécessaire de garantir et de maintenir un niveau suffisant d'investissement. La présente section porte sur la structure des dépenses de protection sociale, indique une estimation des ressources nécessaires pour combler

les déficits de financement actuels et expose plusieurs possibilités de ménager un espace budgétaire pour financer la protection sociale.

Avant le COVID-19, les pays consacraient en moyenne 12,9 pour cent de leur produit intérieur brut (PIB) à la protection sociale (hors santé) et l'on constatait d'importantes disparités entre les régions et les différents groupes de revenus (figures 2.9 et 2.10). Il convient de noter que les pays à revenu élevé ont consacré en moyenne

16,4 pour cent de leur PIB à la protection sociale, soit deux fois plus que les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure (8 pour cent), six fois plus que les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure (2,5 pour cent) et quinze fois plus que les pays à faible revenu (1,1 pour cent). Il existe également de nettes différences entre les régions, la part du PIB allant de 17,4 pour cent en Europe et en Asie centrale et 16,6 pour cent dans les Amériques à 7,5 pour cent en Asie et dans le Pacifique, 4,6 pour cent dans les États arabes et 3,8 pour cent en Afrique. Les écarts sont tout aussi prononcés en ce qui concerne les dépenses publiques de santé, avec une moyenne mondiale de 5,8 pour cent du PIB accompagnée de disparités considérables entre les régions et les différents niveaux de revenu des pays (figures 2.10 et 2.11).

Dans l'ensemble, il existe une corrélation positive entre le niveau de développement économique et le niveau d'investissements dans la protection sociale. Il est toutefois plus intéressant de constater qu'il existe des différences non négligeables sur le plan des investissements dans la

► Figure 2.9 Part des dépenses publiques consacrées à la protection sociale (hors santé), en pourcentage du PIB, 2020 ou dernière année disponible

Pour des raisons techniques, cette figure est momentanément indisponible.

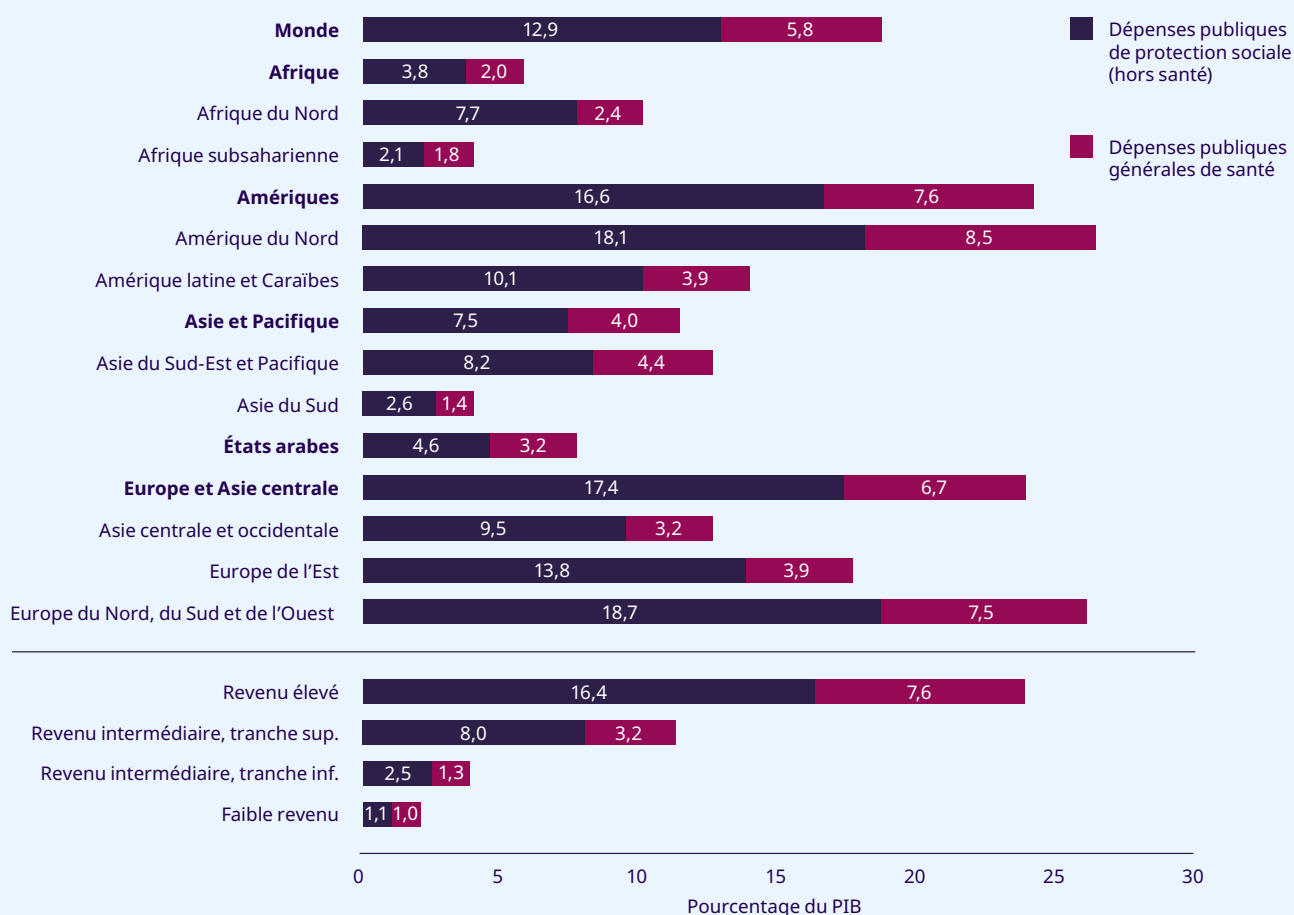
Veillez vous référer aux [tableaux statistiques](#) de ce rapport et à la base de données mondiale du BIT sur la protection sociale ([World Social Protection Database](#)) pour des informations actualisées.

Note: Les données régionales et mondiales agrégées sont pondérées par le PIB.

Sources: BIT, [World Social Protection Database](#), à partir de l'enquête du BIT sur la sécurité sociale (Social Security Inquiry – SSI); Fonds monétaire international (FMI); Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC); sources nationales.

Lien: <https://wspr.social-protection.org>.

► **Figure 2.10 Part des dépenses publiques consacrées à la protection sociale (hors santé), en pourcentage du PIB, 2020 ou dernière année disponible, et dépenses intérieures publiques générales consacrées à la santé, en pourcentage du PIB, 2018, par région, sous-région et niveau de revenu**



Note: Les données régionales et mondiales agrégées sont pondérées par le PIB.

Source: OMS, Global Health Expenditure Database.

Lien: <https://wspr.social-protection.org>.

protection sociale entre des pays ayant le même niveau de développement économique (ou des pays dont les budgets publics sont similaires), ce qui indique qu'il existe une certaine marge de manœuvre en ce qui concerne le choix des politiques, quelle que soit la capacité économique d'un pays (Ortiz *et al.*, 2019, p. 29).

La crise du COVID-19 a non seulement révélé des lacunes flagrantes en matière de protection sociale, quant à la couverture, l'exhaustivité et l'adéquation des prestations, mais elle a également mis en avant la nécessité d'accroître les investissements dans les systèmes de protection sociale, et en particulier dans l'établissement de socles de protection sociale pouvant garantir une sécurité minimale du revenu et l'accès aux soins

de santé pour tous. La comparaison du coût d'un ensemble de prestations pouvant constituer un socle de protection sociale et des dépenses actuelles consacrées à l'aide sociale permet d'estimer le déficit de financement à combler pour atteindre les cibles 1.3 et 3.8 des ODD (Durán Valverde *et al.*, 2019, 2020). Pour réduire leur déficit de financement annuel, en tenant compte des répercussions du COVID-19, les pays à faible revenu devraient investir 77,9 milliards de dollars É.-U. supplémentaires, soit 15,9 pour cent de leur PIB (Durán Valverde *et al.*, 2020). Les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure devraient investir 362,9 milliards de dollars É.-U. supplémentaires; et les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure, 750,8 milliards de dollars É.-U. supplémentaires, soit respectivement

► **Figure 2.11 Dépenses intérieures publiques générales consacrées à la santé, 2018 (pourcentage du PIB)**

Pour des raisons techniques, cette figure est momentanément indisponible.

Veillez vous référer aux [tableaux statistiques](#) de ce rapport et à la base de données mondiale du BIT sur la protection sociale ([World Social Protection Database](#)) pour des informations actualisées.

Note: Les données régionales et mondiales agrégées sont pondérées par le PIB.

Source: OMS, Global Health Expenditure Database.

Lien: <https://wspr.social-protection.org>.

5,1 et 3,1 pour cent du PIB. Au niveau régional, on recense un déficit de financement relatif particulièrement élevé en Asie centrale et occidentale, en Afrique du Nord et en Afrique subsaharienne (respectivement 9,3, 8,3 et 8,2 pour cent du PIB) (voir figure 2.12). L'ampleur de ce défi est d'autant plus évidente si l'on effectue une comparaison avec les niveaux actuels des recettes fiscales. Selon la base de données mondiale de l'OCDE des statistiques des recettes publiques, les recettes fiscales en pourcentage du PIB en 2018 s'élevaient en moyenne à 16,6 pour cent dans les pays africains, contre 34,3 pour cent dans les pays de l'OCDE.

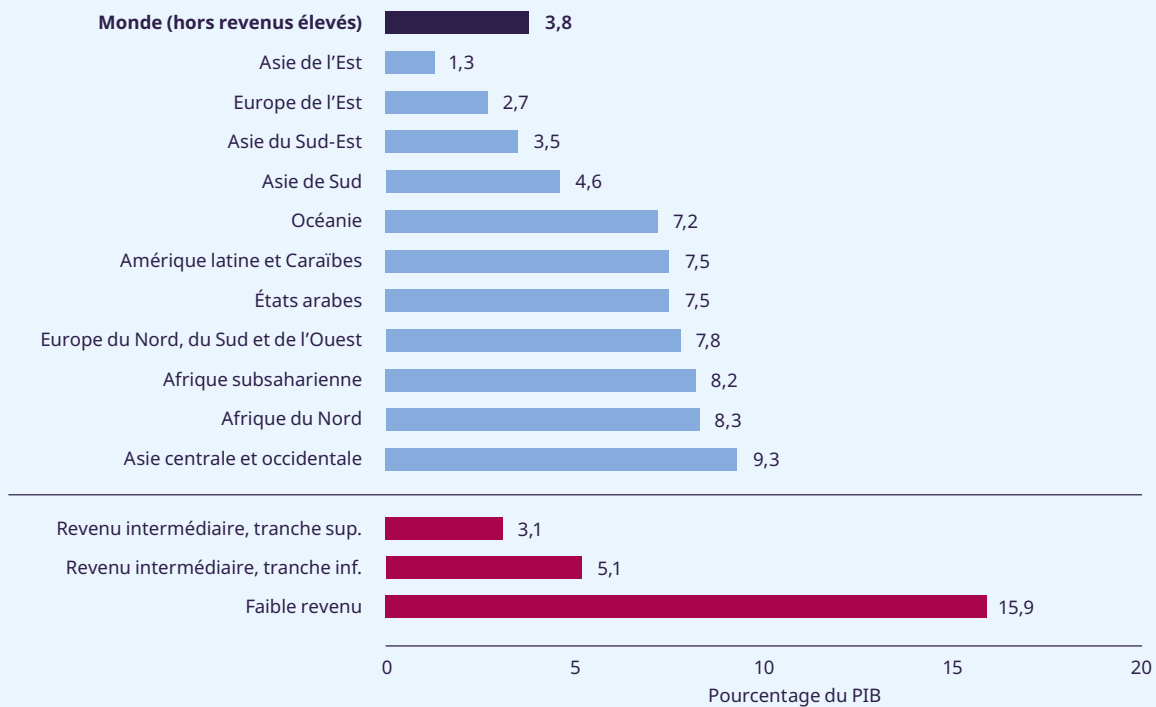
Les niveaux actuels de dépenses en matière de protection sociale sont insuffisants pour combler les lacunes persistantes en matière de couverture.

Il ressort donc clairement de ce qui précède que les niveaux actuels de dépenses en matière de protection sociale sont insuffisants pour combler les lacunes persistantes en matière de couverture, malgré une mobilisation importante, bien qu'inégale, des ressources pendant la période du COVID-19 (voir section 3.2). La marge de manœuvre budgétaire limitée des pays en développement s'est traduite par une difficulté sur le plan de la relance, les pays à revenu intermédiaire

de la tranche inférieure n'ayant mobilisé qu'une faible partie des mesures de relance budgétaire par rapport aux pays à revenu élevé (BIT, 2020j). Dans les premiers pays, les mesures de relance ont été sous-dimensionnées par rapport aux perturbations du marché du travail, ce qui suscite des préoccupations considérables, car les effets cumulés des réponses budgétaires à la crise du COVID-19 et de ses répercussions économiques devraient être encore plus importants à long terme (BIT, 2020j). Les pays devront investir dans la protection sociale (compte tenu de ses effets multiplicateurs bien connus) pour inverser la spirale récessive qui frappe actuellement leur économie, malgré l'érosion à court terme des finances publiques qui découle de la diminution des recettes fiscales et des cotisations sociales.

Dans le même temps, il sera essentiel que les partenaires de développement et les institutions financières internationales favorisent l'établissement de conditions propices au dégagement de moyens budgétaires supplémentaires au niveau national. Il est pertinent de relever que le FMI a récemment présenté sa stratégie en matière de dépenses sociales (entendues comme les dépenses publiques destinées à la protection sociale, à la santé et à l'éducation), qui reconnaît leur importance pour une croissance inclusive (FMI, 2019, 2020b).

► **Figure 2.12 Déficit de financement annuel à combler pour atteindre les cibles 1.3 et 3.8 des ODD, par région, sous-région et niveau de revenu, 2020 (pourcentage du PIB)**



Sources: BIT, [World Social Protection Database](https://wsp.spr.social-protection.org), à partir de l'enquête du BIT sur la sécurité sociale (Social Security Inquiry – SSI); FMI; CEPALC; sources nationales; OMS.

Lien: <https://wsp.spr.social-protection.org>.

Il n'existe pas de solution toute faite pour accroître la marge de manœuvre budgétaire en faveur de la protection sociale. La recommandation n° 202 de l'OIT invite les pays à envisager de recourir à un ensemble varié de méthodes pour mobiliser les ressources nécessaires. Les pays doivent consentir davantage d'investissements dans la protection sociale et en faire un meilleur usage, en s'appuyant sur les principes d'universalité, d'adéquation, de durabilité et de solidarité. Un dialogue social efficace doit guider non seulement la conception et la mise en œuvre des systèmes de protection sociale, y compris les socles, mais aussi les décisions relatives à leur financement. L'expérience internationale a permis de montrer que les huit stratégies ci-après peuvent être utilisées par les pays pour dégager des ressources budgétaires (Ortiz *et al.*, 2019):

1. Étendre la couverture de la sécurité sociale et augmenter les recettes provenant des contributions. Il s'agit d'un moyen fiable pour financer la protection sociale puisqu'il permet de dégager un espace budgétaire pour

d'autres dépenses sociales. Les prestations de protection sociale liées à l'emploi financées grâce aux cotisations encouragent également la formalisation de l'économie informelle. La «monotaxe» mise en place en Uruguay constitue un exemple remarquable de cet effet; l'Argentine, le Brésil et la Tunisie ont également montré qu'il était possible à la fois d'étendre la couverture et d'augmenter les contributions.

2. Augmenter les recettes fiscales. L'imposition est un moyen majeur pour générer des recettes publiques, lesquelles peuvent être augmentées par la modification du taux de certains types d'impôts (notamment ceux qui sont prélevés sur les bénéfices des entreprises, les activités financières, la propriété, les successions, les importations et les exportations ainsi que les ressources naturelles) ou par l'amélioration des méthodes de recouvrement de l'impôt et du respect des obligations fiscales. De nombreux pays augmentent les taxes destinées en particulier à la protection sociale,

ou augmentent les recettes en instaurant de nouvelles taxes. L'État plurinational de Bolivie, la Mongolie et la Zambie financent des régimes universels de pensions, d'allocations familiales et d'autres régimes avec les impôts sur l'activité minière et le gaz naturel. Le Ghana, le Libéria et les Maldives ont mis en place un impôt sur le tourisme pour financer des programmes sociaux, tandis que le Gabon a utilisé des recettes provenant de l'impôt sur la valeur ajoutée des communications mobiles pour financer son système de santé universel. L'Algérie, Maurice et le Panama, entre autres, ont complété les recettes de la sécurité sociale par une taxe élevée sur le tabac; et, avant 2008, le Brésil a appliqué une taxe temporaire sur les transactions financières pour étendre la couverture de la protection sociale.

3. Mettre un terme aux flux financiers illicites.

Le simple fait de remplir cet objectif permettrait de libérer plus de dix fois le volume total annuel de l'aide publique au développement (APD) versée et reçue dans le monde. En effet, ce sont autant de ressources illégalement détournées des pays en développement chaque année. Des efforts accrus sont déployés pour réprimer le blanchiment d'argent, la corruption, l'évasion fiscale, la falsification des prix et d'autres délits financiers qui non seulement enfreignent la loi, mais entament aussi des recettes indispensables aux gouvernements pour la protection sociale et la réalisation des ODD. Les estimations du BIT concernant l'Égypte prévoient que la lutte contre les sorties de capitaux illégales pourrait générer en moyenne un montant annuel équivalent à 3 pour cent du PIB; on estime que les sorties de capitaux illégales de ce pays en 2014 étaient comprises entre 1,9 et 4,7 pour cent du PIB (Ortiz *et al.*, 2019).

4. Réaffecter les dépenses publiques et améliorer la qualité des dépenses.

À cette fin, on pourrait prendre les mesures suivantes: évaluer les allocations budgétaires en cours moyennant un examen des dépenses publiques, la budgétisation sociale et d'autres analyses budgétaires; remplacer les investissements coûteux et à faible impact par des investissements ayant des retombées socio-économiques plus importantes; éliminer les dépenses inutiles; et lutter contre la corruption. Par exemple, le Costa Rica et la Thaïlande ont réaffecté leurs dépenses militaires aux soins de santé universels. L'amélioration de la qualité des dépenses

correspond aux modifications apportées à la conception et au fonctionnement des programmes de protection sociale. Le Costa Rica fournit un nouvel exemple, car ce pays a instauré un nouveau modèle de soins de santé axé sur le renforcement des mesures préventives et sur la promotion de la santé, ce qui a permis d'améliorer considérablement l'efficacité des dépenses en termes de résultats pour la santé.

5. Utilisation de réserves budgétaires et de devises.

Cette stratégie peut être mise en œuvre en puisant dans l'épargne publique et dans les autres recettes publiques investies dans des fonds spéciaux (par exemple des fonds souverains), et/ou en utilisant les réserves excédentaires de devises de la banque centrale pour le développement national et régional.

6. Gérer la dette souveraine par l'emprunt et la restructuration de la dette.

Cette méthode suppose de rechercher activement, à l'intérieur du pays et à l'étranger, des possibilités d'emprunts à faible coût, comme des prêts aidés, après avoir soigneusement étudié la viabilité de la dette. Par exemple, la Colombie est devenue en 2017 le premier pays en développement à émettre une obligation à impact social, tandis que l'Afrique du Sud a émis des obligations municipales pour financer des services essentiels et des infrastructures urbaines.

7. Adopter un cadre macroéconomique plus souple.

Cette stratégie peut laisser le déficit budgétaire se creuser ou l'inflation augmenter sans pour autant menacer la stabilité macroéconomique. Un grand nombre de pays en développement ont eu recours à de tels cadres ainsi qu'au financement par le déficit budgétaire pendant la crise du COVID-19.

8. Augmenter l'aide et les transferts.

Malgré les appels à renforcer l'APD pour soutenir le financement du développement durable (ONU, 2015a), et l'engagement commun pris pour atteindre la cible de 0,7 pour cent du revenu national brut (RNB), dans les faits, l'APD n'a représenté que 0,3 pour cent du RNB combiné des pays membres du Comité d'aide au développement en 2019 (OCDE, 2021). Non seulement les pays donateurs n'ont pas respecté leurs engagements, mais la part des décaissements effectifs d'APD allouée à la protection sociale en 2017 n'a représenté que 0,0047 pour cent de leur RNB (BIT, 2020g).

chapitre 3

La protection sociale pendant la crise du COVID-19 et la reprise



- 3.1 Le COVID-19, révélateur d'inégalités et de graves lacunes en matière de protection
- 3.2 Réponse à la crise: extension rapide de la couverture et adaptation des systèmes de protection sociale
- 3.3 La protection sociale à la croisée des chemins

► Une crise inédite:

la réponse de la protection sociale au COVID-19

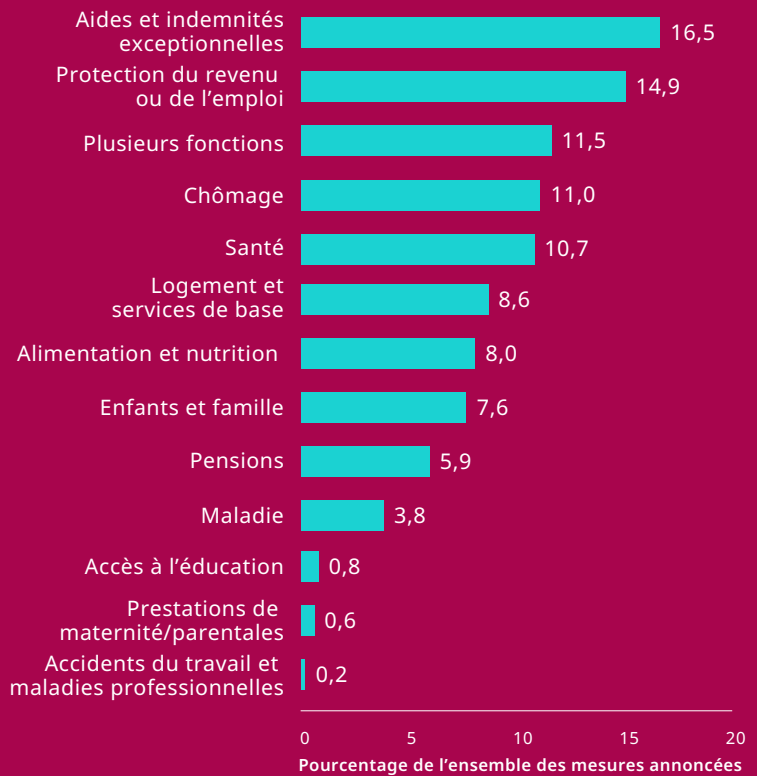
La pandémie a fait apparaître les importantes lacunes qui subsistent en matière de couverture, d'exhaustivité et d'adéquation de la protection sociale

Les **2 milliards** de travailleurs de l'économie informelle

ne sont, pour la plupart, pas couverts

L'accès insuffisant aux prestations de maladie et de chômage est devenu particulièrement évident pendant la pandémie

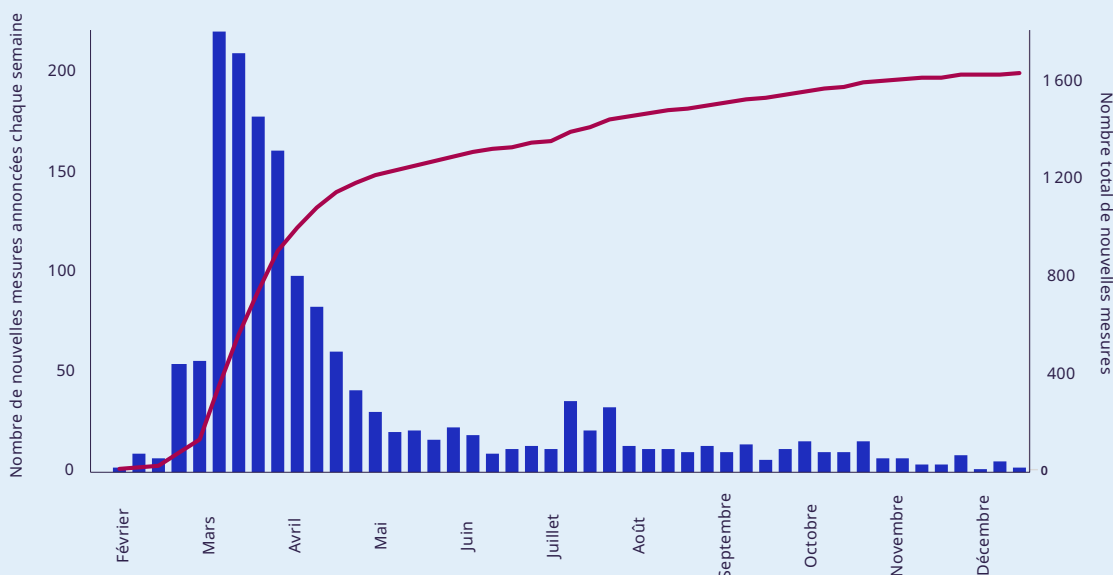
Les mesures annoncées ont porté sur toutes les fonctions de la protection sociale



► Ces mesures ont été souvent prises à titre temporaire et se sont révélées insuffisantes pour répondre aux besoins

► Il faut investir davantage dans les systèmes de protection sociale dans le cadre d'une stratégie ambitieuse

Un nombre sans précédent de mesures de protection sociale ont été adoptées en 2020



Nombre de mesures de protection sociale annoncées dans le monde en réponse à la crise du COVID-19, février à décembre 2020

BIT, World Social Protection Database
Observatoire de l'OIT sur la protection sociale: réponses de la protection sociale à la crise du COVID-19 dans le monde

- ▶ La pandémie a révélé des déficits de taille en matière de couverture, d'exhaustivité et d'adéquation de la protection sociale dans tous les pays. Ces lacunes ont exposé plusieurs segments de la population à une situation de vulnérabilité, notamment les femmes, les enfants et les travailleurs engagés dans des formes atypiques d'emploi et dans l'économie informelle.
- ▶ La pandémie a suscité une réponse sans précédent en matière de protection sociale: de nombreux pays ont introduit, renforcé ou adapté des mesures de protection sociale en vue d'étendre la protection à des groupes de population auparavant non couverts ou bénéficiant d'une couverture insuffisante.
- ▶ Tous les pays ont dû relever des défis pour réagir rapidement, mais ceux qui disposaient déjà de systèmes de protection sociale solides ont pu garantir un accès aux soins de santé indispensables, assurer la sécurité du revenu et protéger l'emploi. Les pays dont les systèmes n'étaient pas suffisamment robustes se sont retrouvés contraints d'adopter certaines mesures, parfois par tâtonnement, pour faire face aux nombreuses difficultés initiales.
- ▶ La crise a confirmé qu'il était urgent de garantir à tous un niveau de sécurité sociale de base, tout au long de la vie. Il est donc essentiel que les mesures annoncées dans l'urgence ne se limitent pas à un simple palliatif, mais conduisent à la mise en place ou au renforcement de systèmes nationaux de protection sociale, y compris les socles, fondés sur les droits.
- ▶ Différents choix s'offrent aux pays quant à la manière de répondre à cette crise et d'élaborer leurs politiques de protection sociale pour l'avenir. Presque tous les pays, quel que soit leur niveau de développement, sont en mesure d'adopter une stratégie de haut niveau pour atteindre la protection sociale universelle – et il est grand temps de s'engager sur cette voie. Pour ce faire, il faudra poursuivre et accroître les investissements dans la protection sociale, tout en assurant la viabilité financière et budgétaire en associant des sources diversifiées de financement.
- ▶ La crise du COVID-19 nous a propulsés en territoire inconnu. Les gouvernements ont dû suspendre l'activité économique pour contenir la propagation du virus et protéger la population et, ce faisant, ils ont induit une récession économique d'une ampleur sans précédent. Le présent chapitre porte sur l'impact socio-économique de la pandémie et sur les mesures prises pour combler les lacunes de la protection sociale, qui ont mobilisé des ressources considérables. Il se propose de montrer en quoi les pays se trouvent aujourd'hui à un carrefour important. À partir de là, les États devront choisir entre une stratégie «haut de gamme», qui consiste à renforcer les systèmes de protection sociale pour combler progressivement les lacunes en matière de protection et garantir la viabilité des régimes, conformément aux normes de l'OIT, et une stratégie «bas de gamme», qui se contente de mettre en place des filets de sécurité peu fiables, sous la pression des mesures d'assainissement budgétaire. La mise en œuvre d'une approche de la reprise centrée sur l'humain et sur l'avenir du travail reposera sur le déploiement d'efforts accrus en faveur de systèmes de protection sociale universels, complets, adéquats et durables, y compris un socle de protection sociale solide assurant un niveau minimal de sécurité sociale à toute la population.



栗入りあげまん
Chestnut
NEW!!
¥250
栗入りあんにプランとほうろ餅のころも
Chestnut manju - Bran & Hōjōchi

200円

200円 Sweet potato

170円 Sesame

150円

130円

170円 Green Tea

170円 Pumpkin

170円 Sweet Potato

Sesame

1000

► 3.1 Le COVID-19, révélateur d'inégalités et de graves lacunes en matière de protection

En 2020, le nombre total d'heures travaillées au niveau mondial a baissé de 8,8 pour cent par rapport au quatrième trimestre de 2019, ce qui équivaut à 255 millions d'emplois à plein temps (BIT, 2021k). Si ces pertes massives d'emplois ont touché certains secteurs de plein fouet, tels que l'hôtellerie, la culture, le commerce de détail et le tourisme, d'autres secteurs (par exemple information et communication ou activités financières et d'assurance) en ont en fait largement profité. De même, la crise a eu des conséquences disproportionnées sur les travailleurs peu et moyennement qualifiés et sur les travailleurs indépendants, ce

qui pourrait entraîner une augmentation des inégalités sur le marché du travail dans les années à venir (BIT, 2021k). Dans le même temps, la crise a amplifié les inégalités économiques et sociales, en mettant au jour les écarts entre les «nantis» et les «démunis», ainsi qu'entre ceux qui étaient

en mesure de travailler à domicile et les autres. Alors que des centaines de millions de personnes ont perdu leurs revenus et leurs moyens de subsistance, les dix individus les plus riches de la planète ont vu leur richesse cumulée augmenter de 500 milliards de dollars É.-U. depuis le début de l'épidémie de COVID-19 (Berkhout *et al.*, 2021).

La crise a révélé et exacerbé les disparités socio-économiques structurelles et du marché du travail profondément ancrées dans les pays et entre eux. Les données disponibles montrent déjà que les pertes de revenus du travail dues à la crise ont touché les travailleurs et les secteurs de manière inégale. L'ensemble des conséquences économiques et sociales ne seront visibles que lorsque les mesures d'urgence seront levées; en outre, d'autres fortes inégalités se dessinent concernant l'accès aux vaccins et la poursuite du financement des mesures de relance budgétaire (voir section 3.3.2).

La pandémie a également eu des effets particulièrement graves pour les groupes vulnérables et les personnes privées de couverture sociale en raison d'inégalités sociales préexistantes. Le cumul des inégalités sanitaires et sociales et de l'augmentation de la morbidité (et les facteurs de comorbidité) explique les taux disproportionnés

d'infections et de décès dans les communautés de minorités ethniques (Razai *et al.*, 2021) et les groupes à faible revenu (Marmot *et al.*, 2020). Cette situation traduit le racisme et la discrimination systémiques qui prévalent au sein des principaux services sociaux, et révèle en quoi certains groupes de la population sont privés de la possibilité d'avoir un travail décent et l'accès aux soins de santé (Kidd, 2020). De plus, l'austérité qui prévalait avant la crise du COVID-19 a intensifié les conséquences du virus en affaiblissant l'état de santé de ces populations avant que la crise n'éclate (Marmot *et al.*, 2020).

Plusieurs autres groupes ont été gravement et démesurément touchés par la pandémie. Par exemple, on a constaté que les obstacles et les inégalités préexistants auxquels se confrontaient les peuples autochtones et les personnes handicapées s'étaient encore accentués avec le COVID-19 (De Schutter, 2020; Lustig *et al.*, 2020; PPDPH *et al.*, 2020). Les migrants et les personnes déplacées de force ont été parmi les premiers à perdre leur emploi en raison de la pandémie et se heurtent aujourd'hui à des obstacles de taille pour réintégrer le marché du travail. Ils font également face à de multiples difficultés pour accéder à la protection sociale, en raison de l'absence de droits en matière de citoyenneté ou de résidence légale, et dans de nombreux cas cette situation s'ajoute à un emploi informel; nombre d'entre eux sont contraints de retourner dans leur pays d'origine ou de vivre dans des conditions d'insalubrité et de surpopulation, ce qui accroît leur risque de contracter le virus (BIT, 2020s).

Les effets inégaux de la pandémie ont également aggravé les inégalités préexistantes entre les sexes. Les femmes ont plus souffert que les hommes de la baisse de l'emploi parce qu'elles étaient surreprésentées dans les secteurs les plus durement touchés par les fermetures (BIT, 2020j, 2021k). Si l'activité économique s'est arrêtée pour de nombreuses femmes, beaucoup d'autres en revanche ont vu leur charge de travail augmenter et s'intensifier, notamment dans le domaine des services rémunérés à la personne. Les femmes représentent 70 pour cent du personnel de santé, y compris la grande majorité des travailleurs de première ligne; nombre d'entre elles ont dû travailler sans équipement de protection individuelle adéquat et, par conséquent, ont couru un plus grand risque d'être

La crise a amplifié les inégalités économiques et sociales

exposées au virus (BIT, 2019f, 2020c). En outre, avec la fermeture des services de garde d'enfants, des écoles et des établissements de soins de longue durée, une grande partie des responsabilités liées aux soins des jeunes enfants et des personnes âgées fragiles s'est reportée sur les familles, et tout particulièrement sur les femmes (BIT, 2020j; ONU, 2020c; ONU Femmes, 2020c). Enfin, on a constaté une augmentation des violences domestiques, tant sur le plan de la fréquence des cas que sur celui de leur gravité (ONU Femmes, 2020b).

Il a été démontré que les crises sanitaires et économiques touchent aussi de manière disproportionnée les enfants (UNICEF, 2020e; Tirivayi *et al.*, 2020). Étant donné que la fermeture des écoles, universités et services de garde d'enfants a concerné plus de 800 millions d'enfants et de jeunes en 2020 (UNESCO, 2020a), on peut s'attendre à ce que les conséquences sociales de cette pandémie sur les jeunes soient de taille (Dasgupta et Chacaltana, 2021).

L'aphorisme selon lequel on ne peut juger une société que par la façon dont elle traite ses membres les plus vulnérables prend d'autant plus de sens dans le contexte du COVID-19. D'après ce critère, de nombreuses sociétés ne sont pas à la hauteur. En définitive, les effets très inégaux de la pandémie ont aggravé les inégalités existantes et laissent de nombreux pays dans une situation plus difficile qu'avant la crise. Il incombe donc aux États non seulement de continuer d'apporter une réponse d'urgence adéquate à la crise pendant toute sa durée, mais aussi d'élaborer une stratégie ambitieuse à plus long terme en vue de renforcer les systèmes de protection sociale lorsque la crise perdra de l'ampleur.

Lorsque le COVID-19 a frappé, seulement un tiers environ de la population mondiale avait accès à

un système complet de protection sociale. La pandémie a rapidement fait ressortir les importantes lacunes en matière de couverture, d'exhaustivité et d'adéquation des systèmes de protection sociale dans tous les pays (BIT, 2020f, 2020v). Par conséquent, les responsables politiques ont été contraints d'étendre et de renforcer les systèmes de protection sociale existants.

Bien que la crise ait frappé les sociétés dans leur ensemble, certains segments de la population ont été bien plus touchés que d'autres. On peut notamment citer bon nombre des 2 milliards de travailleurs de l'économie informelle, dont 1,6 milliard exercent une activité dans les secteurs les plus éprouvés, et dont la plupart ne sont ni affiliés à des régimes contributifs ni couverts par une assistance sociale étroitement ciblée (BIT, 2020f, 2020d, 2020v). En outre, les personnes handicapées, les jeunes, les migrants, les salariés à temps partiel ainsi que les travailleurs temporaires et indépendants ont également compté parmi les victimes de premier plan.

La pandémie a mis en évidence les conséquences de l'accès insuffisant à des soins de santé de qualité (BIT, 2020v). Avant la crise, la moitié de la population mondiale n'avait pas accès aux services de santé, et environ 40 pour cent n'étaient pas affiliés à un système national d'assurance-maladie sociale ou à un service national de santé. De nombreuses personnes ont dû déboursier des sommes importantes pour obtenir le traitement dont elles avaient besoin (BIT, 2017f; OMS et Banque mondiale, 2017). La crise a également fait ressortir le peu de progrès réalisés en ce qui concerne l'instauration et le renforcement des socles de protection sociale visant à garantir l'accès aux soins de santé essentiels et la sécurité élémentaire de revenu pour tous, tout au long de la vie (BIT, 2021o).

► 3.2 Réponse à la crise: extension rapide de la couverture et adaptation des systèmes de protection sociale

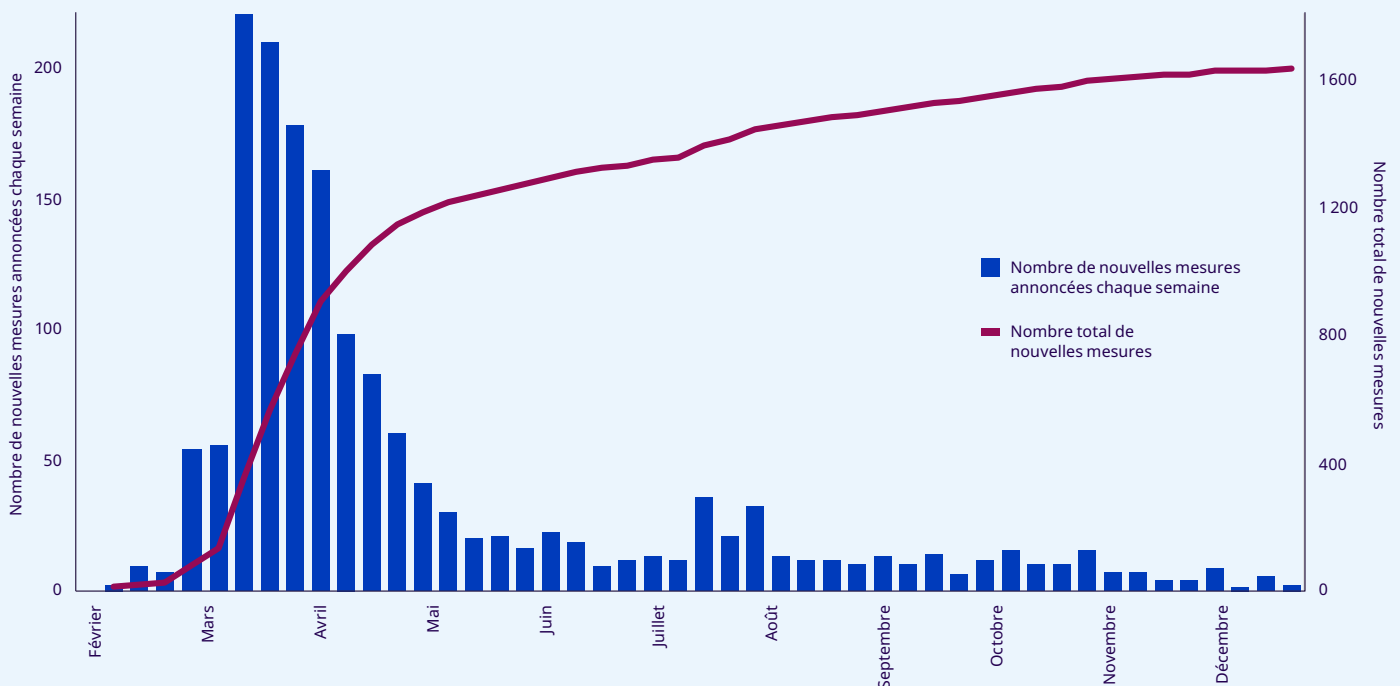
3.2.1 Garantir l'accès aux soins de santé et la sécurité de revenu pendant la crise

Plus que toute autre crise économique récente, la pandémie de COVID-19 a souligné encore davantage la nécessité de disposer de systèmes de protection sociale complets. En 2020, presque tous les pays et territoires ont pris des mesures; au total, un peu plus de 1 600 mesures en matière de protection sociale ont été annoncées (voir figure 3.1). Les pays qui disposaient de systèmes de protection sociale solides avant la crise ont pu se reposer sur les régimes légaux préexistants, qui ont automatiquement assuré leur fonction de protection, tout en injectant des ressources

supplémentaires en cas de besoin et en axant leurs efforts sur les programmes d'urgence destinés aux groupes les plus vulnérables. Les pays dont les systèmes de protection sociale étaient plus faibles ont été confrontés à des difficultés plus importantes. Ils se sont également appuyés sur des régimes légaux préexistants, mais bon nombre d'entre eux ont aussi été contraints, d'une part, de combler d'urgence les lacunes en prenant de nouvelles mesures ou en étendant la couverture et en améliorant le caractère complet et adéquat des prestations et, d'autre part, d'adapter les mécanismes de prestations pour les ajuster aux objectifs de santé publique.

Les mesures annoncées ont porté sur toutes les fonctions de la protection sociale (voir figure 3.2). Environ les trois quarts de ces mesures comprenaient des réponses non contributives, les

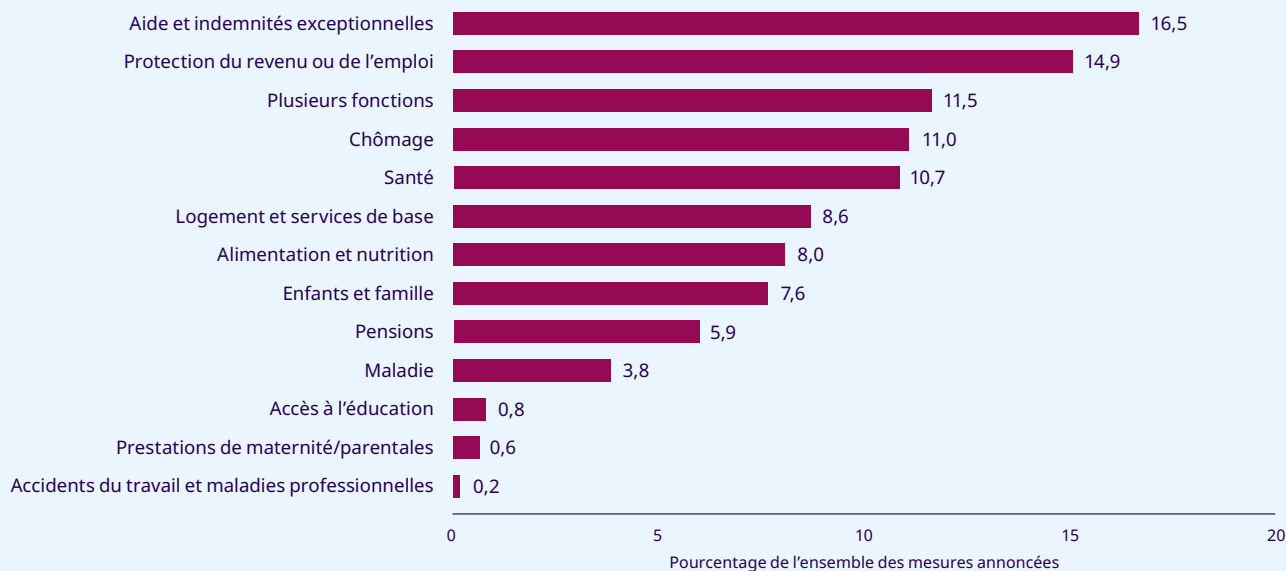
► Figure 3.1 Nombre de mesures de protection sociale annoncées dans le monde en réponse à la crise du COVID-19, de février à décembre 2020



Sources: Données du BIT pour 2021: voir <https://www.social-protection.org/gimi/ShowWiki.action?FR&id=3417>; Social Protection Monitor: Social Protection Responses to the COVID-19 Crisis around the World; voir également l'annexe 2.

Lien: <https://wspr.social-protection.org>.

► **Figure 3.2 Mesures de protection sociale annoncées en réponse à la crise du COVID-19, de février à décembre 2020, par type et fonction, en pourcentage**



Note: Pour la note méthodologique, voir l'annexe 2.

Source: BIT, [Social Protection Monitor: Social Protection Responses to the COVID-19 Crisis around the World, 2021](#).

Lien: <https://wspr.social-protection.org>.

mesures restantes étant mises en œuvre dans le cadre des régimes contributifs. Dans ce dernier cas, en particulier, le dialogue social a contribué à orienter la stratégie adoptée en réponse à la crise (BIT, 2021o, encadré 3, 2020o, 2021j; de Lima Vieira, Vicente Andrés et Monteiro, 2020).

La section ci-après et la figure 3.3 donnent un aperçu de certaines des stratégies adoptées et des mesures spécifiques prises, à partir d'exemples tirés de pays du monde entier. Les réponses à la crise du COVID-19 en matière de protection sociale peuvent être regroupées en quatre grands domaines, contenant chacun des mesures plus ciblées, comme le montre la typologie suivante.

► Garantir l'accès aux soins de santé, y compris pour les groupes vulnérables tels que les migrants

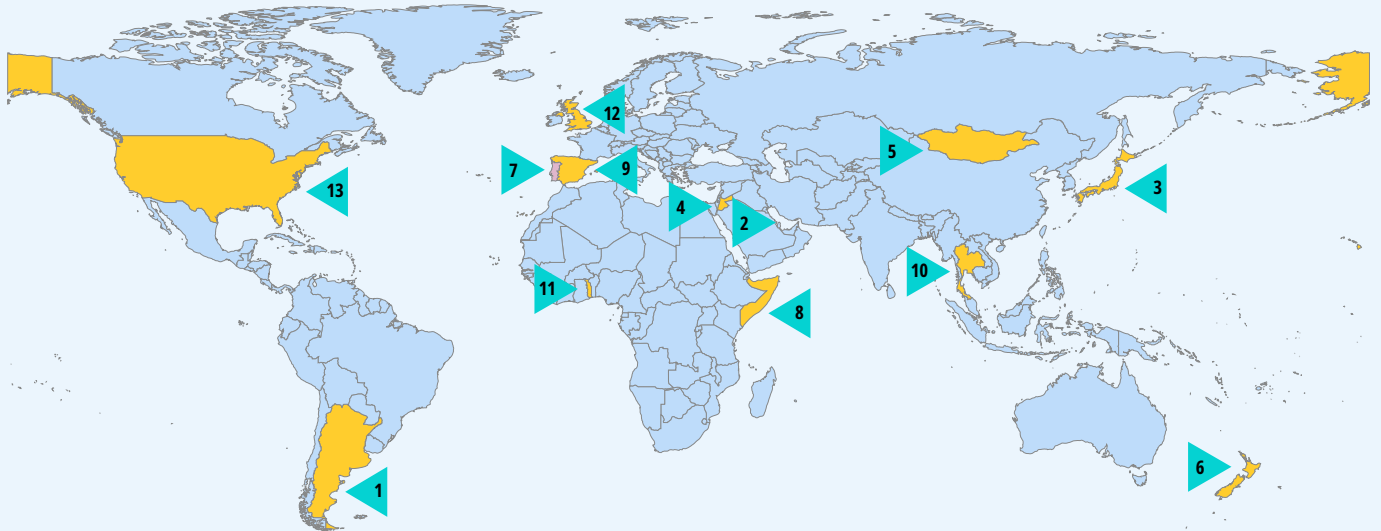
- Affecter des ressources budgétaires supplémentaires aux systèmes de santé afin d'améliorer la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des services de santé pour tous.
- Prendre en charge le coût du test COVID-19 et de la vaccination dans le cadre des systèmes de santé nationaux.

- Fournir un accès aux soins de santé et à d'autres services en régularisant temporairement la situation des étrangers.
- Fournir gratuitement des services médicaux et des services liés au placement en quarantaine aux travailleurs migrants.

► Protéger les revenus

- Améliorer la couverture ou le niveau des prestations, accorder une prime unique ou des avantages en nature, ou avancer le paiement des allocations familiales, des pensions, des prestations d'invalidité et des mesures non contributives de soutien aux personnes à faibles revenus.
- Étendre la couverture et élargir le champ d'application des prestations de maladie afin qu'elles couvrent les travailleurs autrement non couverts en fournissant une prestation en espèces en cas de quarantaine obligatoire (BIT, 2020r).
- Étendre les indemnités en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, en reconnaissant le COVID-19 comme une maladie professionnelle (voir section 4.2.4).

► **Figure 3.3 Résumé des mesures prises en réponse au COVID-19, exemples de certains pays**



- 1 **Assurer la sécurité de revenu pendant la vieillesse.** L'**Argentine** a avancé le paiement des pensions de vieillesse et en a augmenté le montant.
- 2 **Fournir un complément de revenu et un accès aux services sociaux aux personnes handicapées.** Le **Bahreïn** a doublé sa pension d'invalidité.
- 3 **Instaurer des politiques exceptionnelles en matière de congés familiaux et de soins.** Le **Japon** a accordé des subventions aux employeurs qui octroient des congés familiaux rémunérés.
- 4 **Prévenir la perte d'emploi et fournir une protection contre le chômage à ceux qui ont perdu ou risquent de perdre leur emploi.** La **Jordanie** a étendu les allocations de chômage aux travailleurs des secteurs touchés par la crise.
- 5 **Accorder des allocations familiales et des prestations à l'enfance.** La **Mongolie** a multiplié par cinq le montant des allocations familiales mensuelles pendant six mois.
- 6 **Garantir la sécurité de revenu des travailleurs vulnérables en adaptant ou en instaurant des mesures en faveur de l'emploi.** La **Nouvelle-Zélande** a mis en place un programme visant à donner aux travailleurs du secteur touristique frappé par la crise des emplois dans le domaine de la restauration de l'écosystème.
- 7 **Étendre la fourniture de prestations aux migrants et aux personnes déplacées de force.** Le **Portugal** a temporairement régularisé la situation des demandeurs d'asile, de façon à leur faciliter l'accès aux soins de santé, à l'aide sociale, à l'emploi et au logement.
- 8 **Mettre en place des transferts en espèces dans des situations de fragilité.** La **Somalie** a lancé le programme Baxnaano pour effectuer, pour la première fois, des transferts en espèces à 1,2 million de personnes.
- 9 **Étendre ou mettre en place de nouvelles prestations d'aide sociale pour les personnes vulnérables.** L'**Espagne** a lancé un nouveau programme permanent de revenu minimal garanti, qui couvre 2,3 millions de personnes vulnérables.
- 10 **Garantir l'accès aux soins de santé.** La **Thaïlande** a étendu la protection financière en cas de dépenses de santé aux ressortissants nationaux et aux résidents en situation régulière, afin de faire bénéficier les patients du COVID-19 du système de couverture universelle de santé des patients en situation d'urgence. Les patients peuvent ainsi se faire soigner gratuitement dans un hôpital public ou privé.
- 11 **Protéger les travailleurs de l'économie informelle en étendant la couverture.** Le **Togo** a mis en place un programme de transfert en espèces d'une durée de trois mois (Novissi) via une application mobile, destiné aux travailleurs de l'économie informelle; il touche plus de 1 demi-million de travailleurs par mois.
- 12 **Garantir la sécurité de revenu en cas de congé de maladie moyennant des prestations de maladie.** Le **Royaume-Uni** a étendu les prestations de maladie à tous les travailleurs contraints de se mettre en quarantaine, y compris ceux de l'économie des plateformes.
- 13 **Verser des aides universelles exceptionnelles, ponctuelles ou multiples, à l'ensemble de la société et mettre en place un revenu de base universel d'urgence.** Les **États-Unis** ont effectué trois paiements quasi universels s'élevant à environ 4000 dollars É.-U. par habitant.

Sources: Gentilini, Dale et Almenfi, 2020; BIT, 2020l, 2020t, 2021d, 2021t; Stewart, Bastagli et Orton, 2020; Royaume-Uni, 2020; Thaiger, 2020; Gnassingbé, 2020; ONU, 2020f, 2020h; [United States CARES Act 2020](#) (loi CARES, États-Unis, 2020); [American Rescue Plan Act of 2021](#) (loi sur le plan de redressement, États-Unis, 2021).

- Étendre la couverture des régimes de protection contre le chômage en assouplissant les critères d'admissibilité ou en améliorant l'adéquation des prestations.
- Élargir la portée des programmes publics d'emploi lorsque les mesures de santé publique ont permis de poursuivre le travail, ou les modifier pour continuer à verser les salaires tout en renonçant aux obligations de travail (BIT, 2020n).
- Accorder des prestations d'urgence sous condition de ressources aux travailleurs informels et adapter les dispositifs de fourniture des prestations à l'aide d'applications en ligne ou mobiles pour faciliter l'accès aux nouvelles prestations.
- Réduire les pressions financières qui pèsent sur les ménages en instaurant des mesures complémentaires (report des factures de services publics et des versements de prêts hypothécaires et de loyers).
- Mettre en place des versements universels ponctuels ou multiples à l'échelle de la population, ou un revenu de base universel d'urgence (voir section 3.3).
- Renforcer les transferts en espèces répondant à des besoins humanitaires déjà mis en œuvre à l'échelle nationale et recourir à des mesures d'urgence à court terme pour étendre la couverture dans des situations de fragilité.

► Protéger les emplois et la liquidité des entreprises avec des programmes de maintien dans l'emploi et l'exonération des cotisations

- Aider les entreprises à garder les travailleurs moyennant l'indemnisation des horaires réduits, des prestations de chômage partiel, des subventions salariales ou des dispositifs de mise en congé (BIT, 2020x).
- Reporter, réduire ou supprimer les cotisations sociales, comme l'ont fait 84 pays.

► Garantir l'accès à des services de garde d'enfants et autres services sociaux

- Fournir des transferts en espèces ou des bons pour des services de baby-sitting ou autres services de garde d'enfants, en particulier aux travailleurs du secteur de la santé.

- Offrir ou étendre le droit à des congés familiaux spéciaux pour aider les parents qui travaillent et souffrent de la crise, et accorder des subventions aux employeurs pour l'instauration de ces congés.
- Faciliter l'accès des personnes handicapées aux services sociaux.

Dans ces différents domaines d'action, les pays ont mis en place des mesures de relance budgétaire extraordinaires pour financer les réponses apportées à la crise du COVID-19 en matière de protection sociale. En mars 2021, plus de 196 pays avaient instauré des mesures budgétaires au niveau national pour une valeur totale d'environ 17 100 milliards de dollars É.-U. (sans se limiter à la protection sociale) (BIT, à paraître). Les relances budgétaires dans le monde se sont toutefois nettement concentrées dans les pays à revenu élevé. Dans les pays à faible revenu, les efforts nationaux ont été soutenus par les engagements des institutions financières internationales et des agences de coopération pour le développement, qui s'élevaient à 1 300 milliards de dollars É.-U. au 1^{er} février 2021 (BIT, à paraître). Dans certains pays (Bangladesh, Côte d'Ivoire, Jordanie, Nigéria ou Togo), cela s'est traduit par la mise en place de fonds de solidarité ou de «paniers» de financement communs entre les gouvernements et les partenaires internationaux – et ce parfois déjà dans l'optique de solutions à plus long terme.

3.2.2 Observations et enseignements tirés concernant les politiques émergentes

L'élaboration de politiques efficaces dans le cadre d'une crise prolongée, rapide et complexe représente un véritable défi. On peut néanmoins formuler plusieurs observations quant à ce qui a constitué une réponse politique judicieuse à la pandémie de COVID-19 et aux enseignements qu'il est possible d'en tirer.

La crise a montré de façon bouleversante à quel point nous sommes tous vulnérables, en faisant ressortir plus que jamais le bien-fondé d'une protection sociale universelle. Si la crise a touché certains groupes beaucoup plus que d'autres, elle a toutefois révélé que, sans une protection sociale complète et adéquate, tout le monde pouvait se retrouver en situation de pauvreté et de précarité. Elle a mis en évidence les insuffisances d'une couverture limitée et de faibles niveaux

Sans une protection sociale complète et adéquate, tout le monde peut se retrouver en situation de pauvreté et de précarité.

de prestations, accompagnés d'un ciblage trop étroit et du recours problématique à l'estimation de ressources et à des critères comportementaux, surtout dans des contextes où une grande partie de la population est vulnérable et où les capacités administratives sont restreintes – ce qui est d'autant plus vrai en période de crise (Brown, Ravallion et van de Walle, 2016). Par conséquent, de nombreuses conditions d'admissibilité ont été assouplies pendant la crise afin de garantir une couverture élevée et de protéger la santé des personnes.

Le COVID-19 a obligé les décideurs politiques à ne pas ignorer le «chaînon manquant» et les aidants non rémunérés. Dans certains pays, la couverture d'une grande partie de la population, y compris les travailleurs de l'économie informelle et les aidants non rémunérés, est insuffisante, voire inexistante; il leur a donc fallu adopter des mesures ponctuelles, ce qui a souvent supposé d'improviser des solutions – dont l'efficacité des résultats est variable. En outre, bon nombre de ces prestations d'urgence étaient limitées sur le plan de l'adéquation et n'étaient versées que pendant une courte période (Gentilini, Almenfi *et al.*, 2020), après laquelle les personnes se retrouvaient à nouveau en situation de vulnérabilité et sans protection. Cela évoque l'image inquiétante d'une «dégringolade» des prestations, où les aides fournies disparaissent trop tôt et où les problèmes structurels plus profonds, tels que la persistance de l'emploi informel sur le marché du travail, demeurent irrésolus. Par ailleurs, de nombreuses mesures de protection sociale n'étaient pas conformes aux normes internationales en matière de sécurité sociale (voir plus bas). Sur une note plus positive, les innovations mises au point pendant la phase de réponse à la crise, en particulier celles qui visaient à atteindre des groupes de population jusqu'alors non couverts, pourraient servir de base aux décisions stratégiques futures. Ces observations soulignent la nécessité de mettre en place des systèmes de protection sociale universels capables d'assurer la protection adéquate de tous, tout au long de la vie, ainsi que dans les situations de crise.

La pandémie de COVID-19 a agi comme un «test de résistance» pour évaluer la capacité d'intervention des pays en cas de crise. Des systèmes de protection sociale solides, opérant

de manière cohérente avec les politiques du marché du travail, améliorent la capacité des pays à répondre aux crises de grande ampleur, multifformes et complexes, à protéger efficacement les personnes et les entreprises, ainsi qu'à accélérer la reprise. Les systèmes de protection sociale ont apporté une réponse directe indispensable en soutenant les mesures et les objectifs de prévention en matière de santé publique et en protégeant les revenus et les emplois; ils ont de ce fait joué le rôle de puissants stabilisateurs sociaux et économiques. Les pays qui disposaient déjà de systèmes complets couvrant une grande partie de leur population ont pu utiliser et adapter plus rapidement les régimes et les mécanismes de prestation existants pour faciliter l'accès aux soins de santé, garantir la sécurité de revenu, protéger les emplois et étendre les régimes existants ou les nouveaux programmes à des populations auparavant non couvertes. Les régimes légaux préexistants ont automatiquement rempli leur fonction de protection, tandis que des financements supplémentaires ont été injectés là où ils étaient nécessaires, et en particulier dans des programmes d'urgence visant à aider les groupes les plus vulnérables.

Dans tous les pays, quel que soit leur niveau de revenu, y compris dans certains des pays relativement mal préparés, la crise a suscité des interventions politiques innovantes et parfois audacieuses, et favorisé la compréhension des synergies et des complémentarités existantes au sein des systèmes de protection sociale – avec leurs éléments contributifs et non contributifs –, mais aussi entre le système de protection sociale et les politiques du marché du travail. Par exemple, l'avancée que constitue le fait d'étendre la protection sociale aux travailleurs de l'économie informelle présente un triple avantage: fournir une sécurité économique et une tranquillité d'esprit aux travailleurs; faciliter l'accès à des mesures complémentaires telles que les politiques actives du marché du travail (PAMT) et les programmes publics d'emploi; et encourager le renforcement de la productivité ainsi que faciliter le passage vers l'économie formelle, tout en contribuant à un financement plus durable et équitable de la protection sociale sur le plus long terme (BIT, 2021g, 2020f; BIT et FAO, 2021).

Les systèmes de protection sociale ont apporté une réponse directe indispensable et ont de ce fait joué le rôle de puissants stabilisateurs sociaux et économiques.

Dans certains pays, la protection sociale ne tient pas compte des besoins des femmes, des enfants, des populations autochtones et des personnes handicapées. D'après le Programme des Nations Unies pour le développement et ONU Femmes, les mesures prises en matière d'emploi et de protection sociale dans le monde pour faire face à la crise ont largement ignoré la problématique hommes-femmes: sur les 1 340 mesures de protection sociale recensées, seulement 23 pour cent peuvent être considérées comme étant sexospécifiques (la moitié de celles-ci visent à renforcer la sécurité économique des femmes; et l'autre moitié, à fournir une aide pour les activités de soins non rémunérées) (PNUD et ONU Femmes, 2021). En outre, environ un tiers de l'ensemble des pays à revenu élevé n'ont pas mis en œuvre de politique visant spécifiquement à subvenir aux besoins des enfants pendant la période de crise, et seulement 2 pour cent des mesures budgétaires de tous les pays à revenu élevé ont été affectées à des politiques de protection sociale axées sur les enfants. En revanche, environ 90 pour cent des mesures budgétaires ont été dirigées aux entreprises ou distribuées par leur intermédiaire (sous forme de prêts et de primes, ou de subventions salariales), ce qui a généralement bénéficié aux familles ayant un lien solide avec le marché du travail. Les familles marginalisées, quant à elles, ont rarement ce type de lien avec le marché du travail; ces mesures ne sont donc pas d'une grande utilité pour leurs enfants (Richardson, Carraro *et al.*, 2020). De même, peu d'actions se sont concentrées sur les populations autochtones (De Schutter, 2020), et seulement 60 des 181 pays ayant mis en œuvre des mesures d'aide ont fait une référence spécifique à l'assistance fournie aux personnes handicapées (PPDPH et BIT, 2020).

Bon nombre des mesures prises en matière de protection sociale se sont avérées «peu adaptées et de courte portée, dictées par les événements et trop éloignées de la réalité des personnes en situation de pauvreté» (De Schutter, 2020, p. 2). Malgré l'ampleur sans précédent de la réponse mondiale en matière de protection sociale face à la crise du COVID-19, une grande partie des mesures mises en œuvre n'ont été que temporaires (généralement versées pour une durée de trois mois) et le niveau des prestations était souvent insuffisant; les effets de ces mesures ont donc été limités en termes de protection des revenus et de santé des personnes, dans le cadre d'une crise prolongée comme la pandémie de COVID-19. En outre, certaines mesures entraîneront même des conséquences négatives à plus long terme. Par exemple, dans

certains pays, les personnes ont été autorisées à retirer une partie des fonds de leurs comptes d'épargne individuels obligatoires, ce qui pourrait porter atteinte à la sécurité de revenu future des personnes âgées (BIT, 2021m). En outre, la mise en place de prestations ponctuelles a laissé de nombreux groupes sans protection, notamment les travailleurs de l'économie informelle, les migrants et les populations autochtones, ou n'a pas suffisamment tenu compte de leur situation particulière (voir plus haut). Dans certains cas, les mesures prises en matière de protection sociale ont aggravé les difficultés d'accès aux prestations que rencontraient déjà certaines personnes, comme celles qui n'ont pas accès aux technologies numériques. Si le financement des dépenses de protection sociale ne se poursuit pas et que les mesures d'urgence sont levées, il est possible que de nombreux pays soient confrontés au scénario de «dégringolade» des prestations mentionné plus haut.

Le dialogue social inclusif, lorsqu'il a eu lieu, intervient trop souvent en réaction plutôt que par anticipation. À ce jour, le recours au dialogue social dans l'élaboration des mesures de protection sociale prises en réponse à la crise a pris différentes formes (BIT, 2020i, 2021g). Dans de nombreux pays, les mécanismes de participation, de responsabilité et de contrôle faisaient défaut, et les principes des droits de l'homme n'étaient pas suffisamment respectés (De Schutter, 2020). Dans les pays disposant de structures de dialogue social bien établies avant la crise, la stratégie nationale de protection sociale et les plans d'intervention d'urgence ont généralement été alimentés par un dialogue social mené par ces structures, comme dans les cas du Danemark (BIT, 2021o) et du Mozambique (de Lima Vieira, Vicente Andrés et Monteiro, 2020). Le recours insuffisant au dialogue social réduit le soutien et le consensus collectif concernant la protection sociale et menace sa viabilité. Le fait que le dialogue social, promu par les partenaires sociaux, soit limité dans de nombreux pays montre peut-être que ce principe n'est pas encore assez largement reconnu ou solidement ancré. Le dialogue social n'est pas seulement une bonne action ou un dispositif accessoire à utiliser par commodité; il s'agit d'un élément essentiel pour élaborer des solutions intelligentes qui répondent aux besoins de tous les membres de la société.

Le dialogue social est un élément essentiel pour élaborer des solutions intelligentes qui répondent aux besoins de tous les membres de la société.

La crise a mis en évidence la nécessité d'établir des systèmes de fourniture de prestations inclusifs. Nombre de pays ont rencontré des difficultés pour repérer les personnes se trouvant dans un besoin urgent de protection supplémentaire contre les risques sanitaires et économiques qui les menaçaient (notamment les travailleurs de l'économie informelle), et pour leur verser des prestations rapidement et en toute sécurité. Dans beaucoup de pays, les technologies numériques ont été cruciales pour identifier les bénéficiaires et distribuer les prestations, et ont donné lieu à des utilisations créatives et innovantes. Toutefois, les technologies numériques présentent, elles aussi, des risques en termes d'exclusion: les personnes qui n'ont pas accès aux services bancaires et financiers, qui ne maîtrisent pas le numérique et/ou qui n'ont pas accès à un Smartphone peuvent se retrouver doublement exclues.

Même lorsque la crise sanitaire actuelle commencera à perdre de l'ampleur, les répercussions du COVID-19 sur les plans social, psychologique, économique et politique ne se dissiperont pas immédiatement. De nombreux éléments de preuve mettent déjà en évidence les répercussions profondes, y compris les effets socio-économiques néfastes, qui perdureront longtemps après la pandémie elle-même. Pour ceux qui ont été privés d'éducation, de leur emploi et du contact humain, et pour ceux dont le bien-être physique et mental a été mis à mal ou définitivement modifié, les effets délétères de la crise seront durables. Des cicatrices sociales du type de celles observées à la suite des crises précédentes marqueront également le monde après cette crise.

Les finances publiques subiront elles aussi des conséquences sur le long terme. La diminution des recettes contributives et fiscales constitue un problème pour tous les régimes de protection sociale, compte tenu de la demande accrue en matière de prestations et de l'augmentation proportionnelle des dépenses. Cela menace la capacité financière des régimes contributifs et non contributifs à résister aux crises et rend le défi auquel sont notamment confrontés les pays à faible revenu encore plus redoutable. Pour tenir compte des effets de la crise, les pays à faible

revenu auraient dû investir environ l'équivalent de 16 pour cent de leur PIB moyen en vue d'atteindre le niveau de financement annuel requis uniquement pour combler les lacunes de couverture en 2020 (Durán Valverde *et al.*, 2020). Même si les efforts de mobilisation des ressources pendant la période du COVID-19 ont dépassé de loin les plans de relance mis en œuvre au lendemain de la crise financière de 2008 (Almenfi *et al.*, 2020), ils étaient principalement concentrés dans les pays à revenu élevé (BIT, 2020b, 2020f). Ces chiffres sont d'autant plus inquiétants que les effets cumulatifs de la politique budgétaire devraient être plus importants sur le long terme et pourraient de ce fait aggraver les disparités existantes entre les pays (BIT, 2020j).

Néanmoins, la crise aura peut-être aussi des retombées positives durables, en particulier en termes de changement des mentalités: les gouvernements ne se montreront peut-être plus timorés et indécis au début d'une crise de santé publique, et prendront, au contraire, rapidement des mesures pour la contenir. En outre, le COVID-19 a mis en évidence le caractère inéluctable de notre étroite interdépendance: la sécurité dont nous jouissons est seulement à la hauteur de celle dont jouissent les plus vulnérables d'entre nous; la sécurité n'est nulle part tant qu'elle n'est pas partout. L'interconnexion de nos économies et de nos sociétés n'a jamais été aussi clairement manifeste qu'avec la propagation rapide des conséquences sur les plans sanitaire, social et économique – qui ne s'arrêtent pas aux frontières des pays.

Cette crise a montré que, lorsque les États sont tenus d'agir, ils ont la possibilité de faire des choix, et qu'ils disposent à la fois de la capacité et des outils nécessaires pour relever de grands défis. Cependant, nombre d'entre eux étaient terriblement mal préparés et n'avaient enregistré que peu de progrès au niveau du droit à la sécurité sociale, malgré des engagements audacieux. De nombreux pays se retrouvent aujourd'hui à un moment décisif en ce qui concerne l'orientation future de leurs stratégies et systèmes nationaux de protection sociale.



La sécurité n'est nulle part tant qu'elle n'est pas partout.

► 3.3 La protection sociale à la croisée des chemins

De nombreux pays se trouvent aujourd'hui à un moment charnière et doivent faire un choix quant à la stratégie de protection sociale à adopter pour l'avenir.

Alors que la crise du COVID-19 a provoqué une réponse sans précédent en matière de protection sociale, de nombreux pays se trouvent aujourd'hui à un moment charnière et doivent faire un choix quant à la stratégie de protection sociale à adopter pour l'avenir.

La Déclaration du centenaire de l'OIT pour l'avenir du travail (2019) et la recommandation n° 202 orientent clairement les pays vers une stratégie de haut niveau en matière de protection sociale. Choisir cette voie maintenant suppose de prendre des mesures décisives afin de combler les

lacunes concernant la couverture et l'adéquation des prestations qui sont devenues visibles pendant la crise, et de renforcer la protection sociale dans le monde entier pour faire en sorte que chacun puisse jouir de ce droit. Cette stratégie doit s'appuyer sur des systèmes de protection sociale universels, complets, adéquats et durables, conformes aux principes des droits de l'homme et aux normes internationales de sécurité sociale. Le fait de suivre cette voie ambitieuse favorisera une reprise centrée sur l'humain et contribuera à garantir un avenir fondé sur le travail décent, les droits de l'homme et la justice sociale pour tous.

3.3.1 Un scénario ambitieux: vers le renforcement des systèmes de protection sociale, y compris les socles

Par le passé, certaines crises ont entraîné la transformation progressive de l'organisation sociale existante d'une manière jusqu'alors inimaginable. On peut, par exemple, citer le New Deal de Roosevelt après la Grande Dépression des années 1930, qui a instauré la sécurité sociale à grande échelle aux États-Unis; le rapport Beveridge de 1942 au Royaume-Uni; l'essor des États-providence en Europe après la seconde guerre mondiale; et l'investissement dans la protection sociale en Asie de l'Est après la crise financière de 1997 (Woo-Cumings, 2007). On peut faire valoir que la crise actuelle a pris des dimensions telles qu'elle a remodelé les mentalités politiques et ouvert des possibilités uniques.

On assiste à la résurgence d'un État social et de «politiques génératives». Le test de résistance qu'a constitué le COVID-19 a montré que les États ont le pouvoir d'agir dans l'intérêt de tous leurs citoyens lorsqu'ils font face à d'énormes difficultés, et a considérablement élargi le champ d'action politique possible (Giddens, 1994; Mazzucato, 2013, 2021). La crise a mis en avant la primauté et la légitimité de l'État en tant que premier et principal responsable de la protection de ses citoyens, ainsi que le potentiel des États à produire des «politiques génératives», c'est-à-dire orientées vers la pleine réalisation des capacités humaines (Giddens, 1994). Seul l'État peut agir avec détermination pour protéger la santé, les revenus et les emplois à l'échelle qui a été nécessaire, ainsi qu'à assurer la stabilité macro-économique et sociale. De nombreux pays se sont presque mis sur le pied de guerre, mais cette fois pour préserver la vie, et se sont déclarés prêts à «utiliser tous les moyens possibles» (G7, 2020). Par exemple, le Japon a consacré un montant sans précédent s'élevant à 42 pour cent de son PIB à des mesures de relance budgétaire (Almenfi *et al.*, 2020). En outre, certains États ont agi sans hésiter pour exercer leur autorité concernant des pratiques qui n'étaient pas jugées d'intérêt public et, ce faisant, ils ont réaffirmé les normes qui sous-tendent le contrat social. Par exemple, le Danemark a refusé de fournir les aides liées au maintien de l'emploi aux entreprises opérant dans des paradis fiscaux (Australia Institute, Nordic Policy Centre, 2020).

La crise a insufflé un mouvement en faveur d'approches de la protection sociale plus universelles et inclusives. Les périodes passées de crises et hors crise ont montré que la pauvreté et les inégalités étaient bien mieux gérées dans les pays offrant une protection sociale universelle que dans ceux où prévalent des mécanismes hétérogènes de filet de sécurité sociale (voir encadré 3.1). On a pu constater un élan vers une offre plus universelle dans certains pays, par exemple au Cabo Verde et en Ouzbékistan et, avec une modeste extension temporaire des prestations (BIT, 2020v). Par ailleurs, les pays ayant pris des mesures pour étendre l'offre à des groupes de population jusqu'alors non couverts, y compris par le biais de la technologie numérique, et qui les ont inscrits dans les registres nationaux, ont constitué une base qui pourrait favoriser une nouvelle extension de la protection sociale.

► Encadré 3.1 Pauvreté et inégalités en temps de COVID-19 et au-delà

Le COVID-19 et la récession économique qu'il a entraînée pourraient mettre en péril des années de progrès, bien que lents et inégaux, en matière de réduction de la pauvreté. D'après les estimations de la Banque mondiale (2020), 100 millions de personnes supplémentaires pourraient basculer dans l'extrême pauvreté (définie comme un revenu inférieur à 1,9 dollar É.-U. par jour), avec un risque accru pour les habitants des villes et les personnes ayant un niveau d'éducation plus élevé, ce qui modifierait le profil de la pauvreté. Cette évolution menace également les progrès vers la réalisation des ODD, car elle vient s'ajouter à un accroissement antérieur de la pauvreté dans les pays touchés par des conflits armés et les changements climatiques; par exemple, au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, le nombre de personnes vivant dans l'extrême pauvreté avait déjà doublé entre 2015 et 2018. Les estimations suggèrent que, à moins qu'une avancée majeure intervienne en faveur des objectifs de développement durable, dans un scénario très défavorable, jusqu'à 250 millions de personnes supplémentaires vivront dans l'extrême pauvreté en 2030, ce qui portera le nombre total de personnes extrêmement pauvres à 1 milliard (PNUD et Pardee Center, 2020).

Ces chiffres traduisent la fragilité des progrès réalisés et le fait que la croissance économique ne peut suffire à elle seule à réduire la pauvreté. Ils nous rappellent également de manière alarmante que dépasser un revenu quotidien d'à peine 1,9 dollar É.-U. par jour peut difficilement prouver que l'on a atteint un niveau de vie suffisant aux normes minimales (ONU, 2020f), sans parler de disposer d'une marge de manœuvre permettant de faire face à des dépenses imprévues ou aux chocs de la vie. Il a été amplement démontré que la protection sociale est capable de réduire les inégalités et de prévenir la pauvreté (voir section 1.1), d'amortir les effets des crises socio-économiques et d'agir en tant que stabilisateur économique. Les premières données obtenues concernant la crise actuelle montrent que le développement de programmes d'aide sociale dans la région de l'Amérique latine a eu un effet d'amortissement et a limité l'aggravation de la pauvreté et des inégalités (CEPALC, 2020b; Lustig *et al.*, 2020).

Certains éléments semblent indiquer que la crise pourrait avoir renforcé le changement de paradigme déjà en cours avant la crise en faveur d'approches plus universelles de la protection sociale. La participation de la Banque mondiale au Partenariat mondial pour une protection sociale universelle en vue d'atteindre les objectifs de développement durable (USP2030) (USP2030, 2019) depuis 2016, son intérêt croissant pour le revenu de base universel (voir ci-dessous) (Gentilini, Grosh *et al.*, 2020), et les orientations du FMI sur la sauvegarde des dépenses sociales (FMI, 2019) sont emblématiques de ce tournant. Dans le contexte du COVID-19, la Banque mondiale a évoqué les bienfaits «du droit universel aux soins de santé et d'une aide au revenu» et la nécessité d'atteindre le «chaînon manquant» (Rutkowski, 2020). Le FMI a reconnu la logique qui sous-tend les approches universelles, du moins à court terme (FMI, 2020c). Il reste cependant à voir dans quelle mesure ce changement d'orientation du discours aura une incidence sur les opérations des institutions financières internationales sur le terrain. Pour l'heure, il semblerait que les conseils stratégiques au niveau national prodigués

lorsque des pays emprunteurs reçoivent un prêt continuent de promouvoir l'approche limitée du filet de sécurité sociale, d'encourager l'affaiblissement de l'assurance sociale et de favoriser une déréglementation du travail qui pourrait conduire à un ajustement budgétaire prématuré (Ortiz et Cummins, 2021).

Le débat public sur les prestations catégorielles et universelles, y compris le revenu de base universel, a été relancé et mis en avant.

L'augmentation nette de la pauvreté des enfants résultant de la pandémie a donné lieu à un vif débat politique sur le potentiel des prestations universelles à l'enfance en tant que composante temporaire ou permanente des systèmes de protection sociale (voir section 4.1), tout en ravivant un débat plus ancien sur les pensions universelles. En outre, l'idée d'un revenu universel de base temporaire en tant que mesure de stabilité d'urgence pendant la crise suscite un intérêt croissant (Cooke, Orton et de Wispelaere, 2020), bien que certaines propositions en la matière visent uniquement des transferts ciblés, avec un niveau de couverture modéré à élevé (Gray Molina et Ortiz-Juarez, 2020).

► Encadré 3.2 Quel pourrait être le rôle d'un revenu de base universel dans une stratégie de haut niveau?

Les propositions en matière de revenu de base universel sont motivées par différentes idées, qui vont de l'intérêt pour le potentiel émancipateur du mécanisme – élargir les choix, allouer des moyens suffisants pour atteindre une véritable autonomie et faciliter la «pluriactivité» (Gorz, 1999) – aux préoccupations concernant les économies de coûts ou la réduction de la taille de l'État. Dans un contexte de restrictions budgétaires, on craint que les revenus de base universels ne remplacent les systèmes de sécurité sociale contributifs qui offrent des niveaux de protection plus élevés, qu'ils sapent les droits des travailleurs (CSI, 2018) et qu'ils supplantent les investissements publics dans les services essentiels (Alston, 2018).

Si le revenu de base universel, dans certaines variantes, peut potentiellement fournir les mêmes garanties de sécurité de revenu qu'un socle de protection sociale, son incidence sur la pauvreté et les inégalités dépend largement de ses caractéristiques, y compris le niveau des prestations fournies, son mode de financement et son lien avec les systèmes fiscaux et de sécurité sociale existants. Une allocation universelle de base modeste risquerait de disséminer les ressources de manière trop éparse au sein de la population. Un revenu de base universel fixé à un niveau adéquat suscite à son tour des inquiétudes quant aux besoins importants de financement sur lesquels il repose.

La protection sociale universelle ne suppose pas nécessairement que chacun reçoive une prestation égale à tout moment, comme avec un revenu de base universel (Ortiz *et al.*, 2018); elle garantit plutôt que tous les individus recevront une prestation adéquate en cas de nécessité. La question de savoir si un revenu de base universel pourrait contribuer à la mise en place d'une approche de haut niveau, axée sur l'établissement de systèmes de protection sociale durables et fondés sur les droits, le travail décent et la justice sociale, dépend de divers facteurs. Les principes énoncés dans la recommandation n° 202 de l'OIT constituent un outil précieux pour évaluer la capacité d'un tel dispositif à contribuer à un socle de protection sociale (Ortiz *et al.*, 2018).

De même, la CEPALC a proposé un revenu de base d'urgence, en suggérant que les pays pourraient s'en inspirer progressivement pour parvenir à un revenu de base universel à part entière (2020a, 2020b, 2021). Des doutes persistent toutefois quant à la façon dont un revenu de base universel pourrait contribuer à la mise en place de systèmes de protection sociale complets sur le long terme (voir encadré 3.2).

On a assisté à une augmentation du soutien de l'opinion publique en faveur de la protection sociale. Dans certains pays, et durant des décennies, la protection sociale a fait l'objet d'attaques médiatiques et politiques qui la décrivaient comme du gaspillage et comme une dépense plutôt que comme un investissement, et la présentaient comme un mécanisme exclusivement réservé aux «pauvres». La crise actuelle a peut-être aidé les citoyens à mieux comprendre l'importance de la protection sociale, leurs droits et obligations à cet égard, ainsi que les bienfaits d'un État d'investissement social (Morel, Palier et Palme, 2012). De nombreuses personnes en âge de travailler ont probablement eu recours à la protection sociale pour la première fois pendant cette crise, ce qui leur a permis de mieux en apprécier la valeur.

On peut également percevoir une revalorisation de la redistribution et, plus généralement, des contrats sociaux (Zamore et Phillips, 2020) en tant que moyens de maintenir le niveau de vie. On peut comprendre sans difficulté que la protection sociale permet de réduire les compromis que sont contraintes de faire les personnes entre le revenu et la santé, et en quoi elle préserve la santé publique. Il n'est donc pas surprenant que, dans certains pays, la confiance des citoyens dans les institutions publiques se soit améliorée, renforçant ainsi le contrat social (O'Donoghue, Sologon et Kyzyma, 2021).

Le discours dominant de la politique macroéconomique a été remis en question. La puissante onde de choc du COVID-19 a fendu la logique économique dominante et remis en question les «limites» normatives arbitraires qui définissaient jusqu'à présent la pensée économique. Cette situation a démontré que les systèmes économiques sont capables de supporter bien plus de pressions qu'on ne le pensait, tout en répondant aux besoins sociaux et en protégeant la santé publique. Les politiques de déficit budgétaires ont été privilégiées dans de nombreux pays de l'OCDE, et les interdictions portant sur les

politiques budgétaires d'expansion en tant que mesure anticyclique ont reculé. On peut en cela établir une nette distinction entre la réponse budgétaire au COVID-19 et les mesures prises pour faire face à la crise financière de 2008 (Almenfi *et al.*, 2020). La proposition du FMI consistant à établir une taxe de solidarité temporaire en cas de pandémie pour redistribuer les bénéfices des personnes ayant prospéré est peut-être un autre indicateur d'un changement de paradigme en faveur d'une approche plus redistributive (Giles, 2021).

Les pays peuvent choisir le type de système de protection sociale qu'ils souhaitent mettre en place. Avec le COVID-19, la protection sociale est arrivée à une étape décisive: chaque pays peut décider de la nature du système de protection sociale dont il souhaite. Tous les pays, quel que soit leur niveau de revenu, ont le choix – même si, dans la pratique, la marge de liberté n'est pas la même pour tous – de poursuivre une stratégie «haut de gamme» ou «bas de gamme». Les politiques de grande ampleur menées par les États-Unis en 2021, qui présentent sous de nombreux aspects les caractéristiques d'une stratégie «haut de gamme», montrent que les pays peuvent changer d'optique et prendre une direction très différente de celle prise par le passé. D'autres, en revanche, s'engagent imprudemment sur une voie «bas de gamme», au détriment du bien-être de leurs citoyens et sans tenir compte des risques qui pèsent sur la santé publique mondiale (Médecins sans frontières, 2021).

Parvenir à des avancées dans le cadre d'un scénario «haut de gamme» ou de haut niveau signifie qu'il faut continuer à investir dans la protection sociale afin de garantir que la réponse à cette crise persistante, ainsi que la reprise ultérieure restent centrées sur l'humain. Outre l'atténuation des effets de la crise, une approche de haut niveau exigera un engagement à plus long terme afin de renforcer progressivement les systèmes de protection sociale, y compris les socles, conformément aux principes énoncés dans la recommandation n° 202 et à la vision exposée dans la Déclaration du centenaire (BIT, 2019e). Ces politiques sont essentielles pour accélérer les progrès à accomplir pour réaliser les ODD.

La possibilité de s'engager dans une stratégie de haut niveau ne restera pas ouverte indéfiniment. Les gouvernements doivent saisir l'occasion créée par la crise actuelle pour progresser rapidement vers des systèmes de protection sociale universelle et, dans le même temps, se préparer pour relever les défis actuels et futurs.

3.3.2 Un scénario modeste: des filets de sécurité minimalistes et des mesures palliatives

On peut repérer cette stratégie «bas de gamme» dans certaines des mesures de protection sociale prises immédiatement face à la crise ainsi que dans l'incapacité à traduire les appels à la solidarité au niveau mondial en action concrète.

Les premières contractions des dépenses sociales, y compris les mesures de protection sociale, sont déjà en cours. Les analyses indiquent que des coupes budgétaires devraient avoir lieu dans 154 pays en 2021, et dans 159 pays en 2022: cela signifie qu'en 2022 6,6 milliards de personnes, soit 85 pour cent de la population mondiale, vivront dans des conditions d'austérité (Ortiz et Cummins, 2021). Cette tendance fait écho à l'expérience des crises précédentes, à la suite desquelles les premiers signes de reprise ont suscité des appels à l'assainissement budgétaire et parfois à l'austérité (Ortiz *et al.*, 2015). Pour les systèmes contributifs, plusieurs risques sont susceptibles de se présenter: la non-récupération des cotisations de sécurité sociale ayant fait l'objet d'exonérations, l'utilisation des réserves de sécurité sociale qui ne seront pas reconstituées, et/ou la transmission aux administrations de sécurité sociale des milliards dépensés en mesures budgétaires, sous forme de dette. Par ailleurs, la manière dont cette dette sera remboursée, et par qui, aura des conséquences importantes sur l'équité sociale. Les appels à l'austérité risquent d'entraîner une réduction des ressources consacrées à la protection sociale, ce qui pourrait mettre à mal sa vocation à réduire les inégalités et la pauvreté.

De véritables fossés se sont creusés en matière de relance budgétaire et les appels à la solidarité mondiale ne débouchent pas sur des actions concrètes. L'expression «fossé de la relance budgétaire» (BIT, 2020j) désigne les disparités importantes qui existent entre les différentes mesures prises en réponse au COVID-19; ainsi, dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, le montant des mesures de relance budgétaire ne s'est élevé qu'à 1 pour cent de celui des mesures prises par les pays à revenu élevé. Les annonces de contribution financière et les engagements réels en faveur des pays à faible revenu sont cruellement insuffisants. Au 1^{er} février 2021, les institutions financières internationales et les partenaires du développement ont annoncé plusieurs séries de mesures financières visant à

aider les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure à faire face aux retombées socio-économiques de la crise, pour un montant de 1 300 milliards de dollars É.-U.; toutefois, seule une faible partie de ce montant (166,8 milliards de dollars É.-U.) a été effectivement approuvée et allouée au soutien des pays dans les domaines de la protection sociale et de la santé (BIT, à paraître).

Les mesures de relance budgétaire de grande ampleur n'ont pas été utilisées pour enclencher les étapes progressives et nécessaires d'une transition de haut niveau, comme la relance verte. Si certaines mesures de relance budgétaire sont effectivement utilisées pour favoriser la réalisation d'objectifs prosociaux, celles-ci restent des exceptions. Selon une analyse du G20 sur les dépenses en matière de relance budgétaire, seulement 12 pour cent des ressources totales allouées (à savoir 14 900 milliards de dollars É.-U.) peuvent être considérées comme écoresponsables, par exemple dans le cadre du financement de projets à faible émission de carbone (Vivid Economics et Finance for Biodiversity, 2021). Les dépenses respectueuses de l'environnement peuvent encourager la croissance de l'emploi dans l'économie réelle et améliorer la santé publique, tout en atténuant les effets du changement climatique; mais les plans de sauvetage ont surtout cherché à préserver les liquidités, la solvabilité et les moyens de subsistance (Hepburn *et al.*, 2020; BIT, 2020e).

Existe-t-il une règle budgétaire pour les pays riches et une autre pour les pays en développement? Comme indiqué dans la section précédente, les institutions financières internationales et les banques centrales ont encouragé les pays à revenu élevé à faire des dépenses et à appliquer des mesures budgétaires expansionnistes pour éviter la contraction de l'économie. Cependant, les institutions financières internationales se sont montrées moins favorables aux mesures expansionnistes dans les pays en développement (FMI, 2020d; Georgieva, 2020). Les conseils qu'elles ont donnés à cet égard s'ajoutent aux inquiétudes liées au manque de disponibilité de soutien financier pour les pays à faible revenu – en particulier ceux qui ne disposent pas de devises internationales fortes –, à l'absence de mesures concernant l'annulation de la dette et à l'impasse dans laquelle se trouve l'émission de droits de tirage spéciaux (CNUCED, 2020; Gallogly-Swan, 2020). Si tous les pays jouissent d'une certaine latitude pour prendre des mesures progressives en suivant une stratégie de haut niveau, ces facteurs restreignent les choix

qui s'offrent à de nombreux pays en développement. Contraints par l'approche des institutions financières internationales, des acteurs financiers internationaux hostiles et des agences de notation, par une marge de manœuvre budgétaire limitée et par des décennies d'attaques idéologiques contre les politiques de déficit budgétaire, les pays en développement doivent relever le défi de mettre en place des mesures de relance plus importantes et, au-delà de la crise, de maintenir les investissements urgents et nécessaires pour la création de socles de protection sociale ou leur maintien. Un nouveau cycle d'austérité laissera des traces à long terme sur la société et sera incompatible avec une relance centrée sur l'humain. D'autre part, les mesures prises au niveau international qui pourraient renforcer la mobilisation des ressources nationales, telles que l'élimination des paradis fiscaux, l'imposition plus efficace des sociétés multinationales à l'aide d'un système fiscal unitaire, ou la lutte contre les flux financiers illicites, ont encore une portée limitée.



L'austérité sera incompatible avec une relance centrée sur l'humain.

Des scénarios de reprise divergents risquent de polariser davantage un monde déjà inégal. Le FMI a mis en garde contre les risques d'une reprise inégale, qui verrait les pays les plus riches rebondir et se redresser rapidement, tandis que les économies à faible revenu perdraient leurs acquis récents en matière de développement, notamment les progrès réalisés dans la lutte contre la pauvreté (FMI, 2021b). L'accès équitable aux vaccins est essentiel pour garantir une reprise centrée sur l'humain dans le monde entier. La collaboration scientifique mondiale sur le développement du vaccin contre le COVID-19 a été remarquable et s'avère très prometteuse pour maîtriser la pandémie, mais elle ne s'est pas accompagnée d'une coordination politique efficace pour la distribution des vaccins eux-mêmes. À ce jour, la Facilité COVAX a permis de distribuer 39 millions de vaccins contre le COVID-19 à 114 pays participants à revenu intermédiaire de la tranche inférieure et à faible revenu (Gavi, 2021). Cependant, l'accès inéquitable aux vaccins risque de creuser un nouveau fossé entre pays développés et pays en développement. Si les initiatives conjointes telles que COVAX sont des exemples de solidarité indispensables, les premiers signes de coopération en matière de vaccins sont mitigés, et l'on constate avec inquiétude l'émergence d'un «nationalisme de la vaccination» (les nations plus riches se font concurrence et se bousculent pour

s'assurer l'accès aux vaccins et se les approprier). Éviter cela, et assurer un accès équitable aux vaccins, constitue un double impératif moral et économique (Adhanom Ghebreyesus, 2021; FMI, 2021a).

Tous les pays ont le choix de poursuivre une stratégie «haut de gamme» ou «bas de gamme», même si certains d'entre eux peuvent subir des pressions considérables en faveur de la seconde. La mise en œuvre d'une approche «bas de gamme» aura des conséquences néfastes et, dans le contexte du COVID-19, cela équivaut à gâcher une opportunité d'influer sur les politiques pour renforcer les systèmes de protection sociale. Dans certains pays, cette voie va de pair avec la mise en place de nouvelles mesures partielles ou avec un scénario de «dégringolade» des prestations, qui perpétue des lacunes de grande ampleur en matière de couverture, ainsi qu'avec des prestations peu adéquates et complètes. La protection sociale se limiterait alors à des programmes de «filet de sécurité», souvent assortis de conditions d'admissibilité complexes débouchant sur l'exclusion et la stigmatisation des bénéficiaires potentiels. Une autre facette de cette option «bas de gamme» serait une assurance sociale exclusive, mal adaptée aux travailleurs dans diverses formes d'emploi, compte tenu de leurs différents antécédents de contribution et de leurs besoins spécifiques. En outre, si les droits ne sont pas inscrits dans la législation nationale, les citoyens n'ont qu'une capacité limitée à demander des comptes à l'État. Dans un tel contexte, les plus aisés seront en mesure de souscrire à une offre privatisée, au lieu de contribuer à la solidarité et à la cohésion sociales. À plus long terme, l'adoption d'une approche de ce type risque de déclencher une cascade d'effets négatifs en matière de développement, qui ne sont ni raisonnables ni souhaitables, et qui ne sont pas conformes aux exigences en matière de droits de l'homme.

3.3.3 Transition: des dommages socio-économiques collatéraux à une stratégie de protection sociale de haut niveau

Si l'on peut voir un aspect positif à cette pandémie, c'est dans la façon vigoureuse dont elle a rappelé l'importance cruciale de la protection sociale et la nécessité de suivre une stratégie de haut niveau

(figure 3.4). Il est évident qu'il existe différentes manières de suivre une telle stratégie; il n'y a pas une voie de haut niveau prédominante. Ce pluralisme et ce réalisme pragmatique sont reflétés dans la recommandation n° 202, qui fournit des orientations aux pays s'engageant dans cette voie et souligne qu'il est possible d'atteindre progressivement l'objectif de la protection sociale universelle par différents moyens, tels que les divers types de prestations et de mécanismes de financement. Néanmoins, pour progresser sur cette voie, il est nécessaire de prendre certaines mesures et de relever plusieurs défis importants. Le chapitre 5 portera en détail sur ces éléments, mais il est possible de les résumer comme suit:






- ▶ assurer une protection universelle à toutes les personnes en cas de besoin;
- ▶ surmonter les graves problèmes structurels qui existaient avant le COVID-19 et ont été accentués par celui-ci;
- ▶ veiller à ce que l'État s'acquitte effectivement de son rôle en inscrivant la protection sociale dans la loi et en se rendant responsable devant les titulaires de droits;
- ▶ assurer la cohérence des politiques sociales, économiques et de l'emploi;
- ▶ tirer parti des avantages comparatifs de la protection sociale universelle, tels que le respect des droits, l'inclusivité, la facilité d'accès ou la réponse non stigmatisante aux chocs, dans le cadre des prestations contributives comme non contributives;
- ▶ combler les déficits de financement de la protection sociale de manière durable et équitable en envisageant en priorité divers mécanismes fondés sur la solidarité nationale et internationale – dans le cadre de la crise actuelle et par la suite;
- ▶ tirer pleinement parti du dialogue social et de la participation sociale;
- ▶ renforcer davantage la coordination entre les institutions des Nations Unies, les partenaires du développement et les institutions financières internationales pour la conception et le financement de la protection sociale.

Le COVID-19 a constitué un prélude aux défis à venir, qui s'annoncent de taille. Compte tenu des immenses dommages socio-économiques collatéraux causés par la pandémie, il est temps d'être audacieux et de prendre la voie royale pour mettre en œuvre la protection sociale universelle et bâtir un avenir plus juste sur le plan social.

► **Figure 3.4 Progresser résolument vers la protection sociale universelle pour parvenir à la justice sociale**

De nombreux pays sont aujourd’hui à la croisée des chemins: le moment est venu d’emprunter la voie royale pour parvenir à la protection sociale universelle

Négliger les systèmes de sécurité sociale se traduit par:

-  Un sous-investissement
-  Le recours à des mesures d’austérité et d’assainissement budgétaire excessives
-  Des prestations insuffisantes pour vivre dignement
-  L’absence de coordination avec les politiques du marché du travail, de l’emploi et d’autres politiques économiques et sociales
-  La persistance de lacunes importantes dans la couverture de la protection sociale

APPROCHE MINIMALISTE

STRATÉGIE AMBITIEUSE

Renforcer les systèmes de protection sociale passe par:

-  La couverture universelle
-  Des niveaux de prestations adéquats
-  Une gamme complète de prestations
-  Un financement durable
-  Une offre inclusive et fondée sur les droits
-  L’adaptation aux mutations du monde du travail

Renforcer la protection sociale pour tous, tout au long de la vie

Complétant l'examen exposé aux chapitres 2 et 3, ce chapitre analyse les systèmes de protection sociale dans la perspective du cycle de vie, en fonction des quatre garanties de protection sociale prévues par la recommandation n° 202 de l'OIT. Il traite notamment de la protection sociale des enfants (section 4.1), des personnes en âge de travailler (section 4.2), des personnes âgées (section 4.3) et de la protection sociale sanitaire (section 4.4).

4.1 La protection sociale des enfants et des familles

4.2 Protection sociale des personnes en âge de travailler

4.3 Protection sociale des personnes âgées: pensions et autres prestations de vieillesse hors santé

4.4 Protection sociale en santé: vers la couverture sanitaire universelle





► 4.1 La protection sociale des enfants et des familles

- Les régimes de protection sociale sont un volet essentiel de la concrétisation des droits de l'enfant. Ils jouent un rôle central dans l'amélioration de la santé et du bien-être des enfants en les aidant à réaliser pleinement leur potentiel et en donnant aux familles les moyens d'assurer leur subsistance et leurs besoins. Ce faisant, ils permettent de briser le cercle vicieux de la pauvreté et de la vulnérabilité socio-économique. Les expériences vécues durant l'enfance peuvent faire sentir leurs effets la vie durant; la pauvreté infantile, la malnutrition et les lacunes éducatives risquent de se répercuter sur les générations suivantes. Il faut s'attaquer de toute urgence à la pauvreté des enfants, afin de combler les diverses failles des régimes de protection sociale – champ d'application, portée et adéquation des prestations.
- La pauvreté a des conséquences désastreuses sur les enfants, qui sont deux fois plus susceptibles de connaître la pauvreté une fois parvenus à l'âge adulte. Des progrès modestes avaient été réalisés dans la réduction de l'extrême pauvreté des enfants avant l'irruption de la pandémie de COVID-19; en 2017, 17,5 pour cent d'entre eux – soit 1 sur 6, ou 356 millions – vivaient dans l'extrême pauvreté, en recul par rapport aux estimations de 2013 (19,5 pour cent), mais la pandémie a eu de profondes répercussions sur leur bien-être. Si l'on se base sur les seuils nationaux de pauvreté, le nombre d'enfants qui vivent dans un ménage ayant de faibles revenus aurait augmenté de plus de 142 millions, portant leur total à quelque 725 millions.
- La plupart des enfants ne bénéficient toujours pas d'une couverture sociale effective. D'après les données de l'indicateur 1.3.1 des ODD, seulement 26,4 pour cent des enfants du monde perçoivent des prestations sociales, avec des disparités régionales importantes, soit 82,3 pour cent en Europe et en Asie centrale, 57,4 pour cent dans les Amériques, mais seulement 18 pour cent dans la région Asie-Pacifique, 15,4 pour cent dans les États arabes et 12,6 pour cent en Afrique.
- Certaines tendances positives récentes (tant avant que durant la pandémie) méritent d'être soulignées, à savoir l'adoption de régimes universels ou quasi universels de prestations pour enfants dans plusieurs pays; la pandémie de COVID-19 a suscité un regain d'intérêt quant à l'importance critique des systèmes inclusifs de protection sociale, des services de haute qualité pour les enfants et de la nécessité d'une protection sociale pour les personnes qui s'occupent des enfants, qu'il s'agisse de préposés aux services à la personne, ou d'aidants naturels non rémunérés en milieu familial.

- ▶ Selon les données disponibles pour 133 pays, les États consacrent en moyenne 1,1 pour cent de leur PIB à la protection sociale des enfants, là encore avec de fortes disparités régionales, de 0,1 pour cent dans les pays à faible revenu à 1,2 pour cent dans les pays à revenu élevé.
- ▶ Les mesures sans précédent adoptées à l'échelle mondiale pour affronter la crise du COVID-19, notamment les stimuli fiscaux, ne tenaient pas suffisamment compte des besoins des enfants. Ces lacunes, ainsi que le retour possible aux mesures d'austérité budgétaire, pourraient annihiler les récents progrès réalisés en matière de protection sociale des enfants. Il est primordial de veiller à ce que les politiques d'ajustement budgétaire postpandémie de COVID-19 n'effacent pas les avancées des politiques de l'enfance et de la famille et n'accentuent pas les inégalités existantes; les plans de relance devraient être vus comme un créneau politique ouvrant la voie à l'adoption de systèmes de protection sociale inclusifs, attentifs aux besoins des enfants.



4.1.1 Rôle de la protection sociale dans la lutte contre la pauvreté et la vulnérabilité socio-économique des enfants

Les États membres des Nations Unies se sont engagés, d'ici à 2030, à éradiquer l'extrême pauvreté des enfants et à réduire de moitié leur taux de pauvreté, en fonction du contexte national. En outre, ils se sont expressément engagés dans le cadre de la cible 1.3 des ODD à étendre la couverture de protection sociale, y compris pour les enfants. L'ODD 1 reconnaît ainsi le rôle de la protection sociale dans la lutte contre la pauvreté et la vulnérabilité des enfants. Toutefois, la pandémie de COVID-19 a porté un sérieux coup à ces objectifs ambitieux.

► Le COVID-19 effacera probablement les avancées réalisées dans la réduction de la pauvreté infantile

Dans tous les pays, les nombreuses répercussions négatives de la crise du COVID-19 – maladies, suppressions d'emplois, interruptions de l'enseignement, perturbations des services essentiels pour le bien-être des enfants – risquent d'effacer les modestes avancées réalisées jusqu'en 2017 dans la réduction de la pauvreté des enfants. En se fondant sur les seuils nationaux de pauvreté dans les pays à revenu faible-intermédiaire, on peut estimer qu'en 2020 la pandémie a provoqué une hausse de plus de 142 millions du nombre d'enfants vivant dans un ménage à faible revenu, portant leur total à un peu plus de 725 millions (UNICEF et Save the Children, 2020a). Compte tenu de l'impact économique des mesures de confinement, même les pays à revenu élevé peuvent s'attendre, en moyenne, à ce que les taux de pauvreté pécuniaire des enfants augmentent et restent, pendant cinq ans, supérieurs à ceux de la période pré-COVID (Richardson, Carraro *et al.*, 2020).

La crise sanitaire a notamment mis en évidence les multiples privations que les enfants peuvent subir. Pendant la pandémie, les fermetures d'écoles et la surcharge des systèmes de santé ont privé une génération entière d'enfants des biens et services essentiels à leur formation scolaire, à leur développement et à leur bien-être. Avant le COVID-19, 1 milliard d'enfants (soit 45 pour cent) étaient privés d'au moins un service essentiel dans les pays en développement; on estime que

la pandémie a fait basculer 150 millions d'enfants de plus dans la pauvreté multifactorielle, soit une progression de 9 pour cent (UNICEF et Save the Children, 2020b).

D'après les analyses effectuées durant les premiers mois de la pandémie, une cohorte supplémentaire de quelque 7 millions d'enfants âgés de moins de 5 ans a été exposée à la malnutrition; selon les estimations, le nombre mensuel de décès évitables aurait augmenté d'environ 10 000 (UNICEF, 2020d) par rapport aux chiffres de 2019, soit une augmentation de 1,8 million de décès évitables d'enfants de moins de 5 ans attribuables à la malnutrition (OMS, 2020a).

► Avant le COVID-19, 1 enfant sur 6 vivait dans l'extrême pauvreté

Avant la crise sanitaire, le taux d'exposition des enfants à l'extrême pauvreté était plus de deux fois supérieur à celui des adultes. Selon les estimations comparatives de la Banque mondiale et de l'UNICEF (Silwal *et al.*, 2020), à l'échelon mondial, 17,5 pour cent des enfants vivaient dans un foyer ayant un revenu inférieur à 1,90 dollar É.-U. en 2017, contre seulement 7,9 pour cent des adultes âgés de 18 ans et plus. Concrètement, cela représente 365 millions d'enfants, soit 1 enfant sur 6, vivant dans l'extrême pauvreté. Bien que ces chiffres reflètent un modeste progrès par rapport à ceux de 2013 (on estimait alors que 19,5 et 9,2 pour cent des enfants et des adultes, respectivement, vivaient dans l'extrême pauvreté), les données relatives à 2017 restent très en deçà des objectifs mondiaux d'éradication de l'extrême pauvreté.

S'agissant de la répartition géographique, l'Afrique abrite près des deux tiers (65,6 pour cent) des enfants extrêmement pauvres du monde. En outre, on estime que le nombre d'enfants vivant dans l'extrême pauvreté en Afrique subsaharienne est passé de 170 à 234 millions entre 2013 en 2017 – à rebours de la tendance mondiale (Silwal *et al.*, 2020). Les projections démographiques et les estimations des taux de croissance montrent que, d'ici à 2030, 9 enfants sur 10 extrêmement pauvres vivront en Afrique subsaharienne (UNICEF et Banque mondiale, 2016). La situation est particulièrement préoccupante en ce qui concerne les pays fragiles, où la protection sociale est défailante et environ 41,6 pour cent des enfants vivent dans l'extrême pauvreté, par comparaison à 14,8 pour cent dans les États plus stables (Silwal *et al.*, 2020).

Un système complet de protection sociale constitue un puissant levier pour prévenir et réduire la pauvreté; il importe donc de cibler en priorité les personnes susceptibles de basculer dans l'extrême pauvreté, à savoir celles qui se situent juste au-dessus du seuil de 1,90 dollar É.-U. par jour, étant donné qu'environ 1,35 milliard d'enfants, soit 2 enfants sur 3 dans le monde (66,7 pour cent) vivent dans un ménage gagnant moins de 5,50 dollars É.-U. par jour (Silwal *et al.*, 2020).

La pauvreté infantile concerne également les pays à haut revenu. Selon une analyse récente portant sur 41 d'entre eux, aucun ne fait état d'un taux de pauvreté pécuniaire infantile inférieur à 10 pour cent (Richardson, Carraro *et al.*, 2020). En outre, le taux de pauvreté des enfants a stagné, voire augmenté, dans une majorité de pays à revenu élevé depuis la crise financière et économique mondiale de 2007-08 (Richardson, Carraro *et al.*, 2020), sous l'effet conjugué des faibles taux d'emploi et des mesures d'austérité budgétaire (Richardson, Carraro *et al.*, 2020; Cantillon *et al.*, 2017; BIT, 2014b; Ortiz et Cummins, 2012).

► **Encadré 4.1 La protection sociale: un atout essentiel dans la lutte contre le travail des enfants**

Le travail des enfants reste une réalité inacceptable dans le monde contemporain. Au début de l'année 2020, 160 millions d'enfants (dont 63 millions de filles et 97 millions de garçons) travaillaient, soit 1 sur 10 à l'échelon mondial. Les tendances récentes constituent un sérieux motif de préoccupation. Durant les quatre dernières années, le travail des enfants n'a pas reculé dans le monde – une première depuis l'année 2000. Le nombre d'enfants au travail a augmenté de plus de 8 millions en chiffres absolus, tandis que leur proportion a stagné compte tenu de l'augmentation de la population. On constate d'importantes disparités régionales, avec une baisse continue du travail des enfants dans les Amériques et la région Asie-Pacifique, alors qu'en Afrique leur nombre a augmenté de 20 millions, soit 2 pour cent. Le travail des enfants concerne essentiellement les tâches familiales non rémunérées, dont 70 pour cent dans l'agriculture (BIT et UNICEF, 2021).

Les effets dévastateurs du COVID-19 pourraient contraindre des millions d'autres enfants à travailler, effaçant ainsi une partie des progrès réalisés à ce jour (BIT et UNICEF, 2020). Les preuves s'accumulent, tendant à démontrer que le travail des enfants augmente à mesure que les parents perdent leurs moyens de subsistance; par ailleurs, 1,5 milliard d'enfants ont dû interrompre leur scolarité (UNESCO, 2020a). Même lorsque l'enseignement reprendra son cours normal, certains parents n'auront plus les moyens de les scolariser et davantage d'enfants pourraient être contraints d'exercer des travaux dangereux. Les inégalités de genre pourraient se creuser, les filles étant particulièrement vulnérables à l'exploitation dans l'agriculture et le travail domestique (BIT et UNICEF, 2020). Quelque 11 millions de fillettes pourraient être empêchées de reprendre le chemin de l'école (UNESCO, 2020b).

Il est vital d'étendre la protection sociale à tous les enfants pour prévenir et éradiquer le travail des enfants. Les dispositifs de protection sociale permettent parfois aux parents d'augmenter leurs revenus grâce à des activités plus rentables, même si elles comportent une part de risque plus élevée. En garantissant aux parents une source de revenus régulière et prévisible, les mécanismes de protection sociale leur évitent de recourir à des stratégies d'adaptation négatives face aux chocs économiques: déscolarisation des enfants, réduction des dépenses alimentaires ou vente d'actifs productifs (BIT, 2013; Bastagli *et al.*, 2016; de Hoop et Rosati, 2014).

Toutefois, le phénomène du travail des enfants dépend d'un faisceau complexe de facteurs, notamment les obstacles entravant l'accès à un enseignement de qualité, une sensibilisation insuffisante des ménages aux conséquences des travaux dangereux et l'application défaillante de la législation. S'attaquer efficacement au travail des enfants suppose d'intégrer l'aide financière dans un ensemble plus large d'actions, notamment un meilleur accès à un enseignement de qualité et aux services de protection de l'enfance. En outre, il importe de suivre attentivement l'impact des programmes de protection sociale sur le travail des enfants, pour veiller à ce que leur conception même (par exemple le montant des transferts sociaux et les critères d'admissibilité) permette effectivement de réduire le travail des enfants (ODI et UNICEF, 2020).

► **La protection sociale des enfants: un levier indispensable pour combattre la pauvreté infantile**

Le fait que les enfants soient systématiquement plus exposés que les adultes à la pauvreté n'est pas seulement une préoccupation d'ordre moral, étant donné les effets dévastateurs sur leur bien-être actuel et leur développement à long terme; elle a également des conséquences préjudiciables pour la société tout entière. Ce double impératif souligne l'urgence d'étendre et d'adapter les dispositifs de protection sociale aux enfants pour réduire leur taux de pauvreté. Le COVID-19 ne fait qu'ajouter à l'urgence. La pandémie, et la rareté des dispositifs sociaux ciblant spécifiquement l'enfance (voir section 3.2.2), justifie un redoublement d'efforts, afin de donner priorité aux droits et au bien-être des enfants dans le monde. Les politiques de protection sociale sont des outils puissants, qui permettent d'atténuer la pauvreté des enfants et de leur famille, de protéger celles

qui risquent de basculer dans la pauvreté, d'aider tous les enfants privés de services essentiels par la crise et de les protéger contre d'autres risques majeurs tels que le travail des enfants, que le COVID-19 a encore accentués (voir encadré 4.1). Il faut impérativement relever ces défis pour permettre à tous les enfants de jouir de leurs droits et de réaliser tout leur potentiel (voir encadré 4.2).

Pour optimiser le bénéfice que les enfants peuvent tirer des mesures de protection sociale pendant la pandémie, durant la reprise et dans les années à venir, toutes ces interventions doivent respecter les principes énoncés dans la déclaration conjointe sur la promotion d'une protection sociale adaptée aux enfants (Joint Statement on Advancing Child-Sensitive Social Protection), publiée en 2009 par un regroupement d'agences des Nations Unies,

La pandémie justifie un redoublement d'efforts, afin de donner priorité aux droits et au bien-être des enfants dans le monde.

► **Encadré 4.2 Normes internationales relatives aux prestations pour enfants et familles**

Le cadre juridique des Nations Unies relatif aux droits humains comporte plusieurs dispositions énonçant les divers droits sociaux des enfants, notamment: le droit à la sécurité sociale, qui doit être accordé en tenant compte des ressources et de la situation de l'enfant et des personnes qui en sont responsables¹; le droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé et son bien-être; et le droit à une aide et une assistance spéciales². En outre, l'article 26 de la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant (CRDE) dispose que: «Les États parties reconnaissent à tout enfant le droit de bénéficier de la sécurité sociale, y compris les assurances sociales, et prennent les mesures nécessaires pour assurer la pleine réalisation de ce droit en conformité avec leur législation nationale». Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC) exige que les États accordent «une protection et une assistance aussi larges que possible» à la famille, en particulier pour l'entretien et l'éducation des enfants à charge (art. 10 (1)).

Les normes de l'OIT relatives à la sécurité sociale complètent ce cadre. La partie VII de la convention (n° 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952, établit des normes minimales pour l'attribution de prestations aux familles (ou à l'enfance) sous forme de prestations périodiques en espèces et/ou en nature (nourriture, vêtements, logement, vacances ou assistance ménagère). Le paragraphe 6 de la recommandation n° 202 de l'OIT souligne le caractère universel de la protection et dispose que la sécurité sociale élémentaire devrait s'appliquer au moins à tous les résidents et à tous les enfants, selon la définition qu'en donnent la législation et la réglementation nationales, dans le respect des obligations internationales, c'est-à-dire les dispositions de la CRDE, du PIDESC et des autres instruments applicables. Fortement inspirée d'une approche fondée sur les résultats, la recommandation n° 202 prévoit un large éventail d'instruments politiques visant à assurer la sécurité de revenu pour les enfants, s'inscrivant dans un plus vaste éventail d'interventions.

¹ Déclaration universelle des droits de l'homme, 1948, article 22; Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, 1966 (PIDESC), article 9; Convention relative aux droits de l'enfant (CRDE), article 26.

² Déclaration universelle des droits de l'homme, article 25 (1) et (2).

► Encadré 4.3 Des mesures de protection sociale adaptées aux enfants dans le cadre des réponses au COVID-19

La Déclaration conjointe sur la promotion d'une protection sociale adaptée aux enfants (DfID *et al.*, 2009) énonce sept principes qui doivent guider la conception des systèmes de protection sociale adaptés aux enfants, à savoir: éviter les répercussions négatives sur les enfants et réduire ou atténuer les risques sociaux et économiques auxquels ils sont exposés; intervenir le plus rapidement possible lorsqu'ils sont en danger; prendre en compte les risques et vulnérabilités spécifiques à leur âge et à leur genre tout au long de la vie; atténuer les effets des crises, de l'exclusion et de la pauvreté sur les familles; prendre des dispositions spéciales pour atteindre les enfants exclus et particulièrement vulnérables; tenir compte de la dynamique au sein du foyer; et veiller à ce que les enfants et les personnes qui en prennent soin comprennent la teneur des systèmes et programmes de protection sociale et participent à leur conception.

Malgré les preuves démontrant que, globalement, les mesures sociales adaptées aux enfants sont efficaces en réponse aux crises (Tirivayi *et al.*, 2020), les gouvernements des pays à revenu élevé ont, à ce jour, privilégié les aides directes aux entreprises, par exemple les prêts et les subventions. Les mesures sociales visant à aider les familles pour l'éducation des enfants ne représentaient qu'environ 2 pour cent des dépenses dans ces pays. Cette philosophie du «ruissellement» tend à profiter aux familles ayant un lien avec le marché du travail plutôt qu'aux familles et enfants vulnérables, ce qui accentue leur marginalisation (Richardson, Carraro *et al.*, 2020).

Pour ces raisons, les mesures prises pendant la crise du COVID-19 ne répondaient pas aux principes indivisibles de la déclaration conjointe. Cela étant, compte tenu des mesures d'austérité qui se profilent à l'horizon, ainsi que des risques d'explosion de la dette publique (Ortiz et Cummins, 2021; UNICEF, 2021), il existe un risque réel d'aggravation de la pauvreté des enfants et des inégalités dont ils sont victimes. La communauté internationale doit donc accorder plus d'attention à ces principes lors de la mise en place de systèmes de protection sociale plus solides et mieux adaptés aux enfants, pendant la pandémie et au-delà.

d'agences donatrices bilatérales et d'organisations non gouvernementales internationales (voir encadré 4.3).

Il sera impossible de garantir les droits des enfants en matière de sécurité sociale – niveau de vie adéquat, santé, éducation et soins – et d'atteindre les objectifs du Programme 2030 sans une conjoncture politique propice, donnant la priorité à leurs besoins. Les normes internationales relatives aux prestations destinées aux enfants et aux familles (voir encadré 4.2) sont un volet important de ce cadre politique. Une démarche sociale adaptée aux enfants, fondée sur les droits et les normes de sécurité sociale, peut aider les décideurs à formuler des politiques qui répondent aux droits et besoins des enfants et ne portent pas préjudice à leur famille.



Une démarche sociale adaptée aux enfants, fondée sur les droits et les normes de sécurité sociale, peut aider les décideurs à formuler des politiques qui répondent aux droits et besoins des enfants.

4.1.2 Typologie des régimes de protection sociale des enfants et des familles

Les régimes et les programmes de protection sociale doivent impérativement atteindre toutes les familles ayant des enfants, afin d'atteindre les objectifs du développement durable, notamment les ODD 1 et 2 (pauvreté et faim), mais aussi 3 et 4 (santé et éducation), 8 (en particulier la cible 8.7 sur le travail des enfants) et 10 (inégalité). La plupart des enfants vivent dans un cadre familial, censé garantir leur bien-être¹. Le bien-être de la famille détermine donc pour une bonne part celui de l'enfant, et l'éventail des politiques ainsi que des instruments visant à améliorer la sécurité des revenus et la protection sociale des enfants est très large. Les interventions ciblant spécifiquement les enfants comprennent les mesures suivantes:

- ▶ **sécurité de revenu de la naissance à l'âge adulte:** prestations en espèces, universelles ou ciblées, conditionnelles ou non, contributives ou financées par l'impôt, destinées aux enfants ou aux familles; ou abattements fiscaux pour les familles avec enfants;
- ▶ **prestations sociales pour les personnes qui s'occupent de nourrissons, ou d'enfants malades ou handicapés,** versées aux parents et aux autres personnes qui s'occupent d'un enfant à charge pendant un congé d'absence du travail (par exemple les congés de maternité et de paternité pour prendre soin d'un enfant malade ou handicapé);
- ▶ **accès à des services adéquats pendant la période préscolaire,** tels les soins de santé ou la garde d'enfants;
- ▶ **prestations/services pendant la période préscolaire ou la scolarité:** programmes de nutrition scolaire, de vaccination ou de santé et autres prestations en nature, telles que la gratuité des uniformes ou des manuels scolaires;
- ▶ **prestations/services pour les familles ayant des besoins spécifiques:** les prestations sociales ou les allocations de chômage qui ne concernent pas directement les enfants peuvent néanmoins leur être très utiles dans la mesure où elles bénéficient à leur famille (UNICEF, 2019b).

Volet majeur des systèmes nationaux de protection sociale, les prestations en espèces pour les enfants et les familles assurent en grande partie la sécurité de revenu des familles. La figure 4.1 donne un aperçu des taux de couverture légale de ces programmes dans le monde, par opposition à la couverture effective (résumée à la figure 4.2), qui estime la portée réelle de la protection sociale. La question du champ d'application des mesures de protection des enfants est également traitée dans plusieurs accords internationaux (voir encadré 4.2). La CRDE comme les ODD énoncent le principe de non-discrimination, soit qu'aucun enfant ne doit être exclu, et soulignent que la couverture effective doit être universelle, indépendamment de la nationalité de l'enfant. Quant à la durée de la protection, la Commission d'experts pour l'application des conventions et recommandations (CEACR) de l'OIT considère qu'en vertu de ces normes les prestations familiales doivent être versées pour chaque enfant de la famille et à tous les enfants, tant qu'ils sont scolarisés ou suivent une formation professionnelle à plein temps et ne perçoivent pas un revenu adéquat, déterminé par la législation nationale (BIT, 2011a).

La figure 4.1 présente les différents types de programmes de prestations périodiques en espèces pour les enfants et les familles existant dans le monde. Dans plus d'un tiers des pays ou territoires pour lesquels il y a des données (67 sur 181), la législation nationale ne prévoit aucune allocation pour les enfants ou la famille, même s'il existe parfois en dehors du cadre législatif des programmes d'assistance sociale sous conditions de ressources. Dans les 114 pays où la législation prévoit des prestations périodiques offrant une couverture effective aux enfants ou aux familles, 31 ont mis en place un régime contributif d'assurance sociale et de prestations familiales, essentiellement à l'intention des travailleurs de l'économie formelle; 45 pays offrent des prestations non contributives sous conditions de ressources, qui ne concernent toutefois qu'une faible part de la population. Les recherches effectuées sur le sujet démontrent que, par leur conception même, certains programmes de prestations non contributives excluent de nombreuses personnes, privant ainsi de prestations les familles qui en auraient le plus besoin (Kidd, Gelders et Bailey-Athias, 2017; ODI et UNICEF, 2020).

¹ Les enfants vivant hors du cadre familial, y compris ceux qui résident en institution, sont souvent les plus vulnérables. Si les mesures de protection sociale peuvent contribuer à la réalisation de leurs droits, les dispositifs de protection de l'enfance, notamment les mesures visant à éviter le placement en établissement et les soins de proximité, sont également essentiels.

► **Figure 4.1 Protection des enfants et familles (prestations en espèces) inscrite dans la loi, par type de régime, 2020 ou dernière année disponible**

Pour des raisons techniques, cette figure est momentanément indisponible.

Veillez vous référer aux [tableaux statistiques](#) de ce rapport et à la base de données mondiale du BIT sur la protection sociale ([World Social Protection Database](#)) pour des informations actualisées.

Sources: BIT, [World Social Protection Database](#), d'après l'enquête sur la sécurité sociale (Social Security Inquiry – SSI); AISS/SSA, [Social Security Programs Throughout the World](#); ILOSTAT; sources nationales.

Lien: <https://wspr.social-protection.org>.

Trente-huit pays offrent des prestations universelles pour les enfants et les familles, ou sont en passe d'atteindre cet objectif. Si les régimes offrant une couverture universelle participent notablement à la réduction de la pauvreté, leur atout majeur réside dans leur effet «d'optimisation du bien-être», dans la mesure où ils garantissent les droits des enfants (voir encadré 4.6). Vingt-trois pays ont inscrit dans leur législation nationale un régime universel de prestations pour enfants prévoyant des versements en espèces réguliers (mensuels, trimestriels ou annuels) à toutes les familles avec enfants. Ces prestations sont versées périodiquement sous forme de transferts en espèces (ou de crédit d'impôt) à la personne qui s'occupe principalement des enfants à charge de moins de 18 ans, pendant dix années consécutives ou plus, couvrant ainsi plus de la moitié des enfants. Idéalement, un régime universel de prestations pour enfants devrait couvrir tous les enfants à charge pendant dix-huit ans, voire plus s'ils suivent des études ou une formation.

Dans 15 autres pays, les dispositifs de prestations pour enfants inscrits dans la loi comportent certains volets des régimes universels de prestations

pour enfants, mais ne satisfont pas à tous leurs critères; on peut donc les qualifier de «régimes quasi universels de prestations pour enfants». Ils se répartissent comme suit: trois dispositifs de prestations à court terme avec plafond d'âge, versées pendant une période donnée à partir de la naissance (jusqu'à 2 ans au Bélarus, 6 ans en République de Corée et 3 ans en Ukraine); 8 pays ont mis en place un régime sous conditions de ressources qui répond à la plupart des critères des régimes universels de prestations pour enfants et couvre la grande majorité des ménages, y compris ceux de la classe moyenne, mais exclut à dessein ceux qui ont de très hauts revenus; les 4 autres pays (Belgique, Japon, Liechtenstein et Suisse) associent un régime d'assurance sociale et des mécanismes non contributifs (ciblés ou sous conditions de ressources) afin de combler les lacunes de couverture et d'offrir une protection universelle, ou de s'en approcher.

Cette section concerne essentiellement les programmes inscrits dans la législation nationale. En règle générale, leur financement plus stable et leur cadre institutionnel plus solide garantissent une couverture de plein droit aux personnes et

ménages admissibles, puisque ces droits sont ancrés dans la législation. Outre ces dispositifs légaux, de nombreux pays ont mis en place divers programmes, souvent restreints à certains districts ou régions, offrant une aide en espèces ou en nature aux enfants dans le besoin, généralement en cas de crise humanitaire ou d'autres circonstances exceptionnelles, par l'intermédiaire du gouvernement, des agences des Nations Unies, de partenaires financiers, d'ONG ou d'organisations caritatives.

La figure 4.1 concerne principalement les prestations en espèces, mais de nombreux dispositifs dans ce domaine sont des prestations en nature,

comme les repas scolaires ou l'accès à certains services. Les programmes de nutrition scolaire sont la forme la plus courante de prestations en nature: la moitié des écoliers – soit 388 millions d'enfants – reçoivent quotidiennement un repas scolaire dans au moins 161 pays; le nombre d'enfants bénéficiaires a augmenté de 36 pour cent depuis 2013 dans les pays à faible revenu (PAM, 2020).

Les programmes de nutrition scolaire sont la forme la plus courante de prestations en nature: la moitié des écoliers reçoivent quotidiennement un repas scolaire.

► Associer les prestations en espèces et l'accès aux services

Les prestations sociales en espèces et l'accès effectif aux services sont souvent interreliés et se renforcent mutuellement, notamment en ce qui concerne les soins de santé, la garde d'enfants, les services éducatifs et les intrants productifs. Ces dispositifs sont essentiels pour optimiser et pérenniser l'impact des programmes de transferts sociaux en espèces, en particulier les dispositifs multisectoriels, ainsi que pour lisser les inégalités et favoriser l'inclusion sociale, surtout pour les enfants issus de familles marginalisées.

Les régimes de protection sociale peuvent jouer un rôle clé dans la promotion de l'égalité de genre, par exemple en luttant contre la répartition genrée des travaux ménagers et des activités de soins non rémunérées au sein de la famille (cible 5.4 des ODD). Dès leur plus jeune âge, les fillettes effectuent la majorité de ces tâches

(Muñoz Boudet *et al.*, 2012); ce déséquilibre précoce du travail les poursuit jusqu'à l'âge adulte et en perpétue la répartition inégale (BIT, 2016d). Une offre de services de garderie abordables et de bonne qualité permettrait à de nombreuses fillettes de ne plus avoir à s'occuper de leurs jeunes frères et sœurs, et favoriserait l'autonomisation économique des femmes. Selon la façon dont ils sont conçus et mis en œuvre, les dispositifs de protection sociale ciblant les enfants peuvent renforcer la répartition traditionnelle des rôles et responsabilités ou, inversement, contribuer au développement des enfants et améliorer la sécurité économique des femmes (voir encadré 4.4).

4.1.3 Couverture effective: suivi de l'indicateur 1.3.1 des ODD en lien avec les enfants

La grande majorité des enfants ne bénéficie toujours pas d'une protection sociale effective. Les données relatives à l'indicateur 1.3.1 des ODD montrent que seulement 26,4 pour cent des enfants reçoivent des prestations sociales dans le monde, avec d'importantes disparités régionales (voir figure 4.2). Les taux de couverture effective varient considérablement selon les régions: 82,3 pour cent en Europe et en Asie centrale; 57,4 pour cent dans les Amériques, mais seulement 18 pour cent dans la région Asie-Pacifique et 15,4 pour cent dans les États arabes. De toutes les régions, l'Afrique présente le plus faible taux de couverture, soit 12,6 pour cent, et seulement 10,5 pour cent en Afrique subsaharienne, où la pauvreté des enfants est la plus répandue.

Le taux global de couverture effective atteint 86,8 pour cent dans les pays à revenu élevé, mais à peine un dixième de ce chiffre (8,5 pour cent) dans les pays à faible revenu – situation extrêmement préoccupante (voir figure 4.3). Dans ces pays, la situation est souvent aggravée par les crises humanitaires prolongées, qui enferment les enfants dans un cycle perpétuel de pauvreté. Il est primordial d'agir en urgence pour combler ce retard. Pour ce faire, les agences concernées devraient coordonner leurs efforts afin d'améliorer la collecte des données sur la protection sociale des enfants et les sommes qui y sont consacrées (voir encadré 4.5).

► Encadré 4.4 Une protection sociale effective pour les enfants comme pour les femmes

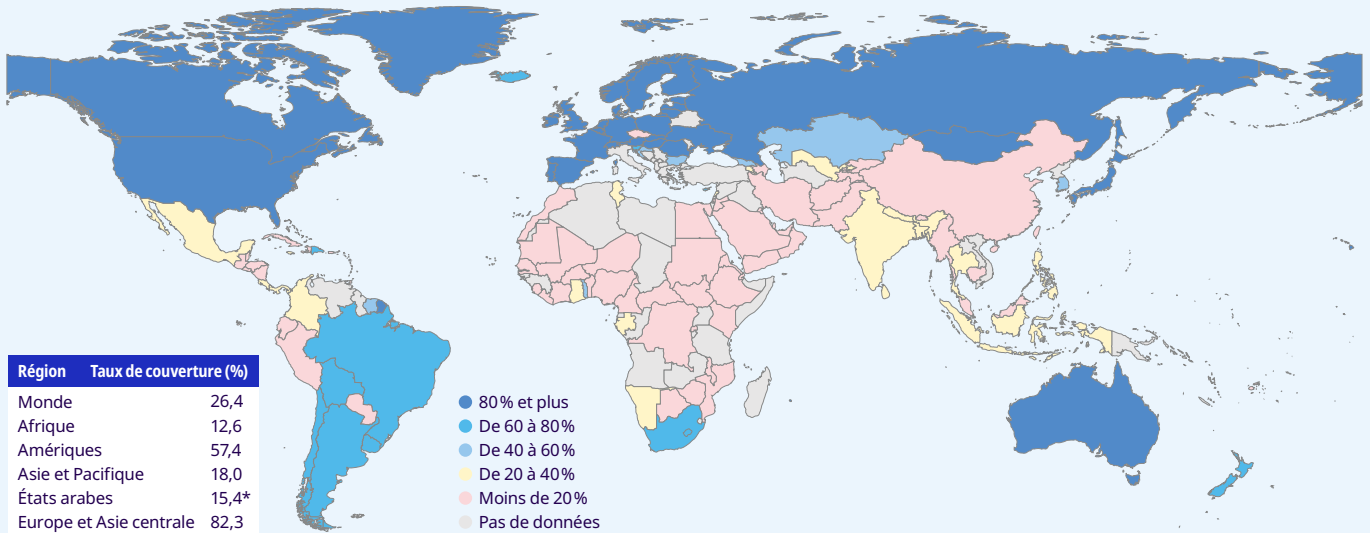
Ce sont essentiellement les femmes qui prennent soin des enfants, comme proches aidantes non rémunérées et/ou employées des garderies et établissements préscolaires; à ce titre, elles sont directement concernées par la manière dont les prestations et services destinés aux enfants sont conçus et mis en œuvre. Toutefois, les politiques en ce domaine sont généralement axées sur les enfants et ne prennent pas suffisamment en compte leurs implications pour les femmes, en tant que mères ou assistantes maternelles (Razavi, 2020; Staab, 2019). Par exemple, les prestations conditionnelles en espèces ont été critiquées parce qu'elles renforcent la répartition traditionnelle des rôles de genre et accroissent le fardeau des tâches non rémunérées des femmes (Bastagli *et al.*, 2019; Cookson, 2018; Fultz et Francis, 2013; Molyneux, 2007).

Pour garantir la sécurité de revenu et le bien-être des familles ayant des enfants, il est primordial d'offrir aux femmes comme aux hommes des prestations adéquates en ce domaine: congé parental, services de soin, d'éducation de la petite enfance et de garderie. Il est possible d'inciter les hommes à prendre un congé au moyen de «quotas papa» réservant aux pères une part non transférable du congé parental, qu'ils perdent s'ils ne s'en prévalent pas (OCDE, 2016). Les mesures prises par les employeurs pour faciliter le partage des responsabilités professionnelles et familiales entre les parents peuvent également jouer un rôle crucial à cet égard (BIT, 2016d). L'association de ces mesures est particulièrement importante pour promouvoir l'emploi des femmes et une répartition plus équitable de l'éducation des enfants. Ces deux aspects sont essentiels pour rompre le cercle vicieux des inégalités de genre, qui enferment les femmes dans des emplois informels et mal rémunérés, sans aucune protection sociale, pendant leur vie professionnelle et leur vieillesse (Alfers, 2016; Moussié, 2017).

L'objectif n'est pas de réduire ou d'éliminer les activités de soins non rémunérées, qui sont des piliers de la vie socio-économique et contribuent à la réalisation des ODD. Il s'agit plutôt de réduire la pénibilité de ces tâches, de les répartir plus également entre les femmes et les hommes au sein de la cellule familiale et d'en confier une partie à des institutions offrant des services abordables et de qualité, dispensés par des travailleurs sociaux convenablement rémunérés et jouissant d'une protection sociale (ONU Femmes, 2018). Investir dans le triptyque «services de garderie/congé parental/prestations pour enfants» contribue à la réalisation des objectifs de développement des enfants et améliore l'autonomie économique des femmes, tout en créant des emplois décents dans le secteur des soins à la personne.

Les décideurs politiques et les partenaires du développement doivent réexaminer les modalités de conception et de mise en œuvre des politiques ciblant les enfants, afin de veiller à ce qu'elles répondent mieux à leurs besoins et à ceux des femmes. L'UNICEF s'est récemment efforcée de recentrer son action sur les politiques familiales qui associent les droits des enfants et des femmes et favorisent l'égalité de genre, ce qui est de bon augure (Richardson, Dugarova *et al.*, 2020). Toutefois, beaucoup reste à faire pour que les politiques de l'enfance n'aient pas d'effets négatifs sur les femmes, tant pendant la pandémie de COVID-19 qu'après (SPIAC-B, 2020; PNUD et ONU Femmes, 2020; Bierbaum et Cichon, 2019).

► **Figure 4.2 Indicateur 1.3.1 des ODD – couverture effective des enfants et des familles: pourcentage d'enfants (0 à 14 ans) percevant des prestations en espèces pour familles ou enfants; 2020 ou dernière année disponible**



* À interpréter avec prudence: les estimations sont fondées sur des données couvrant moins de 40 pour cent de la population.

Notes: Pour plus de détails concernant la méthodologie, voir l'annexe 2. Les estimations mondiales et régionales ont été pondérées en fonction de chaque groupe de population âgée de 0 à 14 ans. Les estimations ne sont pas strictement comparables aux estimations régionales de 2016 en raison du perfectionnement des méthodes, de la plus grande disponibilité des données et des révisions effectuées par les pays.

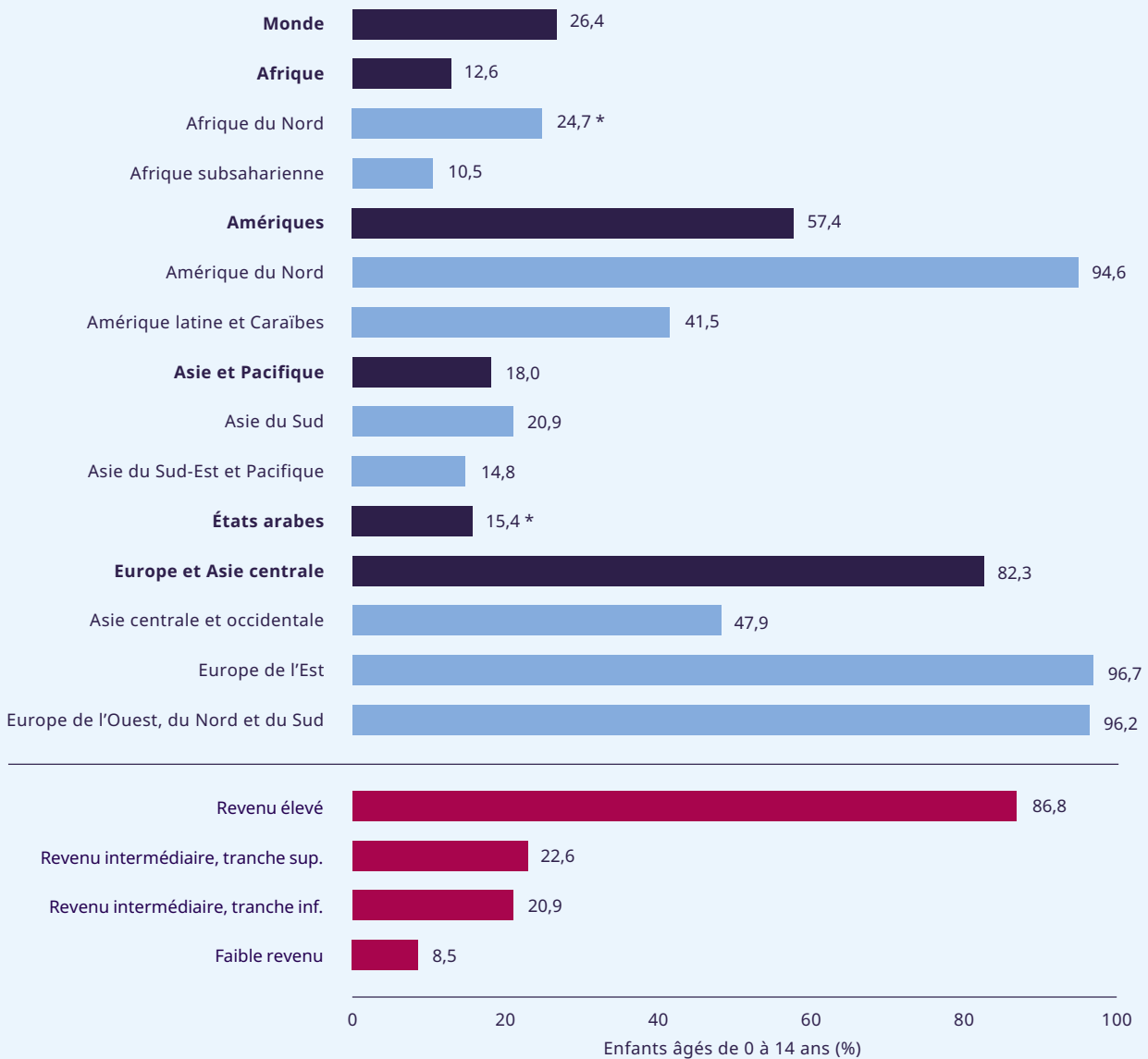
Sources: BIT, [World Social Protection Database](#), à partir de l'enquête du BIT sur la sécurité sociale (Social Security Inquiry – SSI), de la base de données ILOSTAT et de sources nationales.

Lien: <https://wspr.social-protection.org>.

► **Encadré 4.5 Améliorer la qualité des données sur la couverture sociale des enfants et les fonds qui y sont consacrés**

Il est nécessaire d'institutionnaliser les mesures de suivi et la communication des données sur la protection sociale des enfants, afin de faciliter la production de rapports interinstitutions réguliers. Cela suppose d'améliorer la collecte des données sur la protection sociale des enfants et de publier périodiquement des rapports interinstitutions qui rendent compte de la protection sociale des enfants et rassemblent toutes les informations pertinentes, y compris des évaluations complètes des taux de couverture légale et effective. On obtiendrait ainsi, par exemple, des informations précises sur les sommes régulièrement consacrées par les gouvernements à la protection sociale des enfants et aux services connexes.

► **Figure 4.3 Indicateur 1.3.1 des ODD – couverture effective des enfants et des familles: pourcentage d’enfants (0 à 14 ans) percevant des prestations en espèces pour familles ou enfants, par région, sous-région et niveau de revenu, 2020 ou dernière année disponible**



* À interpréter avec prudence: les estimations sont fondées sur des données couvrant moins de 40 pour cent de la population.

Notes: Pour plus de détails concernant la méthodologie, voir l'annexe 2. Les estimations mondiales et régionales ont été pondérées en fonction de chaque groupe de population âgée de 0 à 14 ans. Les estimations ne sont pas strictement comparables aux estimations régionales de 2016 en raison du perfectionnement des méthodes, de la plus grande disponibilité des données et des révisions effectuées par les pays.

Sources: BIT, [World Social Protection Database](https://wsprr.social-protection.org), à partir de l'enquête du BIT sur la sécurité sociale (Social Security Inquiry – SSI), de la base de données ILOSTAT et de sources nationales.

Lien: <https://wsprr.social-protection.org>.

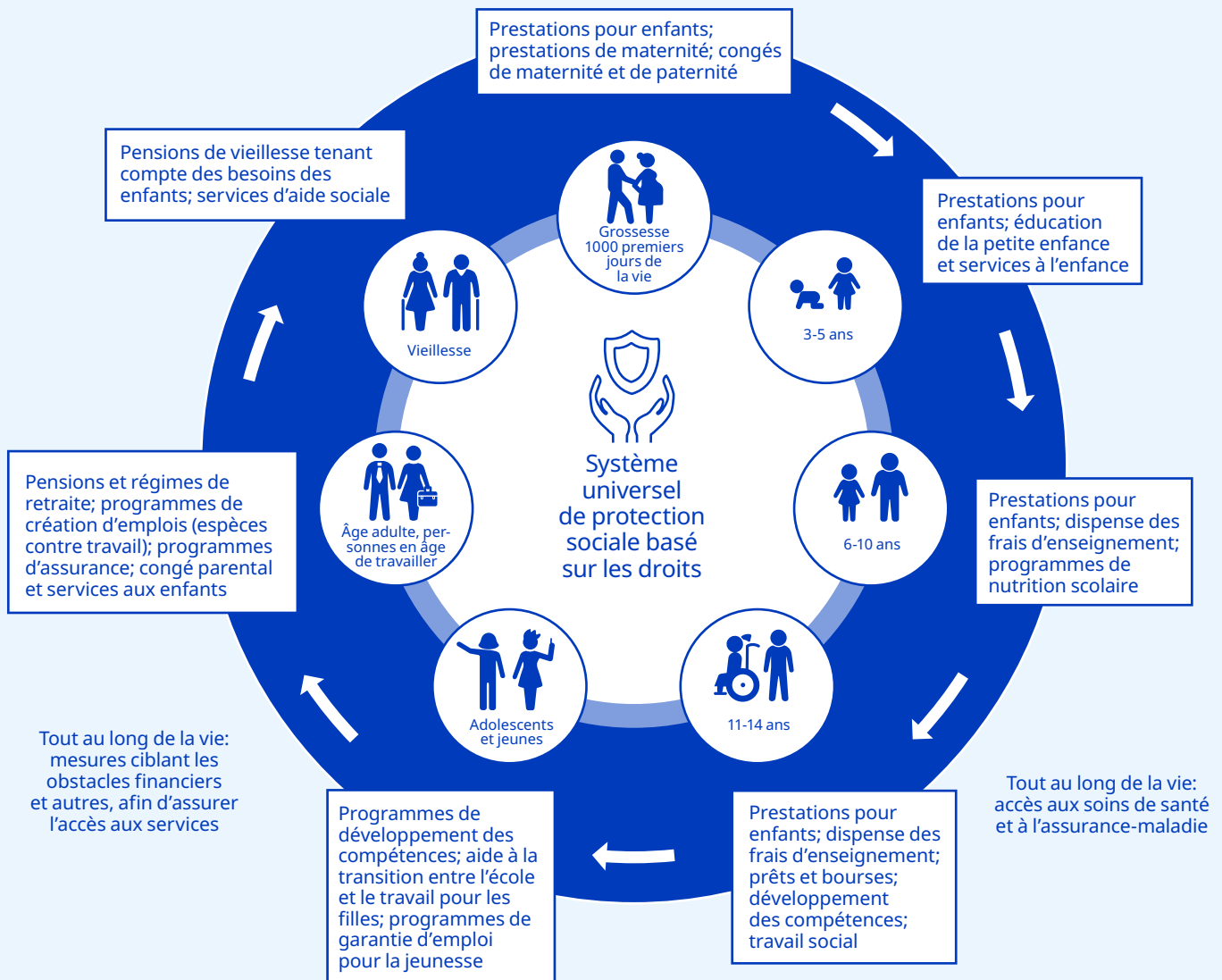
4.1.4 Adéquation de la protection sociale des enfants

Il est primordial d'établir des programmes complets et adéquats, centrés sur les besoins des enfants, et d'adopter à cet égard une démarche systémique (voir figure 4.4) pour assurer leur bien-être et la stabilité économique de leur famille (UNICEF, 2019b). Cela suppose de fixer les prestations familiales à un niveau suffisant pour répondre aux besoins des enfants, dans tous les contextes, notamment dans les pays fragiles.



Il est primordial d'établir des programmes complets et adéquats, centrés sur les besoins des enfants, et d'adopter à cet égard une démarche systémique pour assurer leur bien-être.

► **Figure 4.4 Protection sociale tenant compte des besoins des enfants tout au long de la vie**



Le cadre des droits humains des Nations Unies et les normes internationales sur le sujet (voir encadré 4.2) disposent que tous les enfants devraient bénéficier d'une «sécurité élémentaire de revenu [...] assurant l'accès à l'alimentation, à l'éducation, aux soins et à tous autres biens et services nécessaires» (paragr. 5 *b*) de la recommandation n° 202). Cette recommandation prévoit que les niveaux de prestations sont définis à l'échelle nationale, mais donne également des orientations précises sur le niveau de sécurité élémentaire de revenu permettant une vie digne et l'accès effectif à un ensemble de biens et de services nécessaires, définis en fonction des seuils nationaux de pauvreté ou d'autres critères comparables (paragr. 8 *b*)).

Le niveau des prestations devrait être fixé en fonction du coût réel de l'entretien d'un enfant et en représenter une part substantielle; tous les ménages devraient avoir droit au taux minimal des allocations familiales indépendamment de leurs revenus. Les prestations excédant ce seuil peuvent être assujetties à des conditions de ressources, afin de permettre aux familles les plus exposées à la pauvreté et aux privations de jouir d'un niveau de vie élémentaire. Le coût de la vie augmentant en raison de l'inflation, les normes de l'OIT exigent que les prestations soient régulièrement indexées, afin de refléter l'évolution des coûts liés au respect de ces normes (BIT, 2011a, paragr. 184-186).

Pour protéger convenablement tous les enfants, les politiques nationales devraient également prendre en considération les besoins additionnels des enfants migrants et des enfants handicapés, les disparités fondées sur le genre, l'appartenance à une ethnie ou à un groupe autochtone, ainsi que les différences entre milieux ruraux et milieux urbains.

La recommandation n° 202 de l'OIT envisage un large éventail d'instruments politiques permettant d'assurer la sécurité de revenu des enfants. La meilleure façon d'atteindre cet objectif consiste à adopter une démarche intégrée, fondée sur un ensemble de politiques complémentaires axées sur l'enfance (UNICEF, 2019b), comprenant à la fois des prestations en espèces et des services. Comme il ressort de la figure 4.4, ces mesures devraient prendre en compte les étapes clés du développement de l'enfant, les spécificités de l'unité familiale (taille de la famille, âge des enfants, etc.), ainsi que les caractéristiques personnelles de l'enfant (migrant, handicapé, genre).

Une méthode permettant d'évaluer l'adéquation de la protection sociale consiste à examiner dans

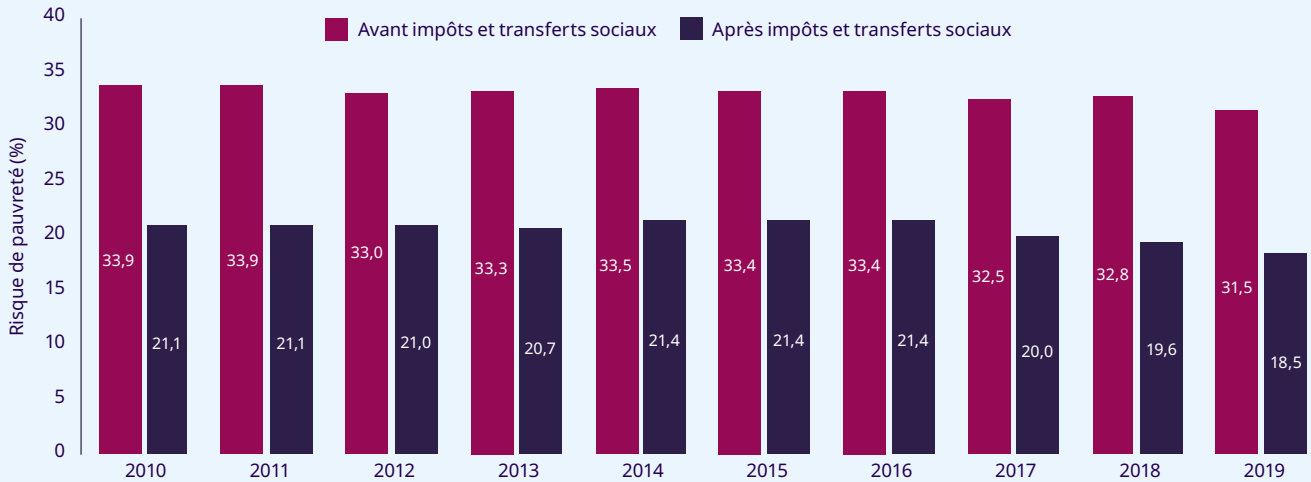
quelle mesure les régimes existants font effectivement baisser les taux de pauvreté des enfants. Dans l'Union européenne, au cours de la dernière décennie, la réduction du taux de pauvreté des enfants (après impôts et prise en compte des prestations sociales) se situait dans une fourchette de 36 à 41 pour cent du revenu (voir figure 4.5). Par exemple, en 2019, le «risque de pauvreté» avant impôt, soit 31,5 pour cent, avait reculé à 18,5 pour cent en moyenne, une fois pris en compte les impôts et les transferts sociaux. Concrètement, cela représente une réduction de 41 pour cent du risque de pauvreté de la population enfantine. En Europe, les systèmes de protection sociale ont permis de réduire sensiblement la pauvreté, sans pour autant l'éradiquer; il faudrait également fournir d'autres services aux aidants naturels et leur procurer des possibilités de travail décent. S'ils veulent mettre en place un ensemble complet de prestations et de services permettant d'éradiquer la pauvreté des enfants et à assurer leur bien-être, les États doivent y consacrer un budget suffisant.

4.1.5 Budget consacré à la protection sociale des enfants

Assurer une protection sociale adéquate aux enfants et aux familles suppose d'y allouer des fonds suffisants. Pourtant, les États y consacrent en moyenne seulement 1 pour cent de leur PIB, hors santé (voir figure 4.6), avec des écarts considérables selon les pays. Alors que les pays d'Europe, d'Asie centrale et de la région Asie-Pacifique dépensent en moyenne plus de 1,1 pour cent de leur PIB en prestations pour enfants, les ratios correspondants sont bien inférieurs dans la plupart des autres régions. D'après les estimations régionales, l'Afrique, les États arabes et les Amériques y allouent au plus 0,7 pour cent du PIB, et ce malgré la proportion plus importante d'enfants au sein de leur population. Dans les pays à faible revenu, le ratio dépenses/PIB atteint seulement 0,1 pour cent, chiffre particulièrement révélateur si l'on considère que les enfants âgés de 0 à 14 ans y représentent 41,8 pour cent de la population totale.

Les niveaux élevés de pauvreté des enfants et les lacunes des autres indicateurs de bien-être, commentés plus haut, montrent que les fonds alloués à la protection sociale des enfants sont insuffisants. Certaines données récentes soulignent le rôle crucial des dépenses de protection sociale – et plus globalement des dépenses publiques ciblant

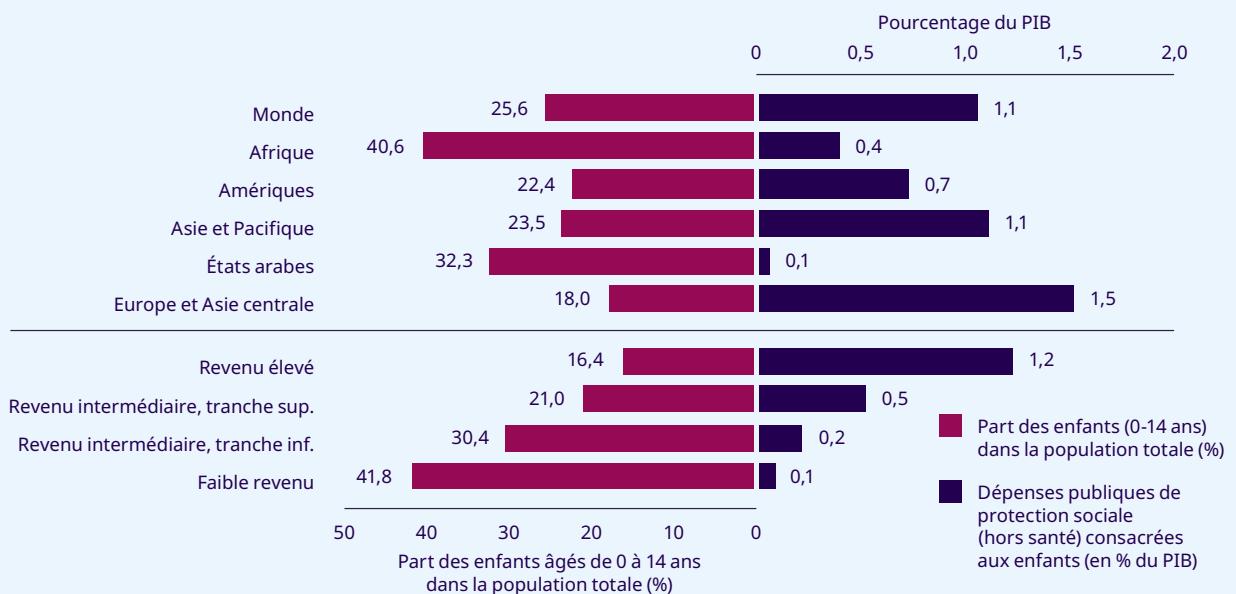
► **Figure 4.5 Risque de pauvreté, avant et après transferts sociaux, enfants âgés de 0 à 17 ans dans l'UE-27, 2010-2019, en pourcentage du revenu**



Source: Eurostat, 2021, https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=ilc_li10&lang=en.

Lien: <https://wspr.social-protection.org>.

► **Figure 4.6 Dépenses publiques de protection sociale (hors santé) consacrées aux enfants (en pourcentage du PIB) et pourcentage d'enfants âgés de 0 à 14 ans dans la population totale, par région et niveau de revenu, 2020 ou dernière année disponible**



Notes: Voir à l'annexe 2 l'explication de la méthodologie employée. Les données régionales et mondiales sur les dépenses de protection sociale (hors santé) consacrées aux enfants sont pondérées en fonction du PIB.

Sources: BIT, [World Social Protection Database](#), à partir de l'enquête du BIT sur la sécurité sociale (Social Security Inquiry - SSI); ILOSTAT; sources nationales.

Lien: <https://wspr.social-protection.org>.

les enfants – pour la réalisation des objectifs de bien-être et de développement social de l'enfance à l'échelon mondial, dans le cadre des mesures prises pour répondre aux crises sanitaires et économiques (Richardson, Carraro *et al.*, 2020; Richardson, Dugarova *et al.*, 2020). Le sous-investissement des pays à faible revenu et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure dans la protection sociale des enfants, voire l'absence totale de prestations dans de nombreux pays mettent en péril les droits des enfants et leur potentiel de développement, empêchant ainsi la réalisation des ODD correspondants.

Les données mondiales sur les niveaux de dépenses publiques sont utiles pour comparer l'assiette fiscale globale consacrée aux politiques de l'enfance. Pour bien comprendre l'efficacité et l'efficacité des schémas de dépense, il faut analyser les modalités de répartition des fonds au sein d'une cohorte d'enfants, en fonction de leur âge et de leurs besoins (par exemple les revenus du ménage, les types de privations, les inégalités, le handicap, etc.) en tenant compte des principes d'adéquation évoqués précédemment, ainsi que des données améliorées quant aux dépenses (UNICEF, 2019b).

4.1.6 Bâtir des systèmes de protection sociale adaptés aux enfants

► Progrès accomplis vers une protection sociale universelle pour les enfants

L'extension du champ d'application des dispositifs de protection sociale des enfants et l'amélioration des prestations supposent d'adopter une démarche intégrée, qu'il s'agisse d'établir de nouveaux systèmes ou d'améliorer ceux qui existent. Il faut se féliciter à cet égard d'une récente tendance, à savoir le regain d'intérêt pour les régimes universels de prestations pour enfants et leur mise en œuvre. Plusieurs pays ont progressivement étendu le champ d'application de ces prestations, ou envisagent de le faire (tableau 4.1). Les gouvernements de plusieurs autres pays (y compris l'Angola, le Botswana, le Sri Lanka et la Tunisie) examinent sérieusement l'option du régime universel de prestations pour enfants ou du régime quasi universel de prestations pour enfants

comme instrument de politique sociale (Harman *et al.*, 2020; ODI et UNICEF, 2020; Kidd *et al.*, 2020). Certains pays d'Asie du Sud y voient une réponse d'urgence adaptée à la pandémie de COVID-19 (UNICEF, 2020a). L'Argentine constitue un exemple intéressant à cet égard, montrant comment il est possible d'approcher l'objectif de couverture universelle en associant divers dispositifs de transfert, contributifs ou non; ce pays présente un taux de couverture effectif de 87,4 pour cent, bien qu'il compte encore quelque 1,6 million d'enfants non protégés (Aulicino, Waisgrais et Orton, 2019).

Ces exemples donnent de bonnes indications sur les mesures que devraient prendre les pays à revenu faible et intermédiaire pour étendre la protection sociale aux enfants. Toutefois, il conviendrait d'accentuer largement les efforts pour étendre cette protection aux enfants migrants ou déplacés de force, qui ne bénéficient généralement pas de la protection offerte par la loi. Un fait nouveau – aussi exceptionnel que prometteur – à cet égard est la décision prise par la Turquie d'étendre aux enfants réfugiés son programme national de prestations conditionnelles en espèces pour l'éducation (Conditional Cash Transfer for Education – CCTE); plus de 650 000 enfants réfugiés en ont bénéficié depuis la mi-2017 (UNICEF, 2020c, pp. 48-50).

Si la couverture universelle est généralement l'apanage des pays à revenu élevé, ces derniers doivent aussi combler d'importantes lacunes en matière de couverture, d'exhaustivité et d'adéquation (tableau 4.1). Ces failles sont devenues particulièrement évidentes pendant la pandémie, lorsque bon nombre de ces pays ont dû étendre le champ d'application de leurs régimes sociaux (Stewart, Bastagli et Orton, 2020).

► Reculs; ambitions revues à la baisse

Malgré toutes ces avancées, plusieurs pays ont adopté des politiques d'austérité budgétaire durant la dernière décennie. Ainsi, le gouvernement du Royaume-Uni a «désuniversalisé» son régime universel de prestations pour enfants en 2012 pour en faire un régime quasi universel de prestations pour enfants sous conditions de ressources; d'autres pays à revenu élevé ont également dû modifier leur régime universel de prestations pour enfants à la marge (BIT et UNICEF, 2019). Le Mexique, pour sa part, a dû abolir en 2019 son programme Prospera CCT, qui lui avait pourtant valu de nombreux éloges, ce qui illustre la fragilité particulière des programmes

► **Tableau 4.1 Exemples de mesures sociales annoncées en faveur des enfants, 2016-2021**

Pays/Groupe	Année	Mesure adoptée ou envisagée
États-Unis	2021	En guise de réponse à la pandémie et pour remédier aux problèmes récurrents liés à la pauvreté des enfants et à l'exclusion des enfants marginalisés, le gouvernement a prorogé d'une année les critères d'admissibilité du dispositif fiscal existant (Child Tax Credit). Cette modification étend le champ d'application du système et prévoit le versement plus régulier d'une prestation majorée. Une législation rendant cette réforme permanente est en cours d'examen (Richardson <i>et al.</i> , 2021).
Italie	2021	Une loi entrée en vigueur en avril 2021 prévoit le versement, à partir du 1 ^{er} juillet, d'une prestation quasi universelle, sous conditions de ressources. Elle sera versée à la plupart des familles avec enfants, à partir du septième mois de grossesse jusqu'à ce que l'enfant ait atteint 18 ans (ou 21 ans pour les enfants à charge scolarisés à plein temps).
Lituanie	2018	Le gouvernement a modifié la loi sur les prestations pour enfants, ajoutant une prestation universelle destinée aux enfants âgés de 0 à 18 ans (ou 21 ans s'ils sont scolarisés) afin de combler les lacunes du mécanisme fiscal d'allocations pour enfants (Lazutka, Poviliunas et Zalimiene, 2019).
Monténégro	2021 (proposition)	Le gouvernement a proposé d'amender la loi sur la protection sociale et infantile afin d'y ajouter une prestation quasi universelle pour les enfants âgés de 0 à 6 ans.
République de Corée	2018	Le ministère de la Santé et du Bien-être a amendé la loi sur les prestations pour enfants afin de verser une prestation quasi universelle pour les enfants âgés de 0 à 6 ans en 2018, mesure étendue en 2019 aux enfants de 7 ans.
Thaïlande	2019	Le gouvernement a étendu à tous les enfants de moins de 6 ans issus de familles pauvres la couverture du Child Support Grant, qui visait auparavant les enfants âgés de 0 à 3 ans; elle s'applique maintenant à environ 2 millions d'enfants (UNICEF, 2019c).
Union européenne	2021	Plus de 25 pour cent des enfants des pays de l'UE étant exposés au risque de pauvreté et d'exclusion sociale, la Commission européenne a émis une recommandation du conseil instituant une garantie européenne pour l'enfance, afin de prévenir et de combattre la pauvreté et l'exclusion sociale des enfants; elle a également annoncé son intention d'aider ses membres à y donner effet.
Mesures prometteuses au niveau sous-régional		
État de Bihar, Inde	2018	Les autorités ont mis en place une prestation, visant quelque 16 millions de fillettes et de jeunes femmes (0-21 ans) à l'échelle de l'État, afin de combattre la discrimination systémique et les inégalités de genre (BIT et UNICEF, 2019).
Papouasie, Indonésie	2017	Les autorités ont mis en place une prestation pour enfants (BANGGA Papua Child Benefit) visant les enfants autochtones papous âgés de 0 à 4 ans (BIT et UNICEF, 2019; Huda <i>et al.</i> , 2020).
Republika Srepska, Bosnie-Herzégovine	2016	Les autorités ont étendu le champ d'application des régimes quasi universels de prestations pour enfants et relevé le niveau des prestations, notamment pour les enfants handicapés (UNICEF, 2020c, pp. 16-18).

Note: Tableau basé sur les informations provenant de sources nationales, sauf mention contraire.

► Encadré 4.6 Renforcer la protection sociale grâce aux prestations universelles pour enfants

Les données provenant de pays où les régimes universels de prestations pour enfants ont été mis en œuvre de longue date démontrent que ces mécanismes sont plus efficaces pour réduire la pauvreté que les dispositifs soumis à de strictes conditions de ressources. En outre, les simulations effectuées pour les pays qui n'ont pas encore établi de régime universel de prestations pour enfants montrent qu'un tel programme, coûtant 1 pour cent du PIB, permettrait de réduire de 20 pour cent le taux de pauvreté des enfants (ODI et UNICEF, 2020). À lui seul, cet argument devrait suffire à convaincre les décideurs d'envisager d'adopter ce type de régime. Outre leur impact important sur la réduction de la pauvreté, les régimes universels de prestations pour enfants ont d'autres effets positifs: le fait que tous les enfants en bénéficient de droit améliore la situation en matière de droits humains, d'égalité et de non-discrimination; leur caractère universel peut aussi contribuer à atténuer le complexe de stigmatisation souvent associé aux prestations ciblant les pauvres, renforçant ainsi le sentiment de dignité des prestataires. Ils présentent d'autres avantages comparatifs, notamment la réduction des coûts administratifs, la simplification des critères d'admissibilité et l'élimination des risques d'exclusion, ce qui permet d'optimiser l'adhésion à ces programmes (ODI et UNICEF, 2020).

Un autre argument – moins reconnu toutefois – milite en faveur des régimes universels de prestations pour enfants, à savoir qu'ils constituent la cheville ouvrière des systèmes de protection sociale. Autrement dit, les régimes universels de prestations pour enfants contribuent à la mise en place de systèmes de protection sociale et à l'édification de sociétés décentes pour les enfants. Par exemple, ils peuvent inciter la population à inscrire les enfants auprès des services d'état civil, améliorant ainsi la qualité des informations dont l'État dispose sur les enfants, leur nombre et leur lieu de résidence. À mesure que les enfants grandissent, le versement régulier des prestations universelles incite les familles à maintenir le contact avec les institutions et les services publics, permettant ainsi aux autorités de mieux planifier et répartir les ressources consacrées aux services essentiels.

Ces mêmes raisons justifient l'adoption de régimes universels de prestations pour enfants dans les pays instables et ceux qui hébergent des personnes déplacées de force. Un système qui atteint tous les enfants permet automatiquement de rejoindre les plus vulnérables et d'offrir des prestations adéquates à tous – y compris aux populations déplacées de force. Dans les pays instables, où les capacités institutionnelles sont généralement limitées et qui comptent une très forte proportion d'enfants vulnérables, un programme universel sera vraisemblablement plus efficace que des dispositifs ciblant uniquement certains groupes. Une démarche universelle permet de jeter les bases d'un système national, susceptible d'être immédiatement étendu pendant les périodes de reprise économique et de constituer la pierre angulaire d'un système naissant de protection sociale (BIT et UNICEF, 2019).

Un régime universel de prestations pour enfants peut ainsi constituer l'assise d'un système de protection sociale complet et contribuer à l'optimisation d'autres services. Toutes les considérations qui précèdent sont riches d'enseignements pour les pays qui s'interrogent sur la meilleure façon d'offrir une protection sociale adéquate et une vie décente à leurs enfants.

ciblés en ce domaine (Kidd, 2019). Le Kirghizistan a différé une réforme législative, prévue en 2017, instituant une allocation pour tous les enfants âgés de 0 à 3 ans, en raison de l'instabilité politique et des avis de la Banque mondiale et du FMI en ce sens. En 2017, le FMI a imposé à la Mongolie des conditions de prêt qui l'ont contrainte à restreindre le champ d'application de son programme de prestations en espèces pour enfants, initialement conçu comme mécanisme universel (Development Pathways, 2018; BIT et UNICEF, 2019; FMI, 2017; UNICEF, 2020c).

De nombreux enfants sont ainsi privés de leur droit légitime à la protection sociale. Il conviendrait donc d'augmenter les budgets alloués au financement de la protection sociale et des autres

services destinés aux enfants, afin d'atteindre les ODD correspondants. Dans la mesure du possible, les décideurs politiques et les partenaires du développement devraient profiter de la dynamique favorable aux régimes universels de prestations pour enfants pour améliorer les taux de couverture sociale des enfants et adopter des politiques ambitieuses en leur faveur. La simplicité relative des régimes universels de prestations pour enfants cache une forte valeur ajoutée, dans la mesure où ces dispositifs peuvent renforcer l'architecture globale des politiques en ce domaine, contribuant ainsi à la mise en place de systèmes de protection sociale pour les enfants et à l'optimisation des prestations qui leur sont destinées (voir encadré 4.6).

► **Priorités politiques et recommandations relatives à l'amélioration de la protection sociale des enfants**

Plusieurs actions politiques s'imposent en priorité afin de remédier aux répercussions de la pandémie de COVID-19 et d'atteindre la cible 1.3 des ODD en lien avec les enfants.

- **Il faut éviter les mesures d'austérité budgétaire pour assurer le bien-être des enfants et atteindre les ODD.** Les répercussions de la pandémie sur les enfants vont perdurer. Tout indique que, dans de nombreux pays, la pauvreté pécuniaire des enfants risque de progresser et de rester supérieure à ses niveaux pré-COVID pendant une période pouvant aller jusqu'à cinq ans (Richardson, Carraro *et al.*, 2020). C'est un point tournant pour les gouvernements, qui doivent garantir le droit de tous les enfants à la protection sociale; pour ce faire, ils devront financer des mesures ciblant spécifiquement les enfants dans le cadre des dispositifs anti-COVID et recourir aux stimuli fiscaux.
- **Les pays doivent agir rapidement de manière à offrir une protection sociale universelle aux enfants, y compris des prestations universelles.** La pandémie de COVID-19 a souligné l'importance de systèmes de protection sociale solides et ouvert un créneau politique permettant aux pays de progresser vers la protection sociale universelle pour les enfants. Les pays peuvent améliorer le taux effectif de couverture, l'exhaustivité et l'adéquation des prestations, sur le plan tant pratique que fiscal, avec un impact substantiel, dans le respect de leurs obligations internationales (ODI et UNICEF, 2020; Ortiz *et al.*, 2017). Ils doivent

mettre à profit le créneau politique offert par la pandémie de COVID-19 pour réorienter leurs budgets, afin de combler les failles majeures des systèmes.

- **Les systèmes de protection sociale doivent présenter toutes les garanties d'inclusion voulues, prendre en compte les thèmes liés au genre, ainsi que les risques liés au dérèglement climatique et aux conflits.** La pandémie a souligné que les groupes et communautés les plus pauvres et les plus vulnérables sont à la fois les plus touchés par ces crises et les moins bien protégés par les régimes sociaux. Pour y remédier, les pays doivent élaborer des politiques et des programmes inclusifs, en accordant une attention particulière aux besoins des fillettes et des femmes, des enfants handicapés et des enfants migrants. En outre, il faut redoubler d'efforts pour s'assurer que les programmes de protection sociale permettent de répondre aux futures crises, et aider les pays instables à mettre en place un système de protection sociale.
- **Il importe également que les décideurs politiques adoptent un portefeuille intégré de mesures sociales pour les enfants.** Les prestations pour enfants et familles ciblant spécifiquement les obstacles financiers qui entravent la réalisation des droits et du potentiel des enfants sont un volet essentiel de la protection sociale de l'enfance. Toutefois, ces dispositifs doivent s'intégrer dans une démarche globale, comprenant des services coordonnés de garde d'enfants, des dispositions relatives au congé parental et l'accès aux soins de santé. Une approche systémique intégrée donnera de meilleurs résultats pour les enfants et, plus globalement, pour la société.



► 4.2 Protection sociale des personnes en âge de travailler

- La pandémie de COVID-19 a réaffirmé l'importance de la protection sociale pour la sécurité de revenu des personnes en âge de travailler. Face à la chute des revenus du travail durant la pire récession économique depuis la Grande Dépression des années 1930, les systèmes de protection sociale se sont avérés un atout essentiel, qui ont permis de maintenir les revenus de la population, de soutenir la demande globale et de protéger les ressources humaines, contribuant ainsi à une reprise inclusive.
- La crise du COVID-19 a mis en évidence de profondes failles dans la protection des personnes en âge de travailler dans de nombreuses régions du monde. Bon nombre de pays n'ont toujours pas mis en place de dispositif de prestations sociales, financé collectivement, à l'intention des personnes en âge de travailler, leur assurant le versement de prestations à court terme en cas de maternité, de maladie, de chômage ou d'accident du travail. Dans de nombreux pays, les seuls mécanismes de protection existants sont fondés sur la responsabilité de l'employeur ou dépendent d'accords privés, souvent avec des résultats insatisfaisants en ce qui concerne la portée, l'équité et la pérennité des régimes.
- À l'échelon mondial, les pays consacrent 3,6 pour cent de leur PIB au budget public de protection sociale (hors santé) pour les personnes en âge de travailler, avec des écarts considérables entre les régions, allant de 1,1 pour cent en Afrique à 7,7 pour cent en Europe et en Asie centrale.
- Il est primordial de coordonner efficacement les politiques de protection sociale, de l'emploi et du marché du travail, ainsi que les politiques salariales et fiscales, afin d'assurer une reprise inclusive et riche en emplois lorsque la crise s'estompera.



4.2.1 Introduction: en quête d'une sécurité de revenu

La majorité des personnes en âge de travailler² (61 pour cent des personnes âgées de 15 à 64 ans; 74 et 47 pour cent d'hommes et de femmes) sont économiquement actives et tirent leur subsistance d'un travail qui leur procure des revenus³. Bon nombre d'entre elles occupent un emploi précaire et instable, notamment dans l'économie informelle, caractérisée par l'insécurité de l'emploi, de faibles revenus et de mauvaises conditions de travail (BIT, 2019). Une autre part importante de la population mondiale, essentiellement composée de femmes, est occupée à des activités non rémunérées au sein du foyer – soins à la personne et travaux ménagers (BIT, 2019g). Toutes ces personnes en âge de travailler ont besoin d'une sécurité de revenu, qu'elles soient salariées ou travaillent à leur compte, rémunérées ou non, en recherche d'emploi, en incapacité de travail temporaire ou permanente, ou poursuivent des études.

Les systèmes de protection sociale occupent un rôle central dans l'éventail des mesures qui aident les personnes en âge de travailler et leur famille à affronter les aléas financiers de la vie, à trouver et conserver un emploi décent et productif, et leur facilitent l'accès aux soins de santé et à d'autres services. Il s'agit notamment des dispositifs qui assurent la sécurité de revenu en cas de chômage, d'accident du travail, d'invalidité, de maladie ou de maternité, ainsi que des mesures de complément de revenu. La pandémie de COVID-19 a réaffirmé l'importance de la protection sociale pour la sécurité de revenu des personnes en âge de travailler. Les dispositifs de protection sociale assurant le remplacement (total ou partiel) des revenus, ou procurant un complément de revenu, se sont avérés un atout essentiel pour protéger les capacités et le capital humains, lisser les revenus des personnes tout au long de la vie et stabiliser la demande globale (BIT, 2021o; 2020v; 2020x; 2020r).

Toutefois, de nombreuses personnes en âge de travailler – notamment celles qui occupent un

emploi à temps partiel, temporaire ou indépendant – n'ont pas droit aux régimes de protection sociale, contributifs ou non, ou ne sont que partiellement couvertes (BIT, 2021h; 2017f; 2016b). Par conséquent, la majorité d'entre elles ne sont pas protégées contre les nombreux aléas de la vie, ce qui les maintient dans un état de pauvreté et de vulnérabilité.

Ces profondes disparités s'expliquent par un sous-investissement important dans les systèmes de protection sociale. À l'échelon mondial, environ un tiers des dépenses publiques de protection sociale (hors santé), soit 3,6 pour cent du PIB, servent à financer les prestations destinées aux personnes en âge de travailler (voir figure 4.7). Ces prestations englobent les allocations de maternité, de chômage, d'accident du travail et d'invalidité, ainsi que le régime général d'aide sociale, avec de fortes disparités régionales: alors que les pays d'Europe et d'Asie centrale consacrent 7,7 pour cent de leur PIB aux dépenses sociales (hors santé) pour leur population en âge de travailler, l'Afrique et les États arabes n'atteignent que 1,1 et 1,4 pour cent, respectivement; et la région Asie-Pacifique 1,7 pour cent. Dans les pays à revenu faible et intermédiaire de la tranche inférieure, les dépenses de protection sociale hors santé restent bien en deçà de 1 pour cent du PIB, ce qui s'explique en grande partie par le ratio plus faible des personnes en âge de travailler par rapport à la population totale dans ces pays, ainsi que par le sous-développement relatif des programmes de protection sociale qui leur sont destinés.

La pandémie de COVID-19 a aggravé le chômage, le sous-emploi et exacerbé l'inactivité économique ainsi que la baisse des revenus du travail; elle a contribué à l'augmentation du nombre de travailleurs pauvres et creusé les inégalités et l'informalité dans de nombreux pays, accroissant ainsi la

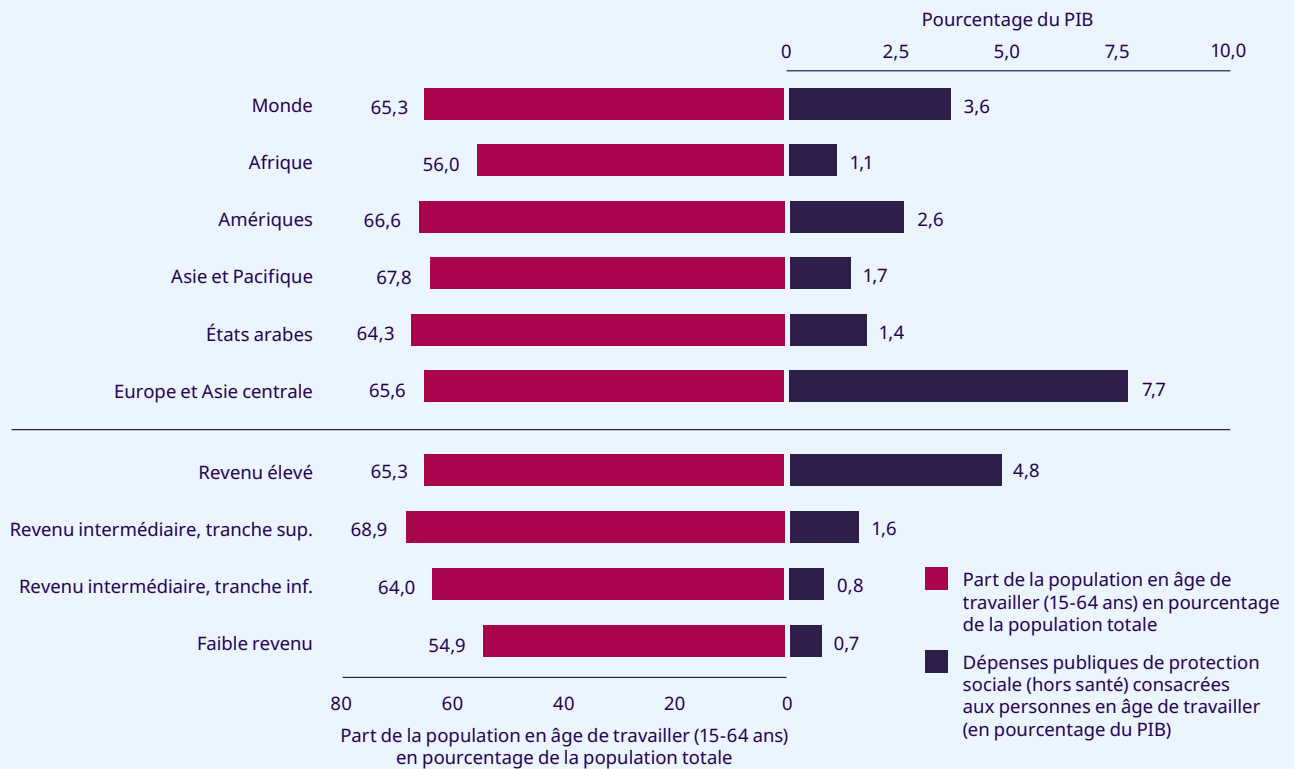


La pandémie de COVID-19 a contribué à l'augmentation du nombre de travailleurs pauvres et creusé les inégalités et l'informalité dans de nombreux pays.

² L'expression «en âge de travailler» s'entend ici de manière générale comme la tranche d'âge pendant laquelle la plupart des personnes sont économiquement actives ou en recherche d'activité, reflétant ainsi la notion de cycle de vie énoncée dans la recommandation n° 202, tout en reconnaissant qu'elles restent souvent économiquement actives jusqu'à un âge avancé, par choix ou par nécessité (section 4.3). Les limites supérieure et inférieure de cette tranche d'âge dépendent fortement de la législation et de la pratique nationales et, fréquemment, de la durée des études ainsi que de l'âge légal de la retraite. Pour des raisons de comparabilité statistique, le présent rapport observe la pratique internationale établie à cet égard, soit les personnes âgées de 15 à 64 ans; toutefois, cela ne signifie pas que toutes les personnes appartenant à cette tranche d'âge peuvent ou doivent se conformer à une norme quelconque de «travail» ou «d'activité économique».

³ Estimations modélisées du BIT pour 2019.

► **Figure 4.7 Dépenses publiques de protection sociale (hors santé) consacrées aux personnes en âge de travailler (en pourcentage du PIB); part de la population en âge de travailler (15-64 ans) dans la population totale; par région et niveau de revenu; 2020 ou dernière année disponible**



Note: Voir l'annexe 2 pour une explication de la méthodologie. Les données mondiales et régionales sur les dépenses publiques de protection sociale (hors santé) consacrées aux personnes en âge de travailler (en pourcentage du PIB) sont pondérées en fonction du PIB.

Sources: BIT, [World Social Protection Database](#), à partir de l'enquête du BIT sur la sécurité sociale (Social Security Inquiry – SSI); ILOSTAT; sources nationales.

Lien: <https://wspr.social-protection.org>.

pression sur les systèmes de protection sociale, qui ont parfois éprouvé des difficultés à sécuriser les revenus des personnes en âge de travailler (BIT, 2021k, 2016b, 2017g, 2017e; Berg, 2015a). La crise a montré sans équivoque qu'à eux seuls les systèmes de protection sociale ne peuvent assurer la sécurité de revenu de la population. Pour promouvoir le travail décent pendant la reprise et au-delà, les gouvernements devront coordonner les politiques de protection sociale avec leurs

autres axes d'intervention, notamment les politiques de l'emploi, du marché du travail et de la protection de l'emploi, la politique salariale (y compris le salaire minimum), la négociation collective, les politiques actives du marché du travail (PAMT), les mesures de soutien aux travailleurs ayant des responsabilités familiales et les dispositifs visant à promouvoir l'égalité de genre dans l'emploi⁴. Cette démarche intégrée sera un facteur essentiel de la transition vers l'économie formelle; en retour,

⁴ La recommandation n° 202 met en évidence les liens entre la protection sociale et les autres domaines d'intervention; elle souligne que les pays doivent mettre en œuvre la combinaison la plus efficace et efficiente de prestations et de régimes, en fonction du contexte national, qui peut inclure divers types de régimes: prestations universelles, assurance sociale, assistance sociale, impôt négatif sur le revenu, régimes publics d'emploi et d'aide à l'emploi.

ces mesures favoriseront la réalisation des ODD, notamment l'ODD 8 sur le travail décent et la croissance économique, la relance et un avenir du travail centré sur l'humain (Commission mondiale sur l'avenir du travail, 2019; BIT, 2017f).

Le reste de cette section du chapitre 4 est divisé en cinq sous-sections, traitant respectivement des domaines de la sécurité sociale les plus pertinents pour les personnes en âge de travailler, à savoir:

- ▶ la protection de la maternité (section 4.2.2);
- ▶ la protection contre la maladie (section 4.2.3);
- ▶ la protection contre les accidents du travail (section 4.2.4);
- ▶ les prestations d'invalidité (section 4.2.5); et
- ▶ la protection contre le chômage (section 4.2.6).

Les régimes, contributifs ou non, sont analysés dans chaque sous-section, étant entendu que, souvent, les pays mettent en place une couverture sociale universelle en associant plusieurs types de régimes, afin de l'étendre aux personnes aux faibles capacités contributives, voire inexistantes. Bien que ce chapitre traite principalement des prestations en espèces, il convient de souligner que les prestations en nature, notamment les soins de santé et les autres services sociaux⁵, font partie des mesures essentielles assurant la sécurité de revenu des personnes en âge de travailler. La question de l'accès aux soins de santé est examinée en détail à la section 4.4. Ensemble, ces régimes contribuent à la mise en place de systèmes nationaux de protection sociale, socles compris.

⁵ Par exemple les services de l'emploi, les programmes de développement des compétences, les structures de garde d'enfants et les services de soins de longue durée, qui ont des répercussions importantes sur la sécurité de revenu, notamment des femmes (Martínez Franzoni et Sánchez-Ancochea, 2015).



4.2.2 Protection de la maternité; congé de paternité; congé parental

- ▶ La pandémie de COVID-19 a eu des répercussions négatives sur les femmes en âge de procréer en accroissant les risques de licenciement et de perte de revenus auxquels elles sont exposées; de plus, elle a perturbé le système de santé et d'autres services publics. Par ailleurs, la protection de la maternité a été largement ignorée dans les réponses apportées au COVID-19, seuls 10 pays ayant annoncé des mesures visant à garantir la sécurité de revenu des femmes enceintes durant les dernières phases de la grossesse et après l'accouchement.
- ▶ L'insécurité de revenu pendant les derniers stades de la grossesse et après l'accouchement contraint de nombreuses femmes, notamment les travailleuses de l'économie informelle, à poursuivre leur travail jusqu'à un stade très avancé de la grossesse et/ou à reprendre le travail prématurément, ce qui les expose, ainsi que leur enfant, à de sérieux risques sanitaires. Les femmes physiquement incapables de continuer à travailler sont davantage exposées à la pauvreté en raison de la perte de revenu. Le risque est encore plus grand lorsque le système de protection sociale sanitaire est défaillant et que les patients doivent déboursier eux-mêmes le coût des soins.
- ▶ D'après les estimations de couverture effective concernant l'indicateur 1.3.1 des ODD, à l'échelle mondiale seulement 44,9 pour cent des femmes ayant un nouveau-né perçoivent des prestations de maternité, avec de fortes variations régionales: dans la plupart des pays d'Europe, toutes les femmes en âge de procréer bénéficient d'une protection sociale, par opposition à 7,5 pour cent des femmes en Afrique subsaharienne.
- ▶ La protection de la maternité englobe la sécurité de revenu (au moyen de prestations en espèces), le droit à des congés et l'accès effectif à des soins de santé maternelle de qualité pour les femmes enceintes et les mères de nouveau-nés. D'autres dispositifs liés à l'emploi et au marché du travail complètent ce régime de base pour leur assurer une protection adéquate: protection de l'emploi, non-discrimination, services de garderie lors du retour au travail, protection de la santé, locaux permettant l'allaitement maternel sur le lieu de travail.
- ▶ Le congé de paternité et le congé parental rémunérés sont fondés sur l'idée que les parents ont une responsabilité partagée pour les soins aux enfants et comme contributeurs aux revenus du ménage; ces dispositifs permettent un partage plus équitable de ces tâches, dans l'esprit de la cible 5.4 des ODD (égalité de genre).



► Pour une approche globale de la protection de la maternité

Les politiques de protection de la maternité sont essentielles à plusieurs titres: prévenir et réduire la pauvreté et la vulnérabilité; promouvoir la santé, la nutrition et le bien-être des mères; réaliser l'égalité de genre; et faire progresser le travail décent. Ces politiques englobent une série de mesures: sécurité de revenu, soins de santé maternelle, congés de maternité, locaux permettant l'allaitement maternel sur le lieu de travail, protection de l'emploi et services de garderie lors du retour au travail. Bien que d'importantes avancées aient été obtenues dans ces domaines, beaucoup trop de femmes restent exposées à la pauvreté ou aux séquelles des complications liées à la grossesse ou à l'accouchement, alors qu'il serait possible de les éviter. En 2017, 295 000 femmes sont décédées de ces causes, dont 86 pour cent en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud (OMS, 2020e). La notion même de protection sociale exige de garantir aux femmes un accès effectif aux soins de santé maternelle et à la sécurité de revenu pendant la période critique qui précède et suit l'accouchement (BIT, 2020w, 2019f, 2018e).

Les soins de santé maternelle sont un volet central de la protection de la maternité, à savoir l'accès effectif à des soins et services médicaux adéquats – y compris des services de santé génésique – pour assurer la santé des mères et des enfants pendant la grossesse, l'accouchement et la période qui suit. Comme pour les soins de santé en général (section 4.4), l'absence d'accès effectif aux soins de santé maternelle met en danger la santé des femmes et des enfants et accroît considérablement le risque de pauvreté pour les familles.

L'UNICEF estime que 116 millions d'enfants sont nés entre le 11 mars 2020 (date à laquelle l'OMS a qualifié le COVID-19 de pandémie) et la fin de l'année. La pandémie compromet l'accès des femmes aux soins et aux autres services de santé maternelle (déjà défaillants dans de nombreux pays, avant même la crise; voir la section 4.4) en raison des importantes perturbations qu'elle a provoquées dans les systèmes de santé, notamment en ce qui concerne les soins pré et postnatals, l'accouchement avec l'aide de personnels qualifiés et les soins néonataux (UNICEF, 2020b). Selon certaines modélisations, dans le meilleur des cas, la mortalité maternelle aurait augmenté d'au moins 8 pour cent sur six mois (Robertson *et al.*, 2020). Afin d'éviter une dégradation de la situation des mères et des nouveau-nés, le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) préconise d'élever les

soins de maternité au rang de service de santé essentiel, parallèlement aux autres soins de santé génésique et reproductive, tels la planification familiale, la contraception d'urgence, le traitement des maladies sexuellement transmissibles, l'IVG en toute sécurité, etc., qui devraient être maintenus pendant la pandémie (FNUAP, 2020).

Outre les soins de santé maternelle de qualité, les prestations en espèces présentent une importance vitale pour le bien-être des femmes enceintes, des nouvelles mères et de leur famille, notamment pour leur assurer une nutrition équilibrée durant la grossesse et l'allaitement. Ne bénéficiant pas d'une sécurité de revenu, de nombreuses femmes sont contraintes de travailler jusqu'à un stade très avancé de la grossesse et/ou de reprendre prématurément le travail, s'exposant alors, ainsi que leur enfant, à de sérieux risques sanitaires. Les travailleuses de l'économie informelle sont particulièrement vulnérables aux risques d'insécurité des revenus et de mauvaise santé en raison des mauvaises conditions de travail qui y prévalent: discrimination, conditions de travail dangereuses, précarité, revenus faibles et irréguliers, exercice limité du droit à la liberté syndicale, absence de représentation dans le processus de négociation collective et accès limité à l'assurance sociale (BIT, 2016d). Ces difficultés sont souvent aggravées par d'autres facteurs: ainsi, les femmes autochtones sont plus susceptibles de travailler dans l'économie informelle que leurs consœurs non autochtones (86,5 et 60,9 pour cent respectivement), soit un écart de 25,6 pour cent (BIT, 2020b).

La crise du COVID-19 a accru la vulnérabilité des femmes enceintes à plusieurs égards – perte de revenu, paupérisation et licenciements – et continue d'entraver leurs perspectives de retour au travail. Néanmoins, rares sont les gouvernements qui ont adopté des mécanismes ciblant spécifiquement la maternité parmi l'éventail de mesures prises pour lutter contre le COVID-19: des quelque 1 600 dispositifs mis en place dans plus de 200 pays ou territoires, seuls 10 (dans 10 pays) concernaient spécifiquement la maternité, soit 0,6 pour cent, ce qui les place à l'avant-dernier rang des priorités des gouvernements (voir figure 3.2). Dans certains cas, la conception même des mesures de lutte contre le COVID-19 entrave l'accès des femmes aux services dont elles auraient besoin: ainsi, le recours aux technologies de l'information et de la communication (TIC) pour les campagnes d'information, les formalités d'inscription et les méthodes de paiement des prestations excluent parfois les femmes et d'autres groupes

► **Encadré 4.7 Normes internationales relatives à la protection de la maternité**

Le droit des femmes à la protection de la maternité est inscrit dans la Déclaration universelle des droits de l'homme, 1948, qui stipule que la maternité et l'enfance ont droit à une aide et une assistance spéciales, ainsi qu'à la sécurité sociale. Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, 1966, établit le droit des mères à une protection spéciale pendant une période raisonnable avant et après l'accouchement, y compris un congé payé, ou assorti de prestations sociales adéquates. La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, 1979, recommande que des mesures spéciales soient prises pour assurer la protection de la maternité – droit fondamental qui sous-tend toutes les dispositions de cet instrument.

L'année même de sa fondation, l'OIT a adopté la première norme internationale sur ce sujet, soit la convention (n° 3) sur la protection de la maternité, 1919. Depuis lors, un certain nombre d'instruments plus progressistes ont été adoptés, pour accompagner l'augmentation constante du nombre de femmes sur le marché du travail dans la plupart des pays du monde. La partie VIII de la convention (n° 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952, fixe des normes minimales sur la couverture des régimes de protection de la maternité, y compris les prestations en espèces pendant le congé de maternité, afin de remédier à l'interruption temporaire des revenus (annexe 3, tableau A3.7). La convention précise également les soins médicaux qui doivent être fournis gratuitement à tous les stades de la maternité, pour maintenir, rétablir ou améliorer la santé des femmes et leur capacité de travailler (voir également l'encadré 4.26). En outre, elle dispose que des soins de santé maternelle gratuits doivent être offerts aux femmes affiliées à un régime de protection de la maternité, ainsi qu'aux épouses des hommes couverts par ces régimes.

La convention (n° 183) sur la protection de la maternité, 2000, et la recommandation n° 191 qui l'accompagne donnent des orientations détaillées sur l'élaboration des politiques et des actions au niveau national visant à garantir que les femmes:

- bénéficient d'un congé de maternité d'au moins quatorze semaines, rémunérées à un taux représentant au moins les deux tiers de la rémunération antérieure (convention n° 183), ou au moins dix-huit semaines à 100 pour cent (recommandation n° 191);
- bénéficient de la protection de l'emploi pendant le congé de maternité, ainsi que du droit de retrouver le même poste ou un poste équivalent;
- bénéficient du droit à une ou plusieurs pauses quotidiennes pour allaiter, ou d'une réduction quotidienne de leurs heures de travail pour allaiter leur enfant; et
- ne sont pas tenues d'effectuer un travail préjudiciable à leur santé ou à celle de leur enfant.

Pour protéger les droits des femmes sur le marché du travail et prévenir toute discrimination de la part des employeurs, les normes de l'OIT relatives à la protection de la maternité disposent expressément que les prestations en espèces doivent être fournies dans le cadre de systèmes basés sur les principes de solidarité et de mutualisation des risques (par exemple l'assurance sociale ou le budget public) et limitent strictement la responsabilité potentielle des employeurs pour le coût direct des prestations.

La recommandation n° 202 préconise l'accès aux soins de santé essentiels, y compris les soins de maternité, et une sécurité élémentaire de revenu pour les personnes en âge de travailler qui ne sont pas en mesure de gagner un revenu suffisant en raison, entre autres, de la maternité. Les prestations en espèces devraient être suffisantes pour permettre aux femmes de mener une vie digne, d'où la pauvreté est absente. Les soins médicaux de maternité devraient répondre à certains critères de disponibilité, d'accessibilité, d'acceptabilité et de qualité (ONU, 2000a); ils devraient être gratuits pour les personnes les plus vulnérables et ne pas créer de difficultés financières ni accroître le risque de pauvreté pour les personnes ayant besoin de soins de santé. Les prestations de maternité devraient être accordées à tous les résidents. La recommandation (n° 204) sur la transition de l'économie informelle vers l'économie formelle, 2015, appelle à étendre la protection de la maternité à tous les travailleurs de l'économie informelle, afin de contribuer à la réalisation de l'objectif de protection universelle.



Le concept de protection de la maternité englobe, outre la sécurité de revenu et l'accès aux soins de santé, le droit des femmes d'interrompre leur activité professionnelle, de se reposer pendant la grossesse et de récupérer après l'accouchement.

vulnérables en raison de la fracture numérique de genre et de la méconnaissance des nouvelles technologies (BERD, 2020; Holmes *et al.*, 2020).

Selon les normes internationales du travail (voir encadré 4.7), le concept de protection de la maternité englobe, outre la sécurité de revenu et l'accès aux soins de santé, le droit des femmes d'interrompre leur activité professionnelle, de se reposer pendant la grossesse et de récupérer après l'accouchement. Il préserve les droits des femmes en matière de travail et d'emploi, pendant

la maternité et au-delà, grâce aux dispositifs qui les protègent contre les risques professionnels, les mauvaises conditions de travail, les milieux professionnels malsains et dangereux, la discrimination et le licenciement, et leur permettent de retrouver leur emploi après le congé de maternité dans des conditions adaptées à leur situation, y compris les contraintes liées à l'allaitement (BIT, 2016a; Addati, Cassirer et Gilchrist, 2014; BIT *et al.*, 2012). Du point de vue de l'égalité des chances et de traitement, les politiques de protection de la maternité doivent prendre en compte la situation et les besoins particuliers des femmes et leur permettre de jouir de leurs droits économiques tout en élevant leur famille (BIT, 2014a, 2018e). S'ils sont bien conçus, les congés de paternité et le congé parental rémunérés sont un corollaire important des politiques de protection de la maternité, et contribuent à un partage plus équitable des responsabilités familiales (BIT, 2019f; 2018e; Addati, Cassirer et Gilchrist, 2014).

► Diversité des régimes protégeant la maternité

Dans 143 des 195 pays disposant d'informations sur ce sujet, les prestations périodiques de maternité en espèces sont instituées par la législation nationale sur la sécurité sociale et financées collectivement. Elles peuvent prendre différentes formes, à savoir: une assurance sociale qui remplace totalement ou partiellement les revenus de la femme pendant les derniers stades de la grossesse et après l'accouchement; des prestations

universelles non contributives; ou encore un régime d'assistance sociale qui leur assure un revenu élémentaire (voir figure 4.8). La quasi-totalité de ces pays (137) disposent d'un régime d'assurance sociale et 8 d'entre eux ont également établi un système non contributif financé par l'impôt⁶. Dans 47 autres pays – la plupart situés en Afrique et en Asie –, la législation du travail prévoit un congé de maternité obligatoire et dispose que l'employeur doit verser le salaire (ou un pourcentage de celui-ci) pendant cette période. Dix-huit pays ont un système mixte, associant l'assurance sociale et des mécanismes fondés sur la responsabilité de l'employeur; 3 pays versent des prestations de maternité en espèces exclusivement au moyen d'un mécanisme non contributif. Dans 3 autres pays, les femmes peuvent prendre un congé de maternité non rémunéré, mais ne bénéficient pas d'un dispositif de remplacement des revenus.

La convention (n° 183) sur la protection de la maternité, 2000, recommande aux États Membres d'adopter un système de prestations financé collectivement (assurance sociale; impôt; etc.), plutôt que de s'en remettre aux dispositifs fondés sur la responsabilité de l'employeur. Les mesures de cet ordre favorisent l'égalité de traitement entre les hommes et les femmes sur le marché du travail, car elles transposent le coût des prestations de maternité de l'employeur vers la collectivité, réduisent les risques de discrimination à l'embauche et dans l'emploi envers les femmes en âge de procréer, ainsi que les risques de non-paiement des prestations par l'employeur. Ces réformes peuvent également faciliter l'extension de la couverture sociale aux femmes qui ont une faible capacité contributive, ou ont eu un parcours professionnel discontinu, y compris celles qui occupent un emploi à temps partiel ou temporaire, ou travaillent à leur compte.

Dans certains pays, les femmes enceintes bénéficient de programmes de transferts en espèces non contributifs. Toutefois, ces dispositifs sont rarement inscrits dans la législation; ils ne couvrent généralement qu'une faible part de la population et n'offrent que des prestations minimales, qui ne permettent pas aux femmes de suspendre leur activité, rémunérée ou non. Elles sont donc parfois contraintes de travailler jusqu'à un stade avancé de la grossesse et/ou de reprendre le travail prématurément après l'accouchement, ce qui nuit potentiellement à leur santé et à celle de leur bébé. Enfin, dans de nombreux pays à revenu faible et intermédiaire de la tranche

⁶ Pour une description plus détaillée des régimes existants, voir également l'annexe 4.

► **Figure 4.8 Protection de la maternité (prestations en espèces) inscrite dans la loi, par type de régime, 2020 ou dernière année disponible**

Pour des raisons techniques, cette figure est momentanément indisponible.

Veillez vous référer aux [tableaux statistiques](#) de ce rapport et à la base de données mondiale du BIT sur la protection sociale ([World Social Protection Database](#)) pour des informations actualisées.

Notes: Le nombre de pays renvoie au nombre de pays et de territoires. Il n'existe pas de programme national aux États-Unis. Aux termes de la Family and Medical Leave Act, les congés de maternité ne sont généralement pas payés; toutefois, si certaines conditions sont remplies, une femme peut puiser dans ses congés payés accumulés (tels les vacances ou les congés pour convenance personnelle) pour couvrir tout ou partie des congés auxquels elle a droit en vertu de la loi. Certains États versent des prestations en espèces. En outre, l'employeur peut offrir des congés de maternité payés en vertu du contrat de travail.

Sources: BIT, [World Social Protection Database](#), à partir de l'enquête du BIT sur la sécurité sociale (Social Security Inquiry – SSI); AISS/SSA, [Social Security Programs Throughout the World](#); ILOSTAT; sources nationales.

Lien: <https://wspr.social-protection.org>.

inférieure, ces programmes de transferts en espèces s'accompagnent souvent de conditions qui tendent à renforcer la répartition traditionnelle des activités familiales, rémunérées ou non, entre les hommes et les femmes (BIT, 2016d; 2016a) (voir encadré 4.4, section 4.1, et encadré 4.8). Ainsi, l'octroi des prestations est parfois subordonné à certaines conditions – prise en charge des soins pré et postnataux, accouchement avec l'aide de personnels qualifiés, vaccination de l'enfant – sous peine de sanctions si ces conditions ne sont pas remplies. Lorsque ces services sont inabornables, éloignés géographiquement, de mauvaise qualité ou inacceptables culturellement pour les femmes, ces dernières ne peuvent bénéficier de prestations en espèces, ni se procurer les services sanitaires dont elles auraient besoin.

Certains pays offrent une couverture universelle et des prestations de maternité adéquates en associant divers types de mécanismes, contributifs ou non. Ainsi, au Portugal, les femmes qui n'ont pas droit à un congé de maternité payé en vertu du système d'assurance sociale perçoivent une prestation de maternité financée par l'impôt. Il est primordial de bien coordonner ces mécanismes dans le cadre du système de protection sociale, afin de garantir aux travailleuses enceintes une sécurité élémentaire de revenu (un socle) et de leur faciliter l'accès aux soins de santé maternelle. Par ailleurs, les prestations en espèces et en nature doivent être parfaitement intégrées, ce qui suppose une bonne coordination entre les services de la santé et ceux de la protection sociale.

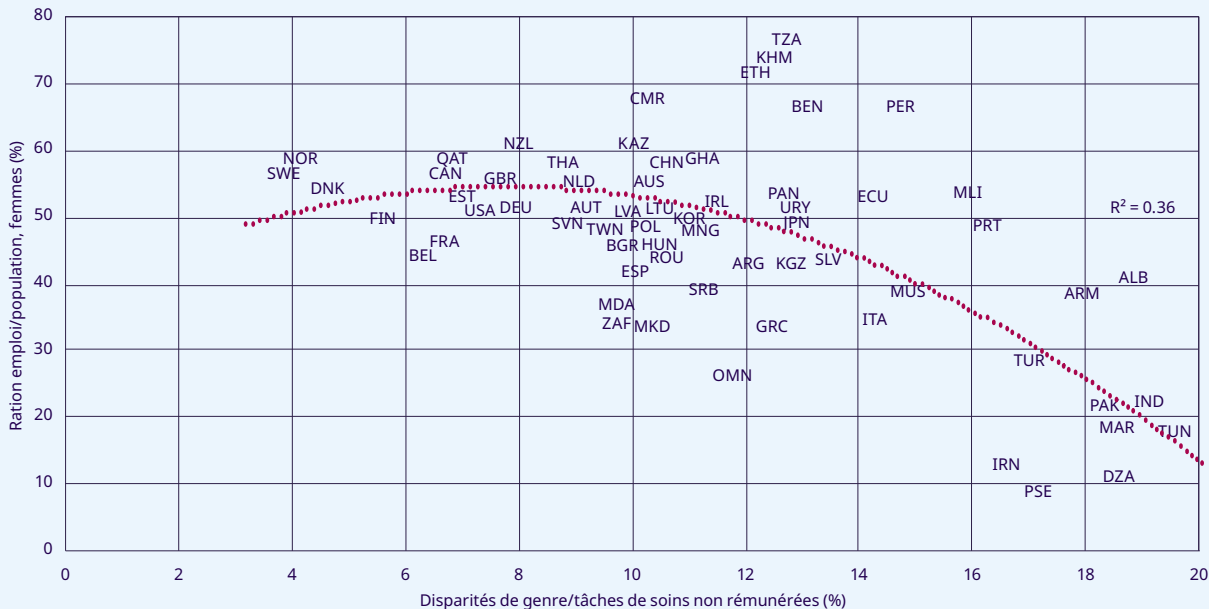
► Encadré 4.8 La «pénalité de maternité» désavantage les mères sur le plan de l'emploi, de la rémunération et de l'accès aux postes décisionnels

La protection de la maternité est axée sur la mère pendant les périodes où elle est vulnérable et a besoin d'une protection particulière avant et après l'accouchement. Toutefois, les dispositifs de protection de la maternité et, plus globalement, la conception des politiques familiales (voir également la section 4.1) ont de profondes répercussions sur l'égalité de genre et les droits des femmes, bien au-delà de l'accouchement. Les normes sociales et les disparités systémiques – tels les écarts de rémunération persistants entre les hommes et les femmes – sont si enracinées que la division traditionnelle des tâches se perpétue: les femmes sont contraintes de s'occuper du foyer et des enfants, et les hommes travaillent de plus longues heures à l'extérieur en tant que principal soutien de famille. En conséquence, les mères de jeunes enfants ont également plus de difficultés à trouver et conserver un emploi que les femmes sans enfants, ou que les hommes (avec ou sans enfants). Selon de récentes données (Brésil, Chili, Costa Rica et Mexique), les mères en couple ont été plus touchées que les hommes par les disparitions d'emplois résultant de la pandémie, notamment les femmes ayant des enfants de moins de 6 ans (Azcona *et al.*, 2020). Les mères perçoivent également des salaires inférieurs et sont moins susceptibles d'occuper des postes de direction ou d'encadrement que les hommes ou les femmes sans enfants (BIT, 2019f). Tous ces facteurs pénalisent effectivement les mères – ce qu'il est convenu d'appeler la «pénalité de maternité».

Cette tendance est préoccupante: entre 2005 et 2015, la pénalité de maternité en matière d'emploi a progressé de 38,4 pour cent; en outre, alors que les mères gagnent des salaires inférieurs à ceux des femmes sans enfant, les pères ont généralement un salaire plus élevé que les hommes qui n'ont pas d'enfant(s) – une prime de paternité en quelque sorte (BIT, 2019f). Sur le plan des rémunérations, la pénalité de maternité varie considérablement selon les pays: elle va de 1 pour cent ou moins dans des pays comme l'Afrique du Sud, le Canada et la Mongolie, à près de 15 pour cent dans la Fédération de Russie, et atteint 30 pour cent en Turquie (BIT, 2019f). Les familles monoparentales dirigées par une femme sont particulièrement touchées, ce qu'atteste leur taux de pauvreté nettement supérieur à celui des familles biparentales (ONU Femmes, 2019). Paradoxalement, les femmes les moins bien payées – et, partant, les moins bien armées face à cette situation – sont proportionnellement plus touchées par la pénalité de maternité, tandis que la prime de paternité bénéficie surtout aux hommes situés à l'extrémité supérieure de l'échelle des revenus (Budig, 2014).

Les principaux facteurs expliquant les disparités touchant les mères sont la répartition déséquilibrée des tâches non rémunérées au sein du foyer (voir figure 4.9), l'absence de services abordables et de qualité (garderies, soins de longue durée, aide aux personnes handicapées), ainsi que les attitudes et attentes discriminatoires quant aux rôles de genre. D'autres facteurs y contribuent: les interruptions de carrière pour congé de maternité (payé et non payé), la réduction des heures de travail, la rareté des modalités de travail flexibles, l'absence de congés de maladie pour prendre soin des enfants malades, la culture d'entreprise masculine, ainsi que les décisions d'embauche et de promotion sexistes qui en découlent dans l'entreprise.

► **Figure 4.9** Corrélation entre les disparités de genre concernant la part du temps consacré aux tâches de soins non rémunérées et le ratio emploi/population des femmes, dernière année disponible



Source: BIT, 2019f.

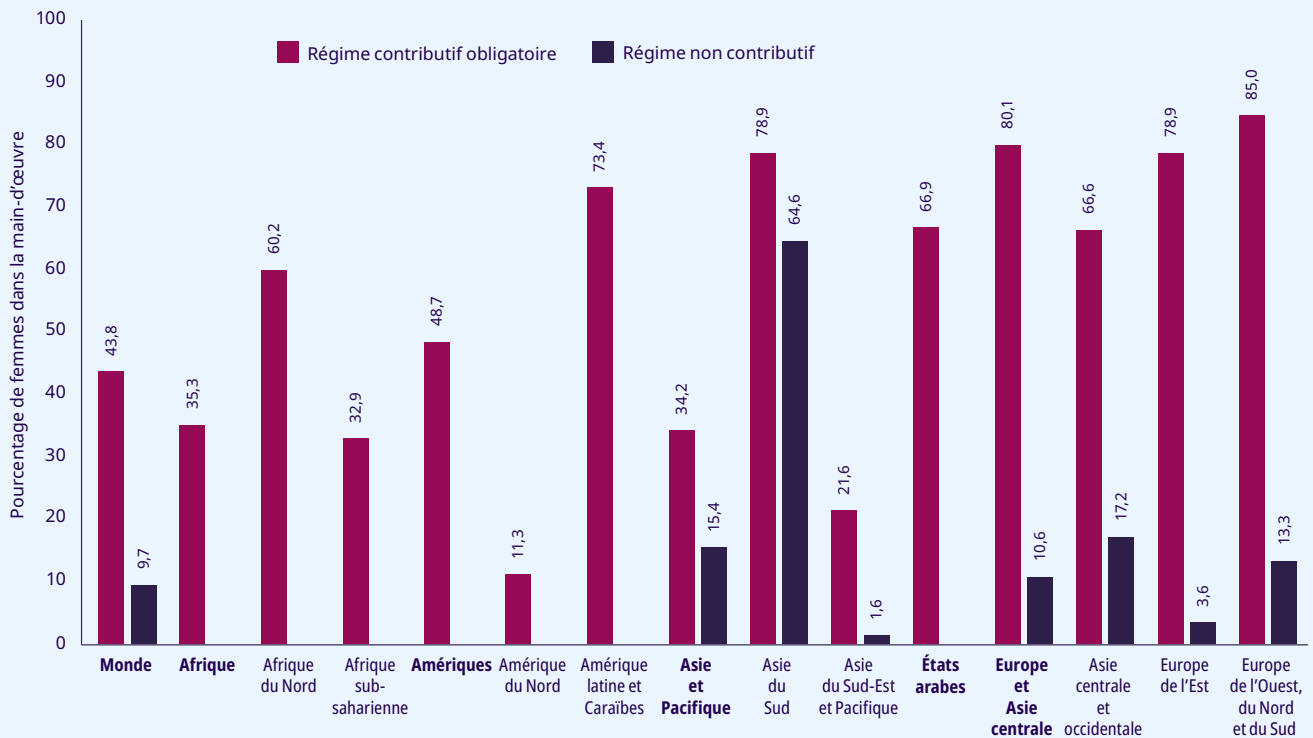
Lien: <https://wspr.social-protection.org>.

► **Couverture des prestations de maternité**

Au sens strict, la protection de la maternité débute avant même la conception, à condition qu’il existe des services de planification familiale abordables et de bonne qualité, permettant aux femmes de choisir le nombre d’enfants qu’elles souhaitent et l’intervalle entre les naissances (Folbre, 2021). En l’absence de tels services, ce sont les femmes – notamment les mères adolescentes – qui subissent les conséquences sociales, économiques

et sanitaires des grossesses non désirées ou des avortements à risque. D’après des estimations récentes, la plupart des mères adolescentes vivent dans les pays en développement, et les grossesses dans cette tranche d’âge touchent de manière disproportionnée les femmes issues de groupes économiquement défavorisés (ONU Femmes, 2019). En outre, certaines indications tendent à démontrer que les inégalités d’accès aux droits et services de santé reproductive persistent entre les quintiles de richesse dans plusieurs pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure (OMS, 2020e).

► **Figure 4.10 Couverture légale de la protection de la maternité: pourcentage de femmes dans la main-d'œuvre (15 ans et plus) couverte par des prestations de maternité en espèces, par région, sous-région et type de régime, 2020 ou dernière année disponible**



Note: Estimations mondiales et régionales pondérées en fonction de la main-d'œuvre (15 ans et plus).

Sources: BIT, [World Social Protection Database](#), à partir de l'enquête du BIT sur la sécurité sociale (Social Security Inquiry – SSI); AISS/SSA, [Social Security Programs Throughout the World](#); ILOSTAT; sources nationales.

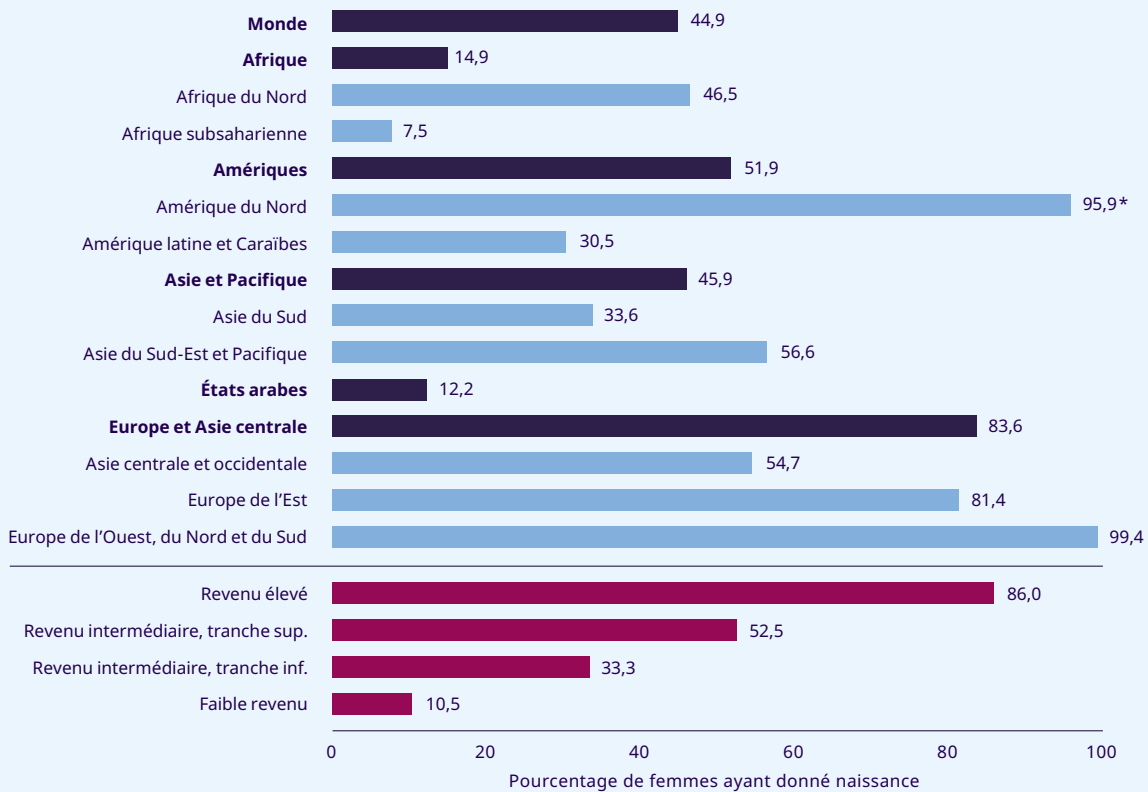
Lien: <https://wspr.social-protection.org>.

À l'échelon mondial, environ 1 femme enceinte sur 2 ne bénéficie d'aucune protection contre la perte de revenus. La figure 4.10 montre que seules 43,8 pour cent des femmes économiquement actives ont droit à des prestations de maternité en vertu du système d'assurance sociale et qu'à peine 9,7 pour cent d'entre elles bénéficient de prestations non contributives prévues par la législation.

En outre, les femmes qui bénéficient théoriquement d'une protection légale ne peuvent pas toutes exercer leurs droits dans la pratique: seules 44,9 pour cent des mères perçoivent effectivement

des prestations en espèces (voir figure 4.11). La couverture est quasi universelle dans 47 pays, où plus de 90 pour cent des femmes reçoivent des prestations de maternité en espèces, mais ce chiffre tombe sous 10 pour cent dans 23 pays, la plupart situés en Afrique subsaharienne (figures 4.11 et 4.12). Dans les pays à revenu élevé, 86 pour cent des femmes enceintes sont protégées, contre 10,5 pour cent seulement dans les pays à faible revenu. Ces disparités sont largement corrélées à la prévalence de l'emploi informel et à l'absence de mécanismes adéquats de protection pour les travailleuses de l'économie informelle.

► **Figure 4.11 Indicateur 1.3.1 des ODD – couverture effective de la maternité: pourcentage de femmes ayant donné naissance à un enfant percevant des prestations de maternité en espèces, par région, sous-région et niveau de revenu, 2020 ou dernière année disponible**



* À interpréter avec prudence: estimations basées sur des données déclarées représentant moins de 40 pour cent de la population.

Notes: Voir l'annexe 2 pour une explication de la méthodologie. Estimations mondiales et régionales pondérées en fonction du nombre de femmes. Les estimations ne sont pas strictement comparables aux estimations régionales de 2016 pour plusieurs raisons: améliorations méthodologiques, données plus nombreuses, révisions effectuées par les pays.

Sources: BIT, [World Social Protection Database](#), à partir de l'enquête du BIT sur la sécurité sociale (Social Security Inquiry – SSI); ILOSTAT; sources nationales.

Lien: <https://wspr.social-protection.org>.

► Adéquation des prestations de maternité (durée et montant) assurant la sécurité de revenu pendant les congés de maternité

L'adéquation des prestations en espèces versées pendant le congé de maternité peut s'évaluer en fonction de leur durée et de leur montant. Le congé de maternité doit être suffisamment long pour permettre aux femmes de se reposer et de se rétablir. Les congés parentaux de plus longue durée (plus d'un an dans certains pays) permettent aux parents de prendre soin de leur enfant et de

concilier leurs obligations professionnelles et familiales; généralement, ces droits peuvent être exercés par l'un ou l'autre parent et sont souvent conçus de manière à encourager le partage équitable des soins aux enfants. En revanche, il est bien établi que les congés parentaux de longue durée nuisent généralement aux perspectives d'emploi et de carrière des femmes (Mandel et Semyonov, 2006).



Le congé de maternité doit être suffisamment long pour permettre aux femmes de se reposer et de se rétablir.

► **Figure 4.12 Indicateur 1.3.1 des ODD – couverture effective de la maternité: pourcentage de femmes ayant donné naissance à un enfant percevant des prestations de maternité en espèces, 2020 ou dernière année disponible**

Pour des raisons techniques, cette figure est momentanément indisponible.

Veillez vous référer aux [tableaux statistiques](#) de ce rapport et à la base de données mondiale du BIT sur la protection sociale ([World Social Protection Database](#)) pour des informations actualisées.

Notes: Voir l'annexe 2 pour une explication de la méthodologie. Estimations mondiales et régionales pondérées en fonction du nombre de femmes. Les estimations ne sont pas strictement comparables aux estimations régionales de 2016 pour plusieurs raisons: améliorations méthodologiques, données plus nombreuses, révisions effectuées par les pays.

Sources: BIT, [World Social Protection Database](#), à partir de l'enquête du BIT sur la sécurité sociale (Social Security Inquiry – SSI); ILOSTAT; sources nationales.

Lien: <https://wspr.social-protection.org>.

La base de profils par pays de l'AISS⁷ comporte des données sur 183 pays, dont 174 prévoient dans leur législation le versement de prestations périodiques en espèces pour permettre aux femmes de se reposer avant l'accouchement et de récupérer complètement après celui-ci; 59 pays offrent un congé de maternité rémunéré d'au moins 14 semaines, conformément à la convention n° 183, et 42 versent des prestations pendant 18 semaines ou plus, conformément à la recommandation n° 191. Dans 42 pays, le congé de maternité payé dure de 12 à 13 semaines, conformément à la norme minimale prescrite par la convention n° 102; dans 31 pays, le congé de maternité avec prestations en espèces est inférieur à 12 semaines.

Le niveau des prestations de maternité en espèces, fixé en proportion des gains antérieurs et versé

pendant un nombre minimal de semaines, varie considérablement selon les pays. La législation de 66 des 174 pays prévoit que les femmes ont droit à des prestations de maternité en espèces représentant au moins les deux tiers de leur salaire régulier pendant une période minimale de 14 semaines, conformément à la convention n° 183. Dans 23 pays, les femmes ont droit à 100 pour cent de leur salaire normal pendant au moins 18 semaines, soit la norme la plus élevée énoncée dans la recommandation n° 191. Dans 47 pays, elles ont droit à des prestations représentant 45 pour cent de leur salaire antérieur pendant une période minimale de 12 à 13 semaines, conformément à la convention n° 102. Toutefois, dans 38 pays, les prestations de maternité en espèces représentent moins de 45 pour cent du salaire antérieur et/ou la période minimale est inférieure à 12 semaines.

⁷ Voir <https://ww1.issa.int/country-profiles>.

► **Accès aux soins de santé maternelle**

L'accès effectif à des soins et services de santé pré et postnataux gratuits, abordables et appropriés pour les femmes enceintes et les mères de nouveau-nés est un volet essentiel des politiques de protection de la maternité et de protection sociale sanitaire. Il est primordial de progresser vers la réalisation des cibles 3.1, 3.2, 3.8 et 5.6 des ODD (réduction de la mortalité maternelle et infantile; égalité de genre). L'accès aux soins de santé maternelle est étroitement associé à l'accès aux soins de santé en général, ce que souligne la cible 3.8 des ODD (voir les commentaires détaillés à la section 4.4).

Lorsque l'accès effectif aux soins de santé n'a pas un caractère universel, le dénuement économique se traduit trop souvent par des difficultés sur le plan de la santé (voir section 4.4), avec de profondes inégalités dans l'accès aux soins de santé maternelle, par exemple entre zones urbaines et zones rurales, ainsi qu'entre les riches et les pauvres (voir figure 4.46). La pénurie de personnels de santé qualifiés et les mauvaises conditions de travail jouent un rôle clé dans la persistance de ces disparités, qui nuisent à la santé maternelle et, souvent, ont des effets néfastes sur la réduction de la pauvreté, l'égalité de genre et l'autonomisation économique des femmes.

Plusieurs facteurs justifient une approche globale de la protection de la maternité: le coût d'accès aux soins de maternité, l'importance d'une période de repos suffisante au moment de l'accouchement (tant pour la mère que pour le nouveau-né) et d'une nutrition adéquate pendant la grossesse et l'allaitement. Il est possible d'y parvenir en associant les programmes de santé maternelle aux dispositifs de sécurité de revenu et en les complétant par diverses mesures connexes – sécurité et santé au travail; protection de l'emploi; non-discrimination; services de garde d'enfants à la reprise du travail; etc. –, conformément aux normes de protection de la maternité de l'OIT.

► **Protection de la maternité, congé de paternité et congé parental à la croisée des chemins: «pénalité de maternité» ou régime universel associant protection de la maternité, politiques de congés et services à la petite enfance**

La protection effective de la maternité est un volet central de tout système de protection sociale parce qu'elle améliore la vie des mères, ainsi que leur situation sanitaire et nutritionnelle et celle de leurs nouveau-nés, et contribue à l'égalité de genre. Pourtant, de trop nombreuses femmes dans le monde ne sont pas adéquatement protégées en ce qui concerne l'accès aux soins maternels, la sécurité de revenu, l'emploi et le travail. La grossesse et l'accouchement étant exclusivement féminins, il va de soi que les femmes ont besoin d'une période de repos et de récupération après la naissance. En revanche, les tâches familiales non rémunérées et l'éducation des enfants ne sont pas l'apanage des femmes et devraient être équitablement partagées entre les parents. Même dans les pays à revenu élevé, une part disproportionnée des soins et travaux domestiques non rémunérés échoit aux femmes, ce qui les empêche de participer pleinement au marché du travail et, plus globalement, à la vie économique et sociale, avec des conséquences néfastes pour leur santé et leur bien-être. Dans certains pays à revenu élevé, la difficulté de concilier les responsabilités familiales et professionnelles est une des raisons des très faibles taux de fécondité, parfois inférieurs au taux de remplacement de la population.

Un partage plus équitable des responsabilités familiales et une offre de services publics adéquats et abordables – notamment des services universels de prise en charge et d'éducation de la petite enfance – s'imposent afin d'atteindre la cible 5.4 des ODD (égalité de genre) et de poursuivre des objectifs socio-économiques plus ambitieux (BIT, 2019f; 2019g). Les programmes de transferts en espèces visant à améliorer l'égalité de genre se sont efforcés de rompre le cercle intergénérationnel de pauvreté, notamment pour les fillettes en milieu défavorisé; toutefois, leurs résultats ont été moins convaincants en ce qui concerne la

Les tâches familiales non rémunérées et l'éducation des enfants devraient être équitablement partagées entre les parents.

protection des femmes pendant la grossesse et l'accouchement, ou leur autonomisation économique par le biais de l'emploi durable. Remédier à ces lacunes suppose de concevoir la protection de la maternité dans une démarche globale d'égalité de genre, s'appuyant sur un partage équitable des responsabilités professionnelles et familiales entre les femmes et les hommes. La notion de protection de la maternité doit donc être replacée dans le cadre de politiques familiales progressistes garantissant les droits humains, ainsi que le bien-être des personnes qui prennent soin des enfants et de ceux qui en bénéficient, tout en conciliant les intérêts opposés et en évitant les compromis boiteux. L'État devrait être le premier responsable de la conception et de la mise en œuvre des mécanismes de congés de maternité, mais aussi des autres politiques de soins à la personne, qui englobent généralement la prestation de biens et de services publics, mais aussi les dispositifs concernant les congés parentaux et de paternité, les soins aux enfants et les soins de longue durée.

Un certain nombre de politiques – congé parental; horaires flexibles; télétravail; prestations pour enfants malades; dispositions relatives à l'allaitement maternel; politiques fiscales – devraient être conçues de manière à promouvoir l'égalité de genre, au travail comme au sein du foyer. La situation évolue favorablement à cet égard, bien que de manière inégale selon les pays. Voici quarante ans, la convention (n° 156) et la recommandation (n° 165) sur les travailleurs ayant des responsabilités familiales ont ouvert la voie au congé parental et de paternité; depuis lors, quelques pays ont modifié leurs politiques de congés afin d'inciter les pères à participer davantage aux soins des enfants, en introduisant le droit au congé parental, en élargissant son champ d'application ou en l'adaptant de manière à inciter les hommes à s'en prévaloir davantage. L'expérience européenne montre qu'il est possible d'améliorer le taux effectif d'exercice du droit au congé parental par les hommes en majorant les taux de remplacement (niveau des prestations fixé en fonction de la rémunération précongé), ou en adoptant des dispositifs plus flexibles réservant exclusivement aux pères une part du congé parental – perdue s'il ne l'utilise pas (Folbre, 2021; BIT, 2019f). Néanmoins, on rapporte encore des cas d'hommes victimes de stigmatisation parce qu'ils avaient exercé ce droit.

Parmi les 183 pays pour lesquels des données existent⁸, seulement 16 offrent ce droit au père ou à l'autre parent, tandis que 39 pays ont mis en place des prestations de paternité.

Reconnaître que les hommes peuvent participer aux tâches ménagères et prendre soin des enfants tout en restant actifs sur le marché du travail est tout aussi important pour la promotion de l'égalité de genre que de garantir aux femmes l'égalité en matière d'emploi. En l'absence de politiques familiales applicables aux hommes comme aux femmes, les dispositions relatives aux congés risquent de nuire à ces dernières sur le marché du travail (Richardson, Dugarova *et al.*, 2020). Des services de garderie de qualité, abordables et accessibles, constituent le deuxième pilier essentiel d'une participation accrue des femmes au marché du travail (ONU Femmes, 2019). Les fonds publics consacrés aux services de garderie sont également un bon moyen de répondre aux besoins sociaux tout en créant des emplois décents: ces politiques pourraient s'avérer déterminantes pour la reprise post-COVID.

La crise sanitaire a mis en évidence les risques de régression de l'égalité de genre en raison des perturbations ou des crises socio-économiques. Au mieux, elle a bloqué les avancées réalisées dans la lutte contre la pauvreté, l'exclusion sociale et l'inégalité de genre; au pire, elle les a inversées. Pendant les périodes de confinement, alors que les écoles, les garderies et les services de soins de longue durée étaient perturbés, la plus grande part des activités familiales non rémunérées (tâches ménagères, prise en charge des enfants) est de nouveau retombée sur les femmes. Surreprésentées dans les secteurs les plus durement touchés durant les périodes de confinement, les femmes ont davantage pâti du recul de l'emploi dans de nombreux pays; par ailleurs, la violence domestique a augmenté dans tous les pays, en fréquence comme en gravité (Kabeer, Razavi et van der Meulen Rodgers, 2021). En outre, représentant près de 70 pour cent des travailleurs de première ligne dans les professions de la santé et de l'aide sociale, les femmes sont confrontées à un risque de contagion plus élevé⁹. Enfin, les femmes enceintes étaient plus exposées au COVID-19, car il n'existait pas encore de vaccin approuvé pour elles au début de la pandémie.

⁸ <https://ww1.issa.int/country-profiles>.

⁹ BIT, Infos Actualités. «COVID-19: Protéger les travailleurs sur le lieu de travail. Les travailleuses de la santé toujours à pied d'œuvre: à l'hôpital comme à la maison», https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_741139/lang--fr/index.htm.

4.2.3 Prestations de maladie

- ▶ La crise du COVID-19 a démontré l'importance de la sécurité de revenu en cas de maladie, y compris durant les périodes de quarantaine. Les prestations de maladie sont un volet essentiel des politiques de prévention et de réadaptation, ainsi que pour lutter contre la pauvreté due à la maladie.
- ▶ Actuellement, seul un tiers de la population mondiale en âge de travailler bénéficie d'un régime légal de sécurité de revenu en cas de maladie. Cette couverture n'est pas toujours adéquate, car les dispositifs comportent parfois des failles en ce qui concerne le niveau et la durée des prestations, ainsi que les critères d'admissibilité (par exemple les délais de carence).
- ▶ De nombreux pays ne possèdent pas de régime de prestations de maladie, mais ont plutôt opté pour un système de congés de maladie rémunérés, entièrement ou partiellement financé par l'employeur, qui présente parfois d'autres lacunes. Le recours exclusif à ces systèmes tend notamment à exclure certaines catégories de travailleurs, ce qui est un facteur de discrimination envers les personnes atteintes de maladies chroniques; en outre, ces mécanismes peuvent nuire au bon fonctionnement du marché du travail et sont inadaptés en cas de crise de santé publique, comme l'a démontré la pandémie de COVID-19.
- ▶ Alors que la pandémie de COVID-19 a révélé d'importantes failles dans les régimes de prestations de maladie, les données fiables sur les taux de couverture effective font défaut, ce qui complique le suivi de la cible 1.3 des ODD. Il serait urgent de disposer de données plus nombreuses et de meilleure qualité; un tiers des pays et territoires du monde n'en communiquent pas.
- ▶ Bien qu'il existe peu d'études concernant l'impact de la maladie sur la perte de revenu, notamment dans les pays à revenu faible et intermédiaire, les enquêtes menées sur les frais restant à charge des patients atteints de maladies graves, comme la tuberculose, démontrent qu'il s'agit de sommes considérables, entraînant de sérieux risques de pauvreté. L'extension des prestations de maladie doit donc devenir une priorité absolue.



► Définition et fondements juridiques

Destinées à assurer la sécurité de revenu en cas de maladie, de quarantaine ou de maladie d'un parent à charge, les prestations de maladie sont un instrument de protection sociale visant un objectif de santé publique. Elles permettent aux bénéficiaires de rester chez eux jusqu'à complète guérison, protégeant ainsi leur propre santé et, dans le cas de maladies contagieuses, celle des autres. Elles contribuent ainsi à la réalisation du droit humain à la santé et à la sécurité sociale (BIT, 2017f) et sont plus importantes que jamais pour affronter les crises sanitaires préjudiciables aux individus comme à la société.

La crise du COVID-19 a mis en lumière les failles des systèmes de prestations de maladie, notamment lorsque des personnes devaient continuer à travailler alors qu'elles étaient malades ou en quarantaine, augmentant ainsi les risques de contagion (BIT, 2020r). Les conséquences négatives de cet état de fait sur la prévention des pathologies ont été largement analysées lors de crises sanitaires antérieures, tels le syndrome

respiratoire aigu sévère (SRAS) ou le syndrome respiratoire du Moyen-Orient (SRMO) (Drago, 2010), ainsi que dans les études sur la sécurité et la santé au travail (James, 2019).

L'OIT a adopté la première convention sur les indemnités de maladie en 1927. Par la suite, cette convention a été remplacée par d'autres normes (voir encadré 4.9) (BIT, 2020w). Les indemnités de maladie ne doivent pas être confondues avec les congés de maladie (voir encadré 4.10 pour une définition plus précise des concepts). Si la recommandation (n° 202) sur les socles de protection sociale, 2012, aborde la question de la sécurité des revenus en cas de maladie, il n'est pas question d'indemnités de maladie dans les ODD. Ainsi, malgré son importance en tant que déterminant socio-économique de la santé, la sécurité des revenus en cas de maladie n'apparaît ni dans la cible 1.3 sur la protection sociale ni dans la cible 3.8 sur la couverture sanitaire universelle. La question transparaît donc peu dans les ODD, et les recherches qui y sont consacrées sont limitées, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (Lönnroth *et al.*, 2020; Thorpe, 2019).

► Encadré 4.9 Normes internationales relatives aux prestations de maladie: principes clés

Plusieurs normes de sécurité sociale de l'OIT donnent des orientations clés sur les prestations de maladie: la recommandation (n° 67) sur la garantie des moyens d'existence, 1944; la convention (n° 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952; la convention (n° 130) concernant les soins médicaux et les indemnités de maladie, 1969; et la recommandation (n° 134) concernant les soins médicaux et les indemnités de maladie, 1969. Ces instruments reflètent un consensus international sur les principes suivants:

- **Champ d'application.** Les prestations de maladie sont versées en cas d'«incapacité de travailler résultant d'un état morbide et entraînant la suspension du gain» (C.102, art. 14; C.130, art. 7 *b*). Elles doivent être versées jusqu'à complète guérison, y compris en cas d'absence du travail entraînant la suspension du gain, lorsque cette absence est justifiée par le fait que les personnes «sont tenues de suivre un traitement médical curatif ou préventif» ou «sont isolées aux fins de quarantaine» (R.134, paragr. 8 *a*) et *b*)).
- **Couverture universelle publique.** Les États devraient mettre en œuvre la combinaison la plus efficace et efficiente possible de prestations de maladie pour couvrir toute la population (R.202, paragr. 9).
- **Financement solidaire.** Le coût des prestations de maladie et de leur administration devrait être financé collectivement par voie de cotisations et/ou d'impôts, selon des modalités qui évitent aux personnes ayant de faibles ressources d'avoir à supporter une trop lourde charge et de veiller à ce qu'elles puissent maintenir leur famille en bonne santé, en tenant compte de la situation économique nationale (C.102, art. 67 et 71; voir également la R.202, paragr. 3 *h*) et la R.67, annexe, paragr. 26 (8)).
- **Le délai de carence** conditionnant le droit aux prestations de maladie, s'il existe, ne devrait pas excéder trois jours (C.102, art. 18; C.130, art. 26(3)).
- **Niveau des prestations.** Les prestations de maladie doivent être versées périodiquement et représenter au moins 45 ou 60 pour cent des gains antérieurs (C.102, art. 16 et 67; C.130, art. 22).
- **Soins aux personnes à charge.** Des mesures appropriées devraient être prévues pour aider toute personne protégée qui exerce une activité professionnelle et qui «doit prendre soin d'un malade à sa charge» (R.134, paragr. 10).

► Encadré 4.10 Congés de maladie et prestations de maladie: définitions

Le congé de maladie permet à un travailleur de prendre un congé s'il est malade et devrait être défini dans la législation du travail. Le droit aux congés de maladie est distinct des autres types de congés, tel le droit aux vacances prévu dans la recommandation (n° 98) sur les congés payés, 1954, et la convention (n° 132) sur les congés payés (révisée), 1970. Le droit aux congés de maladie devrait être défini dans le contrat de travail et garantir l'égalité de traitement aux diverses catégories de travailleurs, notamment ceux qui occupent un emploi temporaire ou précaire (BIT, 2011a; 2019a). Chaque pays peut définir les périodes donnant lieu à une suspension des gains pendant les congés de maladie et, le cas échéant, celles pendant lesquelles l'employeur est légalement tenu de payer le salaire du travailleur (responsabilité de l'employeur).

Les prestations de maladie garantissent que le travailleur continue de percevoir un revenu adéquat pendant un congé de maladie lorsque ses gains sont suspendus. Les normes de sécurité sociale donnent des orientations quant à la conception et aux modalités de financement des dispositifs de prestations de maladie, afin d'optimiser leur impact (voir encadré 4.9). Les prestations de maladie devraient être fournies de la manière la plus efficace et la plus efficiente possible, selon les principes de solidarité et de mutualisation des risques, par exemple au moyen de régimes de prestations universelles, de régimes d'assurance sociale et/ou d'assistance sociale. Le coût de ces prestations et de leur administration devrait être financé collectivement, et non seulement par l'employeur ou les travailleurs.

► Couverture légale/ couverture effective

Couverture légale

Selon les estimations du BIT, 62 pour cent des travailleurs dans le monde, soit 39 pour cent de la population en âge de travailler, bénéficient d'une couverture légale en vertu d'un régime d'assurance sociale ou d'assistance sociale offrant des prestations de maladie et/ou d'un système de congés de maladie payés par l'employeur. Cela laisse donc presque 4 travailleurs sur 10 sans couverture légale (voir figure 4.13). Le niveau de couverture légale varie énormément selon les régions: très élevé en Europe, en Asie centrale et dans les États arabes, il l'est beaucoup moins en Afrique et dans la région Asie-Pacifique.

La protection légale peut être assurée dans une certaine mesure au moyen de dispositifs engageant la responsabilité de l'employeur; toutefois, les prestations de maladie restent le meilleur moyen d'assurer la sécurité de revenu en cas de maladie. En effet, un système exclusivement basé sur la responsabilité de l'employeur peut comporter des failles puisque, par définition, ce type de mécanisme englobe uniquement le travail salarié (les travailleurs indépendants étant leur propre employeur) et exclut parfois certaines catégories de salariés, comme les travailleurs occasionnels et les salariés payés à l'heure. Le caractère solidaire du financement laisse également à désirer dans ce cas, car les entreprises

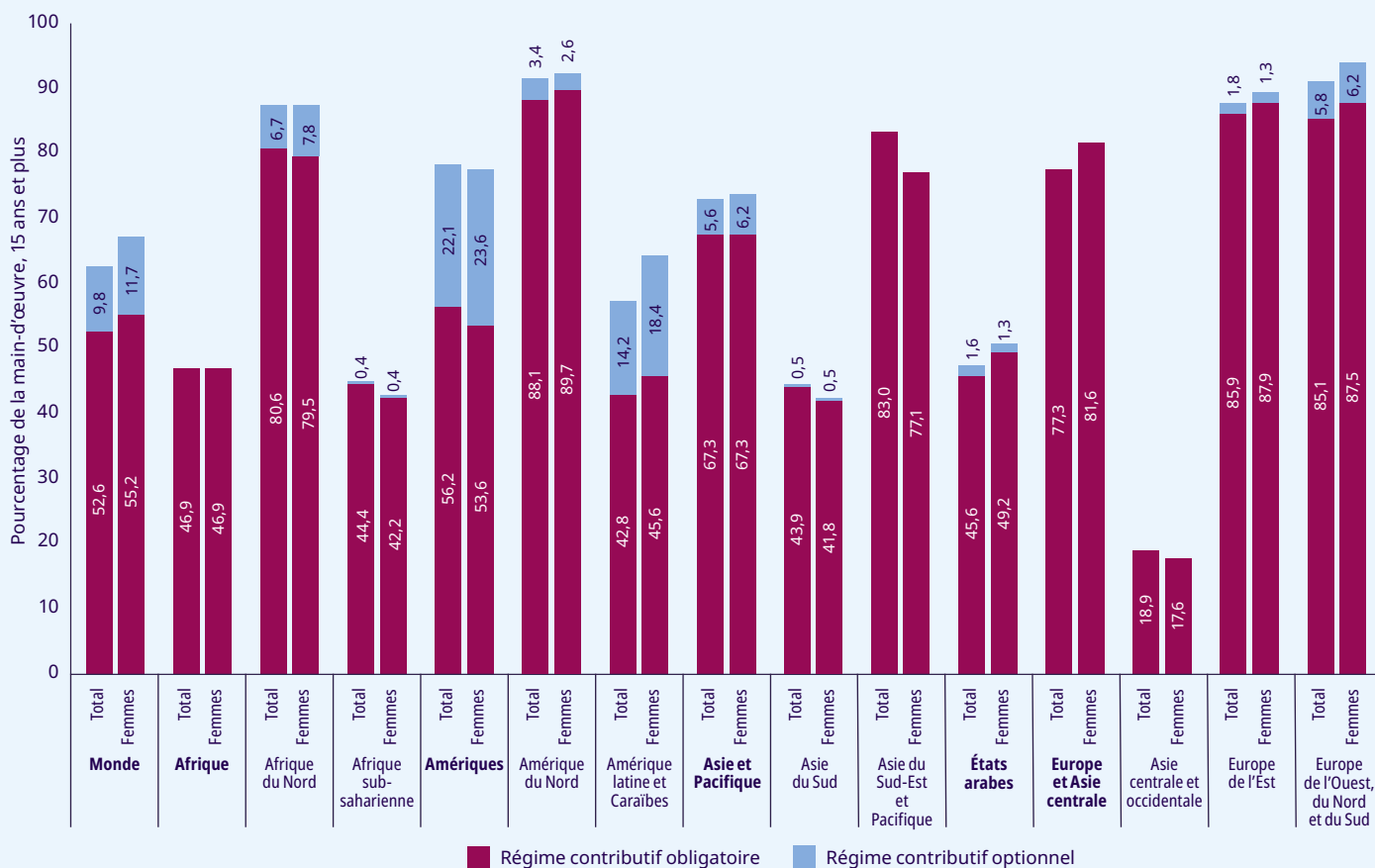
doivent absorber elles-mêmes le coût des arrêts de maladie des travailleurs. Elles pourraient donc être tentées d'exercer des pressions afin qu'ils s'abstiennent de prendre des congés de maladie, et faire preuve de discrimination à l'embauche contre les travailleurs souffrant de maladies chroniques. Les petites entreprises, notamment, éprouvent parfois des difficultés à financer ce type de régime et ont donc intérêt à embaucher des travailleurs selon des modalités d'emploi n'offrant pas de couverture légale pour les congés de maladie (BIT, 2020q).

La législation de la plupart des pays contient des dispositions sur les congés de maladie rémunérés par l'employeur, les prestations de maladie ou un régime mixte, au moins pour une catégorie de travailleurs (voir figure 4.14). Pourtant, 59 pays s'appuient exclusivement sur la responsabilité de l'employeur pour compenser la perte de revenu pendant la maladie; seulement un tiers des pays africains ont inscrit dans leur législation des dispositions relatives aux prestations de maladie. En outre, les dispositions existantes excluent parfois certains travailleurs; des efforts particuliers s'imposent donc pour étendre cette protection, notamment aux travailleurs à temps partiel et temporaires, aux indépendants et aux demandeurs d'emploi (BIT, 2021h)¹⁰.

Seulement un tiers des pays africains ont inscrit dans leur législation des dispositions relatives aux prestations de maladie.

¹⁰ Les allocations d'assurance-chômage ne devraient pas être utilisées en cas de maladie; il convient plutôt de recourir aux prestations de maladie.

► **Figure 4.13 Couverture légale de la protection de la maladie: pourcentage de la main-d'œuvre (15 ans et plus) couverte par des prestations de maladie en espèces, par région et type de régime, 2020 ou dernière année disponible**



Note: Estimations mondiales et régionales pondérées en fonction de la main-d'œuvre (15 ans et plus).

Sources: BIT, [World Social Protection Database](#), à partir de l'enquête du BIT sur la sécurité sociale (Social Security Inquiry – SSI); AISS/SSA, [Social Security Programs Throughout the World](#); ILOSTAT; sources nationales.

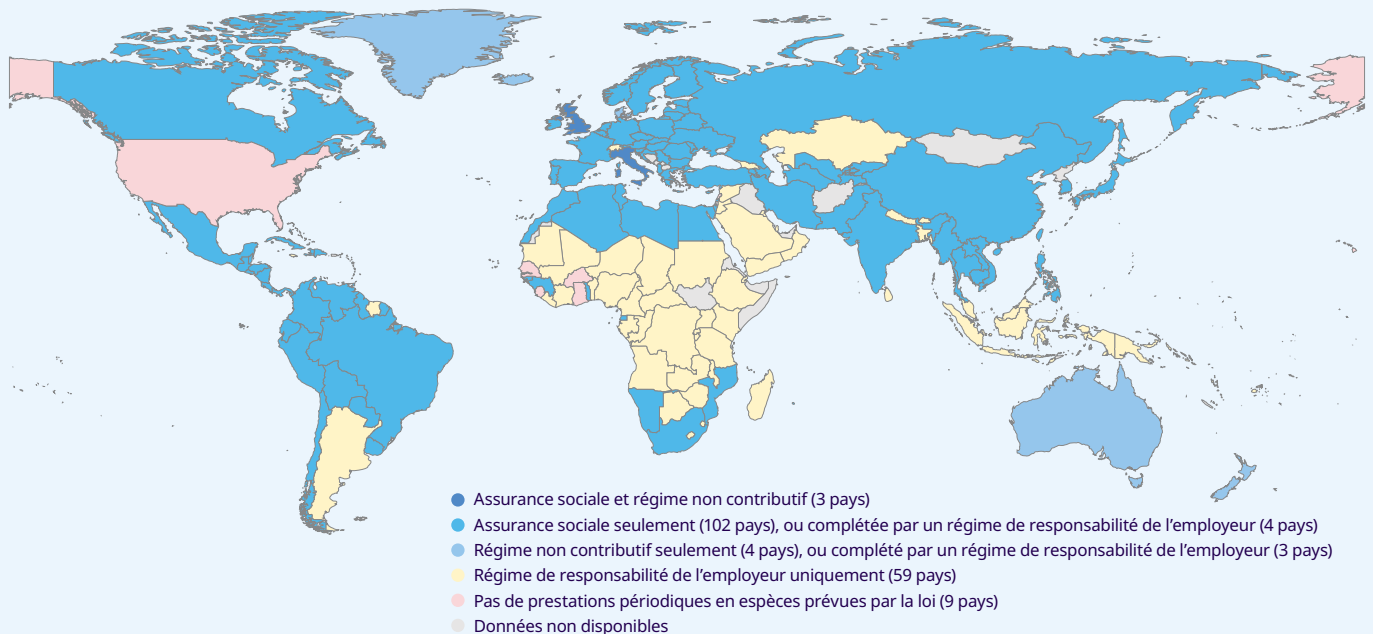
Lien: <https://wspr.social-protection.org>.

► **Encadré 4.11 Ajustements des régimes de prestations de maladie en réponse à la crise du COVID-19**

Plusieurs pays ont élargi les prestations de maladie pour tenter d'enrayer la propagation et l'impact du COVID-19, par exemple:

- en **Colombie**, les bénéficiaires du Regimen Subsidiado, régime non contributif visant les familles à faible revenu non couvertes par d'autres régimes, ont maintenant droit à des prestations forfaitaires représentant sept jours de salaire minimum s'ils contractent le COVID-19 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020);
- au **Japon**, les prestations de maladie en espèces ont été étendues aux personnes en quarantaine ou atteintes par le COVID-19, tandis que les exigences simultanées d'obtention de certificats médicaux ont été supprimées (AISS, 2020);
- au **Salvador**, le gouvernement a chargé l'institution officielle de sécurité sociale (Instituto Salvadoreño del Seguro Social) de verser des prestations à tout travailleur placé en quarantaine, sans délai de carence, qu'il soit malade ou non (*El Mundo*, 2020).

► **Figure 4.14 Protection de la maladie (prestations en espèces) inscrite dans la loi, par type de régime, 2020 ou dernière année disponible**



Sources: BIT, [World Social Protection Database](#), à partir de l'enquête du BIT sur la sécurité sociale (Social Security Inquiry – SSI); AISS/SSA, [Social Security Programs Throughout the World](#); ILOSTAT; sources nationales.

Lien: <https://wspr.social-protection.org>.

Couverture effective

Même lorsque les travailleurs bénéficient d'une couverture maladie en vertu de la loi, cette protection n'est efficace que s'ils sont inscrits au régime, savent comment bénéficier des prestations et les perçoivent effectivement s'ils tombent malades. La sécurité de revenu en cas de maladie devrait logiquement faire l'objet d'un suivi dans le cadre de l'ODD 1.3, mais elle est actuellement absente de l'indicateur correspondant, ce qui s'explique notamment par le manque de données complètes et systématiques (Lönroth *et al.*, 2020).

De nombreux pays, tels l'Afrique du Sud, le Brésil, la Malaisie (voir encadré 4.12), le Malawi le Pérou, le Viet Nam et la Zambie, ont mis en place des programmes, contributifs ou non. Toutefois, la couverture universelle effective reste l'apanage de l'Europe, où les systèmes de protection établis de longue date sont fondés sur une large mutualisation des risques et un financement solidaire (comme en Finlande, voir encadré 4.13) (Thorpe,

2019). Plusieurs facteurs peuvent entraver la mise en place d'une couverture effective, notamment les obstacles administratifs ou géographiques, le non-respect des formalités d'inscription ou la méconnaissance des régimes (Scheil-Adlung et Bonnet, 2011; BIT, 2014c; 2017f).

► Adéquation des prestations

L'adéquation des prestations dépend du taux de remplacement des revenus, de leur durée et, le cas échéant, du délai de carence et de sa durée. Lorsque les prestations sont exprimées en pourcentage des revenus antérieurs, il est essentiel de fixer un niveau minimal pour les travailleurs faiblement rémunérés (BIT, 2021c, p. 274). Vingt-sept des 94 pays disposant d'informations sur les prestations de maladie prévues par le régime d'assurance sociale versent un revenu de remplacement inférieur à 60 pour cent des gains antérieurs, tandis que 6 d'entre eux offrent des prestations forfaitaires.

► Encadré 4.12 Malaisie: adoption d'un régime de prestations de maladie

Afin d'améliorer la protection financière de la population contre la maladie, le gouvernement malaisien a lancé en 2019 un programme de prestations en espèces, en complément du service public de santé, en cas de maladie grave et/ou d'hospitalisation. Intitulé MySalam, le programme national de protection sanitaire cible 3,69 millions de citoyens et de résidents permanents en âge de travailler, ainsi que leur conjoint, au moyen d'un complément de revenu pour certaines maladies. Il concerne environ 10 pour cent de la population totale, soit un peu moins du quart de la main-d'œuvre. MySalam couvre les personnes inscrites au registre Bantuan Sara Hidup (BSH)¹, ainsi que les personnes âgées de 18 à 65 ans qui n'y sont pas inscrites et dont le revenu annuel n'excède pas 23 000 dollars É.-U. (MySalam, 2020).

Ce programme concerne les frais d'hospitalisation non couverts par ailleurs et offre un complément du revenu pendant l'hospitalisation. Soumis à des conditions de ressources, il prévoit le versement d'une somme forfaitaire en cas de diagnostic d'une des 45 maladies graves identifiées et le remboursement des frais d'hospitalisation à concurrence de 161 dollars É.-U. par an, dans tout hôpital public (MySalam, 2020). Une réforme plus ambitieuse permettrait à la fois d'élargir le champ d'application du programme et d'améliorer le niveau des prestations au-delà des frais d'hospitalisation.

¹ En 2019, le gouvernement a créé le registre BSH pour aider les personnes à faible revenu (définies comme le groupe B40) à faire face au coût de la vie (Bantuan Prihatin Nasional, 2020). Ce registre englobe certains bénéficiaires admissibles au programme MySalam: i) les personnes mariées âgées de 18 à 65 ans; ii) les célibataires âgés de 40 à 65 ans ayant un revenu annuel inférieur à 24 000 ringgits malaisiens (5 500 dollars É.-U.); et iii) les personnes handicapées âgées de 18 à 65 ans ayant un revenu annuel inférieur à 24 000 ringgits.

► Encadré 4.13 Finlande: prestations universelles de maladie

La Finlande a mis en place un régime national d'assurance-maladie qui couvre tous les résidents non retraités âgés de 16 à 67 ans (salariés, travailleurs indépendants, étudiants, demandeurs d'emploi, personnes en congé sabbatique ou d'alternance¹) ainsi que les non-résidents qui travaillent pendant au moins quatre mois dans le pays. Financé par les cotisations des employeurs, des salariés et de l'État, le régime garantit la solidarité entre les personnes aptes au travail et les autres, au sein de la population en âge de travailler. Les prestations représentent soit une proportion des revenus antérieurs, soit une allocation minimale, en fonction du statut professionnel. En 2007, le gouvernement a adopté une nouvelle disposition permettant de combiner un congé de maladie à temps partiel et un emploi à temps partiel, afin que les personnes souffrant d'une pathologie de longue durée (par exemple une maladie mentale) puissent conserver un lien avec le monde du travail même si elles sont inaptes à travailler à plein temps (Kausto *et al.*, 2014).

¹ Arrangement aux termes duquel un employé prend un congé et un chômeur occupe le poste vacant. Le salarié perçoit une allocation de chômage pendant le congé, qui doit être compris entre 100 et 360 jours civils.

► Encadré 4.14 Dispositifs assurant la sécurité de revenu des personnes atteintes de tuberculose ou vivant avec le VIH: avancées et limites

Les personnes atteintes de tuberculose ou vivant avec le VIH font face à des pertes de revenus et doivent absorber d'autres dépenses non médicales. Dans les pays qui n'ont pas de régime de prestations de maladie – où cette absence crée un lourd fardeau financier pour les intéressés –, les gouvernements ont dû prendre diverses mesures pour y remédier, notamment:

- **Dispositifs ciblant certaines maladies.** En Équateur, par exemple, les personnes atteintes de formes de tuberculose résistantes aux médicaments ont droit à des prestations en espèces conditionnelles (Cazares, 2012). Financée par le programme national de lutte contre la tuberculose, cette allocation mensuelle d'une durée maximale de vingt-quatre mois est versée à condition que le prestataire suive le programme de traitements prescrit (Presidencia de la República de Ecuador, 2012). En outre, les parents ou les aidants naturels d'enfants souffrant d'une maladie grave et les personnes vivant avec le VIH ont également droit à ce programme en vertu du décret exécutif n° 804 de 2019. Toutefois, les rares informations existant à ce sujet émettent des réserves sur ces programmes ciblant exclusivement une pathologie, au motif qu'elles risquent d'accentuer la stigmatisation et la discrimination.
- **Élargir l'accès aux prestations d'invalidité existantes.** À titre d'exemple, l'Afrique du Sud verse une prestation d'invalidité aux personnes atteintes du VIH si elles doivent restreindre leur activité en raison de la maladie et si leur taux de CD4 est inférieur à un certain seuil¹. Il s'agit du seul mécanisme non contributif offrant aux Sud-Africains une sécurité de revenu pour incapacité de travail due au VIH, ainsi que des soins de santé gratuits. Ce programme aide effectivement un certain nombre de personnes vivant avec le VIH, mais ne répond pas aux besoins des personnes atteintes de maladies politiquement moins visibles (qui représentent un moindre fardeau pour le pays).
- **Offrir des aides sociales aux ménages dont au moins un membre est atteint de tuberculose ou du VIH.** Au Botswana, par exemple, les enfants vivant avec le VIH peuvent bénéficier d'allocations en espèces ciblant les ménages qui prennent soin d'un orphelin (Orphan Care Program Short Term Plan of Action). Ce programme offre diverses formes d'aide aux enfants et aux personnes qui en prennent soin: aide éducative, soins médicaux gratuits dans les établissements de santé publics, bons de transport et autres formes d'aide au revenu. S'il apporte effectivement une aide aux enfants vivant avec le VIH et aux personnes qui s'en occupent, ce programme n'assure pas la sécurité de revenu des ménages dont un des membres est malade.

¹ CD4: indicateur de la fonction immunitaire chez les personnes vivant avec le VIH.

La durée des prestations est également importante, car les travailleurs atteints d'une maladie de longue durée ont absolument besoin de revenus et risquent de perdre leur emploi s'ils ne perçoivent pas d'indemnités de maladie, ou si celles-ci sont insuffisantes. En effet, en l'absence d'assurance-maladie, il peut arriver que l'employeur n'ait pas les moyens de garder à son emploi un travailleur inapte au travail pendant une longue période. Pour y remédier, certains pays ont décidé de créer des prestations spéciales pour les maladies de longue durée, ou d'inclure ces dernières dans la liste des aléas couverts par le régime de

prestations d'invalidité (voir encadré 4.14). Des 94 pays pour lesquels on dispose d'informations, 33 versent des prestations pour une durée maximale de vingt-six semaines.

Enfin, le régime de prestations de maladie de certains pays ne couvre que la période de maladie elle-même, parfois avec un délai de carence¹¹, et non le temps passé à obtenir des soins médicaux ou à prendre soin de personnes à charge, ni les périodes d'auto-isolement aux fins de quarantaine. Conformément aux normes de l'OIT, les prestations de maladie devraient couvrir les soins préventifs et les périodes

¹¹ Si la loi prévoit un délai de carence, celui-ci ne doit pas excéder trois jours (voir encadré 4.9).

► Encadré 4.15 Prestations pour prendre soin de parents malades

Au Portugal, le programme Subsídio para Assistência a Filho prévoit que les travailleurs ont droit à 65 pour cent de leur salaire journalier moyen, à concurrence de trente jours par an, pour prendre soin d'un enfant malade de moins de 12 ans, et de quinze jours par an pour prendre soin d'un enfant malade âgé de 12 à 18 ans qui vit dans le même foyer. La durée de la prestation est portée à six mois pour les enfants handicapés ou atteints d'une maladie chronique, quel que soit leur âge, tant qu'ils sont à la charge des parents et vivent dans le foyer. La prestation peut être prolongée jusqu'à quatre ans (AISS et SSA, 2018; BIT, 2020q).

Inspirées de la recommandation (n° 134) de l'OIT concernant les soins médicaux et les prestations de maladie, 1969, ces dispositions bénéficient aux pères comme aux mères, reconnaissant ainsi l'importance du partage des soins à la personne, qui retombent généralement de manière disproportionnée sur les femmes (BIT, 2019g).

d'isolement en quarantaine, situation fréquemment observée durant la pandémie de COVID-19 (voir encadré 4.11). Il conviendrait également de prévoir des dispositions pour les personnes économiquement actives qui doivent prendre soin de parents malades (voir encadré 4.15).

► Pour un régime universel de prestations de maladie

L'absence de régime de prestations de maladie fait peser un risque sur la santé et la sécurité de revenu des travailleurs et de leur famille, ainsi que sur la santé publique. Les études d'impact concernant les maladies chroniques et de longue durée sont riches d'enseignements à cet égard.

S'attaquer aux coûts non médicaux de la maladie

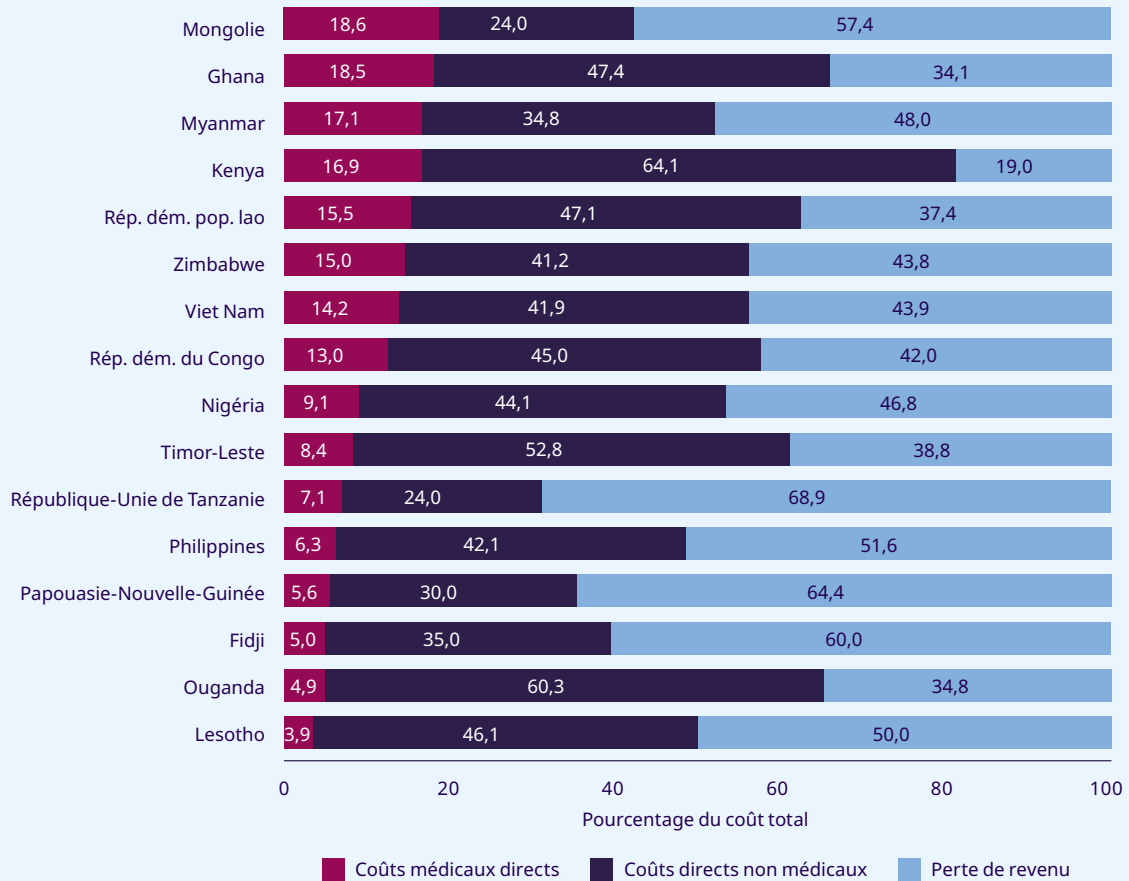
Les coûts non médicaux de la maladie¹², notamment la perte de gains, augmentent le risque de pauvreté des personnes malades et de leur famille, encore plus prononcé lorsque les prestations de santé ne sont pas garanties et qu'elles doivent payer elles-mêmes les soins (voir section 4.4).

La maladie a alors un impact sur la santé, le revenu et le bien-être des ménages, parfois avec des répercussions durables (BIT, 2020q).

Les données s'accumulent sur la pauvreté causée par la maladie en raison de la perte de revenus et des coûts directs non médicaux (OMS, 2018a). Le cadre de suivi des stratégies mondiales de lutte contre la tuberculose et le VIH/sida intègre un volet «sécurité de revenu», notamment en ce qui concerne l'accès à la protection sociale (OMS, 2014; ONUSIDA, 2015; Lönnroth *et al.*, 2014). L'offre de soins de santé abordables, voire gratuits, a été étendue en ce qui concerne ces maladies, mais l'importance des autres coûts, comme la baisse de productivité ou les disparitions d'emploi, est de plus en plus reconnue (Lönnroth *et al.*, 2020; 2014). Ainsi, les enquêtes menées par l'OMS au niveau national sur le coût des traitements dispensés aux patients atteints de tuberculose montrent que, au-delà de la perte de revenus, ces malades doivent absorber divers frais médicaux directs, variables en fonction du pays, mais aussi des frais non médicaux (essentiellement le transport et l'alimentation) et des pertes de revenus, qui peuvent les inciter à renoncer aux soins (voir figure 4.15).

¹² Les coûts que les patients doivent absorber en raison de leur état de santé sont généralement classés comme suit: 1) les coûts médicaux directs au sein du système de santé (par exemple le coût des médicaments ou les honoraires du personnel de santé); 2) les coûts directs non médicaux, c'est-à-dire les coûts liés aux soins en dehors du système de santé (par exemple le coût du transport vers et depuis les établissements de santé ou l'augmentation des dépenses alimentaires en raison d'un changement de régime lié aux traitements); et 3) les coûts indirects, à savoir les coûts d'opportunité liés à la maladie ou à la recherche de traitements, notamment la perte de revenus en raison des heures de travail perdues.

► **Figure 4.15 Aperçu de la répartition des coûts (en pourcentage du coût total); étude menée auprès des patients dans 16 pays, Programme mondial de lutte contre la tuberculose de l'OMS**



Source: OMS, 2020d.

Lien: <https://wspr.social-protection.org>.

Atteindre l'universalité

Un certain nombre de pays très touchés par la tuberculose et le VIH-sida qui ne possédaient pas de régime universel de prestations de maladie se sont efforcés de protéger leur population au moyen de programmes ciblés et d'autres initiatives (voir encadré 4.14). Il s'agit là d'efforts louables, mais les premiers éléments dont on dispose donnent à penser que la perte de revenus et le besoin de

prestations de maladie soulèvent également des difficultés pour les personnes atteintes de maladies, contagieuses ou non, notamment dans les pays à revenu faible et ceux à revenu intermédiaire (Thorpe, 2019). Il faudrait donc s'efforcer d'offrir à tous une sécurité de revenu en cas de maladie.



Il faudrait donc s'efforcer d'offrir à tous une sécurité de revenu en cas de maladie.

4.2.4 Protection contre les accidents du travail

- ▶ Les mesures d'extension de la protection contre les lésions et les maladies professionnelles contribuent à la réalisation de la cible 1.3 des ODD. Les taux effectifs de couverture des régimes d'assurance-accidents du travail restent modestes à l'échelon mondial, soit 35,4 pour cent, et largement inférieurs dans la plupart des pays à revenu faible et intermédiaire, en raison de la structure du marché du travail et de l'application défailante des régimes dans ces pays.
- ▶ Dans 36 pays, pour la plupart situés en Afrique et dans la région Asie-Pacifique, la protection des travailleurs reste fondée sur la responsabilité directe de l'employeur, et il n'existe aucun régime d'assurance-accidents du travail. Toutefois, un nombre croissant de pays envisagent d'adopter un système fondé sur les principes de sécurité sociale énoncés dans les conventions n^{os} 102 et 121 de l'OIT, ce qui renforcera le taux de couverture effective des travailleurs (notamment dans les professions dangereuses et les PME) et améliorera les niveaux de protection.
- ▶ La pandémie de COVID-19 a mis en évidence l'importance des régimes d'assurance-accidents du travail, qui protègent les travailleurs et leur famille contre l'exposition aux maladies émergentes en milieu de travail.
- ▶ Le coût des indemnités pour accidents du travail et les sommes consacrées à la sécurité et la santé au travail (SST), y compris les mesures de prévention et de réadaptation des travailleurs victimes de lésions professionnelles, font partie des frais généraux d'exploitation. Ils contribuent à prévenir la paupérisation des travailleurs victimes d'accidents du travail et des familles des travailleurs décédés.
- ▶ La SST peut bénéficier des synergies potentielles avec les politiques générales de prestations pour accidents du travail.
- ▶ Les prestations adéquates d'accidents du travail prennent la forme de paiements périodiques, indexés sur le coût de la vie pour les prestations à long terme, par exemple les prestations de survivant et d'invalidité permanente.
- ▶ L'extension de la protection en matière d'accidents du travail aux travailleurs de l'économie informelle constitue un immense défi, qui conserve toute son actualité.



► Protéger les travailleurs victimes de lésions et de maladies professionnelles

Chaque jour, des travailleurs meurent par suite de maladies professionnelles ou d'accidents du travail, soit plus de 2,78 millions de décès par an. En outre, on dénombre chaque année quelque 374 millions de lésions professionnelles non mortelles entraînant plus de quatre jours d'incapacité de travail. Le coût humain de ces décès et handicaps évitables est considérable. Le poids économique des mauvaises pratiques de SST est évalué à 3,94 pour cent du PIB mondial annuel (BIT, 2021).

Mis en place afin de relever l'un des principaux défis contemporains du monde du travail, les régimes d'indemnisation des accidents du travail accordent des prestations en espèces et en nature en cas de maladie ou de lésion professionnelle. Les employeurs sont tenus de garantir la sécurité et la santé au travail de leurs employés et d'offrir une indemnisation juste, équitable et effective aux travailleurs blessés et à la famille des travailleurs décédés. En l'absence de mécanisme d'indemnisation, le seul espoir de réparation pour un travailleur blessé ou ses survivants réside dans un dédommagement direct par l'employeur, ou une action en justice. Toutefois, les procédures judiciaires sont généralement longues, coûteuses et stressantes pour les victimes; les procès sont rares et, fréquemment, les jugements d'indemnisation ne peuvent pas être exécutés.

Dans de nombreux pays, les employeurs responsables de l'indemnisation des travailleurs souscrivent une assurance privée pour se protéger financièrement. Toutefois, la protection offerte par ces contrats laisse souvent à désirer. Les demandes d'indemnisation auprès des sociétés d'assurance sont généralement soumises à une procédure stricte, le travailleur devant fournir toutes les informations pertinentes et se soumettre à des examens médicaux rigoureux, ce qui retarde considérablement les traitements et le versement des prestations. En outre, l'employeur hésite parfois à présenter une demande d'indemnisation par crainte d'autres conséquences juridiques et de leur coût. Par ailleurs, lorsqu'il n'est pas en mesure de poursuivre son activité et que l'assureur privé se montre réticent à verser des prestations pendant une longue période, celles-ci prennent généralement la forme d'une somme forfaitaire ou de paiements périodiques pendant une brève période, sans indexation sur le coût de la vie. Conscients de ces inconvénients, de nombreux pays ont substitué un régime d'assurance sociale aux dispositifs fondés sur la responsabilité de l'employeur.

Les régimes d'assurance sociale en matière de lésions et de maladies professionnelles sont fondés sur les principes suivants:

- «responsabilité sans faute»: un travailleur blessé ou les survivants d'un travailleur décédé ont droit à des prestations sans avoir à prouver la «faute» de l'employeur;
- partage collectif de la responsabilité entre les employeurs, afin qu'ils financent collectivement le régime et en partageant les risques; et
- gestion neutre du régime: le droit aux prestations devrait être établi indépendamment de la relation contractuelle entre le travailleur et son employeur.

Dans la plupart des pays, les prestations pour accident du travail se décomposent comme suit:

- soins médicaux et paramédicaux pour les travailleurs victimes d'un accident;
- prestations périodiques en espèces, calculées en fonction de la rémunération, versées aux travailleurs invalides ou aux survivants des travailleurs décédés, y compris une indemnité pour frais funéraires.

De nombreux régimes nationaux d'indemnisation des accidents du travail s'inscrivent dans un cadre plus global, par exemple la réadaptation et le retour à l'emploi des travailleurs blessés ou malades, la promotion et le maintien de la sécurité et de la santé au travail. Ces objectifs ne peuvent être atteints que s'il existe un cadre intégré de SST, un solide système d'inspection du travail et des procédures d'application rigoureuses, des prestations en espèces et des soins de santé adéquats en cas de lésion et de maladie professionnelles, étayés par de bons services de réadaptation physique et professionnelle.

Les modes de calcul des cotisations qui tiennent compte des résultats passés de l'entreprise en matière de SST incitent les employeurs à prendre toutes les mesures de prévention voulues et à faciliter le retour au travail des employés blessés. Un mécanisme d'inspection efficace est indispensable au bon fonctionnement de ce système, qui pourrait inciter les employeurs à dissimuler les accidents: c'est pourquoi les pays à revenu élevé adoptent généralement un système de notation.

Un régime d'indemnisation des accidents du travail financièrement viable et bien géré constitue un sérieux atout pour éviter que les travailleurs accidentés ou décédés et leur famille ne basculent dans la pauvreté; en outre, il contribue à la réalisation de l'ODD 1 «Éliminer la pauvreté sous toutes ses formes et partout dans le monde».

► **Encadré 4.16 Normes internationales relatives à la protection contre les lésions professionnelles**

Le droit à la protection contre les lésions professionnelles est inscrit dans la Déclaration universelle des droits de l'homme (DUDH), 1948, et le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC), 1966¹.

Aux termes de la convention n° 102 de l'OIT (partie VI), toute condition ayant un impact négatif sur la santé et qui est due à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, ainsi que l'incapacité de travail et la suspension de gain qui en résultent doivent être couvertes. En conséquence, la prestation doit inclure des soins médicaux et connexes gratuits, ainsi que des prestations en espèces, pour le travailleur blessé ou les personnes à sa charge. La convention (n° 121) et la recommandation (n° 121) sur les prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles, 1964, fixent des normes plus exigeantes et reconnaissent l'importance d'une approche intégrée pour améliorer les conditions de travail, limiter l'impact des accidents du travail et faciliter la réintégration des personnes handicapées sur le marché du travail et dans la société (pour de plus amples renseignements sur les exigences minimales, voir l'annexe 3).

La recommandation n° 202 adopte une approche différente, axée sur la prévention ou l'atténuation de la pauvreté, de la vulnérabilité et de l'exclusion sociale par des garanties de sécurité du revenu et l'accès au moins aux soins de santé essentiels pour toutes les personnes qui en ont besoin, quelle que soit l'origine du handicap ou des problèmes de santé qui les justifient. La sécurité élémentaire de revenu et l'accès aux soins de santé essentiels peuvent être assurés de diverses manières, conjuguant différents types de régimes et de prestations, contributifs ou non. S'agissant de la protection contre les lésions professionnelles, la recommandation invite en outre les Membres à combiner des mesures préventives, promotionnelles et proactives avec des prestations et des services sociaux, et à coordonner les mécanismes de protection sociale avec des politiques favorisant, entre autres, un travail sûr et décent.

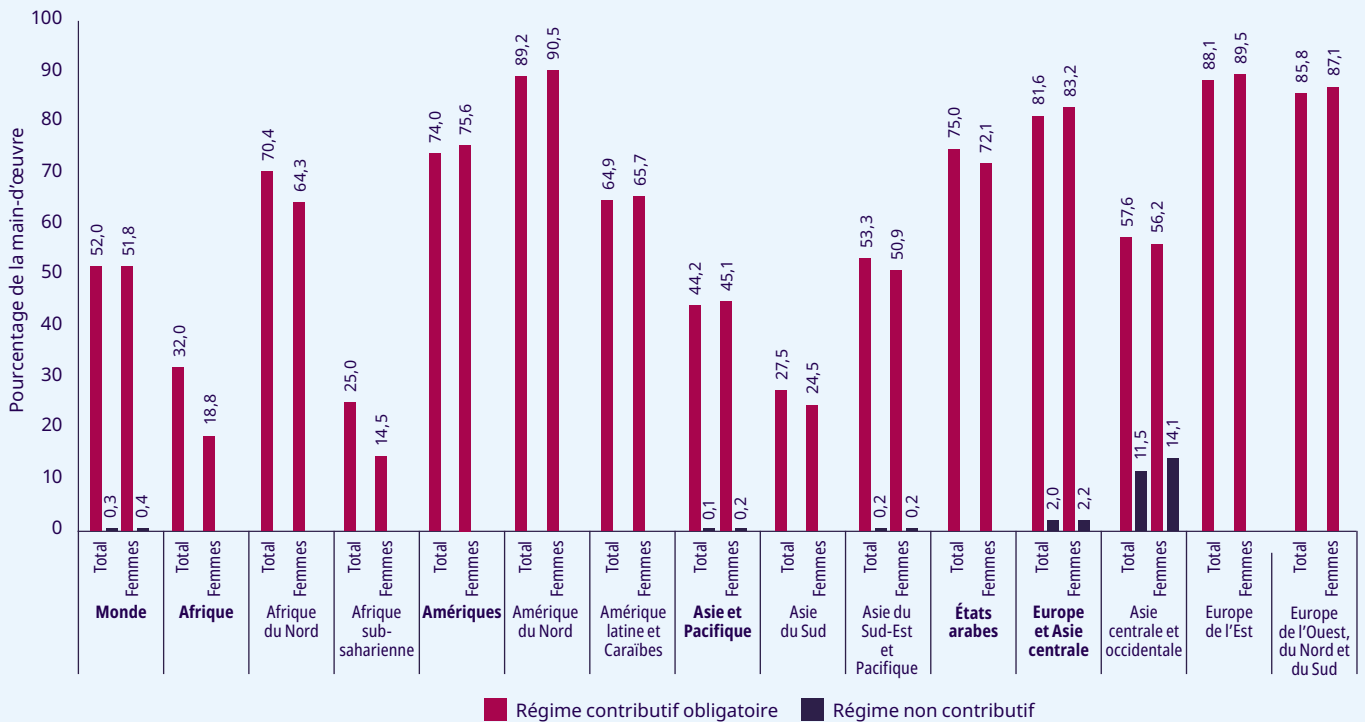
¹ DUDH, article 25 (1); PIDESC, articles 7 b), 12 b) et c); ONU, 2008.

► **Figure 4.16 Protection contre les accidents du travail (prestations en espèces) inscrite dans la loi, par type de régime, 2020 ou dernière année disponible**

Pour des raisons techniques, cette figure est momentanément indisponible.

Veillez vous référer aux [tableaux statistiques](#) de ce rapport et à la base de données mondiale du BIT sur la protection sociale ([World Social Protection Database](#)) pour des informations actualisées.

► **Figure 4.17 Couverture légale de la protection contre les accidents du travail: pourcentage de la main-d'œuvre (15 ans et plus) couverte par des prestations en espèces en cas d'accident du travail, par région, sous-région, sexe et type de régime, 2020 ou dernière année disponible**



Note: Estimations mondiales et régionales pondérées en fonction de la main-d'œuvre (15 ans et plus).

Sources: BIT, [World Social Protection Database](#), à partir de l'enquête du BIT sur la sécurité sociale (Social Security Inquiry – SSI); AISS/SSA, [Social Security Programs Throughout the World](#); ILOSTAT; sources nationales.

Lien: <https://wspr.social-protection.org>.

► Typologie des régimes de protection contre les accidents du travail; couverture légale

La majorité des pays ont adopté une législation instituant un régime d'assurance sociale pour l'indemnisation des accidents du travail et des maladies professionnelles, mais certains ont conservé un volet fondé sur la responsabilité de l'employeur, auquel cas les travailleurs qui ne bénéficient pas du régime d'assurance sociale sont indemnisés directement par l'employeur.

Les figures 4.16 et 4.17 illustrent les divers types de régime qui existent dans le monde. Comme il ressort de la figure 4.16, les gouvernements d'Europe, d'Asie centrale et des États arabes privilégient les systèmes fondés sur l'assurance sociale, contrairement à ceux des Amériques, d'Afrique et d'Asie-Pacifique. Dans cette dernière région, quelques pays (par exemple Bangladesh, Brunéi Darussalam, Népal et Sri Lanka) ont conservé un système fondé sur la responsabilité

de l'employeur. Les niveaux de couverture légale sont très contrastés, notamment en Afrique et dans la région Asie-Pacifique. Les taux de couverture légale des femmes sont inférieurs à ceux des hommes dans certaines régions, notamment en Afrique où les disparités de genre sont particulièrement prononcées. Certains pays étudient actuellement le moyen d'étendre la protection aux travailleurs indépendants, mais les solutions adaptées à ces groupes soulèvent des difficultés.

Plusieurs pays africains, notamment le Botswana, l'Eswatini, la Gambie, le Ghana, le Kenya, le Malawi, le Maroc, l'Ouganda et la Sierra Leone, ont conservé un système basé sur la responsabilité de l'employeur. Toutefois, certains d'entre eux, comme le Kenya et le Malawi, envisagent d'adopter un régime d'assurance sociale en matière d'accidents du travail. En Afrique, les dispositifs de couverture légale volontaire – l'employeur pouvant alors choisir d'indemniser directement les employés ou de contracter une police d'assurance privée – représentent une part substantielle de la

► **Figure 4.18 Indicateur 1.3.1 des ODD – couverture effective de la protection contre les accidents du travail: pourcentage de la main-d'œuvre (15 ans et plus) couverte par des prestations en espèces en cas d'accident du travail (cotisants actifs), 2020 ou dernière année disponible**

Pour des raisons techniques, cette figure est momentanément indisponible.

Veillez vous référer aux [tableaux statistiques](#) de ce rapport et à la base de données mondiale du BIT sur la protection sociale ([World Social Protection Database](#)) pour des informations actualisées.

Notes. Voir l'annexe 2 pour une explication de la méthodologie. Estimations mondiales et régionales pondérées en fonction de la main-d'œuvre (15 ans et plus). Les estimations ne sont pas strictement comparables aux estimations régionales de 2016 pour plusieurs raisons: améliorations méthodologiques, données plus nombreuses, révisions effectuées par les pays.

Sources: BIT, [World Social Protection Database](#), à partir de l'enquête du BIT sur la sécurité sociale (Social Security Inquiry – SSI); ILOSTAT; sources nationales.

Lien: <https://wspr.social-protection.org>.

couverture légale totale. Toutefois, ces systèmes peuvent entraîner certains effets pervers – par exemple l'aléa moral, le refus d'un employeur d'indemniser directement l'employé, le refus des assureurs de couvrir les secteurs à haut risque – susceptibles d'accroître le coût de la protection. Pour minimiser ces inconvénients, les gouvernements devraient envisager d'adopter un régime obligatoire pour la majorité des travailleurs et un mécanisme optionnel pour quelques catégories de travailleurs.

► **Couverture effective**

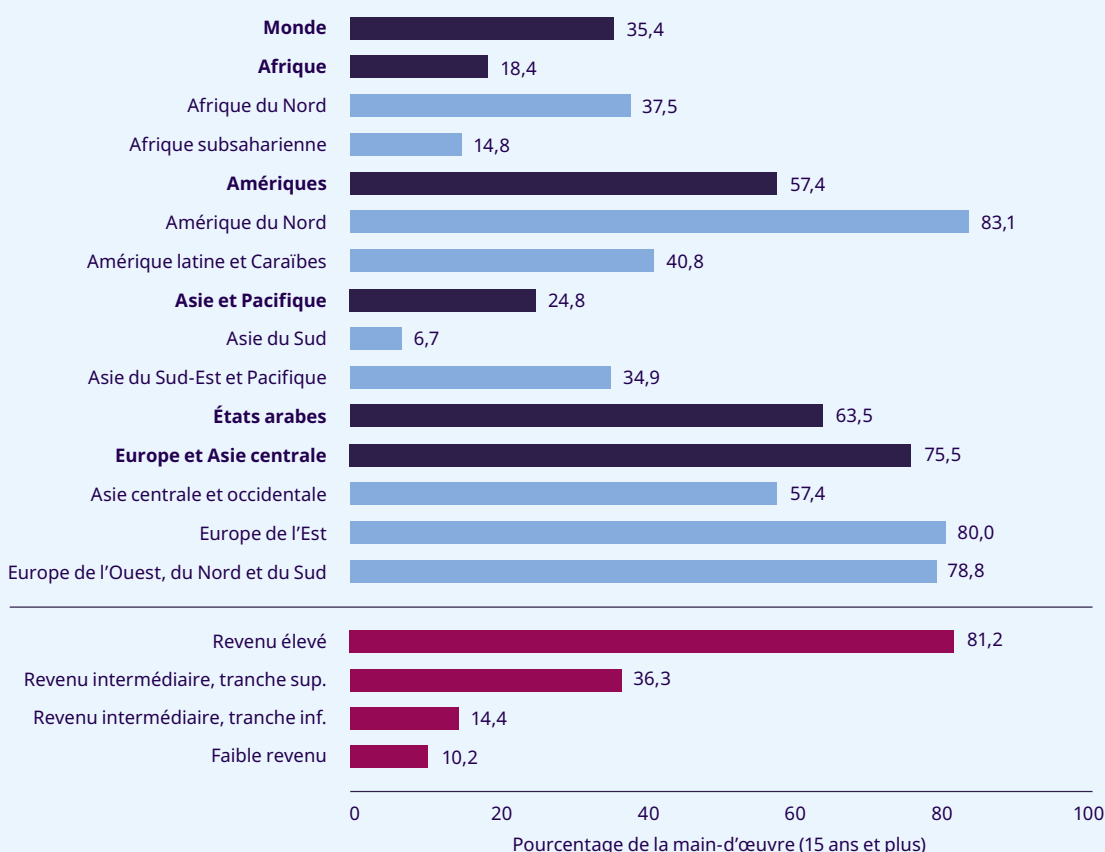
Malgré les efforts déployés pour étendre la couverture des régimes d'indemnisation des accidents du travail, dans de nombreux pays à revenu faible et intermédiaire, le nombre de travailleurs effectivement inscrits est largement inférieur à celui des travailleurs couverts par le régime légal (figures 4.18 et 4.19). Plusieurs raisons peuvent expliquer cet état de fait dans certaines régions du monde: la prévalence de l'économie informelle; les lacunes des mécanismes d'inspection du travail

et de la sécurité sociale; la faible capacité contributive des employeurs, une incompréhension du système d'assurance sociale, l'inadéquation entre les prestations et les besoins, ainsi que la lourdeur des procédures administratives.

Les données relatives au taux effectif de couverture à l'échelon mondial montrent que 35,4 pour cent des travailleurs perçoivent une indemnisation en cas d'accident du travail, avec de fortes disparités entre les régions, à savoir: 75,5 pour cent en Europe et en Asie centrale; 63,5 et 57,4 pour cent dans les États arabes et les Amériques respectivement, mais seulement 24,8 pour cent dans la région Asie-Pacifique et 18,4 pour cent en Afrique.

Malgré ces faibles taux de couverture effective en Afrique et dans la région Asie-Pacifique, certains pays adoptent progressivement de nouveaux régimes d'assurance-accidents du travail. Ainsi, la République-Unie de Tanzanie a récemment introduit un tel régime, qui couvrait environ 5 pour cent de la population active en 2018 (BIT, 2019h). Le Cambodge a lancé en novembre 2008 un régime

► **Figure 4.19 Indicateur 1.3.1 des ODD – couverture effective contre les accidents du travail: pourcentage de la main-d'œuvre (15 ans et plus) couverte par des prestations en espèces en cas d'accident du travail (cotisants actifs), par région, sous-région et niveau de revenu, 2020 ou dernière année disponible**



Notes: Voir l'annexe 2 pour une explication de la méthodologie. Estimations mondiales et régionales pondérées en fonction de la main-d'œuvre (15 ans et plus). Les estimations ne sont pas strictement comparables aux estimations régionales de 2016 pour plusieurs raisons: améliorations méthodologiques, données plus nombreuses, révisions effectuées par les pays.

Sources: BIT, [World Social Protection Database](#), d'après l'étude SSI; ILOSTAT; sources nationales.

Lien: <https://wspr.social-protection.org>.

d'assurance-accidents du travail à l'intention des employés d'entreprises privées employant huit travailleurs ou plus. Seules 327 entreprises étaient inscrites au régime en 2008, qui a depuis connu une forte augmentation du nombre d'adhérents; il compte maintenant 12 513 entreprises affiliées et 1,63 million de travailleurs inscrits, dont 56,2 pour cent de femmes en 2018 (Ham, Sopheara et Sereyath, 2019), soit environ 18 pour cent de la main-d'œuvre¹³.

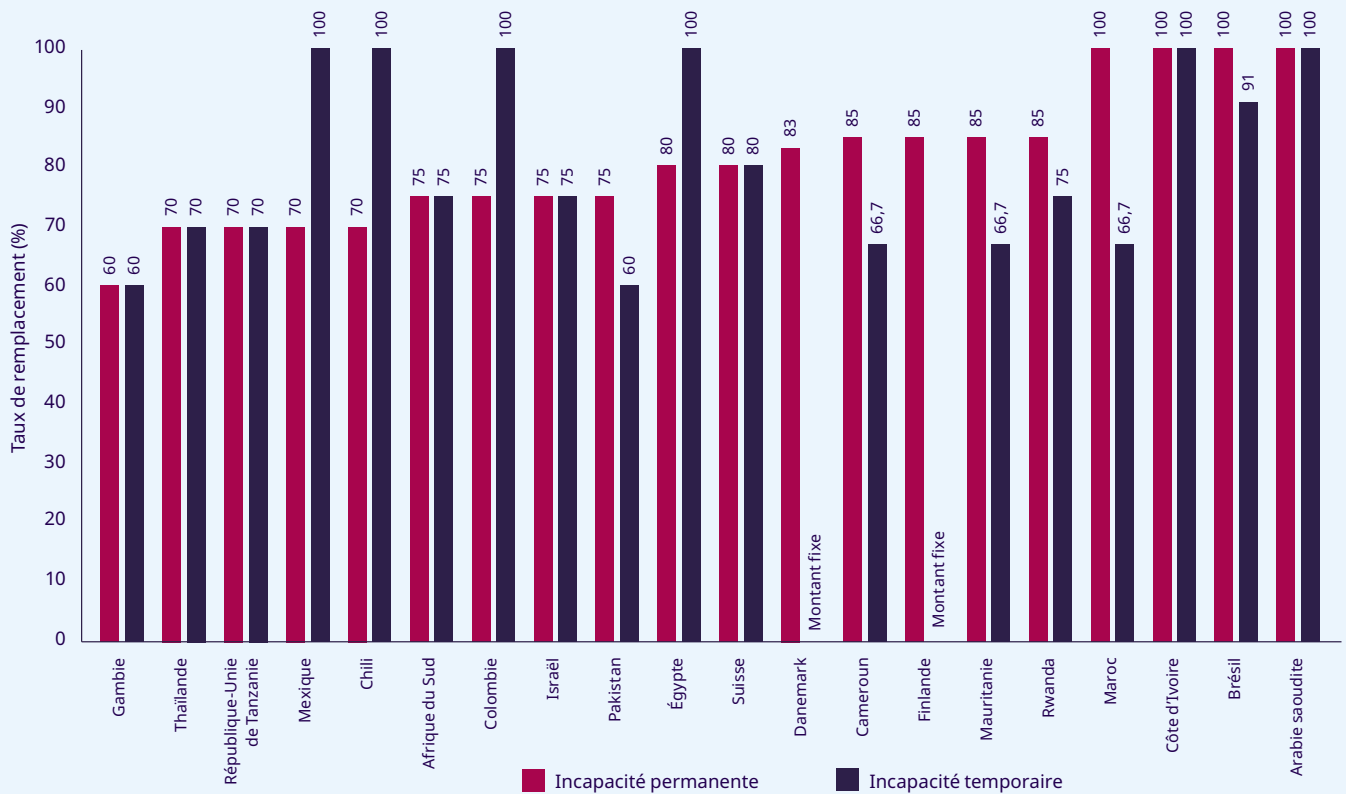
De nombreux pays tiennent un décompte, ou procèdent à des estimations, du nombre

d'accidents du travail et de maladies professionnelles, mais il n'existe pas de statistiques sur la proportion de travailleurs accidentés effectivement indemnisés. Il conviendrait de combler en urgence cette lacune, compte tenu de l'indicateur 1.3.1 des ODD, qui invite les Membres à protéger les travailleurs en cas d'accident du travail.

► Dans de nombreux pays, il n'existe pas de statistiques sur la proportion de travailleurs accidentés effectivement indemnisés.

¹³ Calculs du BIT basés sur le nombre de membres actifs déclarés sur le site Internet de l'institution nationale (National Social Security Fund) et sur les données de la base ILOSTAT.

► **Figure 4.20 Taux de remplacement des régimes de protection contre les accidents du travail pour les prestations en cas d'incapacité permanente et temporaire, pays choisis, 2020 ou dernière année disponible (%)**



Sources: BIT, [World Social Protection Database](#), à partir de l'enquête du BIT sur la sécurité sociale (Social Security Inquiry – SSI); AISS/SSA, [Social Security Programs Throughout the World](#); ILOSTAT; sources nationales.

Lien: <https://wspr.social-protection.org>.

► Adéquation des prestations

Les prestations en espèces offertes par les régimes d'assurance-accidents du travail prennent généralement la forme de paiements périodiques, indexés sur le coût de la vie pour les prestations à long terme, telles l'invalidité permanente et les prestations de survivant. Les taux de remplacement, fixés en pourcentage des revenus avant l'accident, diffèrent considérablement selon les pays, comme le montre la figure 4.20. Fait positif, la Thaïlande a modifié en 2018 sa loi sur l'indemnisation des accidents du travail afin de majorer le montant des prestations versées aux travailleurs, les portant de 60 à 70 pour cent de leur salaire mensuel (AISS, 2018).

Il convient d'être particulièrement vigilant dans l'interprétation des taux de remplacement prévus par les législations nationales. Certains aspects techniques des régimes, qui ne ressortent pas

toujours d'un examen superficiel de la législation, peuvent faire baisser substantiellement les prestations, par exemple le plafond de rémunération assurable, c'est-à-dire les revenus pris en compte pour le calcul des cotisations et des prestations. Un plafond qui baisse exagérément en raison d'ajustements trop peu fréquents se traduit à terme par des cotisations et des prestations insuffisantes, comme cela s'est produit au Pakistan (province du Sind) et en Zambie. En conséquence, les autorités provinciales du Sind ont dû majorer substantiellement le niveau des prestations après l'incendie survenu en 2012 à l'usine Baldia, et le gouvernement de la Zambie a été contraint d'augmenter considérablement le plafond de la rémunération assurable. Autre exemple: certains avantages perçus par le travailleur dans le cadre de sa rémunération globale sont parfois exclus de l'assiette totale des revenus assurables, ce qui peut entraîner une baisse des prestations et cotisations.

► Évolution récente: extension des régimes d'indemnisation des accidents du travail

Les régimes fondés sur la responsabilité de l'employeur offrent un minimum de prestations et de services. Les travailleurs des PME sont particulièrement vulnérables, parce qu'ils sont plus exposés aux accidents en raison des faibles investissements dans la prévention et des taux élevés de rotation du personnel, qui n'incitent pas ces entreprises à investir dans la formation de leurs travailleurs en matière de prévention.

C'est précisément pour cette raison que plusieurs pays en développement ont récemment adopté un régime d'assurance-accidents du travail, ou envisagent de le faire. Ainsi, le gouvernement de la République-Unie de Tanzanie a créé le 1^{er} juillet 2015 le fonds d'indemnisation des travailleurs (Workers Compensation Fund – WCF), associé à un mécanisme de suivi à moyen terme, qui lui permet de réviser les taux de cotisation en fonction de l'évaluation des risques dans les établissements et d'autres facteurs pertinents. Plusieurs pays d'Asie de l'Est et du Sud-Est – dont le Japon, la Malaisie, les Philippines, la République de Corée et la Thaïlande – ont depuis longtemps adopté de tels régimes, qu'ils ont graduellement étendus à d'autres travailleurs. Ainsi, la Malaisie a récemment introduit un dispositif de sécurité sociale à l'intention des travailleurs indépendants du secteur du transport de passagers, qui couvre les chauffeurs de taxi (y compris les services de hélage en ligne); entré en vigueur le 1^{er} juin 2017, il a été étendu à 19 autres secteurs à compter du 1^{er} janvier 2020¹⁴. Certains pays d'Asie du Sud, y compris l'Inde et le Pakistan, ont mis en place des régimes d'assurance-accidents du travail au niveau provincial, mais leur couverture est restreinte en raison de la structure du marché du travail dans ces pays et de quelques-unes des pratiques qui y prévalent, à savoir la sous-déclaration et le sous-enregistrement des travailleurs.

De nombreux régimes d'assurance-accidents du travail ont revu leurs règles administratives pour s'adapter à la pandémie de COVID-19, afin d'indemniser adéquatement et rapidement les travailleurs contaminés par le virus au travail. L'encadré 4.17 donne quelques exemples de pratiques nationales à cet égard.

Dans de nombreux pays, les travailleurs essentiels très exposés au COVID-19 ont reçu une «prime

de risque», mais les autorités auraient pu faire davantage. En l'absence de politiques salariales cohérentes et équitables et de dispositifs de sécurité renforcés, les travailleurs essentiels risquent de souffrir d'épuisement professionnel, et les taux de rotation du personnel auront tendance à s'accroître, avec un risque de moindre disponibilité de services essentiels de soins à la personne (Dorn *et al.*, à paraître). De plus, dans ce genre de situation, les régimes d'indemnisation des lésions professionnelles doivent dûment prendre en compte le fardeau supplémentaire des problèmes de santé mentale liés au travail susceptibles de découler du stress résultant des longues heures de travail, de la surcharge de travail, de l'exposition continue aux risques d'infection par le COVID-19 et des périodes insuffisantes de repos et de récupération. La reconnaissance des lésions professionnelles causées par le stress mental, très répandues dans les professions liées aux soins et généralement exercées par des femmes, soulève une question plus large, qui va bien au-delà de la pandémie de COVID-19, à savoir la définition de la notion «d'accident du travail» au XXI^e siècle, où le secteur tertiaire est prédominant.

Les travailleurs migrants sont particulièrement vulnérables à la discrimination. Représentant une part importante des effectifs de l'économie informelle dans toutes les régions du monde, ils sont surreprésentés dans les emplois peu qualifiés, temporaires, saisonniers et occasionnels. Ils sont fréquemment exclus de la couverture sociale, parce que la législation prévoit des critères d'admissibilité restrictifs et est mal appliquée, même si les emplois qu'ils occupent habituellement sont plus accidentogènes. Même lorsqu'ils bénéficient de la sécurité sociale, ils reçoivent souvent des prestations inférieures à celles des travailleurs nationaux. L'encadré 4.18 décrit les progrès réalisés en Malaisie pour offrir aux travailleurs migrants les mêmes prestations qu'aux travailleurs nationaux.

Toute stratégie nationale cohérente visant à faciliter la transition vers l'économie formelle, non seulement pour les travailleurs migrants, mais aussi pour tous les travailleurs informels, doit prendre en compte le coût élevé du travail informel et de l'absence de protection contre les accidents du travail, ainsi que tous les aléas de sécurité sociale, pour les entreprises, les travailleurs, la collectivité et l'économie mondiale. Offrir aux groupes vulnérables une protection contre les maladies et les lésions professionnelles contribuerait à la réalisation de la cible 1.3. des ODD.

¹⁴ Voir <https://www.perkeso.gov.my/en/our-services/protection/self-employment-social-security-act-2017-act-789/self-employment-social-security-scheme.html>.

► Encadré 4.17 Indemnisation des travailleurs contaminés par le COVID-19 au travail

Avant la pandémie de COVID-19, les régimes d'assurance-accidents du travail ou d'indemnisation des accidents du travail ne prévoyaient généralement pas d'indemnisation pour les maladies infectieuses, parce qu'il est difficile de déterminer si une contamination est effectivement liée au travail. Toutefois, les normes internationales du travail stipulent que, s'il est contracté au travail, le COVID-19 peut être considéré comme un accident du travail ou de l'emploi. La convention (n° 121) sur les prestations en cas d'accident du travail et de maladie professionnelle, 1964, et la convention (n° 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952, assimilent ce type d'infection à un accident du travail ou une maladie professionnelle. Compte tenu du contexte particulier du COVID-19, près de 50 pays ont décidé d'indemniser les travailleurs contaminés par le virus. Certains d'entre eux (comme l'Italie et l'Espagne) considèrent qu'il s'agit d'un accident lié au travail, tandis que d'autres (par exemple l'Afrique du Sud, la Belgique, la République de Corée et le Royaume-Uni) l'assimilent à une maladie professionnelle. D'autres encore, comme l'Allemagne, prévoient ces deux éventualités.

De nombreux pays offrent une protection contre le COVID-19, du moins pour certaines catégories de travailleurs, et assouplissent les exigences de preuve pour les contaminations survenues au travail. Lorsque l'activité professionnelle des travailleurs les amène à côtoyer des personnes susceptibles d'être infectées, ils sont exposés à un risque accru de contamination: on estime alors que le virus a été contracté sur le lieu de travail. En Belgique, par exemple, les travailleurs du secteur de la santé, qui sont beaucoup plus exposés à la contamination par le coronavirus, peuvent prétendre à une indemnisation lorsque sa présence est détectée au moyen d'un test de laboratoire. En revanche, les demandes sont traitées individuellement dans de nombreux autres pays.

Il est très difficile de déterminer précisément la date de début d'une maladie comme le COVID-19 en raison de sa période de latence, ce qui soulève une difficulté majeure pour la gestion des demandes d'indemnisation dans les nombreux pays qui ont un taux élevé de COVID-19. C'est pourquoi bon nombre d'entre eux ont assoupli les exigences de preuve – et donc d'admissibilité – démontrant que l'infection s'est produite au travail et doit être traitée comme un accident du travail ou une maladie professionnelle. Ainsi, les travailleurs concernés peuvent non seulement percevoir des prestations plus facilement et plus rapidement, mais aussi s'auto-isoler pour éviter de contaminer d'autres personnes sur le lieu de travail. Les administrateurs des régimes d'indemnisation peuvent s'appuyer sur de bonnes pratiques de gouvernance administrative et financière pour éviter les demandes abusives de prestations, maintenir l'équité avec les autres dispositifs d'indemnisation des maladies et lésions professionnelles et assurer la viabilité financière du système à long terme.

Source: BIT, 2021n.

► Encadré 4.18 Malaisie: protection sociale des travailleurs migrants

La Malaisie péninsulaire et le Sarawak ont ratifié la convention (n° 19) sur l'égalité de traitement (indemnisation des accidents), 1925, en 1957 et 1964 respectivement.

Toutefois, les étrangers travaillant en Malaisie ont été transférés du régime de sécurité sociale des employés (Employees' Social Security Scheme – ESSS) au programme d'indemnisation des travailleurs étrangers (Foreign Workers' Compensation Scheme – FWCS) en 1993, principalement en raison des difficultés que soulevait la gestion de leurs prestations et celles de leur famille dans le pays d'origine. Les prestations offertes dans le cadre du FWCS étant nettement inférieures à celles de l'ESSS, il en est résulté une divergence entre la législation et la pratique nationales et la convention, qui pose le principe d'égalité de traitement entre travailleurs étrangers et travailleurs nationaux, sans conditions de résidence.

Depuis le 1^{er} janvier 2019, les travailleurs étrangers ne sont plus assujettis au FWCS en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles (ordonnance de 2005), et ont été réintégrés à l'ESSS, maintenant géré en vertu de l'Employee's Social Security Act (ESSA). À l'exception d'exclusions spécifiques mentionnées dans son annexe I, l'ESSA ne fait aucune distinction entre travailleurs nationaux et travailleurs étrangers en ce qui concerne la couverture et le droit aux prestations pour accident du travail (BIT, 2019c).

4.2.5 Protection sociale des personnes handicapées

- ▶ Le COVID-19 a touché les personnes handicapées de manière disproportionnée; de nombreux pays se sont efforcés de mieux les protéger pendant la crise sanitaire et socio-économique provoquée par la pandémie. Néanmoins, il faut redoubler d'efforts afin qu'elles ne soient pas laissées pour compte: les mesures qui leur étaient spécifiquement destinées ne représentaient que 8,5 pour cent de l'ensemble des dispositifs mis en œuvre.
- ▶ Selon les dernières estimations du BIT, seulement 33,5 pour cent des personnes lourdement handicapées dans le monde perçoivent des prestations d'invalidité, avec de fortes disparités régionales: alors que cette forme de protection semble pratiquement universelle en Europe de l'Est, les taux estimatifs de couverture effective sont inférieurs à 7 pour cent en Asie du Sud et en Afrique subsaharienne. Ils atteignent 85,6 pour cent dans les pays à revenu élevé, mais seulement 11,3 et 8,6 pour cent, respectivement, dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure et dans ceux à faible revenu.
- ▶ Les systèmes de protection sociale qui intègrent la problématique du handicap garantissent à toutes les personnes handicapées un accès effectif aux soins de santé et la sécurité de revenu, y compris le remboursement des autres coûts liés au handicap. Cette protection est généralement assurée au moyen de régimes généraux, complétés par des dispositifs spécifiques, en espèces ou en nature, conçus pour permettre aux personnes handicapées d'étudier, de travailler et de participer à la vie sociale.
- ▶ Il est primordial d'inclure des rubriques relatives au handicap dans les questionnaires administratifs et les enquêtes sur les ménages, et de ventiler les données recueillies par type de handicap, pour faciliter un suivi rigoureux des systèmes de protection sociale, élaborer des politiques fondées sur des éléments probants et progresser dans la mise en œuvre des ODD.



► **Protéger les personnes handicapées; les aider à participer à la vie économique et sociale; assurer leur sécurité de revenu et leur autonomie**

Les personnes handicapées sont confrontées à de multiples risques tout au long de leur vie¹⁵. Les enfants handicapés, notamment, font face à de nombreux obstacles: stigmatisation, insuffisance des mesures de soutien et certaines pratiques institutionnelles. Ils sont davantage exposés à la violence, à l'exclusion du système d'enseignement et au placement en institution, ce qui les empêche de participer à la vie sociale, économique et culturelle, et d'obtenir un emploi qualifié à l'âge adulte (ONU Femmes, 2017; UNICEF, 2013). Dans tous les pays, quel qu'en soit le niveau de revenu, les personnes handicapées en âge de travailler ont moins de chances d'obtenir un emploi, notamment dans l'économie formelle (ONU, 2012b); par conséquent, elles peuvent moins compter sur des revenus stables et adéquats, ou espérer accéder à un régime contributif de protection sociale. La prévalence des handicaps augmente avec l'âge; en conséquence, de nombreuses personnes âgées handicapées, notamment celles qui ont 55 ans et plus, ne bénéficient d'aucun soutien et se retrouvent dans le besoin (OMS et Banque mondiale, 2011). Les personnes âgées ayant de faibles revenus sont les plus touchées par ces limitations fonctionnelles (OMS, 2016). Tous ces facteurs contribuent à un risque accru de pauvreté et de privations tout au long de la vie (Banks, Kuper et Polack, 2018; Mitra *et al.*, 2017).

La crise du COVID-19 a mis en évidence, voire accentué, les difficultés existantes; la situation est particulièrement préoccupante lorsque les facteurs de vulnérabilité s'additionnent, comme dans le cas des femmes et des fillettes handicapées (PPDPH *et al.*, 2020; ONU, 2020a). La crise sanitaire a perturbé le fonctionnement normal des dispositifs d'aide aux personnes handicapées, qui ont été particulièrement touchées par le coronavirus et les répercussions des périodes de confinement, car elles dépendent plus que les

personnes valides des services de soutien, des assistants personnels et des services de santé pour leur vie quotidienne. Il est essentiel de maintenir et d'étendre les services aux personnes handicapées. Toutefois, moins de la moitié des 181 pays qui ont pris des mesures sociales en réponse au COVID-19 en 2020 y ont inclus des dispositifs les visant spécifiquement, soit à peine 8,5 pour cent des mesures annoncées (PPDPH et BIT, 2020).

Les régimes généraux de protection sociale et les prestations ciblant spécifiquement le handicap sont particulièrement utiles pour les personnes handicapées parce qu'ils leur assurent une sécurité de revenu, couvrent les frais liés à leur handicap, les aident à accéder à l'emploi et à participer à la vie sociale. La protection sociale facilite l'accès aux services de base tels que la santé, l'éducation et les transports publics, ainsi qu'aux services de soutien, notamment l'action sociale, les soins aux enfants et la fourniture d'appareils et d'accessoires fonctionnels. Cette offre globale de services est évoquée dans la Convention relative aux droits des personnes handicapées (CRDPH) des Nations Unies, les normes internationales de sécurité sociale et le Programme 2030, notamment les cibles 1.3 et 8.5 des ODD (BIT et IDA, 2019; ONU, 2015c) (voir encadré 4.19)¹⁶.

► **Typologie des régimes de prestations d'invalidité**

Outre la protection sociale offerte à l'ensemble de la population, les personnes handicapées ont parfois besoin de prestations spécifiques de soutien du revenu en raison des entraves à l'emploi et des coûts liés à leur handicap qu'elles rencontrent tout au long de leur vie. Pour y remédier, plusieurs pays ont progressivement mis en place une série de prestations, contributives ou non, en espèces ou en nature, ainsi que

Les personnes handicapées ont parfois besoin de prestations spécifiques de soutien du revenu tout au long de leur vie.

¹⁵ Il n'existe pas de définition normalisée de l'incapacité. Toutefois, la Convention relative aux droits des personnes handicapées de 2006 des Nations Unies reconnaît dans son préambule que «la notion de handicap évolue». Selon l'article 1 de la convention: «Par personnes handicapées on entend des personnes 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».

¹⁶ La CRDPH réaffirme avec force le droit à la protection sociale des personnes handicapées et établit un cadre pour leur participation à toutes les activités liées à la réalisation de ce droit (art. 28). Le Programme 2030 renvoie expressément aux personnes handicapées dans les dispositions relatives aux systèmes et socles de protection sociale (cible 1.3 des ODD) et prévoit leur pleine participation à l'emploi productif et au travail décent (cible 8.5 des ODD).

► Encadré 4.19 Droit des personnes handicapées à la protection sociale: cadre normatif international

Le cadre normatif international a progressivement élaboré le droit à la sécurité sociale des personnes handicapées et l'obligation des États de garantir ce droit afin de favoriser leur participation socio-économique sur la base de l'égalité avec les autres.

La Convention relative aux droits des personnes handicapées (CRDPH) de 2006 des Nations Unies souligne le rôle essentiel de la protection sociale pour soutenir la participation et l'intégration pleines et effectives des personnes handicapées tout au long de leur vie. Elle énonce les obligations des États parties, qui doivent:

- veiller à ce que les personnes handicapées jouissent d'un **niveau de vie adéquat, sur la base de l'égalité avec les autres**, et aient un accès égal à tous les régimes et programmes de protection sociale, y compris les pensions, les logements sociaux (art. 28), les soins de santé (art. 25), la réadaptation (art. 26) et les programmes de formation professionnelle et de retour au travail (art. 27), sans aucune discrimination;
- veiller à ce que les personnes handicapées **reçoivent une aide pour couvrir les dépenses liées à leur handicap et qu'elles aient accès à des services et des appareils abordables et de qualité** (art. 28), dont elles ont besoin pour vivre de manière autonome et s'intégrer à la communauté (art. 19);
- **soutenir les enfants handicapés et leurs parents**, prévenir le placement en institution et veiller à ce que, dans tous les cas, les enfants vivent dans un cadre familial (art. 7, 16, 18 et 23);
- **s'attaquer aux obstacles particuliers que doivent surmonter les femmes et les filles handicapées** (art. 6 et 28); et
- **consulter les personnes handicapées et les faire participer de manière significative** à la conception, à la mise en œuvre et au suivi des politiques et programmes de protection sociale, par l'intermédiaire des organisations qui les représentent (art. 4.(3)).

Les normes internationales de sécurité sociale complètent ce cadre. La partie IX de la convention n° 102 de l'OIT fixe des normes minimales de sécurité de revenu contre les pertes de gain liées à un handicap résultant d'un accident du travail ou d'autres causes. Cet instrument est complété par la convention (n° 121) sur les prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles, 1964, qui prévoit l'octroi de prestations supplémentaires aux personnes nécessitant le soutien constant d'une tierce personne. En outre, l'article 13 (1) de la convention (n° 128) concernant les prestations d'invalidité, de vieillesse et de survivants, 1967, fixe des normes plus exigeantes quant aux prestations d'invalidité, notamment l'accès aux régimes de sécurité sociale non contributifs et l'obligation de fournir des services de réadaptation permettant aux personnes handicapées de reprendre leur emploi ou d'exercer une autre activité adaptée à leur handicap. Le paragraphe 5 de la recommandation n° 131 élargit la définition des aléas qui devraient être couverts par les régimes nationaux en incluant l'invalidité partielle, donnant droit à une prestation réduite.

Bien que les soins médicaux, y compris la réadaptation médicale, fassent l'objet de dispositions distinctes dans la partie II de la convention n° 102, la convention (n° 130) concernant les soins médicaux et les indemnités de maladie, 1964, étend l'obligation de fournir les soins médicaux et la réadaptation nécessaires (y compris l'accès aux appareils d'assistance), qui devraient «tendre à préserver, à rétablir ou à améliorer la santé de la personne protégée, ainsi que son aptitude à travailler et à faire face à ses besoins personnels» (art. 9).

La recommandation n° 202 de l'OIT propose une approche intégrée et globale de la protection sociale, selon laquelle les personnes handicapées devraient bénéficier des mêmes garanties de sécurité élémentaire de revenu et d'accès aux soins de santé essentiels que les autres membres de la société, par le biais de socles nationaux de protection sociale. En outre, cette recommandation dispose que les systèmes de protection sociale devraient être conçus conformément aux principes de non-discrimination, d'égalité de genre et de réactivité aux besoins spéciaux, dans le respect des droits et de la dignité des personnes couvertes par les garanties de sécurité sociale.

► **Tableau 4.2 Types de prestations d'invalidité, selon la période de la vie, par fonction**

Période de la vie	Fonctions		
	Sécurité générale du revenu	Couverture des coûts liés au handicap	Soins de santé
Enfance	Prestations pour enfants et familles	Prestations d'invalidité; prestations d'invalidité pour enfant; subsides et subventions; prestations pour aidant naturel; dispositifs d'identification et d'intervention précoces; périodes de «répit» pour les aidants; allocations d'éducation ou de transport; appareils d'assistance, etc.	
Personnes en âge de travailler	Prestations de chômage; assurance invalidité; assurance contre les accidents du travail; allocations d'invalidité; aide sociale, etc.	Assurance invalidité; allocation d'invalidité compatible avec le travail et les autres compléments de revenu; subsides et subventions; régimes d'assistance à la personne; subventions pour les périodes «de répit»; allocation d'aide à tierce personne; interprètes en langue des signes, produits d'assistance, etc.	Couverture universelle des soins de santé, y compris les soins de réadaptation et les technologies d'assistance
Vieillesse	Pensions de vieillesse		

Source: Analyse du BIT.

des abattements ou allègements fiscaux, comme l'accès gratuit ou subventionné aux transports publics, au logement ou aux services de soutien, ou des subventions pour l'achat d'appareils d'assistance. Leurs besoins, qui évoluent en fonction des différentes étapes de la vie, supposent une grande variété de dispositifs (tableau 4.2).

S'agissant plus précisément des prestations d'invalidité en espèces, la grande majorité des pays pour lesquels on dispose d'informations (175 sur 188) ont établi dans leur législation un régime de prestations périodiques en espèces pour les personnes handicapées; 11 pays versent une somme forfaitaire et 2 n'ont pas de régime inscrit dans la loi (voir figure 4.21). La plupart des pays (148) possèdent un régime d'assurance sociale; pour bon nombre d'entre eux (90), il s'agit du seul mécanisme offrant une protection sociale aux personnes handicapées. Cela signifie que celles qui travaillent hors de l'économie formelle, y compris les enfants, éprouvent des difficultés à combler les besoins liés à leur handicap.

Un examen rapide révèle également que 70 pays ont mis en place un régime de prestations non

contributives, sous conditions de ressources (38) ou non (32). Toutefois, la pratique généralisée consistant à imposer des conditions de ressources pour l'octroi des prestations d'invalidité ne tient pas compte du fait que les personnes handicapées ont plus de difficultés que les personnes valides à accéder au marché du travail, ou doivent absorber des frais plus élevés à cet égard. Cinquante-huit pays ont mis en place un système mixte, conjuguant assurance sociale et mécanismes non contributifs, dont 23 ont établi un régime n'imposant pas de conditions de ressources.

► Couverture légale

À l'échelon mondial, seuls 33,8 pour cent des personnes lourdement handicapées bénéficient d'un régime de prestations d'invalidité contributif inscrit dans la loi¹⁷, tandis que 17,3 pour cent d'entre elles sont couvertes par un dispositif non contributif (voir figure 4.22). Globalement, les femmes handicapées sont moins susceptibles de bénéficier d'un régime contributif, ce qui reflète leur plus grande vulnérabilité sur le marché du

¹⁷ Bien qu'il n'existe pas de définition universelle du handicap lourd, les estimations présentées dans ce rapport reposent sur la définition adoptée par l'OMS (annexe 2).

► **Figure 4.21 Protection contre le handicap (prestations en espèces) inscrite dans la loi, par type de régime, 2020 ou dernière année disponible**

Pour des raisons techniques, cette figure est momentanément indisponible.

Veillez vous référer aux [tableaux statistiques](#) de ce rapport et à la base de données mondiale du BIT sur la protection sociale ([World Social Protection Database](#)) pour des informations actualisées.

Sources: BIT, [World Social Protection Database](#), à partir de l'enquête du BIT sur la sécurité sociale (Social Security Inquiry – SSI); AISS/SSA, [Social Security Programs Throughout the World](#); ILOSTAT; sources nationales.

Lien: <https://wspr.social-protection.org>.

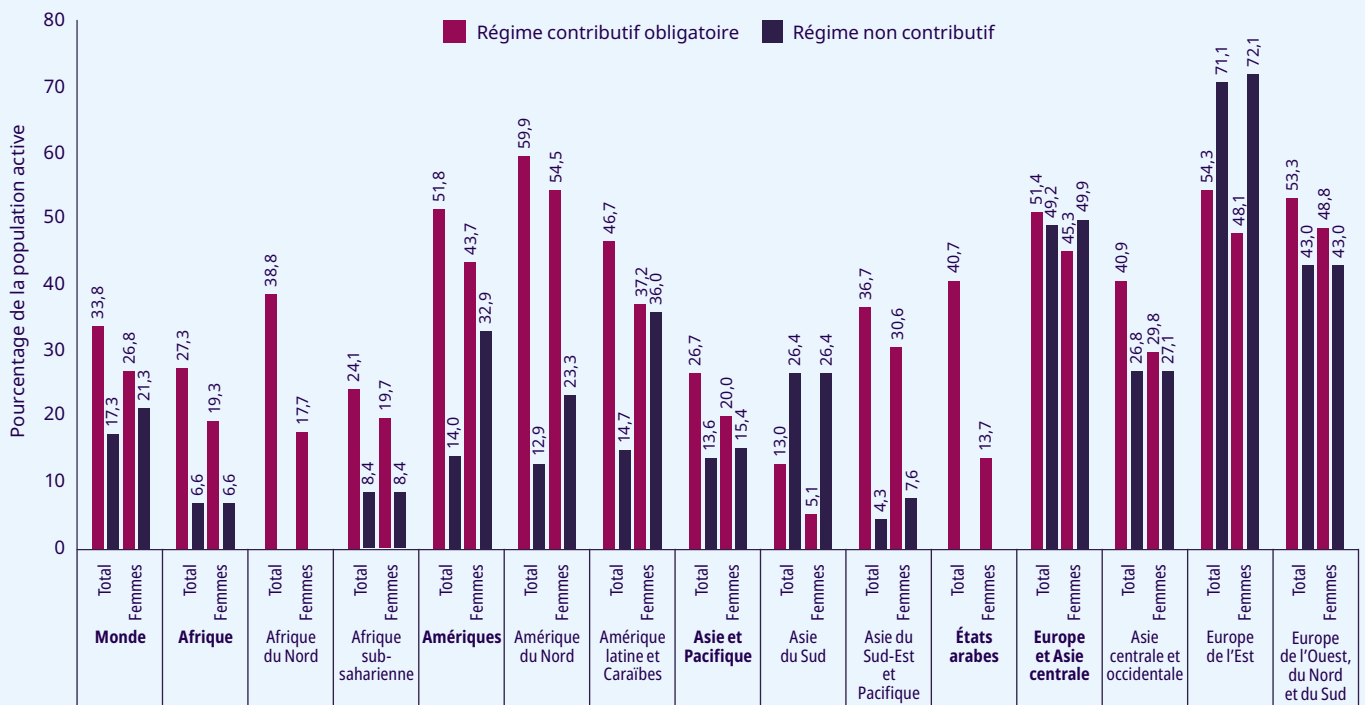
travail, notamment en Afrique du Nord et dans les États arabes. En Europe et dans les Amériques, ces disparités de genre sont partiellement compensées par des mécanismes non contributifs, souvent moins généreux.

► **Couverture effective: suivi de l'indicateur 1.3.1 des ODD (personnes lourdement handicapées)**

À l'échelon mondial, 33,5 pour cent des personnes lourdement handicapées perçoivent une prestation d'invalidité (figures 4.23 et 4.24). En Europe, la couverture est pratiquement universelle; en Asie centrale, le taux de couverture excède 80 pour cent; toutefois, il est inférieur à 10 pour cent en Afrique et dans les États arabes. Si la protection universelle des personnes handicapées est plus courante dans les pays à revenu élevé, c'est également le cas au Brésil, au Chili, en Mongolie et en

Uruguay. Il est également révélateur que d'autres pays, comme l'Afrique du Sud, le Kirghizistan et le Népal, aient réussi à étendre la portée des prestations d'invalidité. En revanche, plusieurs pays qui avaient pris des mesures d'austérité budgétaire après la crise de 2008-2010 (par exemple la Grèce, la Hongrie, le Royaume-Uni et la Suède) ont réduit les prestations d'invalidité, notamment en introduisant des conditions de ressources pour certaines prestations auparavant universelles (Malli *et al.*, 2018; ONU, 2019d). Alors qu'ils émergent de la crise du COVID-19 et entament la reprise économique, certains pays pourraient être tentés de réduire davantage les dépenses sociales, y compris les prestations destinées aux personnes handicapées – en dépit du fait que les budgets consacrés aux prestations d'invalidité étaient déjà modestes dans de nombreux pays. Avant la crise, seuls quelques pays à revenu faible et intermédiaire y consacraient plus de 0,3 pour cent de leur PIB, alors que la moyenne européenne atteignait 2,8 pour cent du PIB en 2018 (Eurostat, 2018; Kidd *et al.*, 2019).

► **Figure 4.22 Couverture légale de la protection contre le handicap: pourcentage de la population en âge de travailler (15 ans et plus) couverte par des prestations d'invalidité en espèces, par région, sous-région, sexe et type de régime, 2020 ou dernière année disponible**



Note: Estimations mondiales et régionales pondérées en fonction de la population active (15 ans et plus).

Sources: BIT, [World Social Protection Database](#), à partir de l'enquête du BIT sur la sécurité sociale (Social Security Inquiry - SSI); AISS/SSA, [Social Security Programs Throughout the World](#); ILOSTAT; sources nationales.

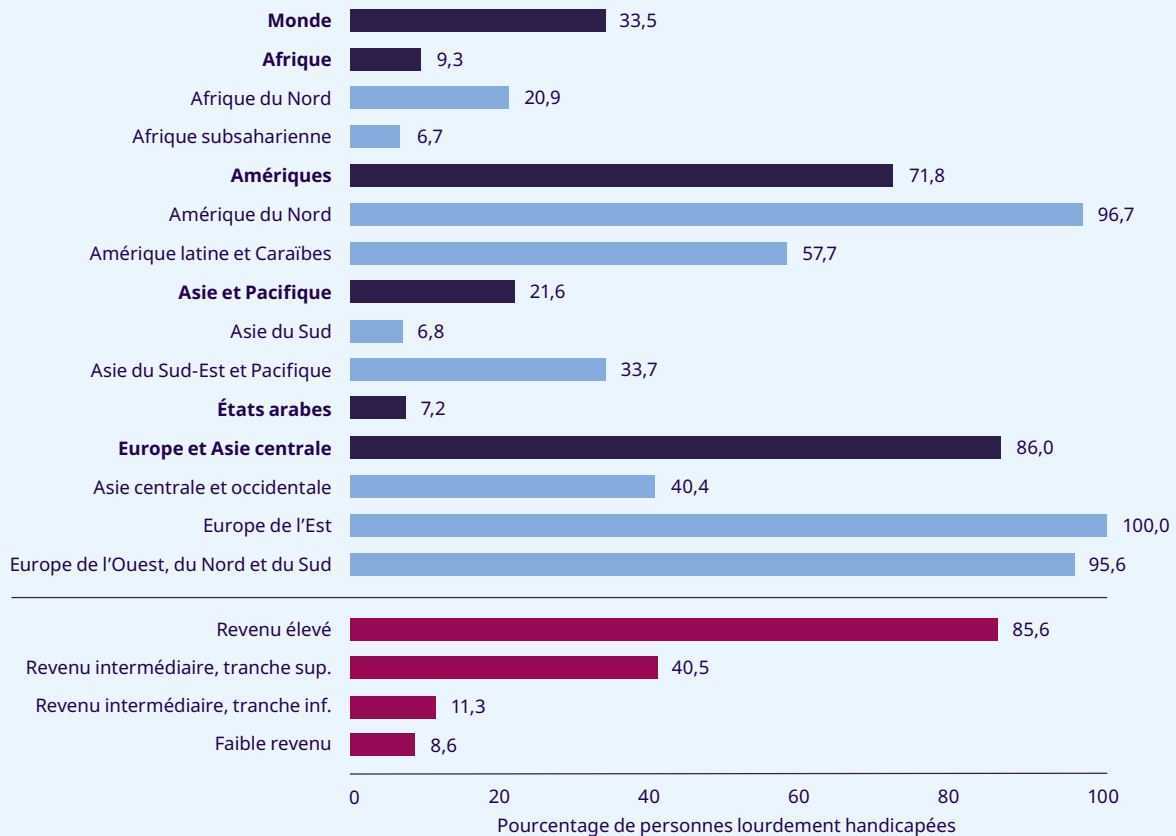
Lien: <https://wspr.social-protection.org>.

► **La protection sociale des personnes handicapées à la croisée des chemins: de «l'incapacité de travailler» vers «l'intégration et l'autonomisation»**

Malgré le changement de paradigme qui sous-tend la CRDPH et la volonté de «ne laisser personne de côté» exprimée dans les ODD, les politiques sociales de nombreux pays continuent d'assimiler le handicap à l'incapacité de travail et à la pauvreté, au lieu d'aider les personnes handicapées à s'intégrer dans la société et à participer à la vie sociale. Dans la plupart des pays à revenu faible et intermédiaire, les prestations d'invalidité existantes sont généralement axées sur la pauvreté et/ou l'incapacité de travailler. La distinction entre

les personnes «aptes» et «inaptes» au travail, ainsi que le fait de subordonner l'octroi des prestations d'invalidité à l'incapacité de travailler enferment les personnes handicapées dans un cercle vicieux de dépendance et d'exclusion, perpétuant ainsi les stéréotypes et les préjugés tenaces. De nombreux pays à revenu élevé ont assoupli leur système en adoptant une approche mixte, qui associe des prestations de remplacement de revenu des personnes handicapées inaptes au travail et des allocations couvrant les coûts liés au handicap, y compris pour celles qui travaillent. Quelques pays, dont Fidji, la Géorgie, Maurice, la Namibie et la Thaïlande, ont mis en place des prestations universelles d'invalidité dont les personnes handicapées peuvent continuer à bénéficier si elles travaillent – et même, dans certains cas, si elles perçoivent un complément de revenu. Ces dispositions

► **Figure 4.23 Indicateur 1.3.1 des ODD – couverture effective contre le handicap: pourcentage de personnes lourdement handicapées percevant des prestations en espèces, par région, sous-région et niveau de revenu, 2020 ou dernière année disponible**



Notes: Voir l'annexe 2 pour une explication de la méthodologie. Estimations mondiales et régionales pondérées en fonction de la population. Les estimations ne sont pas strictement comparables aux estimations régionales de 2016 pour plusieurs raisons: améliorations méthodologiques, données plus nombreuses, révisions effectuées par les pays.

Sources: BIT, [World Social Protection Database](#), à partir de l'enquête du BIT sur la sécurité sociale (Social Security Inquiry – SSI); ILOSTAT; sources nationales.

Lien: <https://wspr.social-protection.org>.

s'accompagnent souvent de mesures favorisant l'accès des personnes handicapées au marché du travail. Prémises d'une flexibilité accrue, ces dispositifs favorisent l'autonomisation économique.

S'ils sont réellement déterminés à s'approprier cette démarche inclusive, les gouvernements devront concevoir et mettre en œuvre des systèmes de protection sociale qui tiennent compte des aspects suivants (BIT et IDA, 2019).

Participation des parties prenantes

La participation directe des personnes handicapées par le truchement de leurs organisations

représentatives tout au long du processus de planification, de mise en œuvre, de suivi et de réforme des politiques n'est pas seulement un impératif découlant de l'article 4.3 de la CRDPH et du paragraphe 3 r) de la recommandation n° 202; c'est un préalable à la conception de politiques efficaces, adaptées aux besoins des bénéficiaires. Les organisations de personnes handicapées devraient notamment participer à la définition des priorités en matière de protection sociale, dans le cadre d'une approche graduée visant à mettre en place progressivement une protection sociale universelle (BIT et IDA, 2019). À Fidji, par exemple, la fédération des personnes handicapées

► **Figure 4.24 Indicateur 1.3.1 des ODD – couverture effective contre le handicap: pourcentage de personnes lourdement handicapées percevant des prestations en espèces, 2020 ou dernière année disponible**

Pour des raisons techniques, cette figure est momentanément indisponible.

Veillez vous référer aux [tableaux statistiques](#) de ce rapport et à la base de données mondiale du BIT sur la protection sociale ([World Social Protection Database](#)) pour des informations actualisées.

Notes: Voir l'annexe 2 pour une explication de la méthodologie. Estimations mondiales et régionales pondérées en fonction de la population. Les estimations ne sont pas strictement comparables aux estimations régionales de 2016 pour plusieurs raisons: améliorations méthodologiques, données plus nombreuses, révisions effectuées par les pays.

Sources: [World Social Protection Database](#), à partir de l'enquête du BIT sur la sécurité sociale (Social Security Inquiry – SSI); ILOSTAT; sources nationales.

Lien: <https://wspr.social-protection.org>.

(Fiji Disabled Peoples Federation) a été étroitement associée à la conception d'une allocation d'invalidité favorisant l'autonomisation économique, et a participé à l'élaboration d'un mécanisme d'évaluation des handicaps et de vérification des conditions d'admissibilité auquel la collectivité a facilement accès. Cette participation a contribué au fort degré d'appropriation de ce programme et facilité son déploiement rapide (Pacific Disability Forum, 2018). Au Kenya, les organisations de personnes handicapées ont étroitement collaboré avec le gouvernement afin d'identifier rapidement les personnes handicapées pouvant prétendre au programme de prestations ponctuelles en espèces liées au COVID-19 (PPDPH, à paraître).

Veiller à inclure les personnes handicapées dans les données et les statistiques

Les enquêtes menées auprès des ménages et les outils de collecte de données sur la gestion des régimes doivent inclure les thèmes liés au handicap (Barca *et al.*, 2021). Depuis l'adoption de la CRDPH, le Questionnaire de Washington (Washington Group Short Set of Questions, WGSSQ) est devenu l'outil normalisé qui sert à évaluer l'incidence du handicap (par exemple au moyen d'enquêtes auprès des ménages)¹⁸. Permettant la ventilation des données, ce questionnaire donne également un aperçu des inégalités auxquelles sont confrontées les personnes handicapées et

¹⁸ L'objectif des questions du WGSSQ est d'identifier les personnes qui risquent de souffrir d'un handicap au sens social, c'est-à-dire celles qui, en raison de limitations fonctionnelles, peuvent être empêchées de participer aux activités socio-économiques à cause des obstacles auxquels elles sont exposées dans leur environnement. Les questions ont été limitées au nombre minimal nécessaire pour identifier une grande majorité de personnes handicapées, afin d'être utilisées dans les recensements et dans les questions démographiques de base des enquêtes sur les ménages. Les producteurs et les utilisateurs de données sur le handicap sont graduellement parvenus à un consensus, soit que le WGSSQ constitue la meilleure méthodologie pour effectuer des comparaisons internationales sur la prévalence du handicap et ventiler les indicateurs recueillis lors des recensements et des enquêtes sur les ménages. Pour de plus amples renseignements, voir <https://www.washingtongroup-disability.com>.

de leurs conditions d'accès aux différents services. Utilisé dans le cadre de l'enquête SIUBEN (Sistema Único de Beneficiarios) menée en République dominicaine pendant la crise du COVID-19, ce questionnaire a permis d'identifier plus rapidement les parents d'enfants handicapés pouvant prétendre aux prestations. Outre le WGSSQ, les enquêteurs peuvent s'appuyer sur certains modèles d'analyse et d'enquête axés sur le handicap (BIT, ressource modèle sur la population active¹⁹; OMS, Enquête modèle sur le handicap²⁰; enquêtes SINTEF²¹) pour obtenir des précisions sur la situation des personnes handicapées et les obstacles auxquels elles sont confrontées.

Veiller à ce que les mécanismes d'évaluation du handicap favorisent le soutien et l'intégration

Les mécanismes d'évaluation sont employés pour déterminer si une personne handicapée a droit à des aides individuelles. Dans de nombreux pays, ces évaluations restent fondées sur une approche médicale, qui se focalise sur les déficiences des personnes concernées et ne donne pas toujours d'informations sur les divers obstacles qu'elles doivent surmonter, ni sur les appareils ou l'assistance dont elles pourraient avoir besoin, comme le recommande le comité de la CRDPH. En outre, dans de nombreux pays à revenu faible et intermédiaire, la pénurie de professionnels de santé qualifiés fait qu'il est souvent difficile d'obtenir une évaluation médicale, ce qui restreint considérablement l'accès de nombreuses personnes handicapées aux prestations adaptées à leur condition. Certains pays ont imaginé des solutions innovantes au niveau communautaire, fondées sur des outils d'évaluation simplifiés et un système d'orientation, afin de réduire les coûts d'accès au système pour les personnes handicapées (PPDPH *et al.*, à paraître). Ainsi, au Viet Nam, les comités de village disposent d'instruments d'évaluation simplifiés qui leur permettent de déterminer si une personne handicapée peut prétendre aux prestations; les autorités procèdent à une évaluation médicale uniquement si un appel est interjeté ou si la décision est incertaine (Banks, Walsham *et al.*, 2018). Aucun mécanisme d'évaluation du handicap ne peut être mis en œuvre sans un système fiable de contrôle de qualité, avec le concours d'évaluateurs dûment formés.

La crise du COVID-19 a mis en lumière l'importance des systèmes d'information sur la protection sociale, y compris les registres nationaux sur le handicap, afin de faciliter le versement des prestations aux personnes handicapées (la République dominicaine en constitue un bon exemple). Ces registres devraient être basés sur des mécanismes d'évaluation et de décision facilement accessibles au niveau national; en outre, ils devraient prendre en compte les divers obstacles auxquels se heurtent les personnes handicapées et leurs besoins de soutien (PPDPH *et al.*, à paraître).

Des mécanismes de prestation inclusifs

L'accès à la protection sociale est entravé dans de nombreux pays par divers obstacles – distance physique, manque d'informations claires et précises, exclusion financière, lourdeur et complexité des procédures administratives – qui sont amplifiés pour les personnes handicapées pour diverses raisons: difficultés d'accès aux moyens de transport, aux locaux et aux portails d'inscription en ligne; méthodes de paiement complexes; attitude négative du personnel. Plusieurs méthodes permettent de sensibiliser les employés aux obstacles rencontrés par les personnes handicapées: cours de sensibilisation au handicap à l'intention des personnels concernés; bases de données ventilées par type de handicap; insertion de dispositions sur la non-discrimination et l'accessibilité dans les règlements et les procédures opérationnelles. Ces ressources et moyens doivent être mis en œuvre à toutes les étapes de la chaîne d'octroi des prestations, pour tous les régimes et programmes de protection sociale, qu'ils soient généraux ou axés sur le handicap, afin de garantir un accès effectif et une meilleure protection sociale aux personnes handicapées (PPDPH, BIT et UNICEF, à paraître).

Prise en charge des coûts liés au handicap

Afin d'offrir une protection et un soutien adéquats aux personnes handicapées, les barèmes de prestation et les mécanismes de détermination de l'admissibilité doivent tenir compte du fait que le coût de la vie est plus élevé pour elles que pour les personnes valides (BIT et IDA, 2019). À revenu égal, les personnes handicapées ont un niveau de vie inférieur à celui des personnes valides. Les coûts liés au handicap englobent le coût plus élevé de la vie quotidienne, par exemple les frais

¹⁹ BIT, [ILO Model Labour Force Resources](#).

²⁰ Pour de plus amples renseignements, voir <https://www.who.int/disabilities/data/mds/en/>.

²¹ Pour de plus amples renseignements, voir <https://www.sintef.no/en/projects/studies-on-living-conditions/>.

► Encadré 4.20 Mesurer le coût de la vie majoré pour les personnes handicapées

Les régimes de protection sociale devraient verser des prestations adéquates permettant aux personnes handicapées d'absorber les coûts liés à leur handicap, qui doivent donc être mesurés avec précision. Il existe à cet égard différentes approches pour cerner des réalités distinctes. S'appuyant sur les enquêtes concernant les revenus et les dépenses des ménages, la première méthode consiste à comparer le niveau de vie de ménages, par ailleurs semblables, comptant ou non des membres handicapés. L'évaluation de l'écart de leur niveau de vie respectif permet d'estimer les dépenses liées au handicap, qui représentent souvent entre 30 et 50 pour cent du revenu moyen des ménages dans les pays à revenu élevé (Mitra *et al.* 2017; Morris et Zaidi, 2020). Il importe de noter que ces chiffres reflètent les dépenses réelles, et ne suffisent pas nécessairement pour permettre une pleine participation. Ainsi, les estimations sont généralement plus faibles dans les pays à revenu faible-intermédiaire, car les ménages ont une moindre capacité de paiement et les services nécessaires sont moins disponibles. Des études récentes montrent que la part des dépenses liées au handicap par rapport aux revenus des ménages est nettement plus élevée dans le quintile inférieur de revenu que dans le deuxième ou le troisième quintile. La part des coûts liés au handicap par rapport aux revenus augmente à nouveau dans le quintile supérieur, où les ménages sont plus en mesure de payer des services et des appareils coûteux.

Pour compléter ces estimations, certaines études interrogent les personnes handicapées et leur famille sur les dépenses liées au handicap auxquelles elles sont confrontées. Une étude menée en Afrique du Sud montre que les coûts liés au handicap diffèrent largement selon le type de handicap, les besoins d'assistance et le statut économique, la fourchette allant du niveau inférieur au seuil de pauvreté à quatorze fois ce seuil (Afrique du Sud, 2016). Des recherches menées en Nouvelle-Zélande montrent que le coût hebdomadaire supplémentaire pour une personne handicapée isolée peut représenter jusqu'à cinq fois le salaire minimum (Disability Resource Centre, 2010).

de santé ou de transport, les services de soutien adaptés, les appareils et les services d'assistance personnelle, l'interprétation en langue des signes, etc. Les personnes handicapées subissent également certains coûts d'opportunité indirects – tels le temps consacré par leur famille à les aider, ou les coûts additionnels résultant des obstacles qu'elles rencontrent dans l'enseignement ou sur le marché du travail – qui se traduisent par un moindre revenu disponible. Le niveau et le type des coûts, directs et indirects, dépendent de l'ampleur des limitations fonctionnelles et des besoins de soutien des personnes, des obstacles présents dans leur environnement et de leur degré de participation à la vie sociale et économique. La plupart des personnes handicapées n'ont pas les moyens financiers permettant au moins une vie sociale élémentaire. Certains de ces coûts peuvent être considérablement réduits en abaissant les obstacles auxquels elles font face, démarche potentiellement efficace mais chronophage; en revanche, d'autres coûts sont incompressibles.

Si les politiques de protection sociale peuvent largement contribuer au remboursement des coûts additionnels au moyen de prestations en espèces et en nature, ces coûts sont rarement pris en compte lors de la conception des régimes, ou dans les seuils de pauvreté fixés dans les régimes soumis à conditions de ressources; par ailleurs,

les statistiques nationales sur la pauvreté ne sont pas ajustées régulièrement pour refléter ces coûts supplémentaires (voir encadré 4.20). Quelques pays, comme la République de Moldova, tiennent compte des dépenses de base liées au handicap dans le calcul des prestations en espèces destinées aux personnes défavorisées. Le programme indonésien d'aide à la pauvreté prévoit un complément de revenu pour les ménages comptant des personnes handicapées. Bien qu'elles ne se substituent pas aux allocations individuelles favorisant l'autonomie et l'indépendance des personnes handicapées, ces mesures d'adaptation constituent une reconnaissance importante de l'impact économique du handicap.

La crise du COVID-19 a mis en évidence d'importantes lacunes dans la protection sociale des personnes handicapées, et démontré l'importance pour tous les pays de développer et de renforcer des systèmes de protection sociale qui intègrent la problématique du handicap. Alors que les pays commencent à émerger de la crise, les plans de relance doivent prendre en compte la condition des personnes handicapées et faire en sorte de les intégrer. La conception et la mise en œuvre de systèmes de protection sociale tenant compte de ces aspects sont un volet essentiel de la réalisation du droit fondamental à la sécurité sociale des personnes handicapées.



4.2.6 Protection contre le chômage

- ▶ Les régimes de protection contre le chômage aident les travailleurs qui se retrouvent involontairement chômeurs ou sous-employés à conserver un revenu et à retrouver un emploi, conformément aux normes internationales du travail. Au niveau macroéconomique, ces régimes agissent comme stabilisateur automatique, stimulent la reprise économique et soutiennent les mutations structurelles. Sur le plan microéconomique, ils permettent de s'assurer que les compétences des demandeurs d'emploi correspondent aux postes disponibles sur le marché du travail et offrent des garanties contre l'informalité et la pauvreté.
- ▶ La pandémie de COVID-19 a mis en évidence le rôle crucial des régimes de protection contre le chômage pour assurer la sécurité de revenu des travailleurs et de leur famille. Ils englobent non seulement les allocations de chômage, mais aussi les programmes de maintien dans l'emploi qui contribuent à atténuer les effets négatifs des périodes de confinement sur les travailleurs et les entreprises.
- ▶ Les programmes de protection contre le chômage sont également un volet majeur des dispositifs visant à protéger les travailleurs touchés par les innovations technologiques et les changements environnementaux et sociaux, car ils facilitent l'adaptation aux mutations structurelles et une juste transition pour les entreprises et les travailleurs de tous les secteurs d'activité.
- ▶ À l'échelon mondial, 96 pays offrent une couverture légale de protection contre le chômage, dont la grande majorité (9 sur 10) par le biais de mécanismes d'assurance sociale.
- ▶ Seuls 18,6 pour cent des chômeurs perçoivent effectivement des allocations de chômage (indicateur 1.3.1 des ODD), avec de fortes disparités régionales, ce qui s'explique par l'absence de régime d'assurance-chômage dans de nombreux pays, l'exclusion de certaines catégories de travailleurs dans la loi, les taux très élevés de chômage de longue durée et les critères d'admissibilité restrictifs.
- ▶ Les jeunes, les personnes handicapées, les personnes âgées, les femmes, les chômeurs de longue durée et les travailleurs occupant un emploi flexible sont très vulnérables; ils rencontrent des difficultés particulières pour trouver des emplois décents et bénéficier d'une bonne protection contre le chômage. Ces inégalités devraient s'accroître dans le sillage de la crise du COVID-19.

- ▶ Plusieurs pays à revenu intermédiaire ont récemment renforcé leurs politiques en ce domaine en adoptant des dispositifs d'assurance-chômage, en élargissant leur champ d'application et en y associant des mesures de promotion de l'emploi.
- ▶ Il faut redoubler d'efforts pour adapter les régimes de protection contre le chômage afin de couvrir tous les travailleurs, quel que soit leur type d'emploi, et améliorer la coordination avec les services de l'emploi. Le renforcement du dialogue social et les mesures favorisant la transition vers l'économie formelle jouent également un rôle central dans les politiques de protection contre le chômage.

TEMPORARY
FACTORY
CLOSURE



Due Covid-19



► **Protection contre le chômage: état des lieux et contribution à la réalisation des ODD**

Les régimes de protection contre le chômage répondent à un double objectif: garantir la sécurité de revenu des travailleurs qui perdent leur emploi, partiellement ou totalement, et promouvoir l'emploi décent. Ces objectifs peuvent être atteints au moyen de programmes d'assurance ou d'assistance chômage, ou de dispositifs de garantie d'emploi; ils ont fréquemment un lien stratégique avec les mesures de promotion de l'emploi et les PAMT (BIT, 2014c; Peyron Bista et Carter, 2017).

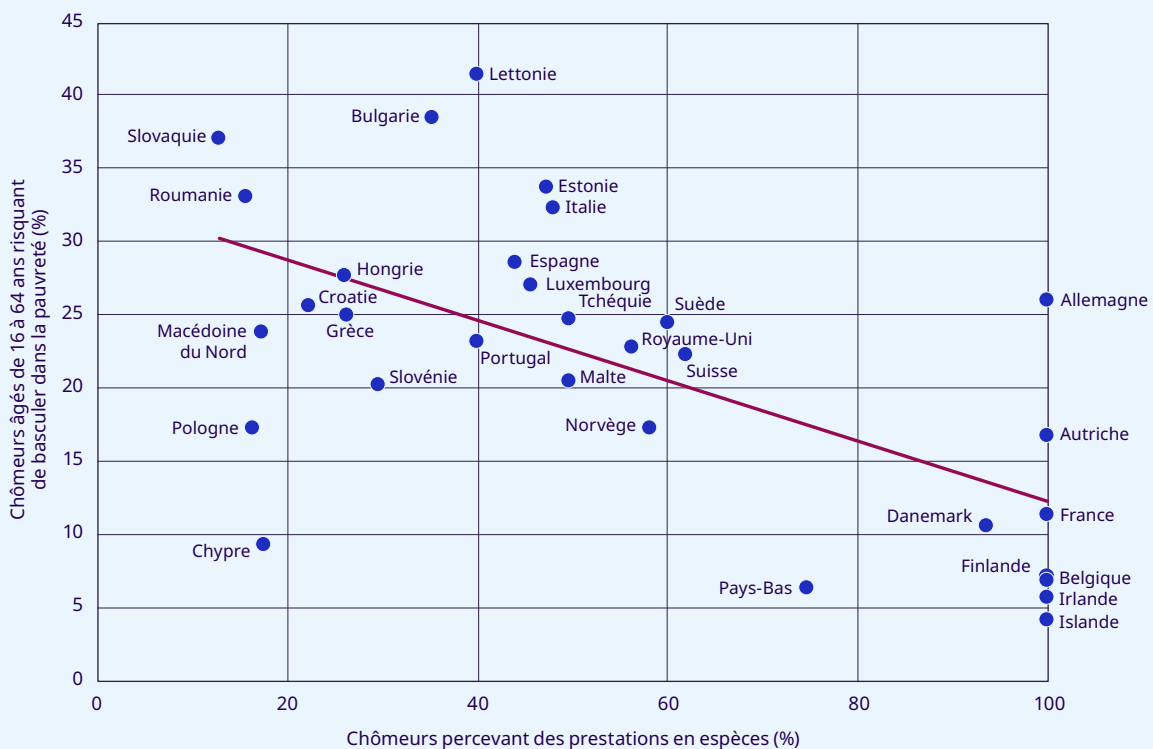
Parce qu'elles atténuent la perte de revenus, les allocations de chômage jouent un rôle fondamental en empêchant les travailleurs et les ménages de basculer dans la pauvreté et la vulnérabilité lorsqu'ils se retrouvent au chômage (Carter, Bédard et Peyron Bista, 2013), conformément à la cible 1.3 des ODD (voir figure 4.25).

Les allocations de chômage permettent également de réduire progressivement les inégalités et favorisent la redistribution équitable de la richesse économique,



Les allocations de chômage jouent un rôle fondamental en empêchant les travailleurs et les ménages de basculer dans la pauvreté et la vulnérabilité.

► **Figure 4.25 Indicateur 1.3.1 des ODD – couverture effective du chômage: pourcentage de chômeurs percevant des prestations en espèces et part des chômeurs âgés de 16 à 64 ans risquant de basculer dans la pauvreté, pays européens choisis, 2019**



Note: Calculs basés sur un seuil de pauvreté représentant 40 pour cent du revenu médian pondéré des ménages, soit un seuil inférieur à celui appliqué par l'UE pour identifier les personnes risquant de basculer dans la pauvreté (60 pour cent du revenu médian).

Sources: BIT, [World Social Protection Database](https://wsp.spr.social-protection.org), à partir de l'enquête du BIT sur la sécurité sociale (Social Security Inquiry – SSI); ILOSTAT; sources nationales et Eurostat, statistiques sur les conditions de vie et de travail.

Lien: <https://wsp.spr.social-protection.org>.

notamment si elles sont associées à des services de l'emploi adaptés aux besoins de certains groupes, tels les jeunes, les travailleurs âgés et les chômeurs de longue durée (ODD 10.4). En apportant aux chômeurs un soutien financier temporaire, elles contribuent également à prévenir le glissement vers l'informalité et l'inactivité (Flórez et Perales, 2016; BIT, 2021k; 2014c).

Le lien étroit entre les allocations de chômage et les mesures de promotion de l'emploi, notamment par le biais des PAMT, contribue à améliorer

l'adéquation entre les compétences disponibles et les emplois offerts sur le marché du travail (voir encadré 4.21 et figure 4.26), créant ainsi un environnement propice à la promotion d'emplois productifs et décents (cibles 8.5 et 4.4 des ODD).

L'efficacité des mesures de protection contre le chômage se fait sentir bien au-delà de la protection des revenus et de la promotion de l'emploi. Les régimes de protection contre le chômage qui associent des mécanismes, contributifs ou non, peuvent aussi promouvoir l'égalité de genre

► **Encadré 4.21 Normes internationales relatives à la protection contre le chômage**

La protection contre le chômage fait partie intégrante du droit à la sécurité sociale, reconnu par plusieurs dispositions des instruments internationaux relatifs aux droits humains, y compris l'article 25 (1) de la Déclaration universelle des droits de l'homme et l'article 9 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (voir également ONU, 2008, paragr. 2 et 16).

S'inspirant d'une approche relativement libérale de la protection contre le chômage, les conventions et les recommandations de l'OIT sur le sujet établissent des normes concernant l'octroi de prestations en espèces et l'offre de services pendant les périodes de chômage, avec un double objectif: garantir la sécurité de revenu des travailleurs privés de leurs gains; promouvoir le plein emploi productif.

La convention n° 102 exige le versement de prestations en espèces aux chômeurs aptes au travail et disponibles, mais qui ne peuvent trouver un emploi convenable. Elle fixe des critères quantitatifs et qualitatifs concernant: 1) la couverture d'une part substantielle de la population; 2) le versement de prestations en espèces suffisantes comme revenu de remplacement, permettant aux bénéficiaires ainsi qu'à leur famille de maintenir un niveau de vie et de santé décent; et 3) le versement de prestations en espèces pendant une période suffisante pour atteindre leur objectif (annexe 3).

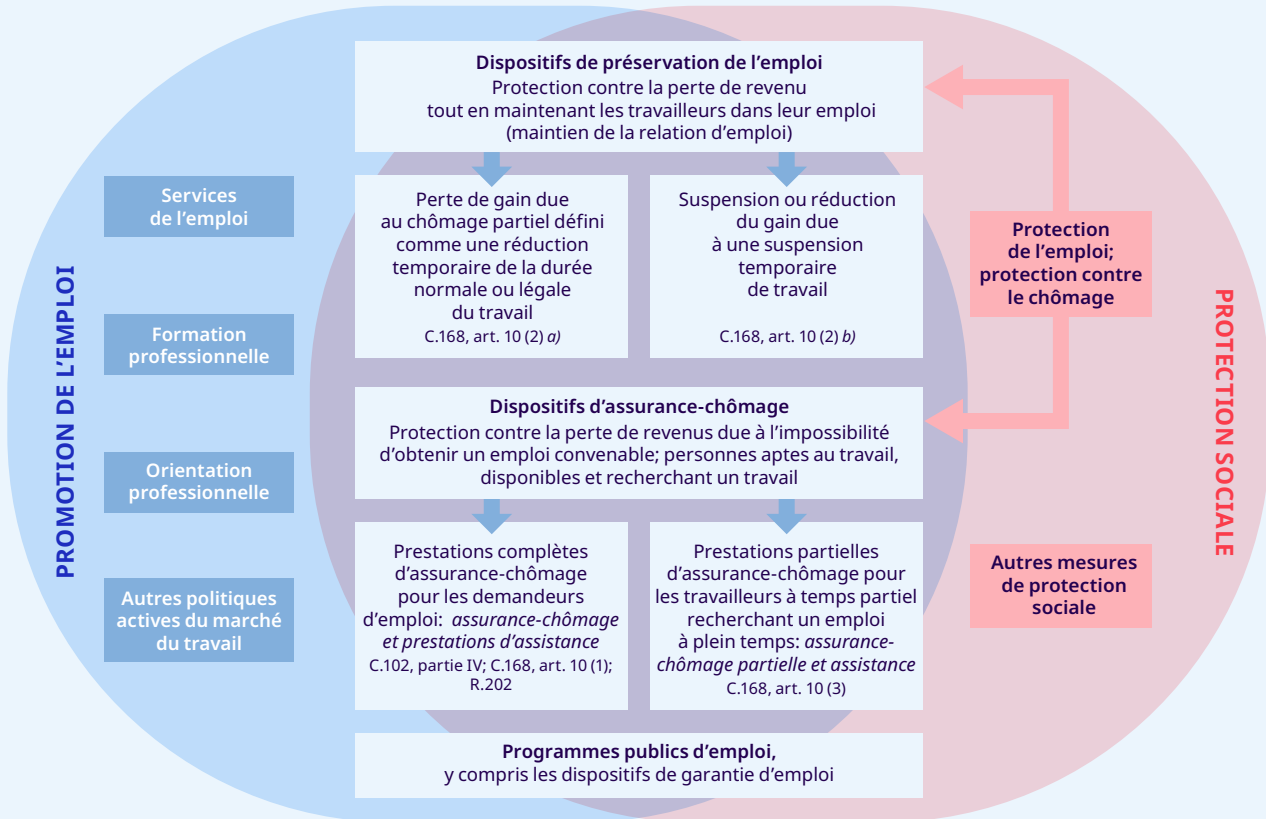
La convention (n° 168) sur la promotion de l'emploi et la protection contre le chômage, 1988, accroît le niveau et la portée de la protection octroyée aux chômeurs. Outre le chômage complet, cet instrument traite d'autres formes d'inactivité: le chômage partiel, c'est-à-dire la réduction temporaire du nombre d'heures de travail; la suspension temporaire du travail sans rupture de la relation d'emploi, y compris pour des raisons économiques, technologiques ou structurelles; et le travail à temps partiel pour les personnes à la recherche d'un emploi à plein temps. Il exige également le versement de prestations sociales à certaines catégories de travailleurs qui n'ont

jamais été reconnus comme chômeurs, ni couverts par un régime de protection contre le chômage, ou qui ont cessé de l'être (par exemple les primo-accédants au marché du travail, les personnes qui travaillaient à leur compte, etc.). La convention n° 168 rappelle la nécessité de coordonner les mesures de protection contre le chômage et les politiques de l'emploi. Les prestations de chômage devraient contribuer à la promotion du plein emploi, productif et librement choisi, notamment en conjuguant les prestations en espèces avec des dispositifs de promotion de l'emploi (par exemple les services de l'emploi, la formation et l'orientation professionnelles, etc.). Elle recommande également l'adoption de mesures adaptées aux personnes ayant des besoins particuliers sur le marché du travail. La recommandation n° 176 étend le champ d'application de la convention et fournit des orientations sur la promotion de l'emploi productif, y compris durant les périodes de crise économique, et sur les moyens permettant d'évaluer l'adéquation entre les emplois offerts et les compétences des chômeurs, afin de ne pas se borner à les orienter vers le premier emploi disponible.

La recommandation n° 202 donne des orientations sur les méthodes permettant de définir et de garantir une sécurité élémentaire de revenu, au moins à un seuil minimal défini au niveau national, à toutes les personnes en âge de travailler qui ne sont pas en mesure de gagner un revenu suffisant, notamment en cas de chômage. Censée être offerte au moins à tous les résidents, cette garantie peut être fournie par divers moyens, notamment: régime universel, assurance ou assistance sociale, impôt négatif sur le revenu, programmes publics d'emploi et de soutien à l'emploi. Comme la convention n° 168, cet instrument recommande que la conception et la mise en œuvre des socles de protection sociale associent des mesures préventives, promotionnelles et proactives, susceptibles de favoriser le travail décent et l'activité économique productive, notamment par la formation professionnelle, l'esprit d'entreprise et les entreprises durables.

► Encadré 4.21 (suite)

► Figure 4.26 Protection contre le chômage: coordination étroite entre la protection sociale et la promotion de l'emploi



et l'autonomisation des femmes (ODD 5). Ils les aident à se réinsérer sur le marché du travail après les périodes d'inactivité économique qu'elles consacrent à leur famille, et leur permettent de ne pas accepter des emplois dans l'économie informelle en leur assurant un complément de

revenu durant les périodes de chômage; il est bien établi que ces politiques permettent d'accroître la présence des femmes dans la population active (BIT, 2016d; 2014b).

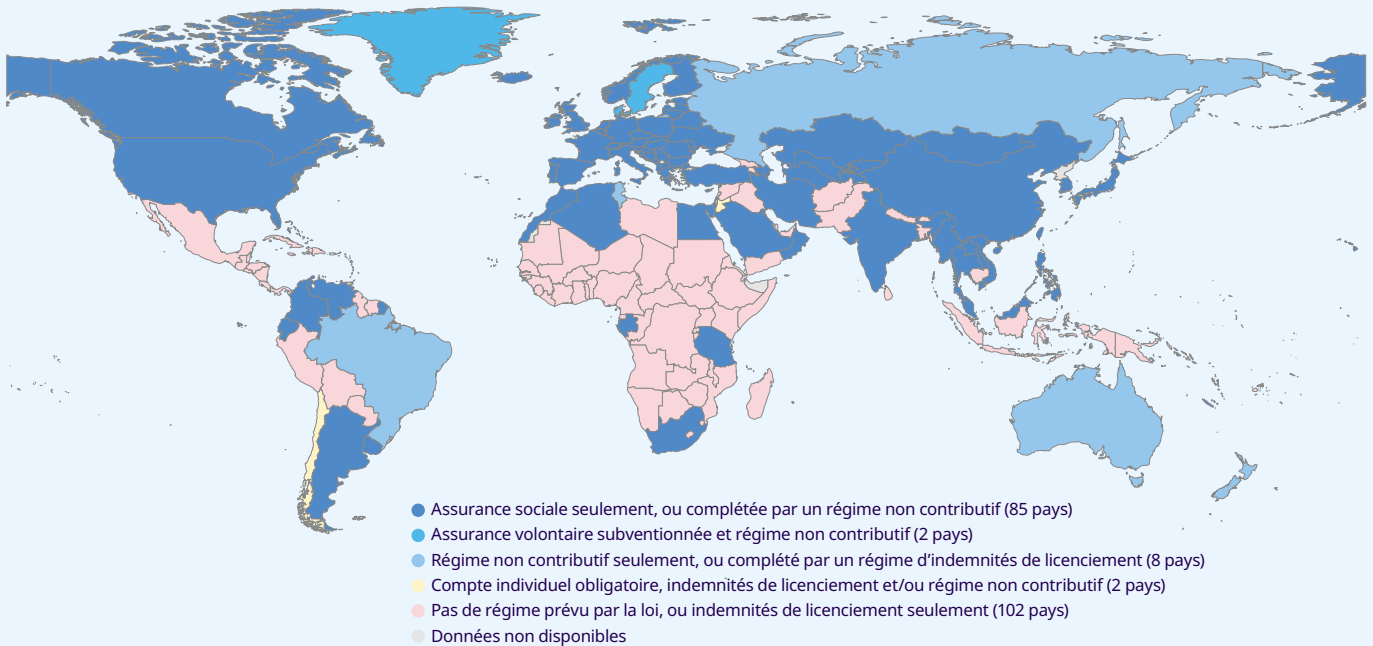
Enfin, les régimes de protection contre le chômage joueront un rôle essentiel dans une transition équitable vers un nouveau monde du travail axé sur des politiques vertes, ouvert aux innovations technologiques (ODD 7, 9, 11, 12 et 13; BIT, 2017c).

Typologie des régimes de protection contre le chômage

Il existe un régime de protection contre le chômage (assurance sociale ou mécanisme non contributif) dans 96 des 199 pays ou territoires disposant de données (voir figure 4.27). Dans la majorité des cas (85 pays), cette protection est assurée par un mécanisme d'assurance sociale, soit exclusivement (17 pays), soit complété par un dispositif non contributif (37 pays) ou des indemnités de licenciement (47 pays). Dans quelques rares cas, ces mécanismes d'assurance sociale coexistent avec des comptes d'épargne individuels (comme en Équateur et au Gabon) ou sont de nature volontaire, financés par les cotisations des adhérents et de l'État (Danemark, Suède). La grande majorité des régimes d'assurance sociale reçoivent à l'occasion des subventions publiques permettant d'étendre leur champ d'application, notamment en période de crise.

Les régimes de protection contre le chômage joueront un rôle essentiel dans une transition équitable vers un nouveau monde du travail.

► **Figure 4.27 Protection contre le chômage (prestations en espèces) inscrite dans la loi, par type de régime, 2020 ou dernière année disponible**



Sources: BIT, [World Social Protection Database](#), à partir de l'enquête du BIT sur la sécurité sociale (Social Security Inquiry – SSI); AISS/SSA, [Social Security Programs Throughout the World](#); ILOSTAT; sources nationales.

Lien: <https://wspr.social-protection.org>.

Dans quelques pays (dont Andorre, l'Australie, la Fédération de Russie, la Nouvelle-Zélande, les Seychelles et la Tunisie), la protection contre le chômage est assurée exclusivement au moyen de mécanismes non contributifs, souvent complétés par des indemnités de licenciement. En Jordanie, les prestations de chômage sont versées uniquement dans le cadre de comptes d'épargne individuels; le régime en vigueur au Chili intègre également une composante mineure de solidarité. Un élément essentiel – la mutualisation des risques – est absent des comptes d'épargne individuels, qui n'offrent donc qu'une protection limitée aux travailleurs qui peinent à se constituer une épargne suffisante.

Un nombre croissant de pays à revenu intermédiaire ont récemment adopté des régimes d'assurance sociale contre le chômage, notamment le Cabo Verde, le Gabon, la Malaisie, le Maroc,

Oman, les Philippines et la République-Unie de Tanzanie. Dans certains autres pays (comme l'Ouzbékistan et la Roumanie), la part des cotisations sociales a été réduite, souvent compensée par un soutien accru de l'État. Toutefois, ces réformes peuvent avoir des répercussions sur la viabilité financière du régime et le niveau des prestations, ainsi que sur l'équité des systèmes de protection sociale lorsque la fiscalité est régressive.

Parmi les 103 pays et territoires dépourvus de régime de protection contre le chômage, 86 prévoient des indemnités de licenciement pour les travailleurs couverts par le Code du travail, ce qui offre un niveau de protection relatif à certains travailleurs de l'économie formelle. Dans quelques pays, notamment en Amérique latine, ces indemnités sont administrées dans le cadre de fonds distincts, financés par les cotisations des employeurs.

► Encadré 4.22 Principaux types de régimes de protection contre le chômage

La protection contre le chômage comprend:

- **les régimes de protection contre le chômage**, par le biais de l'assurance sociale ou de l'assistance sociale, qui aident les demandeurs d'emploi en attendant qu'ils trouvent un emploi adéquat;
- **les dispositifs de maintien dans l'emploi** qui assurent un remplacement total ou partiel du revenu pendant une suspension temporaire du travail, sans rupture de la relation d'emploi;
- **les programmes publics d'emploi**, y compris les régimes de garantie de l'emploi, par lesquels l'État garantit un emploi (comme employeur de dernier recours), généralement dans le secteur secondaire ou tertiaire au niveau local, en cas de chômage ou de sous-emploi chronique.

Ces interventions sont généralement associées à des mesures visant à faciliter le retour rapide à l'emploi et/ou à améliorer les compétences, au moyen de mécanismes de remplacement du revenu conjugués à des dispositifs de promotion de l'emploi, conformément aux normes de l'OIT (voir encadré 4.21).

Certains pays ont recours à d'autres types de prestations, qui ne remplissent pas les conditions des normes de l'OIT relatives à la sécurité sociale et ne peuvent donc pas être qualifiées d'allocations de chômage (BIT, 2017f, p. 49). Les deux types principaux sont les suivants:

- **Les comptes individuels d'épargne chômage** obligent les travailleurs, principalement ceux qui sont occupés dans l'économie formelle, à accumuler un capital-épargne dans lequel ils peuvent puiser en cas de chômage. Toutefois, les risques n'étant pas mutualisés, ces mécanismes d'épargne n'offrent qu'une protection limitée aux travailleurs les plus exposés au chômage (OCDE, 2010; Peyron Bista et Carter, 2017).
- **Les indemnités de licenciement** englobent à la fois les indemnités versées en cas de licenciement individuel à l'initiative de l'employeur (conformément à la convention (n° 158) sur le licenciement, 1982) et celles que perçoivent les travailleurs dont l'emploi est supprimé pour raisons économiques, tels un licenciement économique ou une restructuration (voir <https://eplex.ilo.org/fr/>). Souvent réservées aux personnes ayant une longue ancienneté chez le même employeur, ces indemnités constituent une forme de salaire différé. Contrairement à l'assurance-chômage, les indemnités de licenciement ne sont pas liées à l'objectif de promotion de l'emploi et accroissent le fardeau financier de l'entreprise, notamment en période de crise économique; il arrive donc fréquemment qu'elles ne soient pas versées. Par conséquent, ces dispositifs sont inadaptés pour accompagner les mutations structurelles de l'économie (Duval et Loungani, 2019).

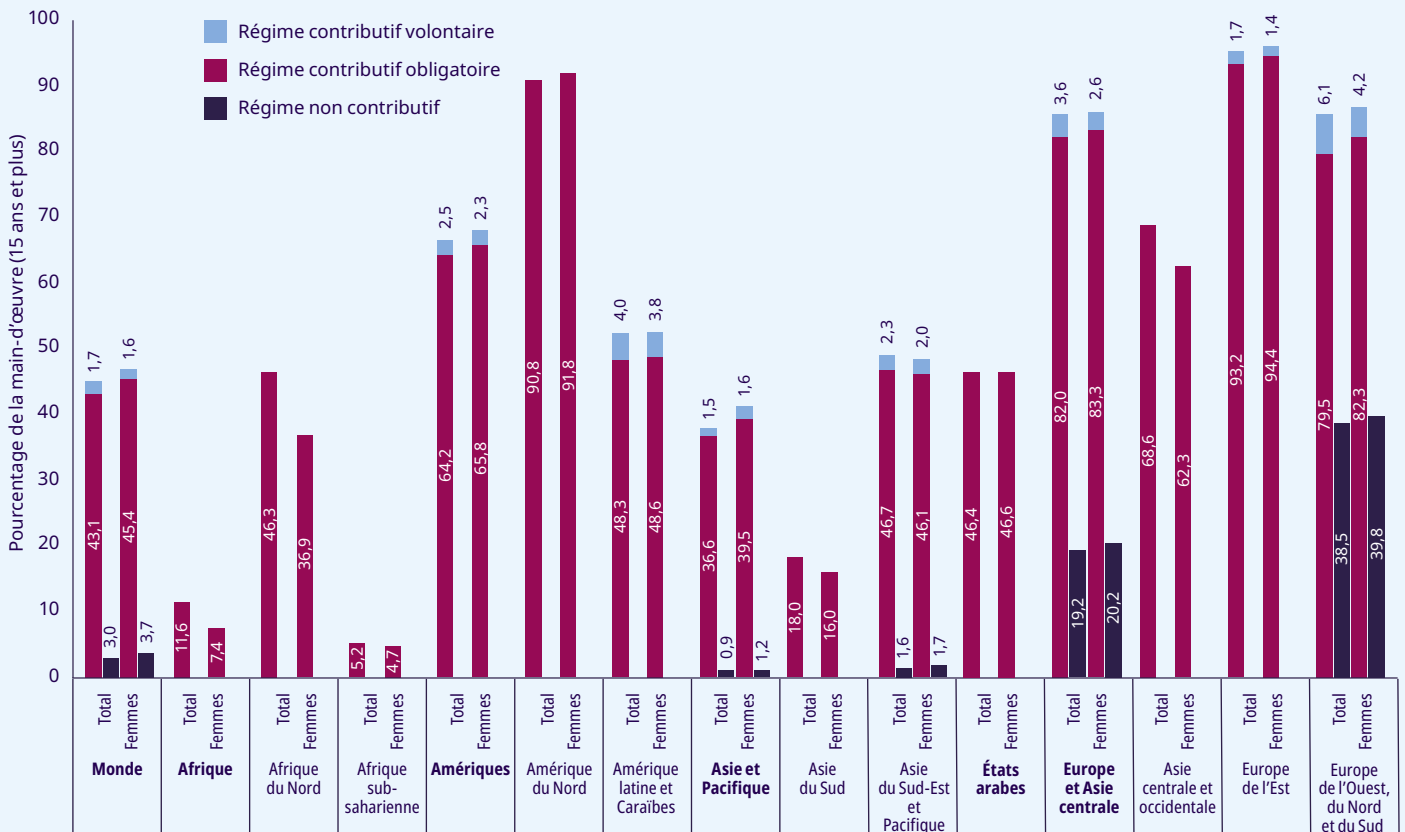
Couverture légale

Moins de la moitié de la population active mondiale bénéficie d'une protection contre le chômage grâce à des régimes, contributifs ou non, inscrits dans la législation nationale (assurance sociale obligatoire ou optionnelle) (voir figure 4.28)²². Les taux de couverture légale obligatoire de la main-d'œuvre vont de 11,6 pour cent (Afrique), 36,6 pour cent (Asie-Pacifique), 46,4 pour cent

(États arabes), 64,2 pour cent (Amériques) à 82 pour cent (Europe et Asie centrale). À l'échelon mondial, les travailleuses bénéficient plus souvent que les hommes d'une protection légale (50,7 pour cent). Ainsi, en Thaïlande et au Viet Nam, les régimes d'assurance-chômage couvrent proportionnellement plus de travailleuses que de travailleurs, dont bon nombre sont employés dans des secteurs d'activité relevant généralement de l'économie formelle.

²² Souvent, la couverture optionnelle prévue par la loi ne se traduit pas en couverture effective, pour diverses raisons.

► **Figure 4.28 Couverture légale de la protection contre le chômage: pourcentage de la main-d'œuvre (15 ans et plus) couverte par des prestations de chômage en espèces, par région, sous-région, sexe et type de régime, 2020 ou dernière année disponible**



Note: Estimations mondiales et régionales estimatives pondérées en fonction de la main-d'œuvre (15 ans et plus).

Sources: BIT, [World Social Protection Database](#), à partir de l'enquête du BIT sur la sécurité sociale (Social Security Inquiry – SSI); AISS/SSA, [Social Security Programs Throughout the World](#); ILOSTAT; sources nationales.

Lien: <https://wspr.social-protection.org>.

Couverture effective: suivi de l'indicateur 1.3.1 des ODD (protection contre le chômage)

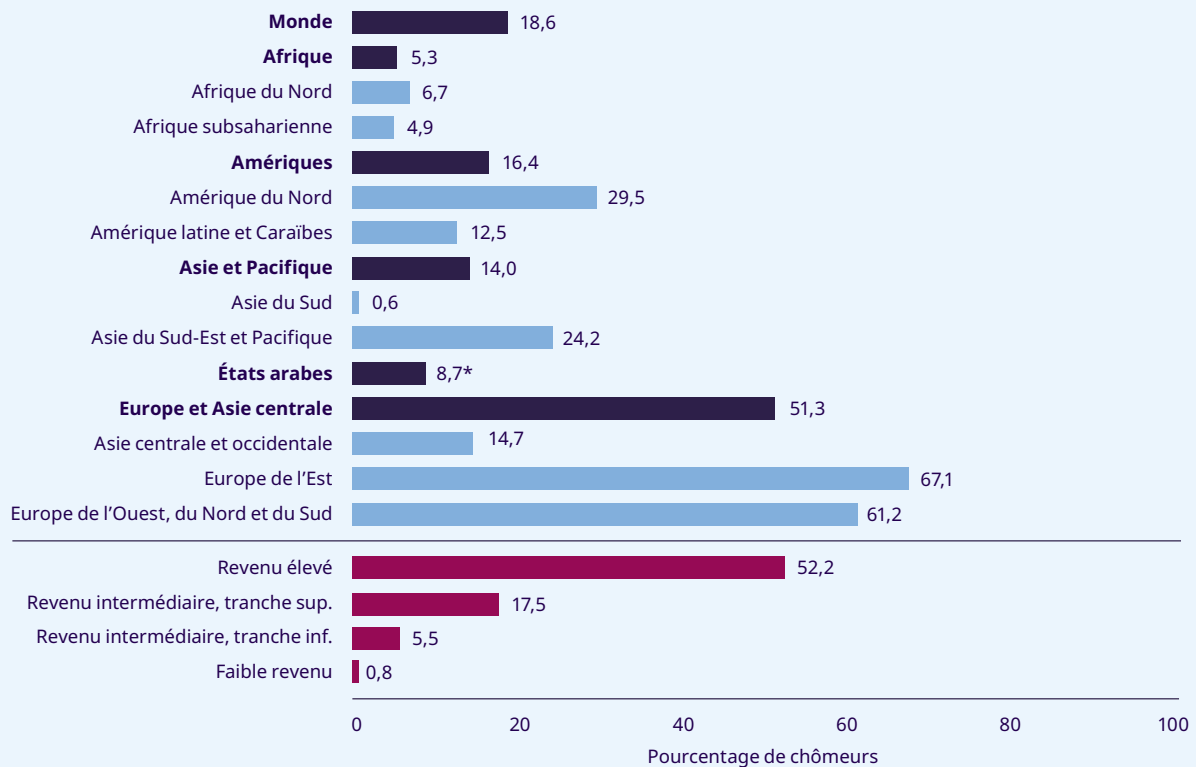
À l'échelon mondial, seuls 18,6 pour cent des chômeurs bénéficient effectivement d'allocations de chômage (indicateur 1.3.1 des ODD), avec de fortes disparités régionales (figures 4.29 et 4.30). Alors que 51,3 pour cent des chômeurs en Europe et en Asie centrale perçoivent des allocations de chômage (y compris des prestations non

contributives), les taux correspondants se limitent à 16,4 pour cent dans les Amériques et 14 pour cent dans la région Asie-Pacifique; ils atteignent péniblement 8,7 et 5,3 pour cent, respectivement, dans les États arabes et en Afrique.

Même dans les pays qui ont mis en place un régime d'indemnisation du chômage, le nombre de chômeurs qui perçoivent effectivement des prestations périodiques en espèces reste relativement faible (figures 4.29 et 4.30)²³. Dans la plupart de ces

²³ Certaines personnes qui ne sont pas couvertes par le régime d'assurance-chômage peuvent toutefois bénéficier d'autres prestations, par exemple des allocations du régime général d'assistance sociale.

► **Figure 4.29 Indicateur 1.3.1 des ODD – couverture effective du chômage: pourcentage de chômeurs percevant des prestations en espèces, par région, sous-région et niveau de revenu, 2020 ou dernière année disponible**



* À interpréter avec prudence: estimations basées sur des données déclarées représentant moins de 40 pour cent de la population.

Notes: Voir l'annexe 2 pour une explication de la méthodologie. Estimations mondiales et régionales pondérées en fonction du nombre de chômeurs. Les estimations ne sont pas strictement comparables aux estimations régionales de 2016 pour plusieurs raisons: améliorations méthodologiques, données plus nombreuses, révisions effectuées par les pays.

Sources: BIT, [World Social Protection Database](https://wsp.spr.social-protection.org), à partir de l'enquête du BIT sur la sécurité sociale (Social Security Inquiry – SSI); ILOSTAT; sources nationales.

Lien: <https://wsp.spr.social-protection.org>.

pays (55), moins d'un tiers des chômeurs touchent effectivement des indemnités de chômage, ce qui peut s'expliquer par diverses raisons: l'absence de régime de protection contre le chômage dans de nombreux pays; l'exclusion de certaines catégories de travailleurs du champ d'application de la loi; les taux élevés de chômage de longue durée; et les conditions restrictives d'admissibilité²⁴.

Un regain d'intérêt pour l'élargissement des mesures d'aide aux chômeurs: tendances mondiales

Les mesures de confinement prises dans le monde entier pour lutter contre la pandémie de COVID-19 ont provoqué un ralentissement ou l'arrêt de nombreuses activités commerciales, entraîné une réduction du temps de travail pour

²⁴ Le faible taux de couverture effective peut aussi s'expliquer par une période excessive de cotisations ouvrant droit aux prestations. Les conventions n°s 102 et 168 disposent que la période de cotisation ne doit pas être plus longue que nécessaire, afin d'éviter les abus. Les pays exigent généralement six ou douze mois de cotisations pour ouvrir le droit aux prestations.

► **Figure 4.30 Indicateur 1.3.1 des ODD – couverture effective du chômage: pourcentage de chômeurs percevant des prestations en espèces, 2020 ou dernière année disponible**

Pour des raisons techniques, cette figure est momentanément indisponible.

Veillez vous référer aux [tableaux statistiques](#) de ce rapport et à la base de données mondiale du BIT sur la protection sociale ([World Social Protection Database](#)) pour des informations actualisées.

* À interpréter avec prudence: estimations basées sur des données déclarées représentant moins de 40 pour cent de la population.

Notes: Estimations mondiales et régionales pondérées en fonction du nombre de chômeurs.

Les estimations ne sont pas strictement comparables aux estimations régionales de 2016 pour plusieurs raisons: améliorations méthodologiques, données plus nombreuses, révisions effectuées par les pays.

Sources: BIT, [World Social Protection Database](#), à partir de l'enquête du BIT sur la sécurité sociale (Social Security Inquiry – SSI); ILOSTAT; sources nationales.

Lien: <https://wspr.social-protection.org>.

des millions de travailleurs, voire le chômage pour de nombreux autres (BIT, 2020j; OCDE, 2020; ONU, 2020d). Le BIT estime que 255 millions d'emplois à plein temps ont disparu en 2020 par rapport au quatrième trimestre de 2019, soit environ quatre fois plus que lors de la crise financière mondiale de 2009 (BIT, 2021k). Les gouvernements ont donc rapidement étendu les dispositifs existants et adopté de nouvelles mesures pour protéger l'emploi et les revenus de la population et empêcher une explosion de la pauvreté et de la vulnérabilité.

En réponse à la pandémie, quelque 95 pays ont mis en œuvre en 2020 des mesures de protection contre le chômage et 110 ont adopté des dispositifs de protection de l'emploi ou des revenus (BIT, 2020x)²⁵. Les pays à haut revenu pouvaient s'appuyer dans une certaine mesure sur le régime d'assurance-chômage existant, mais ont

néanmoins dû étendre en urgence la protection sociale, notamment en ajustant les critères d'admissibilité et en élargissant l'assistance sociale aux personnes non couvertes auparavant. Les pays à revenu intermédiaire-faible qui ne possédaient pas de régime d'assurance-chômage ont mis en place dans l'urgence des mécanismes non contributifs (voir la section 3.2). La crise a également révélé les limites des systèmes fondés sur les indemnités de licenciement (voir encadré 4.22). Il est difficile d'évaluer précisément les répercussions de la pandémie de COVID-19 sur les marchés du travail et les travailleurs, mais force est de constater qu'elles sont préoccupantes, au moins dans l'immédiat. Les gouvernements doivent prolonger les dispositions déjà adoptées, y compris les mesures d'urgence, afin d'aider les travailleurs à conserver un lien avec le marché du travail et à reprendre leur activité dès que l'économie se remettra en marche. Il

²⁵ Les mesures de protection contre le chômage englobent toutes les prestations versées à une personne protégée qui a perdu son emploi rémunéré, tandis que les mesures de protection de l'emploi/des revenus comprennent les subventions salariales, les programmes de chômage partiel et les autres dispositifs assimilés liés au marché du travail et qui n'entrent pas dans les autres catégories, par exemple les allocations de chômage ou les prestations de maladie.

conviendrait de compléter ces mesures par des politiques budgétaires expansionnistes, comme le font actuellement les pays à haut revenu (voir les sections 3.2 et 3.3). Les pays à faible revenu qui disposent d'une marge fiscale restreinte auront besoin d'une aide internationale pour appliquer des politiques budgétaires anticycliques.

Rationalisation et extension des régimes de protection contre le chômage dans les pays à revenu élevé

Les régimes d'assurance-chômage restent la branche de la sécurité sociale la moins développée au niveau mondial.

Les régimes d'assurance-chômage, qui sont essentiellement l'apanage des pays à revenu élevé, restent la branche de la sécurité sociale la moins développée au niveau mondial. La crise économique de 2008-09 avait contraint les gouvernements à renforcer les mécanismes de protection contre le chômage; toutefois, les mesures d'austérité adoptées dans son sillage ont ralenti l'extension de ces dispositifs à

plusieurs catégories de travailleurs, notamment ceux qui sont embauchés en vertu de contrats non traditionnels, jusqu'à ce que la crise du COVID-19 souligne à nouveau la nécessité de ces mesures. Ainsi, avant la crise sanitaire, certains pays avaient augmenté la durée minimale de cotisation (France), relevé les seuils de rémunération assurable (Finlande), réduit la durée maximale des prestations (Finlande et Pays-Bas), baissé le niveau des allocations (Espagne et Grèce) ou durci les conditions d'admissibilité aux prestations de chômage (Belgique, Estonie, Hongrie et Tchéquie) (BIT, 2017f). De nombreux États membres de l'UE ont resserré les exigences concernant la recherche d'emploi ou la participation aux PAMT pour les bénéficiaires d'allocations de chômage

(BIT et CE, 2015). Ces mesures peuvent effectivement accélérer l'insertion ou le retour sur le marché du travail; en revanche, le resserrement des conditions d'admissibilité peut faire baisser le taux effectif de couverture et limiter l'effet stabilisateur économique (BIT, AISS et OCDE, 2021; Esser *et al.*, 2013; Langenbucher, 2015). Pareillement, le durcissement des exigences en matière de recherche d'emploi peut s'avérer efficace pour aider les travailleurs à sortir du chômage, mais pas nécessairement pour accéder à un emploi stable ou de meilleure qualité (BIT, 2019j; Petrongolo, 2009).

Plusieurs pays (tels le Koweït et Oman) ont introduit un nouveau régime d'assurance-chômage, ou assoupli les critères d'admissibilité du régime existant. D'autres gouvernements ont étendu le champ d'application de la loi à de nouvelles catégories de travailleurs, à savoir: les travailleurs domestiques (Chili)²⁶; les artistes (France, Irlande) (Galian, Licata et Stern-Plaza, 2021); les travailleurs indépendants (Grèce, Italie, République de Corée) (BIT, 2017f). D'autres pays ont réduit la durée minimale de cotisation pour les contrats temporaires (par exemple Autriche, Slovaquie) ou la période de carence (Canada).

Plus récemment, plusieurs pays se sont inspirés de la convention n° 168 (art. 8 et 26) pour cibler certaines catégories de travailleurs qui rencontrent des difficultés particulières en matière d'emploi. La crise du COVID-19 a particulièrement touché les jeunes, trois fois plus exposés au chômage que les adultes, notamment ceux qui sont en phase de transition entre l'école et le monde du travail (BIT, 2017a). Pour y remédier, plusieurs pays avaient déjà étendu leur régime de protection contre le chômage avant la crise, par exemple en assouplissant ou en abolissant les critères d'admissibilité²⁷, comme le Portugal, la Roumanie et la Slovaquie²⁸. En outre, dans de nombreux pays (y compris l'Autriche²⁹, la France³⁰, Malte³¹, l'Italie³²

²⁶ <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1149644>.

²⁷ Conformément à la recommandation n° 176 qui dispose que les périodes de cotisation devraient être adaptées ou supprimées pour les nouveaux demandeurs d'emploi.

²⁸ Une période d'assurance d'au moins six mois durant les vingt-quatre derniers mois donne droit à une allocation de chômage de deux mois pour les chômeurs de moins de 30 ans.

²⁹ L'Autriche a mis en place des mesures éducatives spéciales pour les jeunes, notamment l'introduction en 2017 d'une obligation de formation pour les jeunes de moins de 18 ans qui ont quitté le système scolaire.

³⁰ Les jeunes âgés de 16 à 25 ans qui rencontrent des difficultés bénéficient d'un large éventail de mesures: aide à la recherche d'emploi, aide financière, programmes d'éducation et d'insertion professionnelle adaptés.

³¹ Pour avoir droit aux allocations, les chômeurs de moins de 23 ans sont tenus de s'inscrire au Youth Guarantee Scheme, qui propose des formations aux compétences nécessaires pour intégrer le marché du travail (CE, 2021).

³² Le Programme national de garantie investit dans des mesures proactives d'orientation, d'éducation, de formation et de placement pour les jeunes chômeurs ou ceux qui suivent des études ou une formation.

et la Slovaquie³³), les jeunes peuvent suivre une formation pour acquérir des compétences leur permettant de s'insérer sur le marché du travail tout en percevant une allocation. Les exigences relatives aux périodes minimales de cotisation entravent l'accès aux allocations de chômage non seulement pour les jeunes, mais aussi pour les primo-accédants au marché du travail et ceux qui occupent un emploi non traditionnel (travail à court terme ou à temps partiel; travail indépendant déguisé; etc.).

Par ailleurs, certains pays à revenu élevé ont pris diverses dispositions ciblant les travailleurs âgés conformément aux normes internationales, notamment: majoration des prestations au moyen d'un complément pour ancienneté (Autriche, Belgique); prolongation de la durée des droits (France, Grèce, Lituanie); droit à une pension de vieillesse, ou à des prestations équivalentes, par le biais d'un dispositif de préretraite ou de transition³⁴. D'autres gouvernements ont adopté des mesures en faveur des personnes handicapées (Allemagne, Luxembourg), des parents de jeunes enfants (Japon, Malte) ou des femmes (Espagne, Pologne) (BIT, 2019i; 2011a).

Enfin, prévoyant que la crise du COVID-19 ferait augmenter le chômage et l'inactivité de longue durée (BIT, 2021k), certains pays (Chypre, Grèce et Lettonie) ont adopté des mesures spéciales pour les chômeurs de longue durée, par exemple en prolongeant les aides auxquelles ils ont droit s'ils satisfont aux conditions de ressources fixées par la législation (BIT, 2019j; 2015a), ou en créant des programmes publics d'emploi, comme l'Autriche, la France, la Hongrie, l'Irlande et la Slovaquie (BIT et CE, 2015). Il importe que les primo-accédants au marché du travail et ceux qui le réintègrent après une période d'inactivité économique bénéficient de prestations sociales adaptées, accompagnées de mesures les aidant à développer leurs compétences et leur employabilité³⁵.

Extension graduelle de la protection contre le chômage dans les pays à revenu faible-intermédiaire

La plupart des pays à revenu faible et intermédiaire ont tendance à s'appuyer uniquement sur les indemnités de licenciement pour protéger les travailleurs qui perdent leur emploi. Toutefois, ces indemnités ne constituent pas pour autant des prestations prévisibles fondées sur le principe de mutualisation des risques, mais dépendent de plusieurs facteurs: l'existence d'une relation contractuelle, la solvabilité de l'employeur et la capacité des travailleurs à en obtenir le paiement. En outre, ces indemnités ne sont pas liées aux politiques de soutien de l'emploi (voir encadré 4.22) (Asenjo et Pignatti, 2019; Kuddo, Robalino et Weber, 2015; Peyron Bista et Carter, 2017). Avant même la crise du COVID-19, plusieurs pays avaient engagé une réflexion afin de substituer un régime d'assurance-chômage au système fondé sur les indemnités de licenciement, ce qui a suscité un intérêt croissant, en dépit de certaines réticences, notamment chez les partenaires sociaux. Le dialogue social est essentiel afin de décider si ces dispositifs doivent avoir un caractère complémentaire ou exclusif, tout en tenant compte des intérêts des employeurs et des travailleurs.

Certains pays qui disposaient d'un régime d'assurance-chômage en ont étendu le champ d'application à certains travailleurs auparavant exclus, comme les jeunes (Ukraine), les personnes en période de formation (Afrique du Sud)³⁶, les travailleurs domestiques (Afrique du Sud) et les travailleurs indépendants (Jordanie). Comme dans les pays à revenu élevé, l'octroi des prestations d'assurance sociale est souvent lié à des programmes de formation et à des mesures d'aide à l'emploi (Malaisie, Viet Nam)³⁷, dont la mise en œuvre pose parfois des difficultés.

Dans certains pays à revenu intermédiaire, notamment en Amérique latine, les comptes d'épargne individuels obligatoires ou les indemnités de licenciement gérées dans le cadre de ces comptes d'épargne individuels sont vus comme

³³ Des prestations destinées à aider les diplômés à acquérir une expérience professionnelle sont versées aux diplômés sans emploi âgés de moins de 26 ans inscrits au programme Graduate Experience (vingt heures hebdomadaires, pendant trois à six mois) (CE, 2021).

³⁴ Aux termes du paragraphe 19 de la recommandation n° 176: «Lorsque la durée de versement des indemnités est limitée par la législation nationale, elle devrait être prolongée, dans des conditions prescrites, jusqu'à l'âge d'admission à pension de vieillesse pour les chômeurs ayant atteint un âge prescrit précédant l'âge d'admission à pension de vieillesse».

³⁵ Article 26, convention n° 168.

³⁶ Loi n° 10 de 2016 portant modification de l'assurance-chômage.

³⁷ Loi vietnamienne sur l'emploi (loi n° 38/2013/QH13).

une solution de rechange ou un complément aux régimes de chômage basés sur l'assurance sociale (par exemple Chili, Colombie, Costa Rica, Équateur, Honduras et Pérou). Les pays où l'emploi informel est très répandu et qui ne possèdent pas un système fiable de vérification des conditions d'admissibilité encourageant ces dispositifs, en partant du principe qu'ils limiteraient l'aléa moral (Robalino, Vodopivec et Bodor, 2009). Toutefois, ils n'offrent généralement pas une protection adéquate aux travailleurs les plus exposés au chômage, qui ne peuvent accumuler une épargne suffisante dans leur compte (voir encadré 4.22).

Les disparitions d'emplois et le ralentissement économique dus au COVID-19 ont mis en évidence les lacunes des programmes de soutien aux chômeurs dans de nombreux pays et territoires à revenu faible et intermédiaire, y compris pour les travailleurs de l'économie informelle, ce qui a incité les partenaires sociaux de plusieurs pays (par exemple Bangladesh, Eswatini, Indonésie, Liban, Ouzbékistan, Sainte-Lucie, territoire palestinien occupé et Tunisie) à engager des discussions tripartites afin d'évaluer la faisabilité d'un régime d'assurance-chômage. Toutefois, la structure du marché du travail entrave l'extension de ces régimes dans bon nombre de ces pays et territoires, notamment: les niveaux élevés d'informalité et de sous-emploi; le pourcentage élevé d'emplois à court terme, saisonniers et à temps partiel; le grand nombre de personnes travaillant pour plusieurs employeurs ou à leur compte, notamment les femmes; les lacunes ou l'absence de politiques d'emploi et de services d'accompagnement (Peyron Bista et Carter, 2017). À moins que les autorités n'accompagnent le processus d'extension des prestations de chômage par des politiques visant à promouvoir l'emploi et la transition vers l'économie formelle, les régimes d'assurance-chômage n'atteindront vraisemblablement pas leurs objectifs, à savoir protéger les travailleurs exposés au chômage et engager un cercle vertueux de création d'emplois décents. En outre, il importe d'inscrire les politiques de l'emploi dans une démarche plus globale, incluant les politiques macroéconomiques, commerciales, industrielles et d'investissement (BIT, 2011a).

La coordination des régimes de protection contre le chômage avec les PAMT est un important gage d'efficacité et un levier essentiel pour empêcher les personnes vulnérables de basculer dans la pauvreté et l'informalité (Peyron Bista et Carter, 2017; Pignatti Morano, 2016). Ces politiques

d'appoint comprennent des dispositifs associant les prestations en espèces à divers programmes, par exemple: le développement des compétences (Malaisie, Pakistan); la formation à l'entrepreneuriat, les stages subventionnés et les programmes de tutorat pour les jeunes (Égypte, Jordanie, Tunisie, Yémen); la formation à l'entrepreneuriat et aux compétences non techniques pour les femmes (Égypte, Jordanie); les programmes destinés aux parents de jeunes enfants (Bulgarie, Fédération de Russie, Pakistan), aux migrants et aux personnes déplacées de force (Liban); les programmes ciblant les chômeurs de longue durée (Bulgarie); les programmes de garantie d'emploi et les autres dispositifs publics d'emploi (Afrique du Sud, Éthiopie, Inde, Kenya, Ouzbékistan, Pakistan et Rwanda) (Bird et Silva, 2020; BIT, 2019i; 2014c; Peyron Bista et Carter, 2017). Ces programmes peuvent améliorer la sécurité de revenu en offrant un travail rémunéré et l'accès à certaines prestations sociales aux chômeurs ou aux travailleurs sous-employés, notamment dans les pays où l'informalité est élevée et les mesures d'activation défaillantes (par exemple Afrique du Sud, Argentine, Éthiopie, Inde, Mexique et Pakistan), contribuant ainsi à leur transition vers l'économie formelle (ISPA, sans date; Lieuw-Kie-Song, 2011; Philip *et al.*, 2020)³⁸.

Les gouvernements qui envisagent d'adopter et de mettre en œuvre un régime d'assurance-chômage doivent être conscients des difficultés techniques et administratives que cela suppose. Les PAMT sont un rouage essentiel du bon fonctionnement des régimes d'assurance-chômage; toutefois, la fragmentation programmatique et institutionnelle est souvent source de doublons et d'inefficacité dans les pays en développement (Bird et Silva, 2020); par ailleurs, leurs capacités financières, techniques et administratives insuffisantes ne leur permettent pas d'offrir des services efficaces de placement et d'information sur le marché du travail (Davern, 2020). Compte tenu de l'ampleur de ces défis, il est essentiel d'engager un dialogue social constructif, s'appuyant sur un examen approfondi de la situation socio-économique et des conditions du marché du travail, afin d'évaluer les difficultés techniques et administratives susceptibles d'entraver la mise en



Il est essentiel d'engager un dialogue social constructif afin d'évaluer les difficultés techniques et administratives susceptibles d'entraver la mise en place d'un régime d'assurance-chômage.

³⁸ <https://ispatools.org/public-works/>.

place d'un régime d'assurance-chômage, y compris la nécessité de services d'emploi efficaces et la réalisation progressive de la protection sociale universelle, en s'attachant notamment à la situation des pauvres et des travailleurs de l'économie informelle³⁹.

Garantir la sécurité de revenu et soutenir l'économie pendant les crises: condition essentielle d'une transition juste

Lorsque la crise du COVID-19 s'atténuera, les travailleurs devront être professionnellement plus mobiles, ce qui suppose de mettre en place de solides systèmes de protection sociale assurant la sécurité de revenu des personnes exposées au chômage parce qu'elles travaillent dans des secteurs d'activité économique touchés par le dérèglement climatique, les mutations structurelles induites par la transition verte (BIT, 2018f, 2015b), les nouvelles technologies et l'automatisation. En outre, les gouvernements devront mettre en place un éventail complet de programmes de formation et de recyclage, ainsi que des services de placement efficaces facilement accessibles aux travailleurs, afin que ces derniers puissent conserver un lien avec le marché du travail et ne connaissent pas de longues périodes de chômage et d'inactivité, notamment dans le sillage de la

pandémie de COVID-19 (BIT, 2021k). En aidant les travailleurs à rester professionnellement mobiles et à se reconvertir, les régimes d'assurance-chômage favorisent également les mutations structurelles et la productivité de l'économie (Behrendt, 2014; Berg et Salerno, 2008; BIT, 2011b), sans perdre de vue les objectifs de durabilité environnementale (BIT, 2016b).

La crise du COVID-19 a accentué les inégalités et rendu l'avenir plus incertain pour les travailleurs précaires et les jeunes, notamment ceux qui sont en phase de transition entre l'école et le travail, ou qui entament leur vie professionnelle. Les gouvernements doivent agir dans l'urgence pour les aider à acquérir une expérience professionnelle et à maintenir le lien avec le marché du travail.

Réussir une transition juste suppose de renforcer les régimes de protection contre le chômage au moyen de mécanismes de financement mixtes (impôts et cotisations), tout en offrant des cours de formation et de perfectionnement, des services de placement et d'autres mesures permettant d'aider les entreprises et les travailleurs dans les secteurs d'activité touchés par les transformations du monde du travail, que la crise sanitaire a accélérées dans certains cas, par exemple en raison du recours accru aux nouvelles technologies dans certains secteurs (BIT, 2021q).

³⁹ Recommandation n° 176 de l'OIT, paragr. 26 et 27.

► 4.3 Protection sociale des personnes âgées: pensions et autres prestations de vieillesse hors santé

- Les pensions de vieillesse représentent la forme de protection sociale la plus répandue dans le monde et constituent un volet essentiel de la cible 1.3 des ODD. À l'échelle mondiale, 77,5 pour cent des personnes ayant atteint l'âge de départ à la retraite perçoivent une pension, contributive ou non contributive. De fortes disparités subsistent toutefois entre les régions, entre zones rurales et zones urbaines, ainsi qu'entre les femmes et les hommes.
- Les systèmes de protection vieillesse se composent souvent d'une combinaison de régimes contributifs et non contributifs destinés à assurer une sécurité de revenu aux personnes âgées. Tout à la fois l'expression et le résultat de la solidarité sociale, ils sont un mécanisme de redistribution essentiel qui permet aux États de réparer de multiples injustices de la société, à condition qu'ils soient financés de manière durable dans un souci de justice sociale et d'équité.
- Dans les pays où une part importante de la population tire ses moyens de subsistance de l'économie informelle et qui ont de ce fait du mal à étendre leurs régimes contributifs, l'instauration de pensions financées par l'impôt a permis d'étendre la couverture à des catégories de la population qui en étaient privées jusque-là, les femmes notamment. Le plus souvent, toutefois, ces prestations ne sont pas inscrites dans la législation et n'offrent pas un niveau de sécurité élémentaire de revenu suffisant pour garantir une vie digne.
- Dans les pays en développement, des efforts considérables ont été déployés pour étendre les systèmes de protection vieillesse et parvenir à une couverture universelle. L'universalité a été atteinte dans un grand nombre de pays, y compris à revenu faible ou intermédiaire, dans le cadre de socles nationaux de protection sociale.
- Les tendances observées varient sensiblement d'une région du monde à l'autre, et même d'un pays à l'autre au sein d'une même région. Pour les pays dotés de systèmes de protection sociale complets et matures, qui ont une population vieillissante, le principal enjeu est de préserver l'équilibre entre viabilité financière et adéquation des prestations de vieillesse. À l'autre extrémité, de nombreux pays ont encore du mal à étendre leur système de protection vieillesse et à le financer en raison d'obstacles structurels qui tiennent, entre autres, à leur niveau de développement, à l'ampleur de l'économie informelle, à une faible capacité contributive, à la pauvreté et à des moyens budgétaires insuffisants.

- ▶ S'il est important d'étendre la protection vieillesse à des catégories de la population non couvertes, il l'est tout autant de veiller à ce que les prestations soient suffisantes pour assurer aux bénéficiaires des conditions de vie saines et convenables.
- ▶ Les femmes, les personnes occupant des emplois faiblement rémunérés ou précaires, les travailleurs des plateformes numériques et les migrants ne bénéficient pas toujours d'un niveau de prestations de vieillesse adéquat.
- ▶ Les régimes publics de retraite, fondés sur la solidarité et le financement collectif conformément aux normes de sécurité sociale de l'OIT, sont de loin la forme de protection vieillesse la plus répandue dans le monde. De nombreux pays procèdent à des réformes paramétriques de leurs systèmes contributifs afin de les adapter aux nouvelles réalités et d'assurer leur viabilité à long terme. Si elles ne sont pas à négliger, ces réformes n'ont qu'une portée limitée face à des phénomènes macroéconomiques tels que la compression des salaires, le gel des taux de cotisation, l'accroissement des inégalités et, enfin et surtout, le recul de la part du travail dans le revenu national.
- ▶ De plus en plus, les régimes de retraite publics sont complétés par des régimes à cotisations définies volontaires ou obligatoires (fondés sur l'épargne individuelle ou les comptes notionnels), dont l'objectif est d'améliorer le niveau des prestations selon les performances du marché ou de l'économie, mais sans garantie quant aux niveaux finalement assurés.
- ▶ La pandémie de COVID-19 a accentué la pression sur les coûts et le financement des régimes de retraite, mais ses répercussions ne devraient guère se faire sentir à long terme. La riposte massive des pays face à la crise a montré l'importance que revêtent les régimes de protection vieillesse et les soins de longue durée pour les personnes âgées, surtout en période de crise.

4.3.1 Assurer une sécurité de revenu aux personnes âgées pour rendre effectif leur droit à la sécurité sociale

La sécurité de revenu des personnes âgées est une dimension essentielle du droit humain à la sécurité sociale (voir encadré 4.23). Les régimes publics de protection vieillesse constituent le socle des systèmes visant à assurer une sécurité de revenu aux personnes âgées au moyen d'un ensemble de dispositifs fondés sur les droits. Cette sécurité dépend aussi de la disponibilité, de l'accessibilité et du coût de services sociaux tels

que les soins de santé, l'aide à domicile et les soins de longue durée.

La sécurité de revenu joue un rôle crucial pour les personnes âgées en les protégeant contre la pauvreté et en les rendant moins vulnérables, et elle est essentielle à la réalisation de la cible 1.3 des ODD et d'autres objectifs de développement durable. Afin de garantir qu'aucune personne âgée n'est laissée de côté, les décideurs doivent chercher à bâtir des systèmes de protection sociale complets et fondés sur le principe d'universalité. La recommandation n° 202 invite les États Membres à mettre en œuvre la combinaison la plus efficace de régimes de protection vieillesse contributifs et non contributifs afin de protéger l'ensemble de la population.

► Encadré 4.23 Normes internationales relatives aux pensions de vieillesse

Les droits des personnes âgées à la sécurité sociale et à un niveau de vie suffisant sont énoncés dans les principaux instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme, à savoir la Déclaration universelle des droits de l'homme (DUDH), 1948, et (de façon plus générale) le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC), 1966¹.

La convention n° 102, la convention n° 128 et la recommandation n° 131 qui l'accompagne constituent, avec la recommandation n° 202, un cadre de référence international pour les pensions de vieillesse et d'autres prestations de sécurité sociale visant à assurer des ressources et une sécurité de revenu aux personnes âgées ainsi que leur accès aux soins de santé. Elles prévoient le versement de prestations de vieillesse à des niveaux garantis, à l'issue d'une période minimale d'affiliation, et la révision régulière de leur montant afin de préserver le pouvoir d'achat des retraités. Les pensions peuvent être servies par le biais de régimes contributifs, de régimes non contributifs universels ou sous conditions de ressources ou bien par une combinaison de ces différents types de régimes. Les pensions contributives doivent assurer le maintien du revenu en garantissant un niveau de prestations minimal, ou taux de remplacement, qui correspond à un pourcentage prédéterminé des dernières rémunérations perçues. Les pensions non contributives, notamment celles versées sous conditions de ressources, doivent garantir une prestation d'un montant suffisant pour assurer à la famille du bénéficiaire des conditions de vie saines et convenables (convention n° 102, art. 67 c). Ensemble, ces prestations doivent garantir un socle national de protection sociale qui assure une vie digne aux personnes âgées dans le cadre de systèmes de protection sociale complets qui fournissent également un niveau de protection plus élevé.

Les normes internationales de sécurité sociale fournissent ainsi un cadre de référence pour la mise en place, le développement et le maintien de systèmes nationaux de pension de vieillesse adéquats. À l'heure où le vieillissement rapide de la population laisse présager des problèmes de financement, la recommandation n° 202 réaffirme la responsabilité générale et principale de l'État en matière de protection sociale, et notamment pour ce qui est d'assurer la viabilité financière, budgétaire et économique des systèmes de pension, compte dûment tenu de la justice sociale et de l'équité.

¹ DUDH, article 22 et 25 (1); PIDESC, article 9. Voir aussi ONU, 2008.

4.3.2 Typologie des régimes de protection vieillesse

Dans la pratique internationale, les systèmes de retraite sont organisés de multiples manières. Les normes de sécurité sociale de l'OIT soulignent la nécessité de faire coexister différents mécanismes en vue de parvenir à une couverture universelle (voir encadré 4.23). Les régimes publics de protection vieillesse ont fait la preuve de leur efficacité pour assurer une sécurité de revenu aux personnes âgées et combattre la pauvreté et les inégalités. La plupart des pays ont ajouté progressivement des éléments à leurs systèmes afin de garantir une pension minimale et ont instauré pour certains des mécanismes complémentaires visant à garantir un niveau de prestations plus élevé.

La très grande majorité des pays servent ainsi des pensions sous la forme d'une prestation périodique en espèces, par l'intermédiaire d'au moins un régime et, le plus souvent, d'une combinaison de différents types de régimes contributifs et non contributifs. Les quelques pays restants ne versent

pas de prestations périodiques, mais un montant forfaitaire par le biais d'un fonds de prévoyance ou d'un dispositif analogue. La combinaison de régimes contributifs et non contributifs est la forme d'organisation des systèmes de protection vieillesse la plus répandue dans le monde: c'est celle qui prévaut dans 106 des 195 pays (54 pour cent) pour lesquels des données sont disponibles (voir figure 4.31). Pour ce qui est des régimes non contributifs, 21 de ces 106 pays servent des prestations universelles à toutes les personnes ayant atteint un certain âge; et 85, des prestations soumises à conditions de ressources aux personnes âgées qui ne perçoivent pas d'autre pension par ailleurs.

Soixante-dix pays (36 pour cent pour lesquels des informations sont disponibles) ne possèdent que des régimes contributifs qui fonctionnent pour la plupart (67 pays) dans le cadre d'un système public d'assurance sociale et couvrent principalement les salariés et les travailleurs indépendants. Les régimes non contributifs sont le seul mécanisme de versement des pensions dans 14 pays, et ils offrent une couverture universelle dans 8 d'entre eux.

► Figure 4.31 Protection vieillesse (pensions) inscrite dans la loi, par type de régime, 2020 ou dernière année disponible

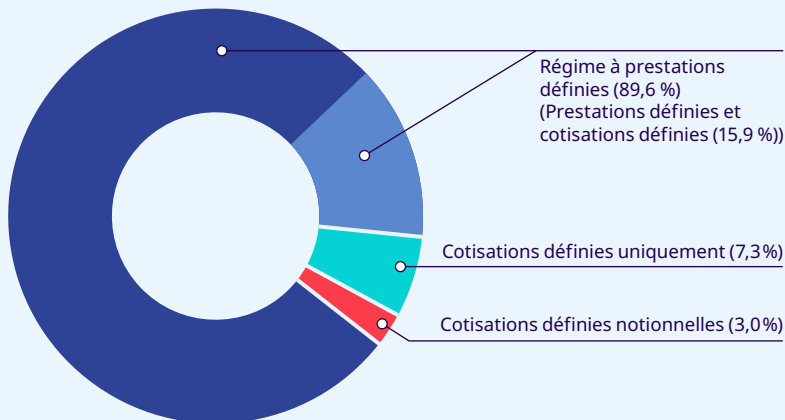
Pour des raisons techniques, cette figure est momentanément indisponible.

Veillez vous référer aux [tableaux statistiques](#) de ce rapport et à la base de données mondiale du BIT sur la protection sociale ([World Social Protection Database](#)) pour des informations actualisées.

Sources: BIT, [World Social Protection Database](#), à partir de l'enquête du BIT sur la sécurité sociale (Social Security Inquiry – SSI); AISS/SSA, [Social Security Programs Throughout the World](#); ILOSTAT; sources nationales.

Lien: <https://wspr.social-protection.org>.

► **Figure 4.32 Mécanismes de financement des pensions de vieillesse: pourcentage de pays possédant des régimes de retraites financés par des prestations définies et des cotisations définies**



Sources: BIT, [World Social Protection Database](#), à partir de l'enquête du BIT sur la sécurité sociale (Social Security Inquiry - SSI); ILOSTAT; sources nationales.

Lien: <https://wspr.social-protection.org>.

Pour ce qui est des régimes contributifs, ils sont fondés sur le principe du financement collectif et offrent des prestations définies dans la très grande majorité des pays (90 pour cent). Dans 1 pays sur 6 (16 pour cent), les régimes à prestations définies sont complétés par des régimes obligatoires à cotisations définies. Seuls 7,3 pour cent des pays ne possèdent que des régimes obligatoires à cotisations définies fondés sur des comptes individuels, et 3 pour cent sur des comptes notionnels (voir figure 4.32)⁴⁰.

4.3.3 Couverture légale

Malgré des progrès incontestables en matière d'extension de la couverture légale et de la couverture effective des systèmes de protection vieillesse dans le monde, des lacunes dans la couverture et des inégalités considérables persistent. Ainsi, 49,6 pour cent de la population mondiale en âge de travailler est légalement couverte par un régime contributif obligatoire ou volontaire et devrait donc pouvoir prétendre à une pension de vieillesse une fois atteint l'âge légal de

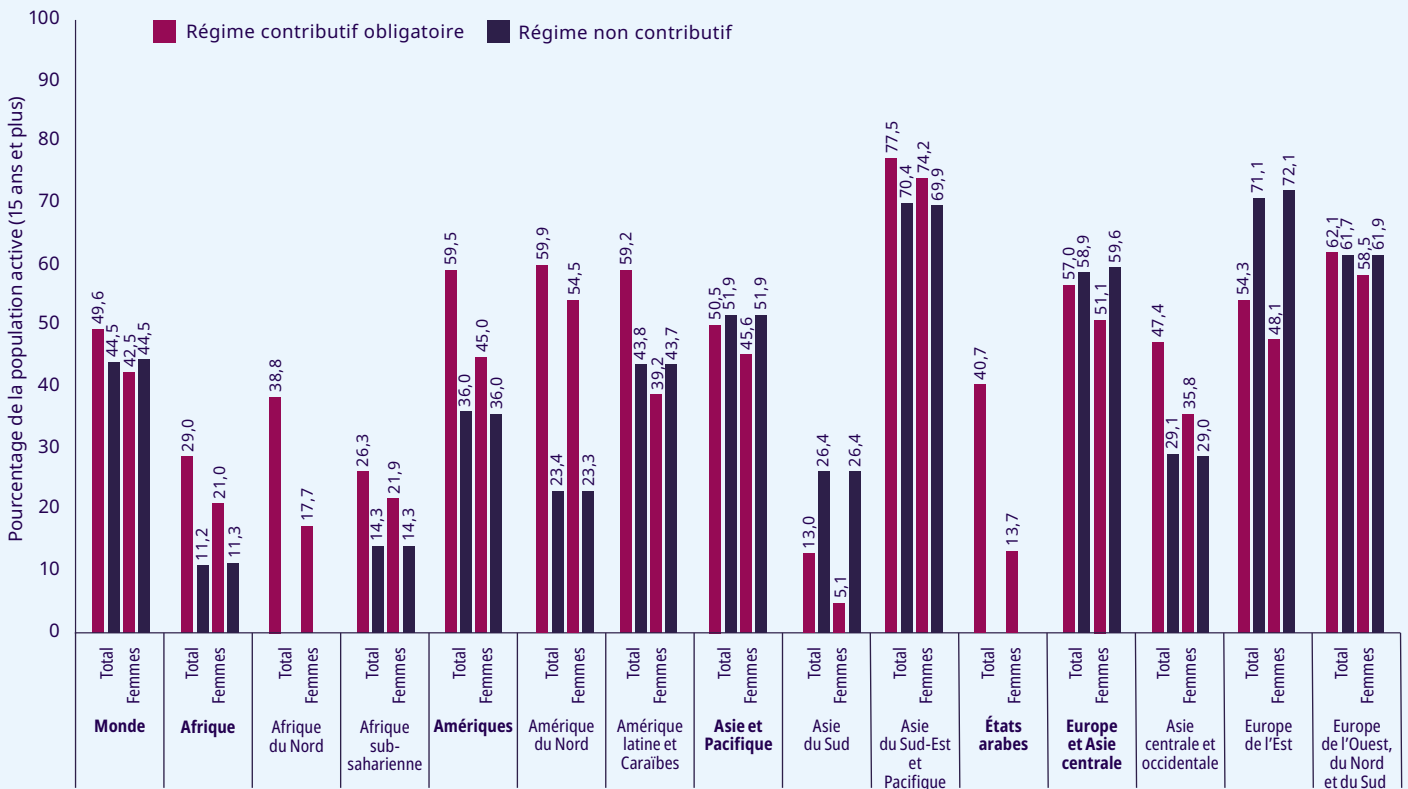
départ à la retraite. Par ailleurs, 44,5 pour cent de la population d'âge actif est légalement couverte par un régime non contributif et devrait pouvoir bénéficier de prestations une fois arrivée à l'âge de départ à la retraite (voir figure 4.33). Bien que les cadres juridiques nationaux prévoient souvent la possibilité de cotiser volontairement à un régime de retraite, très peu de personnes font ce choix, parce que cela vient grever leur budget et que la perspective du départ à la retraite leur paraît lointaine.

Les femmes sont nettement moins nombreuses à être légalement couvertes par un système contributif (42,5 pour cent) que l'ensemble de la population (49,6 pour cent). Cet écart est dû à leur taux d'activité plus faible et au fait qu'elles sont surreprésentées chez les travailleurs indépendants et les travailleurs familiaux collaborant à l'entreprise familiale (notamment dans l'agriculture), chez les travailleurs domestiques ou dans d'autres professions ou secteurs fréquemment

Des lacunes dans la couverture et des inégalités considérables persistent dans les systèmes de protection vieillesse.

⁴⁰ Un compte notionnel est un compte personnel d'épargne virtuel dans un système par répartition.

► **Figure 4.33 Couverture légale de la protection vieillesse: pourcentage de la population en âge de travailler (15 ans et plus) couvertes par un régime de retraite, par région, sous-région, sexe et type de régime, 2020 ou dernière année disponible**



Note: Estimations mondiales et régionales pondérées en fonction de la population en âge de travailler (15 ans et plus).

Sources: BIT, [World Social Protection Database](https://socialprotection.org/), à partir de l'enquête du BIT sur la sécurité sociale (Social Security Inquiry – SSI); AISS/SSA, [Social Security Programs Throughout the World](https://socialprotection.org/) (Les régimes de sécurité sociale dans le monde); ILOSTAT; sources nationales.

Lien: <https://wspr.social-protection.org>.

exclus du champ d'application de la législation en vigueur. Dans les États arabes, par exemple, la couverture légale des femmes n'est que de 13,7 pour cent, contre 40,7 pour cent pour l'ensemble de la population. En Afrique subsaharienne et en Afrique du Nord aussi, le taux

de couverture légale des femmes est inférieur à celui de l'ensemble de la population. Certaines de ces femmes peuvent avoir droit à une pension de réversion, mais celle-ci n'offre pas le même niveau de protection qu'une pension acquise à titre personnel.

4.3.4 Couverture effective: suivi de l'indicateur 1.3.1 des ODD pour les personnes âgées

La couverture effective des régimes de protection vieillesse se mesure au moyen de deux indicateurs complémentaires: la part de la population en âge de travailler qui cotise à un régime de retraite et la part de la population en âge de partir à la retraite qui perçoit effectivement des prestations.

► Couverture effective de la population en âge de travailler (cotisants)

La figure 4.34 présente deux indicateurs qui permettent d'apprécier dans quelle mesure les dispositions légales sont appliquées: les cotisants actifs rapportés à la population en âge de travailler et les cotisants actifs rapportés à la main-d'œuvre. Ils donnent

une estimation du niveau de couverture future pour les actifs et les personnes en âge de travailler qui cotisent à un régime contributif. Le problème est que, à l'échelle mondiale, à peine un tiers de la population en âge de travailler (32,5 pour cent) et un peu plus de la moitié de la main-d'œuvre (53,7 pour cent) cotisent à un régime de protection vieillesse (voir figures 4.34 et 4.35), cette proportion étant très variable selon les régions. Ainsi, en Afrique subsaharienne, seulement 8,9 pour cent de la main-d'œuvre cotise à l'assurance-vieillesse et acquiert des droits à une pension contributive, tandis que ce taux est de

88,3 pour cent en Europe de l'Ouest, du Nord et du Sud, et de 95,0 pour cent en Amérique du Nord.

Dans les pays à faible revenu, seule une très faible part des actifs occupés sont des salariés titulaires

d'un contrat de travail en bonne et due forme qui leur donne droit à un régime de protection vieillesse contributif. De ce fait, les cotisants actifs ne représentent que 6,6 pour cent de la main-d'œuvre. L'ampleur de l'économie informelle, la faible capacité contributive, l'évasion des cotisations, la fragilité des structures de gouvernance (notamment le manque de capacités institutionnelles pour veiller à l'application de la loi) expliquent aussi que, dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, un grand nombre de personnes âgées ne bénéficient pas d'une pension contributive.

Les efforts accomplis en vue d'étendre les régimes contributifs à toutes les personnes dotées d'une capacité contributive et, surtout, l'instauration de pensions non contributives dans de nombreux pays ont permis d'étendre la couverture aux travailleurs de l'économie informelle et de procurer ne serait-ce qu'un minimum de sécurité de revenu à la vieillesse aux personnes qui n'en bénéficiaient pas jusque-là.

► Couverture effective des personnes âgées (bénéficiaires)

La figure 4.36 indique la proportion de personnes âgées ayant atteint l'âge légal de départ à la retraite qui perçoivent une pension contributive ou non contributive.

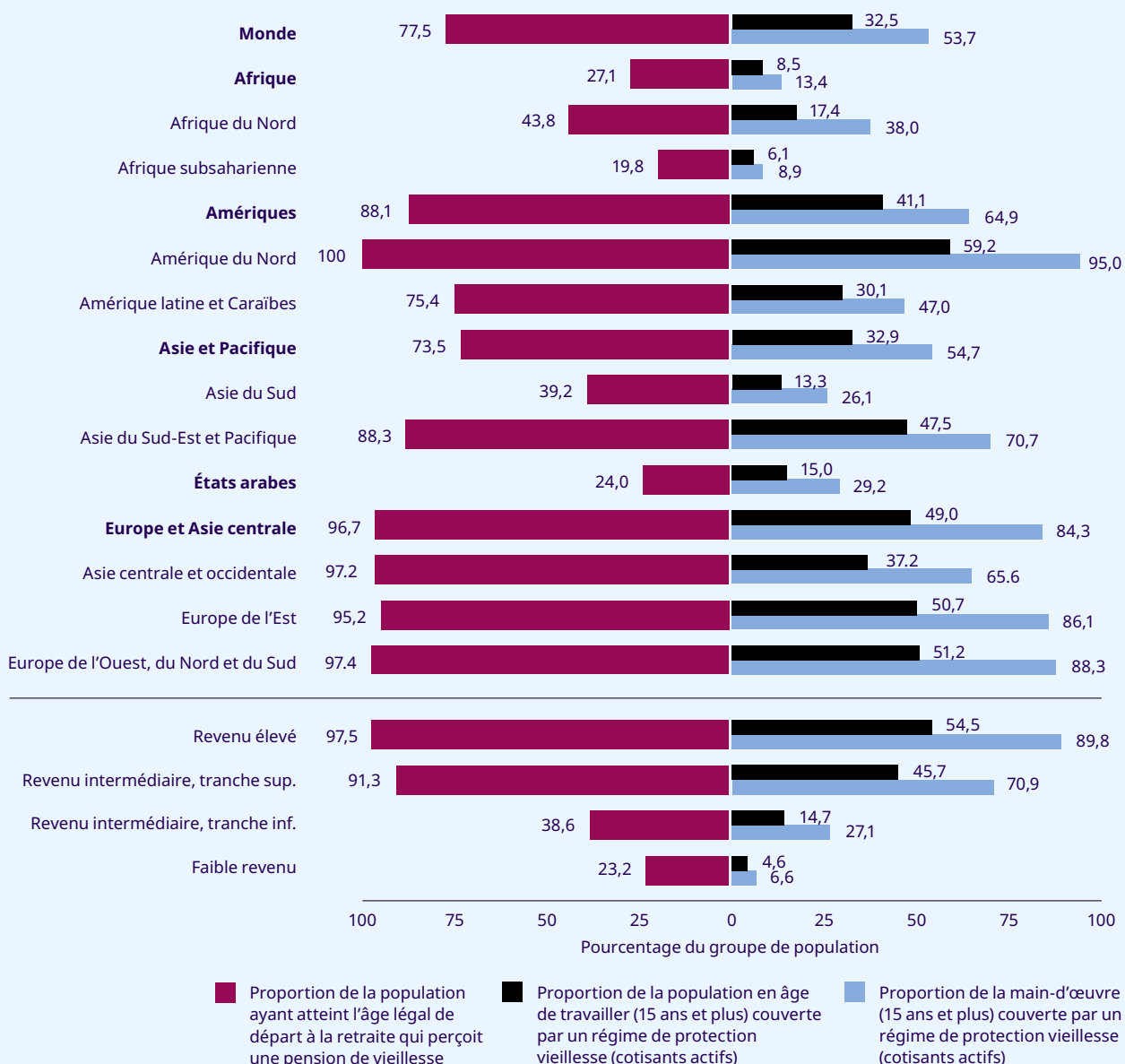
À l'échelle mondiale, 77,5 pour cent des personnes ayant atteint l'âge de départ à la retraite perçoivent une pension, contributive ou non contributive⁴¹. La protection du revenu des personnes âgées est donc la forme la plus répandue de protection sociale, et elle a considérablement progressé au cours des dernières années. Cette protection varie toutefois fortement d'une région à l'autre: le taux de couverture atteint 97,5 pour cent dans les pays à revenu élevé, mais n'est que de 19,8 pour cent en Afrique subsaharienne et de 39,2 pour cent en Asie du Sud (voir figure 4.36)⁴².

À l'échelle mondiale, à peine un tiers de la population en âge de travailler cotise à un régime de protection vieillesse.

⁴¹ Pondéré en fonction de la population totale.

⁴² Les données disponibles pour de nombreux pays ne permettant pas une ventilation détaillée des retraités par âge, l'indicateur calcule le nombre de bénéficiaires de pensions de vieillesse rapporté à la population ayant atteint l'âge légal de départ à la retraite.

► **Figure 4.34 Indicateur 1.3.1 des ODD – couverture effective de la protection vieillesse: pourcentage de la population ayant atteint l'âge légal de départ à la retraite qui perçoit une prestation de vieillesse et pourcentage de la main-d'œuvre (15 ans et plus) et de la population en âge de travailler (15 ans et plus) couvertes par un régime de retraite (cotisants actifs), par région, sous-région et niveau de revenu, 2020 ou dernière année disponible**

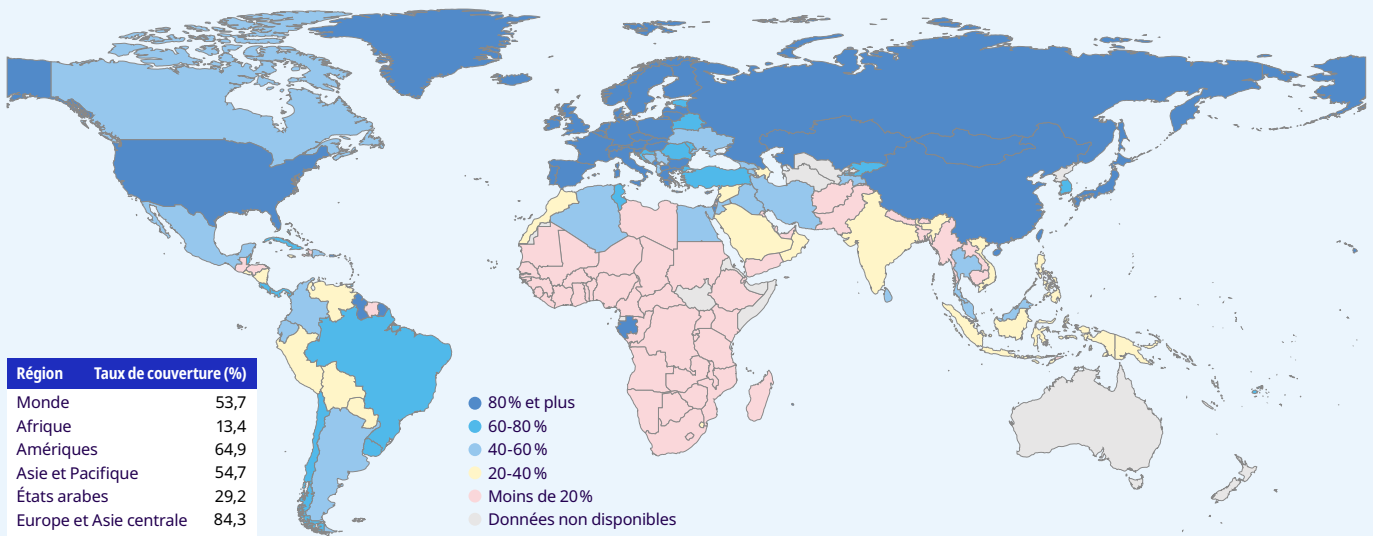


Notes: Voir l'annexe 2 pour plus d'informations sur la méthodologie. Pour les cotisants actifs, les estimations mondiales et régionales sont pondérées en fonction de la population en âge de travailler (15 ans et plus) et de la main-d'œuvre (15 ans et plus). Pour les bénéficiaires, les estimations régionales et mondiales sont pondérées en fonction de la population ayant atteint l'âge de départ à la retraite. Les estimations ne sont pas strictement comparables aux estimations régionales de 2016 en raison des améliorations méthodologiques, de la disponibilité accrue des données et des révisions des pays.

Sources: BIT, [World Social Protection Database](https://wsp.spr.social-protection.org), à partir de l'enquête du BIT sur la sécurité sociale (Social Security Inquiry – SSI); ILOSTAT; sources nationales.

Lien: <https://wsp.spr.social-protection.org>.

► **Figure 4.35 Couverture effective de la protection vieillesse: pourcentage de la main-d'œuvre (15 ans et plus) couverte par un régime de retraite (cotisants actifs), 2020 ou dernière année disponible**

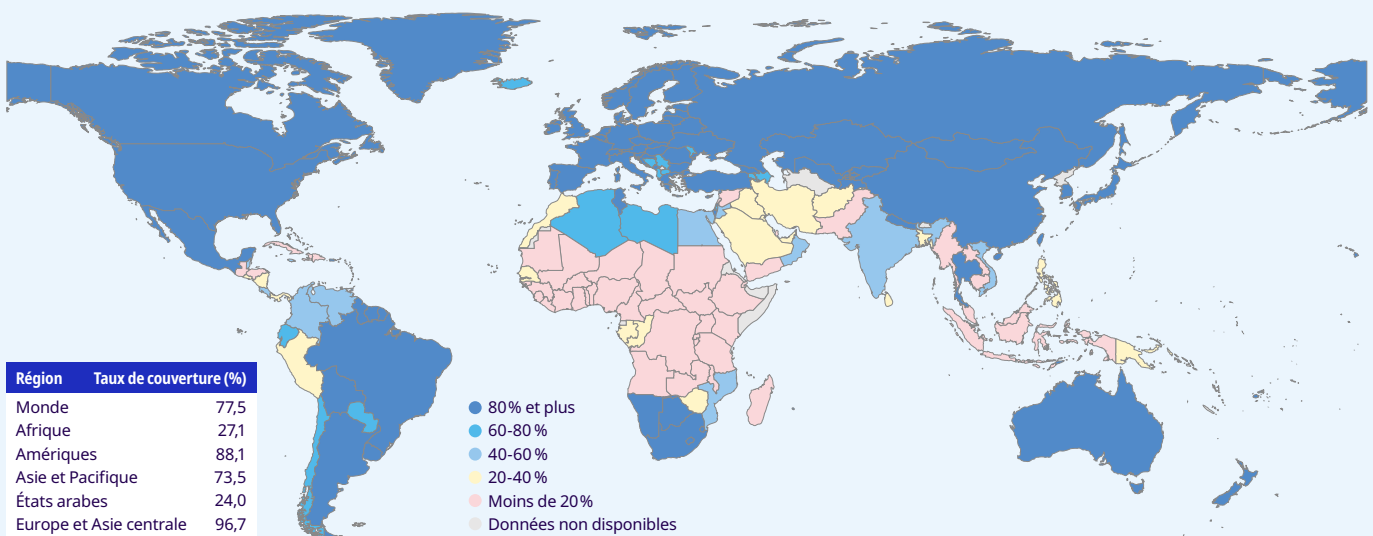


Note: Voir l'annexe 2 pour plus d'informations sur la méthodologie. Les estimations mondiales et régionales sont pondérées en fonction de la main-d'œuvre (15 ans et plus). Les estimations ne sont pas strictement comparables aux estimations régionales de 2016 en raison des améliorations méthodologiques, de la disponibilité accrue des données et des révisions des pays.

Sources: BIT, [World Social Protection Database](https://wsp.spr.social-protection.org), à partir de l'enquête du BIT sur la sécurité sociale (Social Security Inquiry – SSI); ILOSTAT; sources nationales.

Lien: <https://wsp.spr.social-protection.org>.

► **Figure 4.36 Indicateur 1.3.1 des ODD – couverture effective de la protection vieillesse: pourcentage de la population ayant atteint l'âge légal de départ à la retraite qui perçoit une prestation de vieillesse, 2020 ou dernière année disponible**



Note: Voir l'annexe 2 pour plus d'informations sur la méthodologie. Les estimations mondiales et régionales sont pondérées en fonction de la population ayant atteint l'âge de départ à la retraite. Les estimations ne sont pas strictement comparables aux estimations régionales de 2016 en raison des améliorations méthodologiques, de la disponibilité accrue des données et des révisions des pays.

Sources: BIT, [World Social Protection Database](https://wsp.spr.social-protection.org), à partir de l'enquête du BIT sur la sécurité sociale (Social Security Inquiry – SSI); ILOSTAT; sources nationales.

Lien: <https://wsp.spr.social-protection.org>.

4.3.5 Évolution du niveau de couverture de la protection vieillesse dans le monde: vers une protection sociale universelle pour l'ensemble des personnes âgées

Le niveau de couverture effective s'est grandement amélioré ces dernières années dans bon nombre de pays.

Bien qu'il reste une marge de progression, le niveau de couverture effective s'est grandement amélioré ces dernières années dans bon nombre de pays. Alors que, en 2000, 34 pays seulement étaient parvenus à la couverture effective de plus de 90 pour cent de la population ayant atteint l'âge légal de départ à la retraite, leur nombre est passé à 78 entre 2015 et 2020. En outre, selon les données les plus récentes, on ne recense plus que 48 pays dans lesquels un peu moins de 20 pour cent de la population âgée perçoit une pension de vieillesse,

contre 73 en 2000. Dans l'ensemble, ces données indiquent une évolution positive tant de la couverture légale que de la couverture effective.

De nombreux pays ont accompli des progrès notables vers la couverture universelle des personnes âgées (voir des exemples dans l'encadré 4.24). Certains, parmi lesquels l'État plurinational de Bolivie, le Botswana, le Lesotho, la Namibie et la République-Unie de Tanzanie

(Zanzibar), ont mis en place des régimes non contributifs universels financés par l'impôt, tandis que d'autres, tels que le Cabo Verde et la Trinité-et-Tobago, ne sont pas loin d'atteindre l'universalité en combinant régimes contributifs et non contributifs. Ces expériences montrent que les pays à revenu faible ou intermédiaire sont tout à fait en mesure d'augmenter leur niveau de couverture.

Comme le montre la figure 4.37, plusieurs pays ont réussi à élargir la couverture effective (Bangladesh, Bélarus, Belize, Équateur, Inde, République de Corée et Viet Nam, entre autres). Bon nombre d'entre eux y sont parvenus par l'instauration ou le renforcement de régimes non contributifs, qui offrent une protection de base à de nombreuses personnes âgées. D'autres ont opté pour l'extension de leur régime contributif à des catégories de la population non couvertes jusque-là, en association avec d'autres mesures. Si la mise en place de régimes financés par l'impôt visant à protéger les personnes non couvertes a permis d'étendre la couverture effective, le niveau de prestations reste souvent insuffisant pour assurer aux bénéficiaires des conditions de vie saines et convenables.

Comme le montre la figure 4.37, malgré les efforts notables déployés partout dans le monde, tous les pays ne sont pas parvenus à étendre la couverture. À côté des exemples d'expériences réussies présentés plus haut figurent ceux de l'Arménie et de l'Azerbaïdjan: le taux de couverture, qui y avoisinait ou dépassait 90 pour cent en 2000, a considérablement reculé depuis.

► Encadré 4.24 Extension de la couverture des personnes âgées par des pensions sociales universelles ou une combinaison de régimes contributifs et non contributifs

Afrique du Sud: C'est le premier pays africain à avoir instauré une pension sociale de vieillesse afin d'étendre la couverture aux personnes âgées qui ne bénéficient pas d'une assurance sociale. La pension sociale aux personnes âgées est une prestation mensuelle soumise à conditions de ressources d'un montant de 1 500 rands (112 dollars É.-U.) pour les 60-75 ans et de 1 520 rands (114 dollars É.-U.) pour les plus de 75 ans. Elle est versée à quelque 3 millions de bénéficiaires, la couverture atteignant 100 pour cent dans certaines parties du pays. Tous les citoyens, résidents permanents et personnes ayant le statut de réfugiés y ont droit. On estime qu'elle a largement contribué à réduire les inégalités, le coefficient de Gini étant passé de 0,77 (sans allocation) à 0,60 (avec allocation).

Bolivie (État plurinational de): Son PIB par habitant a beau être le plus faible de l'Amérique du Sud, le pays possède l'un des taux de couverture par les pensions de vieillesse les plus élevés de la région. Avec l'instauration de la pension de vieillesse non contributive Renta Dignidad en 2007, la Bolivie est parvenue à la couverture universelle. La Renta Dignidad couvre près de 100 pour cent de la population de plus de 60 ans. Le montant mensuel des prestations s'élève à l'équivalent de 54 dollars É.-U. pour les personnes ne percevant pas de pension contributive et à l'équivalent de 47 dollars É.-U. pour les bénéficiaires d'un régime contributif. Renta Dignidad coûte 1,2 pour cent du PIB et est financée par une taxe directe sur les hydrocarbures et par des dividendes provenant d'entreprises publiques. Elle a fait reculer la pauvreté des ménages de 14 pour cent, garantissant le revenu et la consommation des bénéficiaires.

Cabo Verde: En 2006, le pays a pris deux mesures importantes pour parvenir à un système de protection vieillesse universel. La première a été la création du centre national des pensions sociales (CNPS). Ce régime non contributif, conjugué au régime contributif, couvre environ 84,8 pour cent de la population ayant atteint l'âge de départ à la retraite, et sert des prestations mensuelles d'un montant équivalent à environ 53 dollars É.-U. (20 pour cent de plus que le seuil de pauvreté). La seconde mesure dont ont bénéficié les retraités a été la création d'un fonds mutuel de santé, qui subventionne l'achat de médicaments auprès de pharmacies privées et verse une allocation obsèques.

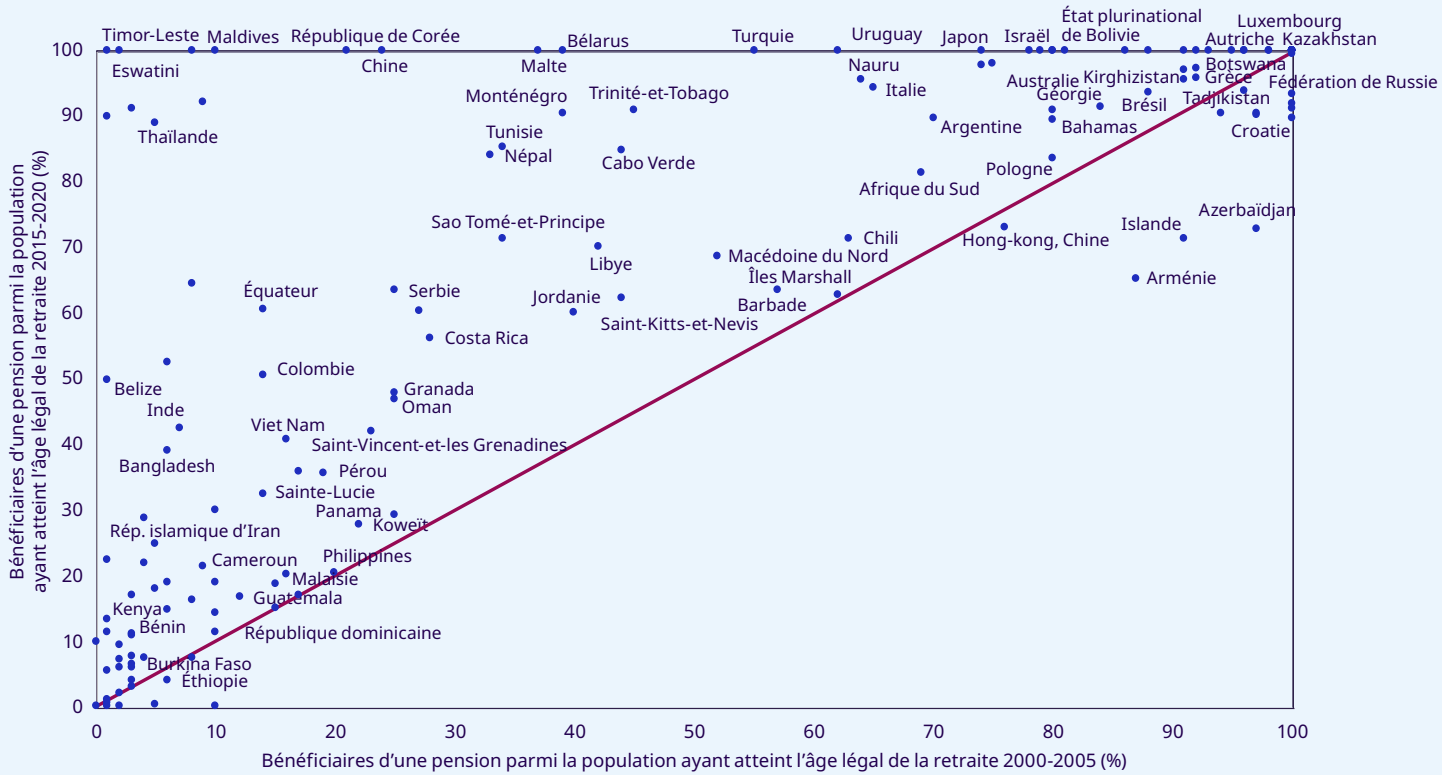
Namibie: L'allocation de base (Basic Social Grant) garantit à tous les résidents de plus de 60 ans un montant mensuel de 1 100 dollars namubiens, soit environ 78 dollars É.-U., qui élève les bénéficiaires bien au-dessus du seuil de pauvreté. On constate que les bénéficiaires partagent cette allocation avec leur famille élargie, et s'en servent notamment pour contribuer à la scolarisation et au bien-être de leurs petits-enfants. Malgré des difficultés pour atteindre les personnes résidant dans les zones reculées, on estime que la couverture totale dépasse 90 pour cent.

République-Unie de Tanzanie (Zanzibar): En avril 2016, Zanzibar est devenu le premier territoire d'Afrique de l'Est à instaurer un régime de protection vieillesse non contributif entièrement financé par les pouvoirs publics. Le régime universel de protection vieillesse sert à tous les résidents de plus de 70 ans une pension mensuelle de 20 000 shillings tanzaniens (9 dollars É.-U.). Dans ce territoire où les taux de pauvreté et d'emploi informel sont élevés, rares sont les personnes qui ont droit à une pension contributive. Le montant de la prestation est certes modique et ne suffit pas à réduire la pauvreté des personnes âgées, mais il s'agit d'un premier pas appréciable. En mai 2016, 21 750 personnes, soit 86 pour cent de la population remplissant les conditions requises, percevaient la pension universelle.

Trinité-et-Tobago: La sécurité de revenu des personnes âgées est assurée par une pension de vieillesse contributive servie par le régime d'assurance sociale et une pension de vieillesse non contributive, qui est versée aux résidents âgés de 65 ans et plus et dont le montant mensuel peut atteindre 3 500 dollars de la Trinité-et-Tobago (environ 520 dollars É.-U.), soit davantage que le seuil de pauvreté. En 2015, son coût équivalait à 1,6 pour cent du PIB, et 90 800 personnes en bénéficiaient en septembre 2016. On estime qu'avec cette pension de vieillesse et la pension contributive, toutes les personnes âgées du pays sont couvertes.

Sources: D'après [Global Partnership for Universal Social Protection](#); INPS Cabo Verde, 2019; ILOSTAT; Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros de Bolivia, *Boletín Estadístico*, décembre 2020.

► **Figure 4.37 Indicateur 1.3.1 des ODD – couverture effective de la protection vieillesse: pourcentage de la population ayant atteint l'âge légal de départ à la retraite qui perçoit une prestation de vieillesse, comparaison entre 2000 et 2015-2020**



Sources: BIT, [World Social Protection Database](#), à partir de l'enquête du BIT sur la sécurité sociale (Social Security Inquiry – SSI); ILOSTAT; OCDE, base de données sur les dépenses sociales (SOCX); sources nationales.
Lien: <https://wsprr.social-protection.org>.

4.3.6 Dépenses de protection sociale pour les personnes âgées

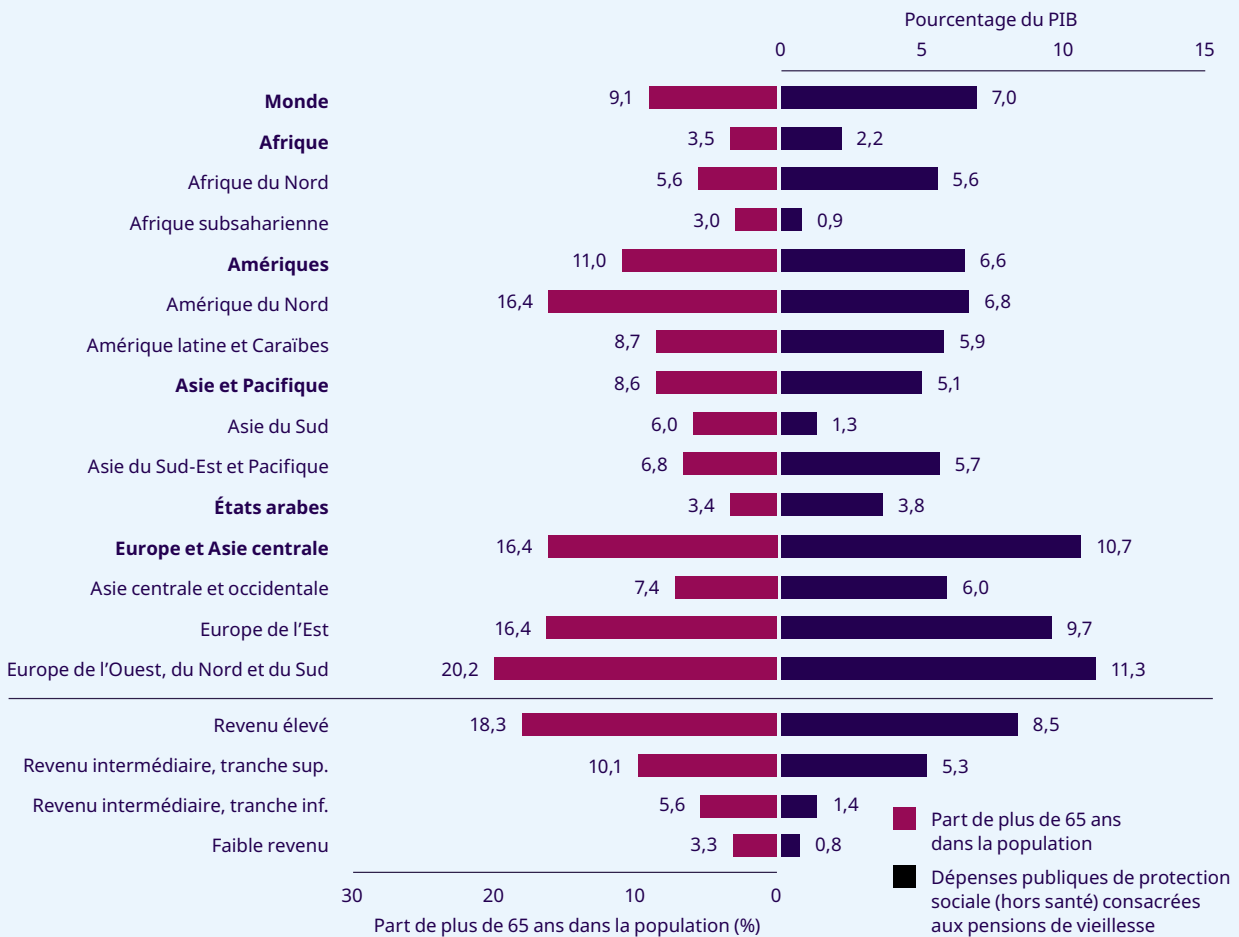
Le niveau des dépenses consacrées à la sécurité de revenu des personnes âgées est un bon indicateur du niveau de développement d'un système de protection vieillesse, et il est étroitement corrélé à la proportion de personnes âgées dans la population. Le niveau des dépenses publiques que chaque pays consacre aux pensions de vieillesse dépend d'une série de paramètres: la structure démographique, le niveau de couverture effective, le caractère adéquat des prestations et le dosage

entre offre publique et offre privée en matière de pensions et de services sociaux. À l'échelle mondiale, les dépenses publiques de protection sociale consacrées aux pensions et autres prestations de vieillesse hors santé se montent en moyenne à 7,0 pour cent du PIB (voir figure 4.38)⁴³, mais ce pourcentage est très variable selon les régions: il oscille de 10,7 pour cent du PIB en Europe et Asie centrale à 3,8 pour cent dans les États arabes.

La part des personnes âgées dans la population totale et le niveau des dépenses consacrées aux pensions de vieillesse fournissent aux pays une indication de la viabilité économique de leur système de retraite. Comme le montre la figure 4.38,

⁴³ Les chiffres englobent les pensions mais aussi, dans la mesure du possible, d'autres prestations de vieillesse en espèces ou en nature. Sont exclues en revanche les dépenses de soins de longue durée, dont le coût, déjà élevé dans de nombreux pays, est appelé à augmenter du fait du vieillissement de la population.

► **Figure 4.38 Dépenses publiques de protection sociale (hors santé) consacrées aux pensions de vieillesse (en pourcentage du PIB) et part de la population âgée (65 ans et plus) dans la population totale, par région, sous-région et niveau de revenu, 2020 ou dernière année disponible**



Notes: Voir l'annexe 2 pour plus d'informations sur la méthodologie. Les estimations mondiales et régionales sont pondérées en fonction du PIB.

Sources: BIT, [World Social Protection Database](#), à partir de l'enquête du BIT sur la sécurité sociale (Social Security Inquiry - SSI); ILOSTAT; sources nationales.

Lien: <https://wspr.social-protection.org>.

le vieillissement de la population n'en est pas au même stade dans tous les pays, avec des différences notables selon le niveau de revenu. En règle générale, les pays en développement ont une structure de population jeune et un système

de retraite embryonnaire, ce qui leur donne la possibilité d'anticiper les changements nécessaires et de réagir en temps voulu en concevant au mieux leur système et en le réformant pour assurer sa viabilité économique à long terme.

4.3.7 Comblent l'écart entre les sexes dans l'accès des personnes âgées à la sécurité de revenu

De nombreux pays ne parviennent toujours pas à assurer une sécurité de revenu aux femmes âgées, en raison des inégalités qui persistent sur le marché du travail et, plus largement, dans la société, notamment du fait de la répartition sexuée des responsabilités familiales non rémunérées. Tous ces facteurs font que les femmes ont un taux d'activité plus faible que celui des hommes, qu'elles sont surreprésentées dans les formes d'emploi vulnérables (y compris en tant que travailleuses familiales collaborant à l'entreprise familiale), qu'elles continuent à être moins bien rémunérées que leurs homologues masculins et sont pénalisées à vie en matière de revenus.

De ce fait, dans de nombreux pays, les femmes tendent à cotiser moins que les hommes pour leur vieillesse et sont moins nombreuses à percevoir une pension. À l'échelle mondiale, 38,7 pour cent des hommes en âge de travailler sont couverts par un régime de retraite, contre seulement 26,3 pour cent des femmes (voir figure 4.39). L'écart de couverture est plus marqué dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, où 20,8 pour cent des hommes sont couverts, contre seulement 8,1 pour cent des femmes. Il varie aussi beaucoup selon les régions et il est particulièrement élevé dans les États arabes: la proportion de femmes couvertes ne dépasse pas 3,4 pour cent, alors qu'elle est de 27,7 pour cent pour les hommes (voir figure 4.39).

Les femmes ont également tendance à avoir des revenus inférieurs à ceux des hommes et sont plus susceptibles d'interrompre leur carrière pour s'occuper de personnes à charge. Tout cela crée des inégalités dans les régimes de protection vieillesse; certains pays y ont partiellement remédié par des mesures compensatoires telles qu'une majoration pour charges de famille applicable aux deux sexes ou un relèvement des garanties minimales de pension. À la différence des régimes de retraite publics, les régimes privés ne prévoient pas ce genre de mesures compensatoires, car le niveau de prestations est strictement fonction des cotisations versées, ce qui pénalise les femmes, du fait de leurs périodes de cotisations plus courtes, de leur départ à la retraite plus précoce et, lorsque

le sexe est utilisé comme facteur actuariel, de leur espérance de vie plus longue (Behrendt et Woodall, 2015; Behrendt, 2000).

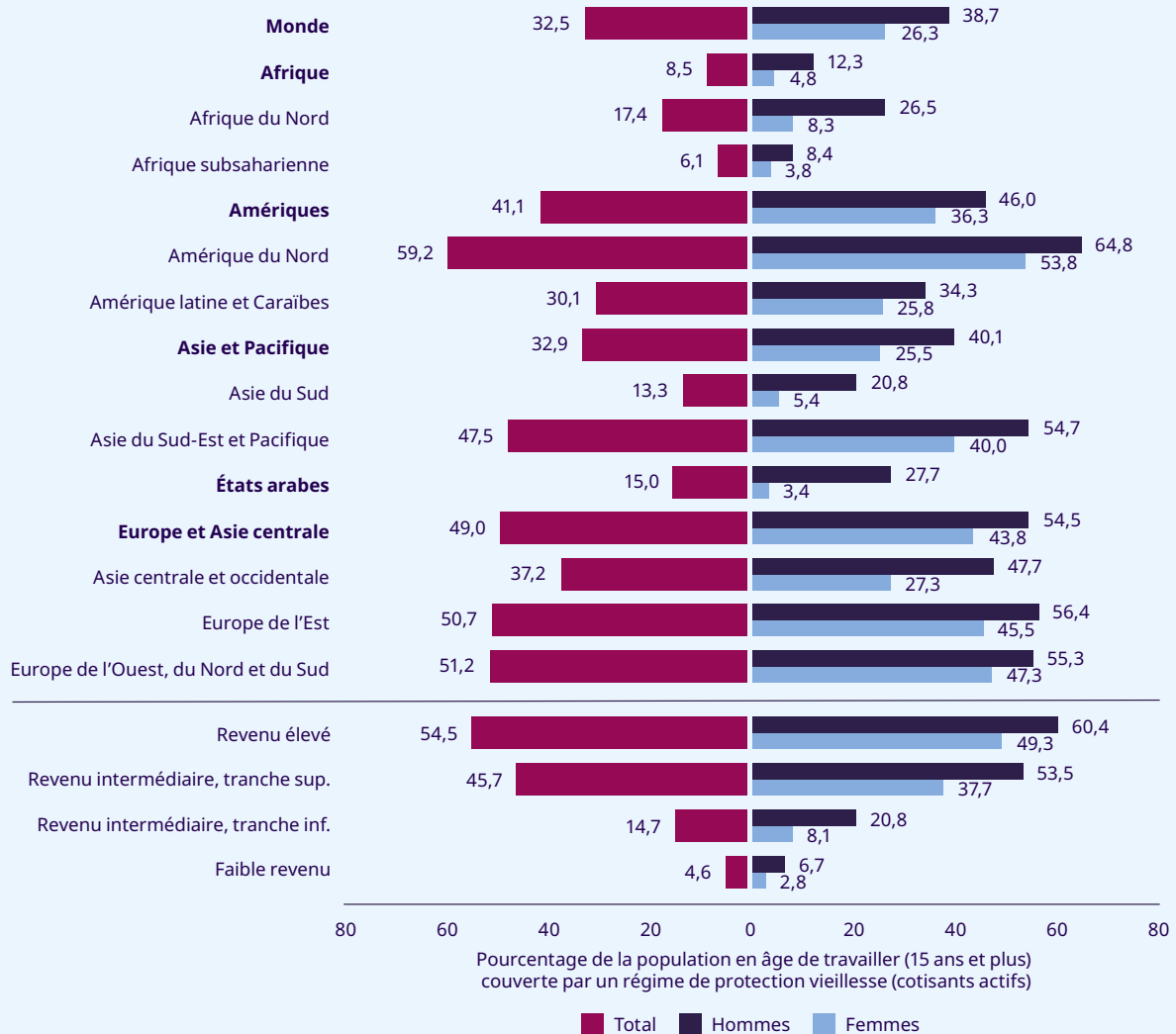
Dans de nombreuses régions du monde, du fait de l'exode des hommes vers les villes, les femmes sont surreprésentées dans la population rurale, où le travail rémunéré, quand il existe, est en général mal payé, informel et précaire. À défaut d'autres formes de protection vieillesse, surtout dans les pays à revenu faible et intermédiaire de la tranche inférieure, les régimes non contributifs comblent dans une certaine mesure l'écart de couverture entre les sexes, sans offrir toutefois une protection suffisante. Si ces régimes contribuent largement à garantir une pension de base aux femmes (comme aux hommes), ils offrent souvent un niveau de prestations trop faible pour permettre aux bénéficiaires de subvenir entièrement à leurs besoins. D'où la nécessité de compléter les prestations non contributives par des mesures visant à accroître la participation des femmes aux régimes contributifs (BIT, 2016d).

En Équateur, par exemple, 53,9 pour cent des femmes ayant atteint l'âge de la retraite perçoivent une pension, contre 68,4 pour cent des hommes (voir figure 4.40). Au Zimbabwe, seules 10,6 pour cent des femmes actives cotisent à un régime de retraite, contre 27,5 pour cent des hommes (voir figure 4.41). Et même si, dans bon nombre de pays, la proportion de femmes qui cotisent à un régime de protection vieillesse est supérieure à celle des hommes (voir figure 4.41), elles sont souvent moins nombreuses à bénéficier d'une pension une fois atteint l'âge de départ à la retraite, surtout dans les pays en développement (voir figure 4.40).

Il est encourageant de constater que, parallèlement à la création de régimes non contributifs, des mesures sont prises pour étendre progressivement la couverture des régimes contributifs aux travailleurs indépendants et à d'autres travailleurs qui ont une capacité contributive.

La question de l'égalité des sexes fait son chemin dans le débat public sur la réforme des retraites. Des mesures volontaristes ont été prises pour atténuer l'effet des différences de parcours professionnels sur la sécurité de revenu des personnes âgées. L'âge de départ à la retraite des femmes est de plus en plus aligné sur celui des hommes, encore que ce soit dans le cadre d'un relèvement général de l'âge de départ (voir tableau 4.3).

► **Figure 4.39 Couverture effective de la protection vieillesse: pourcentage de la population en âge de travailler (15 ans et plus) couverte par un régime de retraite (cotisants actifs), par région, sous-région, niveau de revenu et sexe, 2020 ou dernière année disponible**

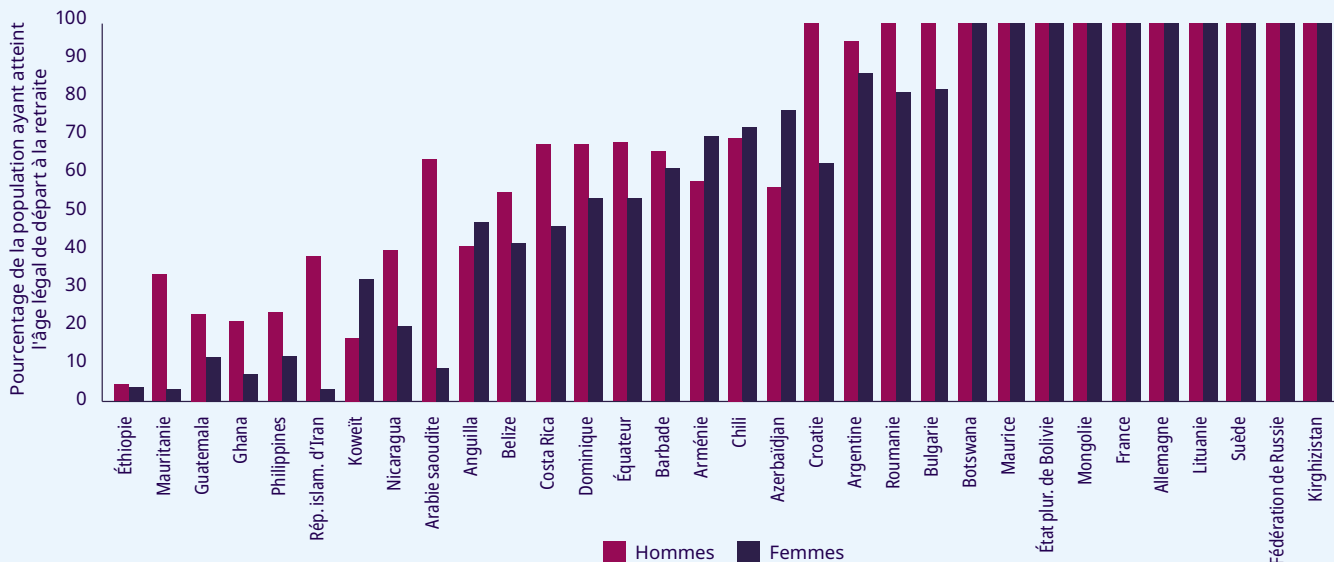


Notes: Voir l'annexe 2 pour plus d'informations sur la méthodologie. Les estimations mondiales et régionales sont pondérées en fonction de la population en âge de travailler (15 ans et plus). Les estimations ne sont pas strictement comparables aux estimations régionales de 2016 en raison des améliorations méthodologiques, de la disponibilité accrue des données et des révisions des pays.

Sources: BIT, [World Social Protection Database](https://wsp.spr.social-protection.org), à partir de l'enquête du BIT sur la sécurité sociale (Social Security Inquiry - SSI); ILOSTAT; sources nationales.

Lien: <https://wsp.spr.social-protection.org>.

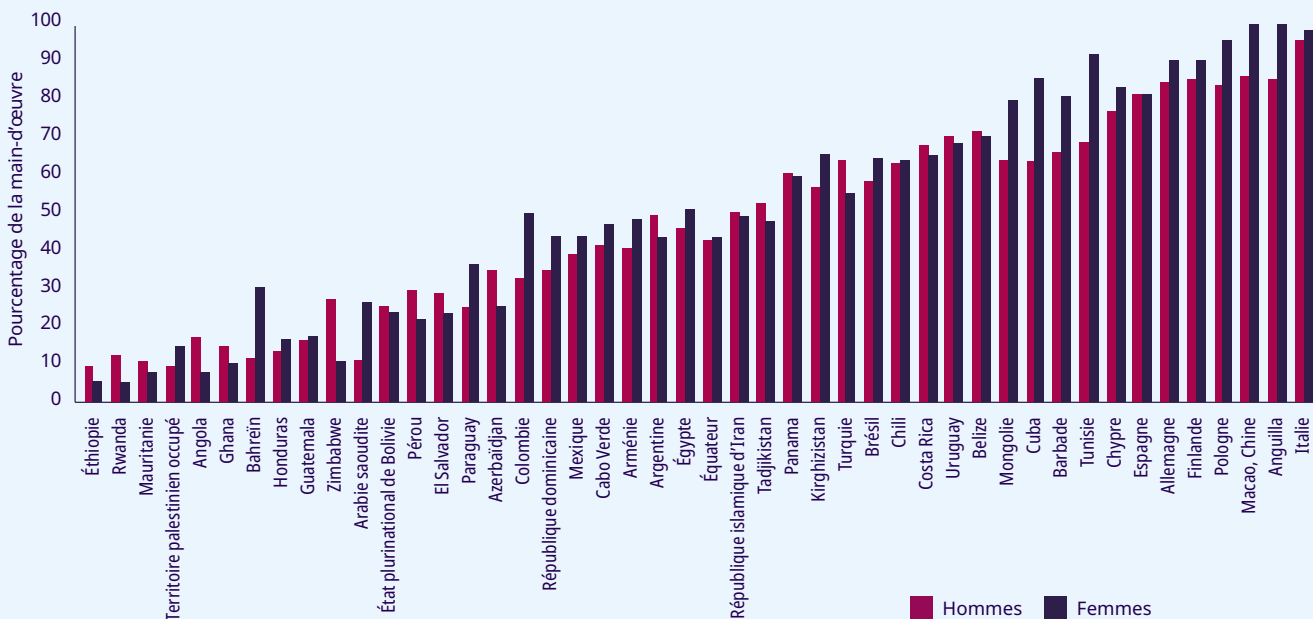
► **Figure 4.40 Indicateur 1.3.1 des ODD – couverture effective de la protection vieillesse: pourcentage de la population ayant atteint l'âge légal de départ à la retraite qui perçoit une prestation de vieillesse, pays choisis, par sexe, 2020 ou dernière année disponible**



Sources: BIT, [World Social Protection Database](https://wsp.social-protection.org), à partir de l'enquête du BIT sur la sécurité sociale (Social Security Inquiry – SSI); OCDE, base de données sur les dépenses sociales SOCR; ILOSTAT; sources nationales.

Lien: <https://wsp.social-protection.org>.

► **Figure 4.41 Couverture effective de la protection vieillesse: pourcentage de la main-d'œuvre (15 ans et plus) couverte par un régime de retraite (cotisants actifs), pays choisis, par sexe, 2020 ou dernière année disponible**



Sources: BIT, [World Social Protection Database](https://wsp.social-protection.org), à partir de l'enquête du BIT sur la sécurité sociale (Social Security Inquiry – SSI); OCDE, base de données sur les dépenses sociales SOCR; ILOSTAT; sources nationales.

Lien: <https://wsp.social-protection.org>.

► **Tableau 4.3 Pensions de vieillesse: quelques exemples de réformes paramétriques, 2018-2020**

Pays/territoire et année	Mesure
Suède (2020)	Relèvement de l'âge minimum de départ à la retraite de 61 à 62 ans pour le régime contributif. Pour le régime non contributif, l'âge minimum de départ à la retraite sera porté de 65 à 66 ans en 2023, puis à 67 ans d'ici à 2026.
Viet Nam (2019)	Relèvement progressif de l'âge de départ à la retraite de 60 à 62 ans pour les hommes et de 55 à 60 ans pour les femmes, à compter de janvier 2021. Ce report se fera à raison de trois mois par an pour les hommes (d'ici à 2028) et de quatre mois par an pour les femmes (d'ici à 2035).
Brésil (2019)	Instauration d'un âge minimum de départ à la retraite pour les salariés du secteur privé, fixé à 65 ans pour les hommes et à 62 ans pour les femmes, avec un régime transitoire pour les travailleurs déjà en activité.
Arabie saoudite (2019)	Relèvement de l'âge légal de départ à la retraite de 55 à 60 ans pour les femmes dans le cadre du système public par répartition, afin de l'aligner sur celui des hommes.
Royaume-Uni (2019)	Relèvement de l'âge de départ à la retraite de 63 ans pour les femmes et de 65 ans pour les hommes à 66 ans pour les deux sexes en 2019 puis à 67 ans en 2026.
Croatie (2019)	Relèvement progressif de l'âge normal de départ à la retraite pour les femmes: de 62 ans et quatre mois au 1 ^{er} janvier 2019, il sera repoussé de quatre mois par an afin de rejoindre celui des hommes (65 ans) en 2027. Cet âge sera à nouveau relevé au même rythme pour atteindre 67 ans en 2033.
Polynésie française (2018)	Relèvement de l'âge de départ à la retraite de 60 à 62 ans.

Source: BIT, [World Social Protection Database](#), d'après l'observatoire de l'OIT sur la protection sociale (Social Protection Monitor).

Le principe de la majoration pour charges de famille s'impose aussi peu à peu. Cette majoration s'applique aussi bien aux personnes qui ont élevé des enfants qu'à celles qui ont pris soin d'un proche dépendant, même si, dans les faits, elle est accordée prioritairement pour charge d'enfant (ONU Femmes, 2015; Fultz, 2011). Les mesures

visant à encourager le partage des responsabilités familiales entre les femmes et les hommes sont de nature à favoriser l'égalité dans l'emploi et dans la protection sociale, et donc à corriger les désavantages socio-économiques que subissent les femmes dans la vieillesse et à améliorer l'adéquation de leurs pensions (voir encadré 4.4).

4.3.8 Des pensions adéquates pour assurer une véritable sécurité de revenu aux personnes âgées

Servir des prestations d'une valeur monétaire adéquate est essentiel.

Les systèmes de protection vieillesse doivent viser un double objectif: atteindre toutes les personnes âgées qui en ont besoin et leur servir des prestations d'une valeur monétaire adéquate. Or, il n'est pas simple d'apprécier le caractère adéquat des prestations, faute de méthodes applicables à l'échelle mondiale. La notion d'adéquation des pensions fait intervenir des indicateurs objectifs (taux de remplacement et capacité à assurer aux bénéficiaires un montant suffisant pour leur permettre de subvenir à leurs besoins élémentaires par exemple) et des critères plus subjectifs, liés aux attentes des bénéficiaires (capacité à maintenir le niveau de vie après leur départ à la retraite, montant à la hauteur de leur contribution au progrès économique et social durant leurs années d'activité par exemple). Le caractère adéquat des pensions ne se mesure pas uniquement au montant des prestations: entre aussi en ligne de compte le coût de biens et services essentiels tels que les soins de santé, l'alimentation, le logement et les transports. En outre, la perception du caractère adéquat des prestations de vieillesse n'est pas figée, elle évolue au fil du temps au gré des changements socioculturels, démographiques et économiques.

La figure 4.42, qui montre le taux moyen de remplacement des régimes publics de protection vieillesse au départ à la retraite dans certains pays européens, met en évidence une tendance à la baisse à l'horizon 2070 en données projetées. Dans certains pays, cette baisse est sensible, et les taux projetés se situent bien en deçà des planchers fixés par les normes de sécurité sociale de l'OIT ratifiées, à savoir les conventions n° 102 et n° 128, qui prévoient respectivement des taux de remplacement d'au moins 40 pour cent et 45 pour cent du gain antérieur au terme d'une période de trente ans de cotisations ou d'emploi.

Les pensions étant des prestations à long terme, elles doivent, pour être adéquates, conserver leur pouvoir d'achat et leur valeur réelle. Cette condition est particulièrement importante pour les femmes, qui ont, dans l'ensemble, une espérance de vie supérieure à celle des hommes et sont donc confrontées à un risque plus élevé de dépréciation de la valeur de leurs pensions.

Toutes les normes de sécurité sociale de l'OIT soulignent la nécessité de réviser périodiquement le niveau des prestations pour tenir compte de l'évolution des salaires et du coût de la vie. Les pratiques en la matière varient selon les pays et les régimes, comme le montre le tableau 4.4.

Si l'indexation sur les salaires a été longtemps la méthode la plus répandue, un nombre croissant de régimes se bornent à revaloriser les prestations en fonction de l'évolution des prix, que ce soit de façon occasionnelle ou par des mécanismes d'indexation automatique, plus protecteurs. À cet égard, les normes de l'OIT relative à la sécurité sociale établissent le principe d'une adaptation périodique des niveaux de prestation en fonction de critères tels que des changements substantiels du niveau général des revenus ou du coût de la vie. L'Égypte a instauré en 2020 un mécanisme d'ajustement automatique annuel selon l'indice national des prix à la consommation qui limite la revalorisation à 15 pour cent.

Beaucoup de régimes, toutefois, ne prévoient que des revalorisations ponctuelles, souvent au gré des circonstances politiques, ce qui entraîne un risque d'érosion de leur pouvoir d'achat. En cas d'inflation, les pensions de la plupart des retraités diminuent tellement qu'elles ne contribuent guère à leur assurer une sécurité de revenu. Si les pensions ne sont pas régulièrement revalorisées en fonction de la hausse des salaires réels ou d'autres indicateurs de l'évolution du coût de la vie, les personnes âgées risquent de voir leur niveau de vie se dégrader et de basculer dans la pauvreté.

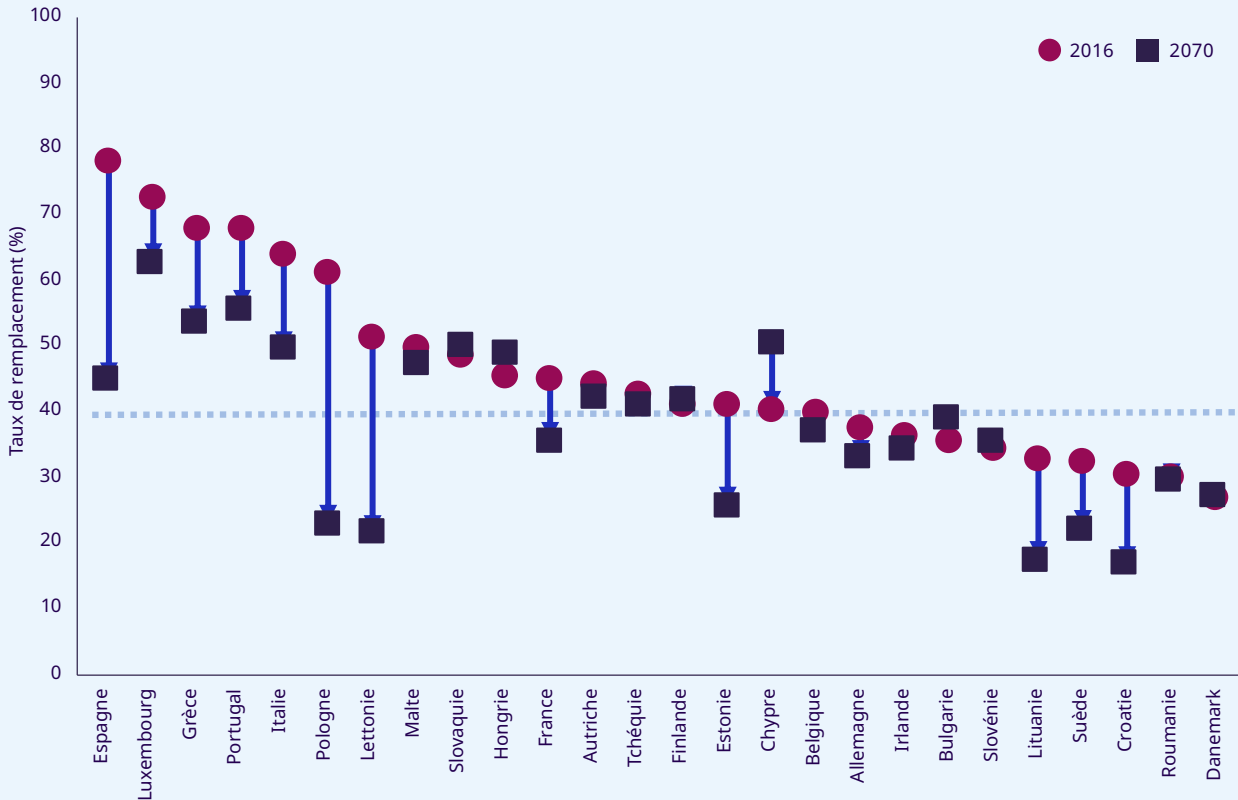
► **Tableau 4.4 Modalités d'indexation**

Modalité d'indexation	Nombre de régimes
Sur les prix	76
Sur les salaires	37
Sur les prix et les salaires	26
Régulière, non précisée	18
Ponctuelle	4
Pas d'indexation/ pas d'information	182
Total	343

Note: «Pas d'information» signifie dans la plupart des cas «pas d'indexation».

Source: BIT, [World Social Protection Database](#), d'après AISS/SSA, [Social Security Programs Throughout the World](#) (les régimes de sécurité sociale dans le monde).

► **Figure 4.42 Taux de remplacement moyen au départ à la retraite des régimes publics de protection vieillesse, en 2016 et à l'horizon 2070, dans un échantillon de pays européens**



Note: Pour les prestations de vieillesse, la convention n° 102 prévoit un taux de remplacement minimal de 40 pour cent du gain antérieur au terme d'une période d'affiliation de trente ans. Elle s'applique dans les pays suivants: Bulgarie, Croatie, Chypre, Danemark, Espagne, France, Grèce, Italie, Luxembourg, Pologne, Portugal, Roumanie et Slovénie). La convention n° 128 relève ce taux minimal à 45 pour cent pour une période d'affiliation identique. Elle s'applique dans les pays suivants: Allemagne, Autriche, Belgique, Finlande, Pays-Bas, Slovaquie, Suède et Tchéquie.

Source: CE, 2018, tableau II.1.18, p. 84.

Lien: <https://wspr.social-protection.org>.

4.3.9 Réformer les systèmes de protection vieillesse dans un contexte difficile

Selon les données rassemblées par l'observatoire de l'OIT sur la protection sociale (Social Protection Monitor), entre 2010 et 2020, les gouvernements de pays de plusieurs régions du monde ont communiqué 291 mesures destinées à rationaliser les dépenses ou à accroître les recettes des systèmes de protection vieillesse, principalement des régimes contributifs, afin

d'en préserver la viabilité financière. Parmi ces mesures, 150 prévoyaient de différer la liquidation des pensions en relevant l'âge de départ à la retraite (100 cas), en supprimant les dispositifs de retraite anticipée, en instaurant une décote ou en augmentant la décote existante en cas de retraite anticipée, en créant des incitations ou en renforçant les incitations à prolonger la vie active, en allongeant la durée de cotisation requise ou en resserrant les conditions d'ouverture des droits (voir tableau 4.5). Reste à voir si, au lendemain de la pandémie de COVID-19, les réformes seront de même nature que celles observées depuis une décennie.

► **Tableau 4.5 Réformes des régimes de protection vieillesse communiquées par les gouvernements (compression), 2010-2020**

Type de mesure (rationalisation des dépenses et accroissement des recettes)	Nombre de mesures
<i>Report de la liquidation des pensions</i> : relèvement de l'âge de départ à la retraite (100), création d'incitations ou renforcement des incitations à prolonger la vie active (16), instauration d'une décote ou augmentation de la décote en cas de retraite anticipée (6), allongement de la durée de cotisation (12), resserrement des conditions d'ouverture des droits (6)	150
Gel de l'indexation (5), modification des règles de calcul (34), suppression ou diminution des subventions sur les prestations (1), diminution des subventions sur les cotisations (2)	42
Assujettissement des prestations à l'impôt sur le revenu ou alourdissement de la fiscalité des prestations (8), réforme de la méthode d'indexation (20), gel de l'indexation (5), rationalisation et compression des régimes ou des prestations (1)	34
<i>Autres</i> : hausse du taux de cotisation (41), relèvement du plafond de cotisation (4), suppression partielle ou totale d'un régime (4), privatisation ou introduction de comptes individuels (16)	65
Total	291

Source: [World Social Protection Database](#), d'après l'observatoire de l'OIT sur la protection sociale (Social Protection Monitor).

De multiples raisons conduisent à réformer les systèmes de protection vieillesse pour en préserver la viabilité: le vieillissement démographique, conjugué à des décennies de stagnation des salaires et de gel des taux de cotisation; les mutations rapides du monde du travail et l'essor de formes d'emploi précaires dépourvues de protection; le contexte de taux d'intérêt bas; les politiques d'austérité budgétaire; et, parfois, les contraintes imposées dans le cadre de l'octroi d'une assistance financière. De nombreux pays ont dès lors procédé à des réformes. La plupart des mesures consistent à modifier le niveau des prestations ou les conditions d'ouverture des droits, de manière à retarder l'âge de départ à la retraite, par exemple en augmentant la décote en cas de retraite anticipée, en relevant l'âge légal de la retraite ou en indexant l'âge de la retraite sur l'espérance de vie. Certaines des réformes destinées à améliorer la viabilité financière des systèmes de retraite ont resserré le lien entre cotisations et prestations, sans prendre suffisamment en compte la nécessité d'assurer également la justice sociale et l'équité comme le préconise la recommandation n° 202, en faisant dépendre davantage les prestations du rendement des investissements et des performances du marché, parfois par la mise en place de régimes de

comptes individuels. Si l'instauration de pensions non contributives a contribué à assurer une protection de base aux personnes âgées, l'extension et le renforcement des régimes contributifs liés à l'emploi restent essentiels pour garantir un niveau de prestations adéquat.

Dans bien des cas, les réformes visent à modifier le niveau des prestations, l'âge de départ à la retraite ou les conditions d'ouverture des droits (voir tableau 4.3). Parmi les réformes communiquées par les gouvernements, l'observatoire de l'OIT sur la protection sociale (Social Protection Monitor) en recense 57 qui ont fait baisser le niveau des prestations: 39 mesures ont diminué le montant des prestations, changé la formule de calcul, supprimé ou réduit les subventions sur les prestations, ou bien diminué les subventions sur les cotisations; et 18 ont réduit l'adéquation des pensions en modifiant les clauses d'indexation, en gelant l'indexation des pensions et en assujettissant les prestations à l'impôt sur le revenu ou en alourdissant leur fiscalité.

Conformément aux principes et aux critères établis par les normes internationales de sécurité sociale, qui fournissent des orientations sur l'éventail de choix possibles pour la conception de régimes de protection vieillesse, l'OIT privilégie les réformes

► Encadré 4.25 Ce que disent les normes internationales de sécurité sociale sur l'organisation et le financement des systèmes de sécurité sociale

Dans les années 1990, de nombreux pays ont cherché à transférer à des organismes privés la responsabilité des systèmes de sécurité sociale qui incombe à l'État et à diminuer progressivement la composante publique. Ces réformes ont été évaluées du point de vue des normes de l'OIT, qui permettent aux États de diversifier les moyens mis en œuvre pour assurer la protection, pourvu que le système choisi soit conforme aux principes énoncés dans ces normes.

Ces principes ont beau offrir de la souplesse et considérer qu'il n'existe pas de modèle unique, ils fixent certaines limites aux réformes, notamment à celles qui conduisent à la privatisation de la sécurité sociale.

Dans les faits, les régimes fondés sur des comptes individuels avec lesquels plusieurs pays ont complété leurs systèmes de protection vieillesse ont souvent fonctionné au détriment de la solidarité sociale et des mécanismes de redistribution, en réduisant la part des ressources allouées aux systèmes publics par répartition. Les organes de contrôle du BIT ont fait observer à maintes reprises que les régimes d'assurance-vieillesse fondés sur la capitalisation de l'épargne individuelle et gérés par des fonds de pension privés rompaient avec les principes de solidarité, de mutualisation des risques et de financement collectif qui sont l'essence même de la sécurité sociale, mais également avec le principe d'une gestion transparente, responsable et démocratique des caisses de retraite, à laquelle doivent participer des représentants des personnes assurées. Comme le soulignait en 2009 la Commission d'experts pour l'application des conventions et recommandations (CEACR), les normes internationales de sécurité sociale et l'assistance technique de l'OIT sont fondées sur ces principes et offrent les garanties nécessaires de viabilité financière et de développement durable de la sécurité sociale; passer outre tout en supprimant les garanties de l'État expose les assurés des régimes privés à des risques financiers accrus.

L'expérience des crises précédentes montre en outre que les régimes de protection vieillesse à financement collectif gérés par l'État, notamment les systèmes par répartition, résistent mieux que les régimes privés gérés en capitalisation pure, qui subissent de lourdes pertes et ne sont dès lors plus en mesure de servir des pensions décentes. Cela a conduit de nombreux gouvernements à rétablir ou à renforcer les mécanismes de solidarité et de redistribution. Ces principes, comme on a pu le constater pendant la pandémie, figurent aussi en bonne place dans les appels à revitaliser le contrat social et à faire de la protection sociale et de la bonne gouvernance les piliers sur lesquels bâtir un avenir meilleur.

Source: D'après BIT, 2011a.

structurelles ou paramétriques qui ont à la fois pour but de garantir la pérennité financière, économique et budgétaire du système et de favoriser l'équité et la justice sociale. L'OIT encourage ainsi

la mise en place de régimes visant à assurer la protection des personnes âgées sur le plan tant qualitatif que quantitatif, dans le respect des principes énoncés dans les normes, à savoir notamment la fourniture aux bénéficiaires des prestations adéquates et prévisibles auxquelles ils ont droit jusqu'à leur mort; une gestion financière et une administration saines, responsables et transparentes, auxquelles

sont associés les partenaires sociaux ou les représentants des personnes assurées; la solidarité et le financement collectif; et la révision périodique du montant des prestations afin d'éviter l'érosion de leur pouvoir d'achat (voir l'encadré 4.25). Sont ainsi favorisées les réformes qui, tout en préservant la viabilité financière, visent à abaisser la durée de cotisation minimale pour les travailleurs ayant eu des carrières hachées, à prendre en compte les périodes de chômage dans le calcul de la retraite, à faciliter la portabilité des prestations ainsi qu'à favoriser le travail décent et les salaires décents, tout en empêchant les employeurs d'avoir recours au salariat déguisé pour échapper aux cotisations de retraite.

Si les normes de l'OIT autorisent et encouragent même la combinaison de régimes contributifs et non contributifs dans des systèmes de protection



L'OIT encourage ainsi la mise en place de régimes visant à assurer la protection des personnes âgées sur le plan tant qualitatif que quantitatif.

vieillesse mixte, et n'excluent aucun mécanisme de financement, certains types de régimes, tels que les comptes individuels, ne respectent souvent pas les principes énoncés dans les normes internationales du travail, à savoir la garantie de percevoir des prestations prévisibles jusqu'au décès, la gestion participative, la révision périodique des niveaux de prestations pour éviter l'érosion de leur pouvoir d'achat, ainsi que l'équité intra et intergénérationnelle. Ces mécanismes peuvent venir compléter (sur la base de cotisations volontaires ou obligatoires) les systèmes de sécurité sociale fondés sur la solidarité, à condition que leur financement ne mette pas en péril la viabilité des régimes publics et n'empêche pas ces derniers de garantir ne serait-ce que le niveau élémentaire de protection prescrit par les normes de l'OIT, sur la base des principes mentionnés plus haut.

Dans la plupart des pays qui en instaurent, les régimes à cotisations définies (obligatoires, volontaires, ou les deux) sont destinés non pas à remplacer les régimes publics, mais à les compléter afin d'augmenter le niveau des prestations. Si les mécanismes de solidarité réduisent les inégalités verticales (entre les hauts et les bas revenus), horizontales (entre carrières continues et carrières discontinues, entre les hommes et les femmes par exemple) et intergénérationnelles, les régimes fondés sur des comptes individuels à cotisations définies les aggravent en transférant le risque financier sur les individus. Ainsi, du point de vue des principes et des normes de l'OIT, les régimes de retraite contributifs et non contributifs fondés sur la solidarité sont cruciaux pour garantir le niveau de protection vieillesse prévu dans les législations nationales. Dans les pays disposant de services et d'institutions financières suffisamment développés, des régimes d'épargne individuelle réglementés par les pouvoirs publics, ou gérés conjointement par les organisations d'employeurs et de travailleurs, peuvent venir compléter les pensions versées au titre de l'assurance sociale. En outre, si de nouvelles sources de financement peuvent être envisagées en complément des cotisations afin d'accroître la marge de manœuvre budgétaire et de préserver la viabilité financière des systèmes de protection vieillesse, l'impôt progressif donne de meilleurs résultats en matière de justice sociale et d'équité qu'un impôt régressif tel que les taxes sur la consommation.

Dans de nombreux pays, la baisse du niveau des prestations induite par les réformes récentes devrait avoir une incidence négative sur l'adéquation des pensions, ce qui risque d'accroître le nombre de travailleurs qui devront avoir recours à des régimes d'assistance sociale financés par l'impôt ou à des régimes de revenu minimum garanti pour vivre dans la dignité pendant leurs vieux jours. Les pays qui mettent en œuvre des réformes de ce genre auront dès lors du mal à respecter les niveaux minimaux fixés par les conventions n^{os} 102 et 128 qu'ils ont ratifiées.

Durant la pandémie de COVID-19, certains pays ont puisé dans les fonds de réserve de leur système de retraite pour verser des prestations d'urgence, ce qui fait craindre pour leur viabilité financière. Selon la Fédération internationale des administrateurs de fonds de pension (FIAP), plusieurs pays d'Amérique latine ont voté des lois qui autorisent le retrait anticipé de l'épargne-retraite pour faire face aux effets de la crise du COVID-19. De ce fait, bon nombre de travailleurs ne sont plus couverts et verront leurs prestations de vieillesse fortement amputées à la retraite⁴⁴. Au Chili, à l'issue de deux déblocages consécutifs, quelque 40 pour cent des cotisants avaient vidé leurs comptes individuels. À l'avenir, l'État sera donc obligé de servir davantage de prestations non contributives financées par l'impôt, et le caractère adéquat des pensions ne sera plus garanti. Au Pérou, des réformes successives ont porté à 95,5 pour cent le montant maximal que les cotisants peuvent retirer en une seule fois de leur compte individuel s'ils remplissent certains critères d'âge. Résultat, en novembre 2020, les retraits représentaient 16 pour cent du montant total des fonds de pension. Un tiers au moins des travailleurs ont récupéré 25 pour cent de leur épargne et n'auront donc plus de quoi financer leur retraite. Autoriser à puiser dans les fonds constitués pour la protection vieillesse pour faire face aux conséquences de la pandémie n'est pas une pratique recommandable, mais cette mesure a été prise faute de pouvoir mobiliser d'autres ressources. Cela illustre la grande fragilité des systèmes de retraite à cotisations définies, qui ne peuvent pas s'appuyer sur un système par répartition solide et sur des régimes de protection contre le chômage permettant de mieux amortir les chocs.

⁴⁴ FIAP Statement: The withdrawal of pension funds to mitigate the effects of Covid-19. Voir <https://www.fiapinternacional.org/en/fiap-statement-the-withdrawal-of-pension-funds-to-mitigate-the-effects-of-covid-19/>.

4.3.10 Garantir une sécurité de revenu aux personnes âgées à l'avenir



La plupart des pays ont eu tendance à assurer la viabilité et l'universalité de leurs régimes en instaurant des systèmes mixtes.

L'allongement de l'espérance de vie accroît le besoin de protection des personnes. Bien qu'il n'y ait pas deux systèmes nationaux de protection vieillesse identiques et qu'il n'existe pas de modèle idéal, la plupart des pays ont eu tendance à assurer la viabilité et l'universalité de leurs régimes en instaurant des systèmes mixtes associant prestations contributives et non contributives, les premières garantissant aux personnes âgées un revenu de remplacement d'un montant adéquat; les secondes contribuant à leur assurer une

sécurité élémentaire de revenu. Confrontés à des marchés du travail en mutation et à une population vieillissante, les pays choisissent de plus en plus, surtout quand leurs systèmes de protection vieillesse sont parvenus à maturité, de procéder à des réformes paramétriques consistant à relever l'âge de départ à la retraite ou la durée de cotisation, ou bien à compléter les cotisations par des contributions publiques. Le degré de progressivité ou de régressivité de ces impôts, et notamment la part respective prélevée sur les revenus d'activité et sur les revenus du capital, influe directement sur l'équité et le caractère redistributif des systèmes de protection vieillesse – un impôt plus étroitement lié aux revenus d'activité permettra de mieux atteindre ces objectifs qu'une taxe régressive sur la consommation, par exemple.

Le changement démographique n'est pas le seul élément qui compromet la capacité des États et des systèmes de retraites à garantir le droit de chacun à la protection vieillesse. À quoi ressemblera l'avenir du travail? Comment assurer une couverture sociale suffisante à tous les travailleurs quelle que soit leur forme d'emploi – y compris à ceux qui travaillent sur les plateformes numériques ou qui ont des horaires flexibles? Ces

questions sont lourdes de conséquences pour la protection des personnes âgées. Les incertitudes juridiques quant à la nature de la relation qui lie ces travailleurs aux plateformes doivent être levées et, le cas échéant, le droit du travail doit être adapté afin de ne pas tarir les sources de financement collectif et d'assurer à ces catégories de travailleurs une protection vieillesse adéquate, à défaut de laquelle ils risquent d'être exposés à la pauvreté et de devoir se contenter d'une pension de base financée par l'impôt.

L'économie informelle, qui est en progression dans bon nombre de pays, menace aussi la viabilité des systèmes de protection vieillesse. Dans les pays en développement, où la pauvreté est endémique et le travail informel très répandu, une part non négligeable des travailleurs de l'économie formelle basculent dans l'informalité. Malgré les efforts déployés pour étendre la couverture des régimes de protection vieillesse non contributifs aux personnes ayant travaillé dans l'économie informelle, les prestations sont souvent insuffisantes pour vivre dignement ou trop étroitement ciblées, si bien que de nombreuses personnes se retrouvent privées de protection. En outre, en l'absence de stratégies globales et efficaces qui faciliteraient la transition de l'économie informelle vers l'économie formelle et consolideraient du même coup les régimes contributifs, le versement de pensions financées par l'impôt à la majorité de la population âgée représente une charge considérable pour l'État, si bien que la viabilité du système ne serait pas assurée à long terme. Dans ces circonstances, il est essentiel de renforcer les régimes contributifs liés à l'emploi qui servent des prestations adéquates et financées de manière durable en améliorant la cohérence entre les piliers contributifs et non contributifs, et en prenant en parallèle des mesures destinées à faciliter le passage à l'économie formelle. Tous les pays sont confrontés, à des degrés divers, à la nécessité de pérenniser leurs systèmes de protection vieillesse et doivent trouver le juste équilibre entre viabilité financière et viabilité sociale en garantissant des conditions satisfaisantes de financement et de versement des prestations, ainsi que des niveaux de prestations adéquats, s'ils veulent disposer de systèmes de protection vieillesse efficaces et performants et parvenir à réaliser le Programme 2030.



► 4.4 Protection sociale en santé: vers la couverture sanitaire universelle

- Le droit à la protection sociale en santé n'est pas encore une réalité universelle. Malgré des progrès notables, certains obstacles continuent d'entraver l'accès aux soins de santé, notamment: les paiements directs par les ménages; l'éloignement physique des services de santé; les lacunes concernant l'éventail, la qualité et l'acceptabilité des services de santé; les délais d'attente; et les coûts d'opportunité, comme la perte de temps de travail.
- Des progrès ont été faits dans l'extension de la couverture, avec près des deux tiers de la population mondiale étant maintenant protégée par un régime de santé. Toutefois, les personnes appartenant au quintile inférieur de revenu et les habitants des zones rurales rencontrent fréquemment des difficultés financières pour accéder aux soins de santé. Si les taux de couverture de la population ont augmenté, certains pays n'ont pas suffisamment porté attention à la question du niveau adéquat des prestations. La crise du COVID-19 a montré que ces prestations n'étaient pas toujours adéquates et qu'il fallait réduire la part des paiements directs par les ménages.
- Le financement collectif, la large mutualisation des risques, les régimes fondés sur les droits sont des conditions essentielles pour garantir à tous un accès effectif aux soins même en cas de chocs. Dans le contexte sanitaire actuel, les principes énoncés dans les normes internationales de sécurité sociale sont plus pertinents que jamais pour parvenir à une couverture santé universelle. Des données plus nombreuses et de meilleure qualité sur la couverture légale doivent être collectées en priorité afin de suivre les progrès en matière de couverture et d'équité.
- Il s'avère crucial d'investir dans la disponibilité de services de santé de qualité. La pandémie de COVID-19 a souligné une nouvelle fois la nécessité d'investir dans les services publics de santé et d'améliorer la coordination au sein du système de santé. Elle a mis en lumière les difficultés qu'il y a à recruter, déployer, retenir et protéger des travailleurs de la santé dûment formés, soutenus et motivés pour prodiguer des soins de qualité.
- Une meilleure articulation entre accès aux soins médicaux et sécurité des revenus est nécessaire pour mieux agir sur les principaux déterminants sociaux de la santé. La crise du COVID-19 a mis en évidence le rôle central des régimes de protection sociale en matière de prévention, ainsi que la complémentarité des régimes de soins de santé et d'indemnités journalières de maladie. La mise en place d'approches coordonnées est nécessaire pour répondre aux besoins particuliers et naissants créés par la mobilité des populations, le fardeau croissant des maladies chroniques et de longue durée, ainsi que le vieillissement de la population. L'impact de la pandémie de COVID-19 sur les personnes âgées a également révélé la nécessité d'une meilleure coordination entre les acteurs de la santé et les services sociaux.



4.4.1 Le rôle primordial de la protection sociale en santé pour les individus et l'économie

► Un apport essentiel aux ODD

La crise du COVID-19 a révélé les profondes lacunes des systèmes de protection sociale en santé. Durant la pandémie, il était impératif de garantir l'universalité et la continuité de la couverture santé, puisque la santé de chacun a des conséquences pour la santé de tous. Les gouvernements du monde entier ont donc réagi rapidement afin de garantir l'accès aux soins de santé et aux indemnités de maladie, par exemple en étendant le champ d'application des régimes, en majorant les prestations et en simplifiant leur administration (section 4.2.3). Le temps est maintenant venu de tirer les enseignements des mesures temporaires adoptées pendant la crise et de les pérenniser, afin de bâtir des systèmes de protection sociale plus durables, complets et universels, offrant des soins de santé abordables et des indemnités de maladie adéquates. Ces deux volets s'inscrivent dans le droit fil des objectifs de la couverture santé universelle.

En septembre 2019, l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté une déclaration politique sur la couverture santé universelle et réitéré sa volonté d'atteindre les ODD liés à la santé (Assemblée générale des Nations Unies, 2019). La protection sociale en santé est un aspect essentiel des efforts déployés pour réaliser la couverture santé universelle, où la protection financière et l'accès effectif aux services de santé occupent une place centrale. Les cibles des ODD liées à la couverture santé universelle (ODD 3.8) et aux systèmes universels de protection sociale, socles compris (ODD 1.3), sont deux mesures prioritaires complémentaires, visant à assurer à tous une vie saine et digne.

L'extension universelle de la protection sociale en santé constitue également un volet implicite de l'ODD 8, soit la promotion d'une croissance économique soutenue, inclusive et durable, ainsi que du plein emploi productif et du travail décent, puisque leur réalisation suppose une main-d'œuvre en bonne santé. Un mauvais état

de santé et l'impossibilité de se faire soigner à cause d'obstacles financiers, géographiques, sociaux ou autres nuisent à la productivité des travailleurs, empêchent les ménages d'investir dans des actifs productifs et les relèguent dans la pauvreté. Plus globalement, la protection sociale en santé contribue à la lutte contre les inégalités (cibles 1.1, 1.2 et 10.4 des ODD), car il est établi que les difficultés d'accès aux soins de santé et les frais restant à charge des patients touchent les pauvres de manière disproportionnée. La protection sociale en santé contribue à réduire les inégalités de genre en garantissant un accès équitable aux soins (cible 5.4 des ODD).

De nombreux pays, dont la Colombie, la Mongolie, les Philippines, le Rwanda, la Thaïlande et le Viet Nam, ont prouvé qu'il est possible d'étendre la protection sociale en santé à tous, même dans les pays à faible revenu et/ou à fort niveau d'emploi informel. Leur expérience montre qu'une détermination politique sans faille et un solide soutien financier, dans le cadre d'une démarche fondée sur les droits, sont indispensables pour ne laisser personne de côté.

► Une démarche fondée sur les droits pour réaliser la couverture sociale universelle

Les systèmes de protection sociale en santé s'appuient sur une approche basée sur les droits pour réaliser la couverture sociale universelle. En tant que composante intégrale d'un système complet de protection sociale, la protection sociale en santé s'articule autour d'une série de dispositifs publics ou privés mandatés et organisés par l'État (BIT, 2008), afin:

- d'assurer un accès effectif aux soins de santé, sans difficultés financières pour les patients – c'est l'objet de la présente section; et
- de garantir la sécurité de revenu pour compenser la perte de revenus en cas de maladie (section 4.2.3).

L'absence de soins de santé abordables peut être source de mauvaise santé et de paupérisation, notamment pour les personnes les plus vulnérables. C'est pourquoi le principe de couverture universelle a été énoncé très tôt dans les standards de sécurité sociale (voir encadré 4.26).

► **Encadré 4.26 Normes internationales de sécurité sociale sur la couverture santé**

Universalité

La recommandation (n° 69) sur les soins médicaux, 1944, a introduit le principe d'universalité, disposant que le service de soins médicaux devrait englober tous les membres de la collectivité «qu'ils exercent ou non une occupation lucrative» (paragr. 8). Par la suite, d'autres instruments traitant des droits humains ont affirmé expressément le droit à la santé¹. Les droits humains à la santé et à la sécurité sociale créent l'obligation de garantir à tous l'accès effectif à une protection adéquate (BIT, 2019e; ONU, 2008). S'inscrivant dans ce cadre, la protection sociale en santé représente le mécanisme optimal pour donner corps à ces droits humains (BIT, 2020w).

Financement et dispositifs institutionnels

Les normes internationales de sécurité sociale privilégient les mécanismes de financement collectif pour couvrir le coût des soins de santé – recettes fiscales, cotisations des travailleurs, des employeurs et des gouvernements. Ces normes admettent également la possibilité de divers mécanismes institutionnels à cet effet, à savoir: les services nationaux de soins médicaux offrant des soins abordables dans un cadre public; et les systèmes nationaux d'assurance-maladie – dans ce cas, une entité publique autonome perçoit les recettes provenant de diverses sources (cotisations sociales; transferts de fonds publics) pour se procurer des services de santé, soit exclusivement auprès de prestataires publics, soit auprès de prestataires publics et privés. Dans la pratique, la plupart des pays conjuguent ces divers dispositifs et sources de financement pour offrir une couverture universelle à leur population.

Extension de la couverture

L'extension horizontale de la couverture vise à protéger l'ensemble de la population, en lui offrant un niveau minimal de protection sociale au moyen de quatre garanties de base, y compris l'accès aux soins de santé, conformément à la recommandation n° 202 de l'OIT (BIT, 2021c; 2017f; 2019i).

L'extension verticale de la couverture vise à améliorer progressivement le niveau des prestations, en offrant une meilleure protection. Les normes internationales de sécurité sociale prévoient que la loi doit garantir un niveau minimum de prestations, comportant deux dimensions:

- l'éventail des services effectivement accessibles; et
- la protection financière pour en couvrir le coût.

S'agissant du premier volet, l'éventail des prestations doit progressivement s'étoffer. Les socles de protection sociale doivent comprendre, au minimum, les «soins de santé essentiels» tels que définis au niveau national, y compris des soins médicaux pré et postnatals gratuits pour les personnes les plus vulnérables; en outre, les pays devraient progressivement offrir à tous une meilleure protection, conformément aux conventions n°s 102 et 130, qui précisent que la législation nationale devrait prévoir l'accès à un éventail complet de services. Pour être considérés comme adéquats, conformément aux mécanismes de contrôle du respect des droits humains, les services de santé doivent répondre aux critères de disponibilité, d'accessibilité, d'acceptabilité et de qualité (paragr. 5 a) de la recommandation n° 202 (ONU, 2000b).

Quant au deuxième volet (protection financière), les instruments de l'OIT prévoient le droit aux soins de santé sans difficultés financières. Les systèmes de santé ne devraient pas être principalement financés par les paiements directs des ménages. Les règles concernant le partage des coûts doivent être conçues de manière à éviter qu'une charge financière trop lourde ne pèse sur les ménages, n'exiger d'eux qu'une participation nulle ou limitée et prévoir la gratuité des soins de maternité.

¹ Déclaration universelle des droits de l'homme, 1948 (art. 25); Protocole international sur les droits économiques, sociaux et culturels, 1966 (art. 12).

► Suivre l'extension de la couverture

Le suivi des avancées en matière de protection sociale en santé suppose d'examiner tant le taux de couverture de la population que le niveau adéquat des prestations (c'est-à-dire le panier de soins couverts et le niveau de protection financière) en droit comme dans la pratique. Le cadre de suivi des ODD constitue une amélioration à cet égard, grâce à l'établissement de bases de données plus complètes et de meilleure qualité qui permettent d'évaluer plus précisément ces éléments, notamment en ce qui concerne la couverture effective (OMS et Banque mondiale, 2020). En revanche, des données plus complètes et de meilleure qualité sont nécessaires, en particulier sur la couverture légale, le degré de sensibilisation du public et la qualité des soins; ces aspects sont mal connus ou ne sont pas suivis de façon systématique et comparable (Kruk *et al.*, 2018).

Il est difficile de suivre la couverture de la protection sociale en santé, étant donné la complexité et l'interdépendance des dimensions mentionnées ci-dessus, ainsi que l'absence de données collectées de façon systématique à cet égard. La performance sur l'une des dimensions ne signifie pas nécessairement une performance sur les autres. Ainsi, plus des deux tiers de la population d'Amérique latine sont protégés par un régime de santé et recourent effectivement à ses services, mais le niveau de protection financière est insatisfaisant en raison des paiements directs restant à la charge des ménages. Les sections qui suivent présentent les indicateurs disponibles et commentent les lacunes des données.

4.4.2 Couverture de la population

► Couverture légale

Compte tenu de l'importance des cadres juridiques garantissant le droit à la santé et à la sécurité sociale, il serait urgent de combler les lacunes actuelles des données à cet égard (voir encadré 4.27). Alors que les pays européens recueillent systématiquement des informations sur la couverture légale, ces données font cruellement défaut dans le reste du monde (annexe 2).

La législation de nombreux pays d'Asie, notamment la Chine, l'Indonésie, les Philippines, le Népal, le Sri Lanka, la Thaïlande et le Viet Nam, prévoit le droit aux soins de santé pour tous.

► Encadré 4.27 Suivi de la couverture légale de protection sociale en santé: un besoin urgent

Le suivi de la couverture légale devrait notamment porter sur les volets clés suivants:

- le taux de couverture de la population, ce qui permet d'identifier tout groupe exclu;
- le niveau adéquat des droits, y compris un paquet de soins garanti (défini positivement ou négativement), le niveau de protection financière (défini positivement, ou en fonction de seuils maximaux de copaiement) et les prestataires de soins de santé pour lesquels l'accès est garanti.

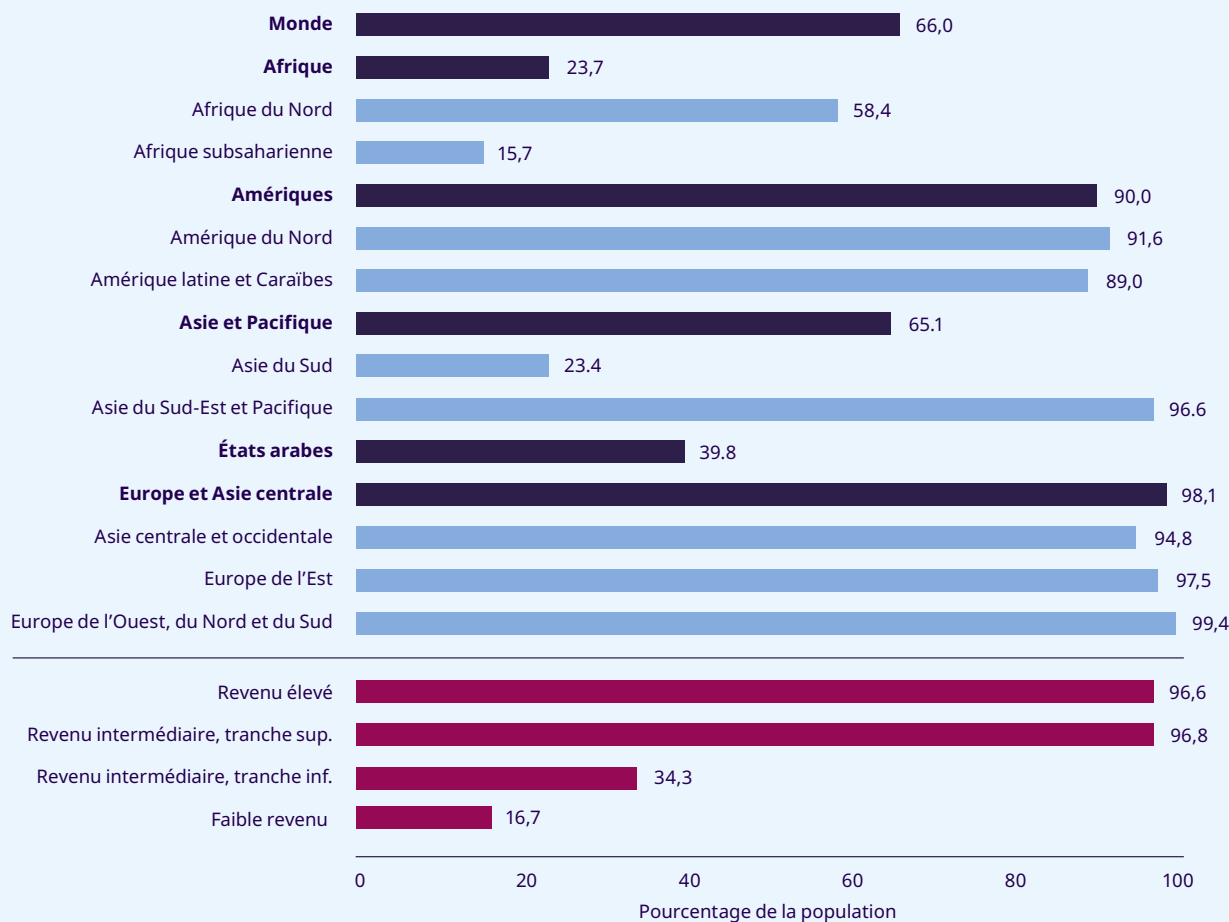
Les lacunes persistantes en matière de couverture reflètent souvent des inégalités socio-économiques et la discrimination multidimensionnelle contre certains groupes de la population. Ainsi, certains pays réservent la protection légale aux citoyens ou aux résidents permanents et en excluent les résidents temporaires (ou fixent un plafond de prestations en ce qui les concerne), par exemple les travailleurs migrants munis d'un permis de travail temporaire, qui représentent la majorité de la main-d'œuvre dans certains pays.

► Connaissance des droits et protection effective

Pour que la population ait effectivement accès sans difficultés financières aux services de santé dont elle a besoin, ce droit doit être formellement inscrit dans la législation; il importe tout autant que les personnes concernées connaissent leurs droits et sachent comment les exercer. Un indicateur connexe est la part de la population protégée par un régime (pour de plus amples renseignements, voir l'annexe 2). Dans leur quête de protection universelle, de nombreux pays – tous niveaux de revenus confondus – ont réalisé des progrès notables en élargissant la portée effective des régimes de protection sociale en santé, dont le résultat est que plus de la moitié de la population mondiale est désormais protégée (voir figure 4.43). L'Afrique, les États arabes et la région Asie-Pacifique ont les plus faibles taux de couverture; l'Europe, l'Asie centrale et les Amériques connaissent les taux les plus élevés.

Une difficulté partagée par plusieurs pays, indépendamment de leur niveau de développement, est la protection des personnes qui vivent de l'économie informelle, y compris les travailleurs

► **Figure 4.43 Couverture effective de la protection de la santé: pourcentage de la population couverte par un régime de santé sociale (personnes protégées), par région, sous-région et niveau de revenu, 2020 ou dernière année disponible**



Notes: Basé sur des données recueillies pour 117 pays et territoires représentant 89 pour cent de la population mondiale; meilleure estimation des pourcentages de personnes protégées par un système de santé pour leur couverture primaire. Mécanismes visés: assurance-maladie nationale; assurance-maladie sociale sous tutelle publique (y compris les dispositifs subventionnés à l'intention des pauvres); services de santé nationaux sans ticket modérateur, ou prévoyant une participation minimale; autres programmes (exonération de frais; coupons, etc.). La liste comprend 189 systèmes de couverture primaire. Pour éviter les chevauchements, seuls les programmes publics ou les programmes gérés par le secteur privé sous mandat public sont inclus. Les programmes publics et privés complémentaires et volontaires ne sont pas inclus, à l'exception des États-Unis (seul pays au monde où l'assurance-maladie privée occupe une place importante dans le régime de couverture primaire). Les données mondiales et régionales sont pondérées en fonction de la population.

Sources: Enquête du BIT sur la sécurité sociale (Social Security Inquiry – SSI); statistiques de la santé de l'OCDE (2020); données administratives nationales publiées dans les rapports officiels; informations provenant d'enquêtes nationales menées périodiquement auprès des populations cibles sur la connaissance de leurs droits.

Lien: <https://wspr.social-protection.org>.

► Encadré 4.28 Faciliter l'enregistrement des travailleurs de l'économie informelle

Soudan: extension accélérée du fonds national d'assurance-maladie (National Health Insurance Fund – NHIF). La loi de 2016 sur l'assurance-maladie dispose que tous les résidents devraient être couverts par le NHIF, afin de leur garantir l'accès aux soins de santé, sans difficultés financières. En 2019, 27,2 millions de personnes (67,7 pour cent de la population) y étaient inscrites, soit le double du taux de 2014 (Bilo, Machado et Bacil, 2020). Le gouvernement a réalisé cette extension rapide en y associant d'autres régimes de protection sociale non contributifs et en appliquant les mêmes procédures d'identification et critères d'admissibilité afin de faciliter l'inscription au régime; en outre, il a lancé une campagne d'information pour inciter la population à s'y inscrire. Dans ce genre de situation, il importe de veiller à ce que l'éventail et la qualité des services offerts accompagnent l'augmentation rapide du nombre de bénéficiaires.

Kazakhstan: adaptation de l'assurance-maladie nationale aux travailleurs indépendants. Le Kazakhstan a établi en 2020 un régime national d'assurance-santé obligatoire, qui a connu une expansion rapide pour atteindre 88 pour cent de la population en un an. L'État prend en charge le coût des cotisations pour certains groupes, notamment les enfants de moins de 18 ans, les femmes enceintes, les retraités, les personnes handicapées, les mères et les étudiants à plein temps. Les travailleurs indépendants paient une cotisation forfaitaire unique, différente selon qu'ils résident en région urbaine ou rurale, dont la majeure partie (40 pour cent) est affectée au régime d'assurance-santé; le solde (10 pour cent) sert au paiement de l'impôt sur le revenu et de leurs cotisations aux autres dispositifs d'assurance sociale; ainsi, le régime d'assurance-santé contribue à l'extension d'une protection complète et aux efforts de formalisation (Kazakhstan, 2021).

eux-mêmes et les membres de leur ménage (enfants, jeunes et aînés) qui dépendent de ces revenus pour leur subsistance (OCDE et BIT, 2019). Il faut donc s'assurer qu'ils connaissent leurs droits, font confiance au régime et sont disposés à y recourir pour couvrir les besoins de santé du ménage (Traub-Merz et Öhm, 2021).

Il est possible de mieux informer la population de ses droits et des prestations existantes par des mesures incitatives adaptées et en facilitant la transition vers l'économie formelle (BIT, 2021g). Certains travailleurs, tels les indépendants et les travailleurs domestiques, sont parfois exclus du régime obligatoire. Par ailleurs, le niveau et les modalités de cotisation des régimes contributifs ne sont pas toujours adaptés aux modes de rémunération des travailleurs de l'économie informelle (par exemple revenus saisonniers ou fluctuants). Inversement, l'existence de prestations de santé peut fortement inciter les travailleurs et les employeurs à cotiser au système de protection sociale, favorisant ainsi leur transition vers l'économie formelle.

En ce qui concerne à la fois les régimes contributifs et non contributifs, l'éloignement géographique

des services et la complexité des procédures administratives (distance physique; fossé culturel par rapport aux autorités; problèmes liés aux documents d'identité; lourdeur des procédures, etc.) constituent parfois des obstacles importants à l'adhésion aux programmes existants, qui touchent de manière disproportionnée les travailleurs de l'économie informelle et leur famille. Pour y remédier, des procédures d'inscription innovantes ont été mises en œuvre dans le cadre de certains régimes (voir encadré 4.28). Une plus grande sensibilisation de la population aux droits et prestations, ainsi que l'amélioration des connaissances en matière de santé sont des éléments essentiels pour renforcer la demande sociétale pour des soins de santé de qualité et abordables pour tous. Les populations doivent connaître leurs droits et savoir comment les exercer pour pouvoir contribuer à une meilleure qualité ainsi qu'accroître la transparence et la confiance dans le système. Ces mesures doivent accompagner les interventions politiques et institutionnelles, afin d'améliorer le niveau des prestations (voir ci-dessous), la transparence, la confiance et la perception du public quant à l'équité (BIT, 2021f).

Les estimations régionales présentées à la figure 4.43 cachent de profondes disparités entre les divers groupes de population dans chaque pays et région, que plusieurs tendances démographiques viennent accentuer. Ainsi, les mouvements de populations, volontaires ou contraints, atteignent des proportions sans précédent. Il importe donc de veiller à la portabilité des droits des migrants et des réfugiés en matière de santé, et de leur fournir des services adaptés (OIM, 2019; Orcutt *et al.*, 2020). Certains pays s'efforcent d'intégrer les réfugiés dans leur système de protection sociale en santé (voir l'exemple de l'encadré 4.29), malgré les nombreuses difficultés que cela soulève.



La plupart des pays associent plusieurs mécanismes de financement et dispositifs institutionnels pour couvrir leur population.

D'après les données recueillies afin de réaliser les estimations régionales présentées à la figure 4.43, la plupart des pays associent plusieurs mécanismes de financement et dispositifs institutionnels pour couvrir leur population. S'il est souhaitable de conjuguer diverses sources de financement en vue de garantir l'affectation optimale des fonds publics au système de santé, une large mutualisation

des risques constitue également un facteur majeur d'équité dans l'accès effectif aux soins. À cet égard, plusieurs pays ont largement étendu leur système de protection sociale en santé, tout en réduisant la fragmentation institutionnelle entre les dispositifs de protection sociale en santé (voir l'exemple de l'encadré 4.30) (BIT, 2020k).

La figure 4.43 donne un aperçu du nombre de personnes protégées dans les pays qui ont mis en place une politique active de suivi. Toutefois, ni le taux d'affiliation ni le suivi régulier de la situation ne signifient en eux-mêmes que la population jouit automatiquement d'un accès effectif et abordable aux soins de santé en cas de besoin. De nombreux obstacles subsistent parfois, à savoir:

- la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des soins de santé laissent parfois à désirer et, dans la pratique, ne répondent pas aux conditions d'accès optimales, susceptibles d'améliorer la santé de la population;
- le panier de soins peut être limité (services restreints laissant des paiements directs des ménages élevés pour couvrir les exclusions);
- le système prévoit parfois un ticket modérateur élevé et/ou des paiements informels persistent, laissant une part importante du coût des soins à la charge des ménages.

► Encadré 4.29 Rwanda: intégration des réfugiés urbains au régime national d'assurance-santé

Le système national d'assurance-santé du Rwanda comprend plusieurs volets applicables à divers groupes professionnels et socio-économiques, y compris le régime communautaire d'assurance-santé (*community-based health insurance* – CBHI), gérés par une institution centrale unique. S'étant engagé en 2017 à intégrer progressivement les réfugiés dans ce système, le gouvernement rwandais a commencé à y intégrer 12 000 réfugiés urbains en septembre 2019, tout en leur délivrant des cartes d'identification. Le ministère chargé des réfugiés a conclu un protocole d'accord avec le CBHI et l'Agence des Nations Unies pour les réfugiés (UNHCR), afin que les réfugiés bénéficient des mêmes conditions d'accès aux soins de santé que les communautés d'accueil (BIT et HCR, 2020).

► Encadré 4.30 Indonésie: réduire la fragmentation institutionnelle

En promulguant la loi de 2004 sur le système national de sécurité sociale et la loi n° 24 de 2011 sur l'administration de la sécurité sociale, le gouvernement indonésien s'est fermement engagé à réaliser la couverture sociale universelle. En 2012, le conseil national de la sécurité sociale (Dewan Jaminan Sosial Nasional – DJSN) et le ministère de la Santé ont établi une feuille de route prévoyant la mise en place d'un système intégré de protection sociale en santé et la création d'une administration de la sécurité sociale en santé (BPJS Kesehatan). En 2014, tous les régimes de santé auparavant fragmentés ont été fusionnés dans le cadre du Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), géré par le BPJS Kesehatan, qui perçoit les revenus provenant des impôts et des cotisations sociales. Comptant 223 millions de membres en 2020 (soit plus de 82 pour cent de la population), le JKN est actuellement l'un des plus grands organismes payeurs au monde.

► **Figure 4.44 Couverture des services de santé essentiels (indicateur 3.8.1 des ODD): taux moyen de couverture, services de santé essentiels, 2017**

Pour des raisons techniques, cette figure est momentanément indisponible.

Veillez vous référer aux [tableaux statistiques](#) de ce rapport et à la base de données mondiale du BIT sur la protection sociale ([World Social Protection Database](#)) pour des informations actualisées.

Source: Calculs effectués à partir d'OMS, 2019d.

Lien: <https://wspr.social-protection.org>.

4.4.3 Niveau de prestation adéquat

► **Droit à des prestations de santé adéquates inscrit dans la législation**

Il conviendrait d'adopter en urgence une politique de collecte systématique des données afin d'examiner dans quelle mesure la loi garantit un niveau adéquat des prestations (panier de soins offerts; part des frais pris en charge; réseau de prestataires accessibles). Toutefois, les indicateurs 3.8.1 et 3.8.2 des ODD fournissent déjà certaines indications sur la couverture effective de ces dimensions.

► **Couverture des services de santé**

En 2017, près de quatre décennies après la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires⁴⁵, la moitié de la population mondiale n'a

toujours pas accès aux soins essentiels dont elle a besoin, là encore avec de profonds écarts entre les pays (voir figure 4.44) (Hogan *et al.*, 2018; OMS, 2019d). La convention n° 102 de l'OIT dispose que les Membres doivent offrir des soins médicaux de caractère préventif et curatif aux personnes protégées et donne une liste des prestations minimales devant être fournies⁴⁶, y compris les soins pré et postnataux. La convention n° 130 va au-delà et y ajoute les soins dentaires et les services de réadaptation. L'indicateur 3.8.1 des ODD suit 14 interventions de référence, réparties sous quatre rubriques, à savoir: la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile (SRMNI); les maladies infectieuses; les maladies non transmissibles; ainsi que la capacité d'accueil et l'accès aux services. Il faudrait davantage de données pour analyser la situation pour un plus large éventail de services afin de faire une comparaison complète, mais les informations disponibles permettent déjà de conclure que la majorité de la population mondiale n'a pas accès au panier de soins complet

⁴⁵ Déclaration de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata, URSS, 6-12 septembre 1978. Voir https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/113882/E93945.pdf.

⁴⁶ Au minimum: les soins de praticiens de médecine générale, y compris les visites à domicile; les soins de spécialistes dispensés en milieu hospitalier aux personnes hospitalisées ou non et les soins de spécialistes susceptibles d'être donnés hors de l'hôpital; la fourniture de produits pharmaceutiques essentiels sur ordonnance d'un médecin ou d'un autre praticien qualifié; l'hospitalisation, le cas échéant; les soins prénatals, les soins pendant l'accouchement et les soins postnataux, donnés par un médecin ou une sage-femme diplômée; y compris l'hospitalisation lorsqu'elle est nécessaire.

► Encadré 4.31 Lutte contre le VIH/sida au Kenya: lier la promotion de la santé en milieu de travail et la protection sociale en santé

Au Kenya, 84 pour cent des travailleurs sont dans l'économie informelle et bénéficient rarement des programmes de protection sociale. Les autorités ont mis en place un système de participation volontaire – sans grand succès. Le fonds national d'assurance hospitalisation (National Hospital Insurance Fund – NHIF) couvre plus de 3 millions de travailleurs, mais seuls 10 pour cent d'entre eux s'y sont inscrits volontairement. De nombreux travailleurs et leur famille ne connaissent pas l'étendue des prestations offertes par ce régime, ni les formalités d'inscription, ce qui pose un sérieux problème pour les personnes vivant avec le VIH: en effet, bien que les traitements antirétroviraux soient fournis gratuitement dans le cadre du programme national de lutte contre le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles (National AIDS and Sexually Transmitted Infection Control Programme), d'autres coûts, comme les consultations médicales, ne sont pas couverts. L'inscription au NHIF procure donc un avantage complémentaire, car il donne accès à des consultations médicales gratuites.

Dans le cadre de l'initiative de conseil et de dépistage volontaire lancée en 2013 à l'intention des travailleurs (VCT@WORK), le Kenya a amélioré les conditions d'accès aux tests de dépistage du VIH pour les travailleurs de l'économie formelle et informelle, et leur facilite l'accès aux régimes nationaux de protection sociale (BIT et ONUSIDA, 2017). Le programme offre notamment des conseils et un soutien pour l'inscription au NHIF.



La majorité de la population mondiale n'a pas accès au panier de soins complet prescrit par les normes internationales de sécurité sociale.

prescrit par les normes internationales de sécurité sociale.

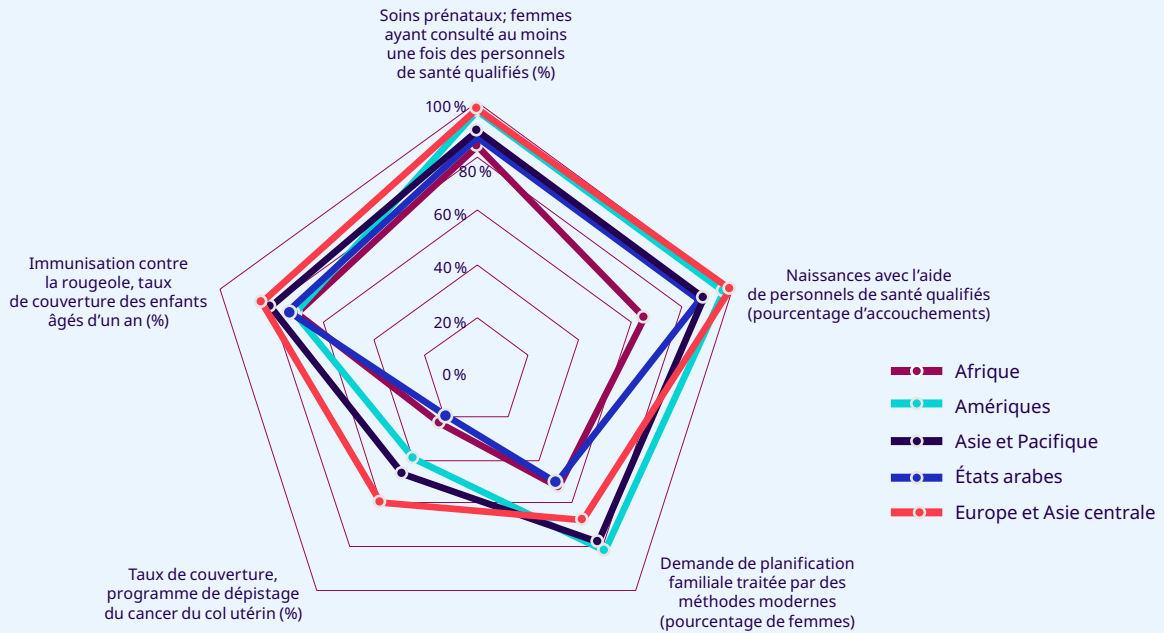
Durant les deux dernières décennies, des progrès notables ont été enregistrés sur le plan de l'accès aux services; par ailleurs, l'indice de couverture des services a progressé, en grande partie grâce aux avancées réalisées dans les interventions essentielles liées aux maladies transmissibles (OMS, 2019d). Il subsiste toutefois des lacunes; les analyses effectuées à ce sujet montrent qu'il existe des disparités entre les régions, les niveaux de revenus, les groupes de population et les types d'intervention (Lozano *et al.*, 2020). Ainsi, les déficits de couverture sont parfois très prononcés pour les soins liés aux maladies non transmissibles, qui représentent une part croissante du fardeau des maladies au niveau mondial (Vos *et al.*, 2020). De même, l'indice de couverture des services dans les pays à revenu faible et intermédiaire est inférieur à celui des pays à revenu élevé; par ailleurs, même si la disponibilité des services s'est améliorée, les pays à revenu intermédiaire peinent à répondre aux besoins de leur population croissante et vieillissante (OMS, 2019d). Il faudrait donc disposer de données plus nombreuses et de meilleure qualité (ventilées par genre, âge, localisation, statut migratoire, revenu,

etc.) pour recenser plus précisément les groupes laissés pour compte et concevoir des politiques inclusives (Lozano *et al.*, 2020).

Plusieurs pays ont amélioré l'accès à la prévention et aux traitements des maladies infectieuses, notamment la tuberculose, le VIH/sida et le paludisme (Murray, Abbafati *et al.*, 2020). Toutefois, il faudrait poursuivre les efforts pour mieux intégrer les stratégies des programmes spécialisés sur ces maladies dans les programmes de protection sociale en santé et les systèmes de santé existants, afin de pérenniser les avancées obtenues à cet égard (voir l'exemple du Kenya, encadré 4.31).

De nombreux pays ont également réalisé des progrès en ce qui concerne l'accès effectif à la SRMNI, notamment dans le cadre des objectifs du Millénaire pour le développement, les pays à faible revenu ayant connu la progression la plus rapide à cet égard (OMS, 2019d). Il subsiste toutefois de profondes disparités dans ce domaine entre les régions (voir figure 4.45) et les quintiles de richesse (voir figure 4.46). Il faut donc doubler d'efforts pour garantir l'accès aux soins de maternité gratuits et de qualité, conformément aux normes internationales de sécurité sociale (voir l'exemple de l'encadré 4.32), étendre la portée des prestations de maternité en espèces et mieux coordonner les programmes de soins et de soutien au revenu pendant la grossesse et après la

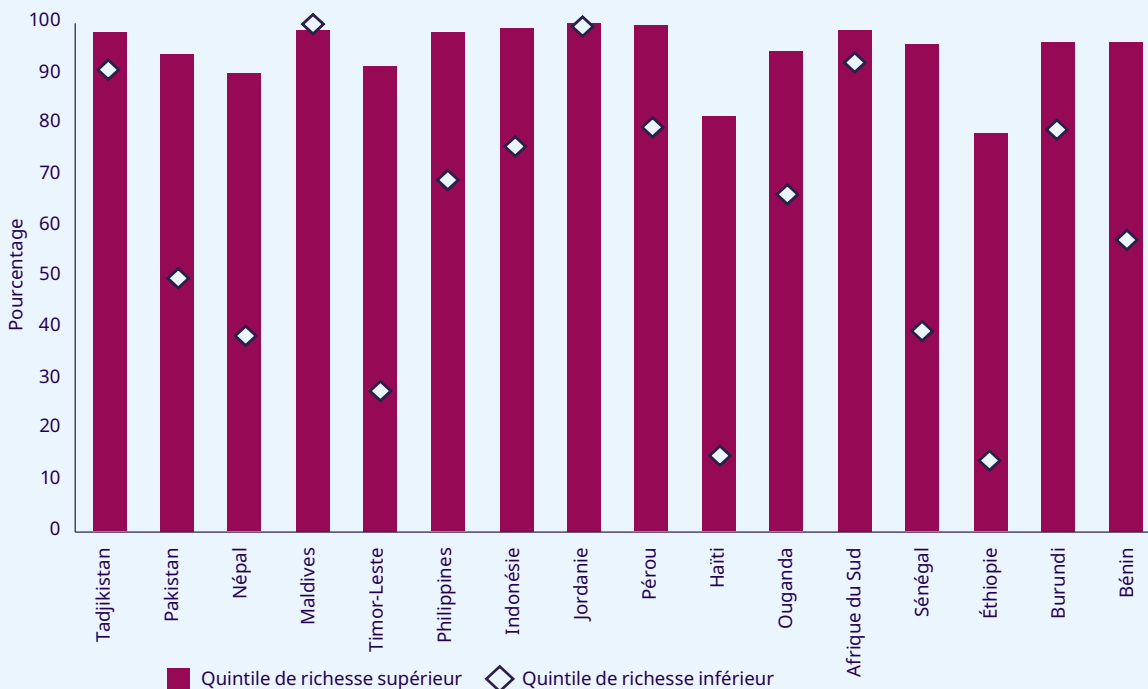
► **Figure 4.45 Couverture de la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile: des avancées inégales**



Source: Données tirées de l'Observatoire mondial de la santé de l'OMS.

Lien: <https://wspr.social-protection.org>.

► **Figure 4.46 Disparités dans l'accès aux soins de santé maternels: pourcentage de naissances vivantes avec l'aide de personnels de santé qualifiés, par quintile de richesse, pays disposant de données, 2016 ou années ultérieures**



Source: Données tirées de l'Observatoire mondial de la santé de l'OMS.

Lien: <https://wspr.social-protection.org>.

► **Encadré 4.32 Burkina Faso: gratuité des soins de maternité**

Le Burkina Faso a adopté en avril 2016 une politique de gratuité des soins pour les femmes enceintes et supprimé le ticket modérateur pour les soins maternels et infantiles (enfants de moins de 5 ans). Cette suppression s'est traduite par une réduction substantielle – mais pas l'abolition – des paiements directs des ménages pour les soins maternels; les autorités ont donc dû envisager d'autres mesures pour régler la question des paiements informels. En 2019, 700 000 femmes enceintes ont bénéficié du programme, qui couvrait 10 millions d'enfants. Les retards de remboursement des établissements médicaux continuent toutefois d'entraver la mise en œuvre du programme. Les mécanismes communautaires de suivi peuvent contribuer à assurer la sensibilisation et la responsabilisation de la population.

Sources: Meda *et al.*, 2019; ThinkWell, 2020; 2021.

naissance (voir la section 4.2.2 sur les prestations de maternité). En effet, l'accès effectif aux soins de santé et la sécurité de revenu sont tous deux essentiels au bon déroulement de la grossesse, de l'accouchement et de la période post-partum (Shaw *et al.*, 2016) pour réduire la mortalité maternelle et infantile, et veiller à ce que la grossesse et la maternité ne remettent pas en cause les droits des femmes, y compris leurs droits du et au travail. Un suivi mondial de la qualité des soins s'impose également en ce domaine, et les efforts déployés en matière de SRMNI peuvent être riches d'enseignements à cet égard (Fullman *et al.*, 2018).

Outre les médicaments et le matériel médical, les budgets consacrés aux infrastructures et aux équipements, ainsi que les fonds alloués au recrutement et à la fidélisation des personnels de santé qualifiés, sont au cœur de l'offre de services de santé. Cette observation vaut tant pour

le secteur public que pour le secteur privé (voir encadré 4.33). De profondes inégalités persistent entre les pays et les régions en ce qui concerne la disponibilité des ressources matérielles et humaines, ainsi qu'entre régions urbaines et régions rurales (voir figure 4.47).

Assurer la disponibilité et la qualité des soins suppose de créer des emplois décents dans le secteur de la santé, aujourd'hui confronté à une pénurie de 18 millions de travailleurs à l'échelon mondial, qui devrait encore se creuser d'ici à 2030 (Commission de haut niveau sur l'emploi en santé et la croissance économique, 2016), dont une grande part concerne les emplois de sages-femmes et d'infirmiers. Selon les estimations, la pénurie de personnel infirmier devrait atteindre 5,7 millions de travailleurs en 2030 (McCarthy *et al.*, 2020). Les avancées obtenues dans l'accès effectif à la SRMNI sont largement redevables à

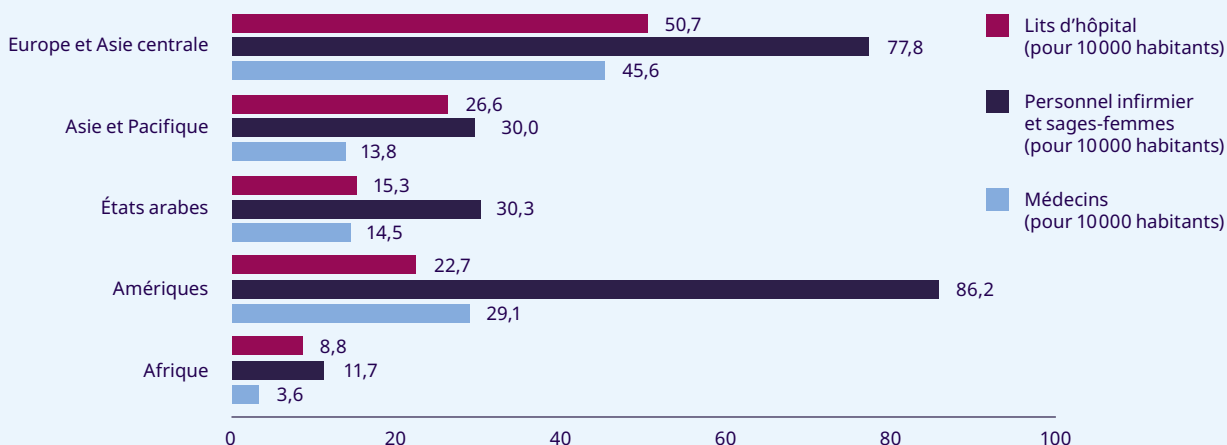
► **Encadré 4.33 Prestations publiques et privées de soins de santé**

Les services médicaux peuvent être dispensés par des entités publiques ou privées; dans la pratique, il s'agit très souvent d'un système mixte. La participation du secteur privé permet d'augmenter les investissements en infrastructures et d'étendre l'offre de services. Néanmoins, un rôle réglementaire et une régulation forte du ministère de la Santé sont nécessaires afin de garantir à tous la qualité des soins. Par ailleurs, les agences chargées de la protection sociale en santé doivent tenir compte de la vision nationale du système de santé dans leur politique d'achat de services, en particulier au secteur privé de la santé.

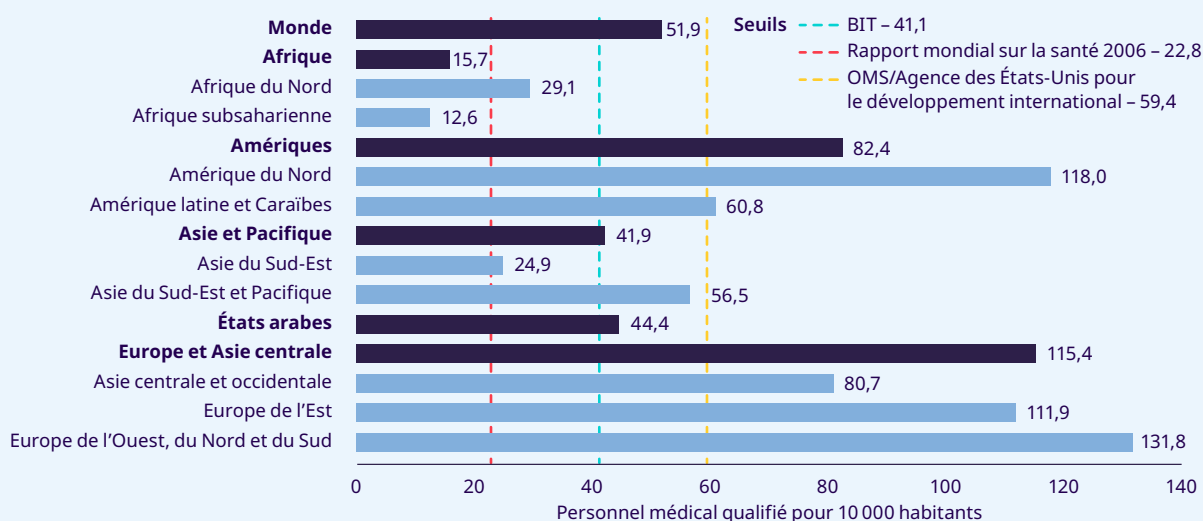
Dans les pays où le secteur privé délivre la majeure partie des services de santé, y compris les interventions faisant partie des prestations garanties, les gouvernements doivent faire tous les efforts possibles pour que la population bénéficie d'une protection financière adéquate. De fait, les informations disponibles en provenance du Bangladesh, de l'Inde et du Nigéria montrent que les paiements directs des ménages sont souvent importants lorsque le système fait essentiellement appel au secteur privé et ne s'accompagne pas de dispositifs adéquats de protection sociale (Mackintosh *et al.*, 2016; Islam, Akhter et Islam, 2018).

► **Figure 4.47 Déficiences en matière de personnel et d'infrastructures: au cœur des inégalités d'accès aux soins de santé**

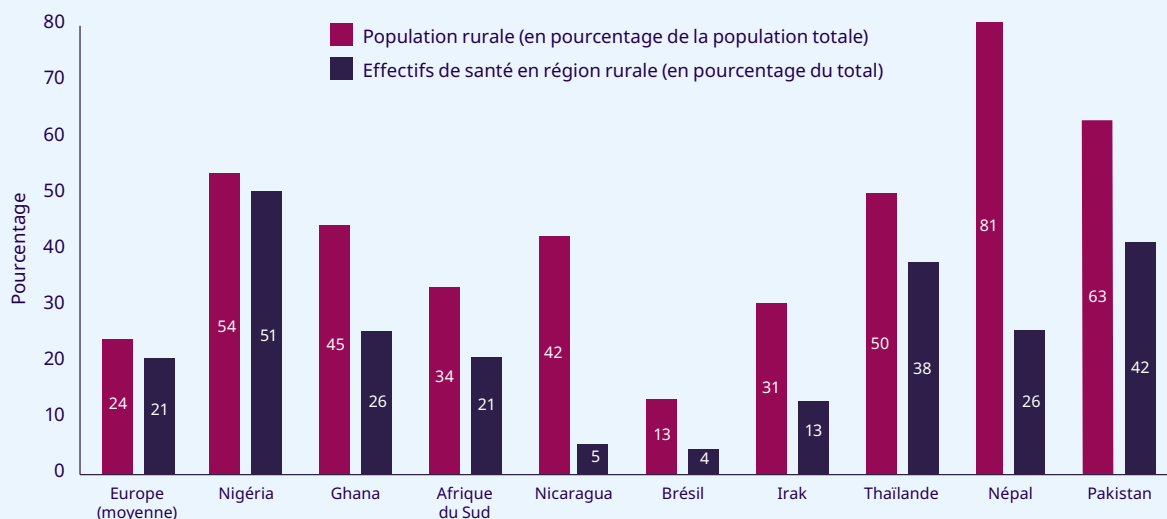
a) *Estimations régionales; lits d'hôpital et densité de certains personnels qualifiés, dernière année disponible*



b) *Densité de personnel médical qualifié, selon trois seuils, par région*



c) *Inégalités rurales/urbaines; disponibilité de personnels de santé; sélection de pays*



Note: Graphique b), pour plus de détails sur l'utilisation de ces seuils, voir https://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/GHWA-a_universal_truth_report.pdf. Graphique c): La moyenne européenne représente 28 pays pour lesquels des données étaient disponibles (voir annexe 2).

Sources: Enquêtes du BIT sur la main-d'œuvre (ILO Labour Force Surveys); programme conjoint OIT-OCDE-OMS «S'engager pour la santé»; Observatoire mondial de la santé de l'OMS.

Lien: <https://wspr.social-protection.org>.

► **Encadré 4.34 Pérou: enquête socio-économique nationale sur l'accès aux services de santé d'EsSalud**

Menée en 2015 sur un échantillon de 25 000 ménages afin de compléter les informations provenant des dossiers administratifs et des enquêtes nationales sur la santé, cette enquête portait sur la connaissance des usagers d'EsSalud quant à leurs droits en matière de santé, l'utilisation qu'ils en faisaient, leur expérience vécue aux points de service et leur degré de confiance dans EsSalud et les établissements de santé mis à leur disposition. Portant sur les services dispensés dans 29 réseaux et plus de 200 centres de santé, l'enquête analysait les disparités liées au statut socio-économique des répondants et a permis de cerner les améliorations nécessaires et d'établir les priorités.

Source: Informations provenant d'EsSalud.

ces deux professions, qui ont joué un rôle déterminant dans l'amélioration de l'offre de services. Le recrutement, la formation et la rétention de ces personnels sont des facteurs essentiels de conformité aux normes de l'OIT concernant la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des soins de santé (BIT, 2018a). Ces travailleurs, pour l'essentiel des femmes, représentent pratiquement la moitié des effectifs du secteur de la santé (OMS, 2019a). Il faut donc agir en urgence afin de leur offrir des conditions de travail décentes, conformément aux instruments pertinents de l'OIT – recommandation (n° 69) sur les soins médicaux, 1944; convention (n° 149) sur le personnel infirmier, 1977, et la recommandation n° 157 qui l'accompagne – tout en tenant compte des considérations de genre, puisqu'il s'agit pour la plupart de travailleuses. La pandémie de COVID-19 a souligné le rôle essentiel de ces travailleurs de première ligne du secteur de la santé, et démontré la nécessité de leur assurer des conditions de travail décentes, dont le droit à la protection sociale, ainsi que la sécurité et la santé au travail.

Enfin, il faudrait renforcer aux niveaux national et mondial les mécanismes de suivi de la qualité des soins et d'évaluation de la qualité des services par les patients (Kruk *et al.*, 2018), avec le concours des institutions chargées de la protection sociale (voir encadré 4.34).

► **Protection financière**

En 2015, 930 millions de personnes dans le monde ont dû faire face à des dépenses de santé catastrophiques (définies comme des dépenses de santé dépassant 10 pour cent de la consommation ou du revenu annuel du ménage), avec le risque de les faire basculer dans la pauvreté; ces données mondiales cachent d'importantes disparités entre les régions (voir figure 4.48) et les tranches de

revenus au niveau national (voir figure 4.49) (OMS et Banque mondiale, 2020). Il importe de souligner qu'un faible niveau de dépenses de santé catastrophiques peut refléter une offre insuffisante de services plutôt qu'une bonne protection financière, ce qui justifie d'autant plus d'analyser les diverses dimensions de la couverture santé.

Plusieurs raisons peuvent expliquer qu'une part significative des dépenses de santé soit supportée par les ménages:

- Un paquet de soins limité (couvrant seulement quelques interventions) contraint les patients à payer eux-mêmes pour les autres services dont ils ont besoin. C'est de plus en plus le cas dans les économies émergentes où, malgré une amélioration de l'offre de soins, l'éventail des prestations couvertes dans le cadre des régimes de protection sociale en santé est parfois inadéquat (voir figure 4.49). Le paquet de prestations couvert doit être adapté aux besoins de la population et à l'évolution du fardeau des maladies. Par ailleurs, l'offre de soins de santé a évolué dans plusieurs pays et laisse davantage de place au secteur privé, alors que le système de protection sociale en santé ne compte qu'un nombre limité de prestataires publics, laissant ainsi une part importante des dépenses effectives de santé non couverte.
- L'absence de droit universel à la protection sociale en santé et/ou sa mise en œuvre défaillante transfèrent la charge financière sur les ménages et les incitent à différer les soins dont ils auraient besoin, voire à y renoncer purement et simplement, ce qui influe directement sur l'état de santé de la population. Le faible niveau des budgets publics de santé est corrélé aux taux élevés de paupérisation résultant des paiements directs des ménages (voir figure 4.50).

► **Figure 4.48 Proportion de la population consacrant une grande part de ses dépenses ou de ses revenus domestiques aux services de soins de santé (indicateur 3.8.2 des ODD: plus de 10 pour cent du revenu ou de la consommation annuels du ménage), dernières données disponibles, par pays, 2000-2018 (pourcentage)**

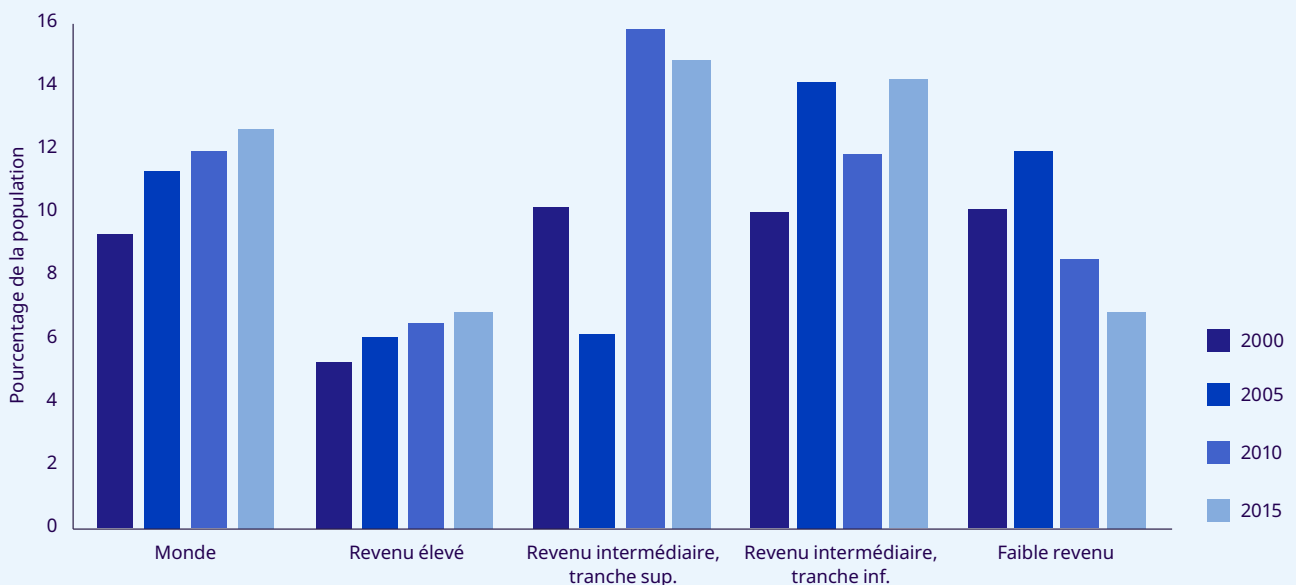
Pour des raisons techniques, cette figure est momentanément indisponible.

Veillez vous référer aux [tableaux statistiques](#) de ce rapport et à la base de données mondiale du BIT sur la protection sociale ([World Social Protection Database](#)) pour des informations actualisées.

Source: OMS et Banque mondiale, 2020.

Lien: <https://wspr.social-protection.org>.

► **Figure 4.49 Évolution de l'incidence des dépenses de santé constituant plus de 10 pour cent du revenu ou de la consommation annuels du ménage; 2000-2015; par niveau de revenu des pays (pourcentage de la population)**

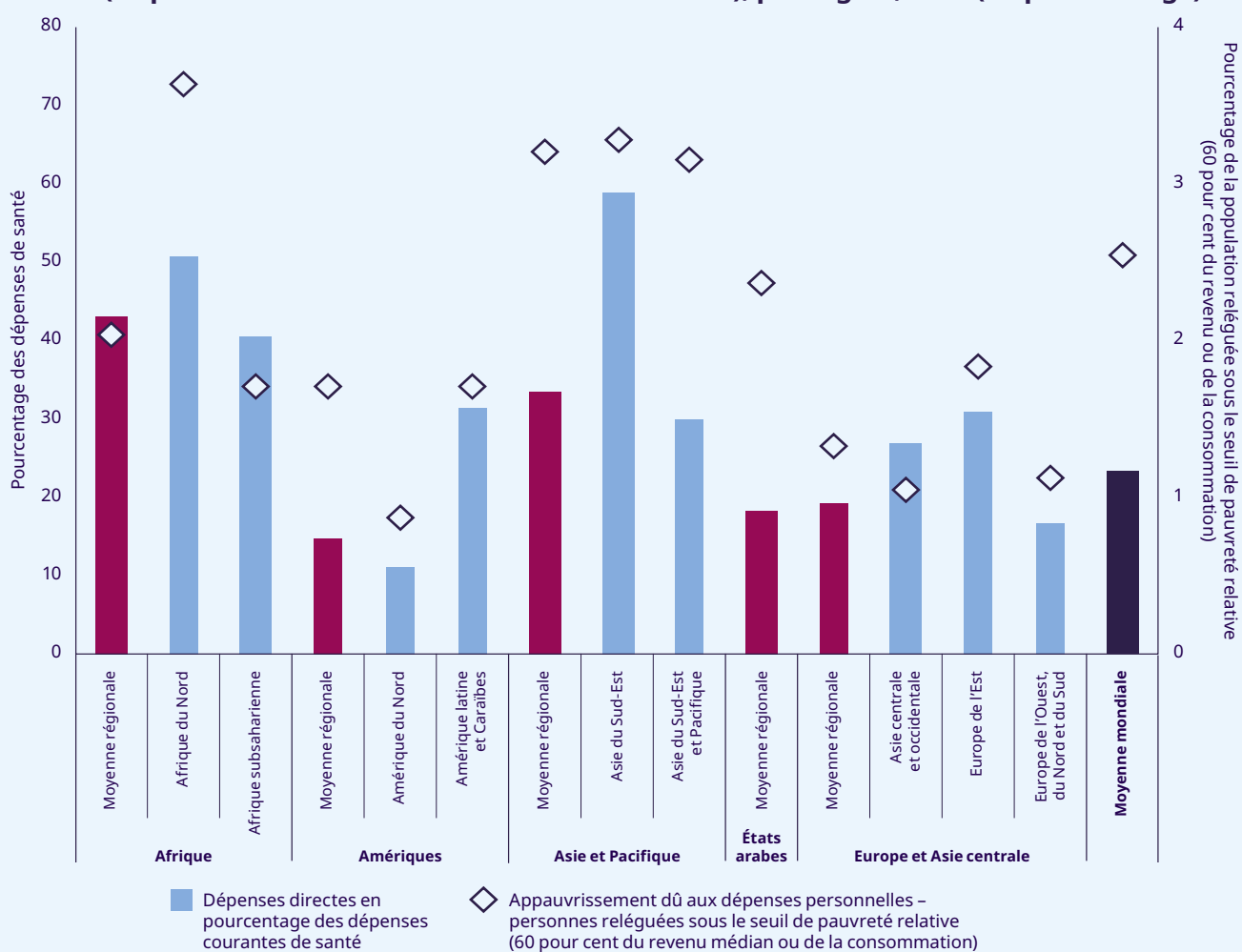


Note: Les pays sont regroupés en fonction de la classification de la Banque mondiale pour l'exercice financier durant lequel les données ont été publiées.

Source: OMS et Banque mondiale, 2020.

Lien: <https://wspr.social-protection.org>.

► **Figure 4.50 Appauvrissement dû aux paiements directs par les ménages: ratio paiements directs par les ménages dans les dépenses de santé totales et pourcentage de la population reléguée sous le seuil relatif de pauvreté (60 pour cent du revenu ou de la consommation), par région, 2018 (en pourcentage)**



Note: Données 2018 non disponibles pour la Libye et le Yémen; les données de 2011 et 2015, respectivement, ont été appliquées pour ces deux pays.

Sources: Calculs effectués à partir de la base de données de l'OMS sur les dépenses mondiales de santé, et des Indicateurs de développement de la Banque mondiale.

Lien: <https://wspr.social-protection.org>.

► Les limitations dans le niveau de prise en charge et la persistance d'une participation aux frais de santé selon différentes modalités (ticket modérateur, contribution formelle et/ou informelle) laissent parfois une part importante de ces coûts à la charge des patients. Sur ce point, des analyses récentes montrent que même les dépenses de santé ordinaires appauvrissent substantiellement les ménages (voir figure 4.50), là encore avec de profondes disparités entre les quintiles de richesse et les régions urbaines et rurales (Wagstaff *et al.*, 2018). Ces réalités changeantes soulignent l'urgence d'une protection sociale universelle en matière de santé.

Fait particulièrement inquiétant, la proportion de la population mondiale consacrant une grande part de ses dépenses ou revenus domestiques aux services de santé a augmenté entre 2000 et 2015. Environ 200 millions de personnes (2,6 pour cent de la population mondiale) ont basculé dans la pauvreté pour cette raison (figures 4.49 et 4.50) (OMS et Banque mondiale, 2020). Le niveau adéquat des prestations reste donc un défi majeur pour les systèmes de protection sociale en santé.

Bien que la part relative des paiements directs des ménages dans le total des dépenses de santé recule, sa valeur absolue augmente, de même que son impact sur la pauvreté. Ces tendances, qui sont liées à l'augmentation du coût des soins de santé, démontrent la nécessité d'améliorer l'offre de soins dans de nombreux pays et de veiller au niveau adéquat des prestations (la couverture du coût des soins et, dans certains cas, le panier de soins couverts) et d'adapter les politiques d'achat des programmes de protection sociale en santé, tout en tenant compte des considérations d'équité dans l'accès à des prestations de qualité.

► Mécanismes adéquats de protection pour les soins de longue durée dans une société vieillissante

Le vieillissement de la population s'accélère et appelle à redoubler d'efforts pour un vieillissement dans la santé et la dignité (Wang *et al.*, 2020). Le fardeau des maladies non transmissibles s'alourdit dans tous les pays, les pouvoirs publics doivent privilégier la prévention tout au long de la vie et agir sur les déterminants sociaux des maladies chroniques et de longue durée (Vos *et al.*, 2020; Murray, Aravkin *et al.*, 2020). Les systèmes de

santé doivent évoluer et promouvoir des services de prévention et de détection précoces, ainsi que la coordination de services adaptés aux besoins des personnes âgées avec les institutions chargées des services à la personne (OMS, 2016). Les régimes de protection sociale en santé doivent accompagner cette évolution.

Avec l'âge, les personnes ressentent généralement l'impact cumulatif des déficits d'accès aux soins vécus tout au long de leur vie, phénomène qui affecte de façon disproportionnée les femmes. En effet, les femmes sont surreprésentées dans la population âgée dans tous les pays (tout groupe de revenus confondus), surtout lorsque leur population vieillit (ONU Femmes, 2019). Elles sont plus enclines à déclarer un handicap ou des problèmes d'autonomie que les hommes dans la mesure où elles vivent plus longtemps et que les handicaps sont beaucoup plus fréquents après 70-75 ans (Vos *et al.*, 2020).

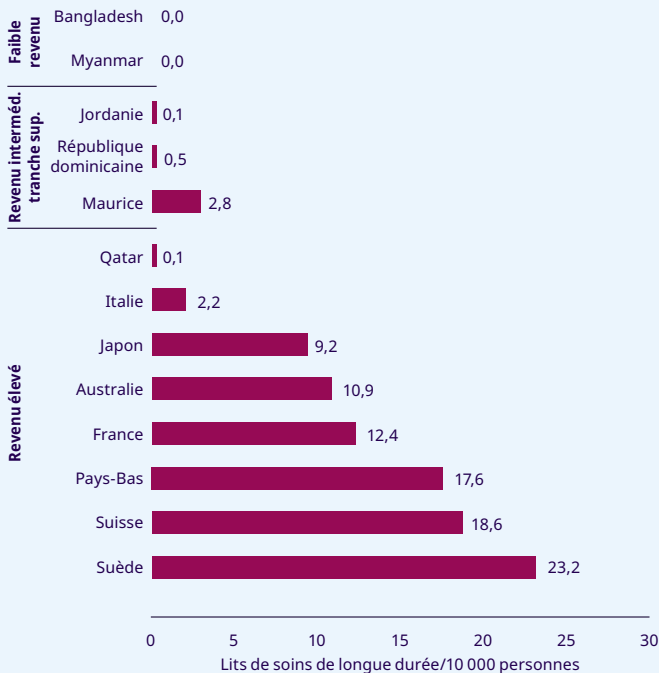
Les données comparables disponibles au niveau mondial sur la couverture légale et effective des soins de longue durée (SLD) sont limitées; celles qui existent montrent qu'il y a d'importantes lacunes en matière de couverture: à peine 5,6 pour cent de la population mondiale vivraient dans un pays où la législation prévoit une couverture universelle (Scheil-Adlung, 2015). Les données disponibles font état de profondes disparités en ce qui concerne les infrastructures de SLD et les ressources humaines, et ce même dans les pays ayant une structure démographique comparable (voir figure 4.51). L'absence de couverture de protection sociale pour les SLD résulte la plupart du temps dans la prise en charge de ses soins par les familles (et particulièrement les femmes) bénéficiant d'un soutien limité, ce qui peut affecter leur bien-être physique et mental, ainsi que leur engagement dans des activités professionnelles génératrices de revenus et, in fine, leur sécurité de revenu, durant la vie active comme durant la vieillesse (BIT, 2019g).

Les besoins de personnel qualifié augmentent; selon les données recueillies dans certains pays dans le cadre du partenariat OIT-OCDE-OMS «S'engager pour la santé», il faudrait améliorer les conditions de travail dans le secteur pour le rendre attractif. La main-d'œuvre est essentiellement féminine dans le secteur des soins à la personne (jusqu'à 90 pour cent dans certains pays européens)⁴⁷, avec des écarts salariaux de genre

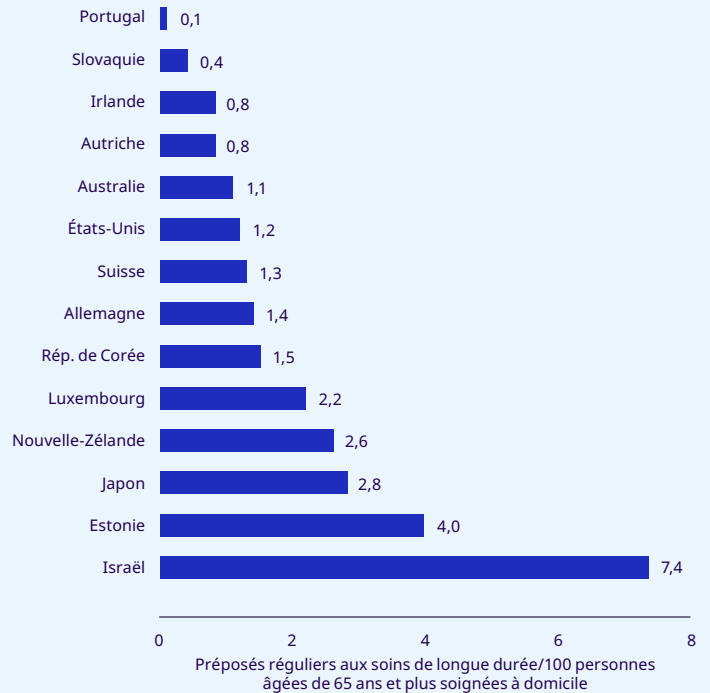
⁴⁷ Y compris les préposés aux soins en institution ou à domicile, les auxiliaires de santé et les autres catégories de préposés aux soins dans les services publics de santé.

► Figure 4.51 Infrastructures de soins de longue durée: investissements inégaux dans les pays disposant de données, 2016-2019

Disponibilité de lits de soins de longue durée/10 000 personnes



Disponibilité de préposés réguliers aux soins de longue durée/100 personnes âgées de 65 ans et plus soignées à domicile



Note: L'expression «Préposés réguliers aux soins de longue durée (SLD)» comprend les infirmiers et les auxiliaires assurant des SLD à domicile ou dans les établissements de SLD (hors hôpitaux). Pour de plus amples renseignements, voir Observatoire mondial de la santé (OMS, 2020c).

Source: Calculs effectués à partir des données de l'Observatoire mondial de la santé de l'OMS.

Lien: <https://wspr.social-protection.org>.

plus prononcés que dans d'autres catégories de professions de la santé et des rémunérations relativement faibles (en Europe, 60 pour cent des travailleurs des soins à la personne se situent dans les deux quintiles inférieurs de revenu).

Plusieurs pays ont conjugué divers mécanismes institutionnels et financiers pour établir et financer leur système de SLD (voir l'encadré 4.35), qu'on peut regrouper schématiquement comme suit:

- création d'un régime de protection sociale spécifique de SLD;
- offre de prestations de retraite complémentaires et/ou élargissement du champ d'application des prestations d'invalidité;
- intégration des SLD dans le paquet de soins de santé couverts.

Ces systèmes délivrent soit des services proprement dits, soit des prestations en espèces permettant aux bénéficiaires d'acheter ces services. La prestation effective de SLD abordables et de qualité exige le plus souvent une étroite coordination entre les programmes de soutien du revenu et les programmes de santé, ainsi qu'une intégration poussée entre ces derniers et les services à la personne. Si les investissements dans ces deux domaines sont insuffisants, le niveau des prestations ne peut pas être adéquat, même dans les pays où la législation reconnaît formellement les SLD comme un aléa de la vie couvert par le système de protection sociale. L'impact du COVID-19 sur les personnes âgées a démontré la nécessité d'une meilleure coordination des services de santé et des services à la personne (Gardner, States et Bagley, 2020).

► Encadré 4.35 Investissement dans les soins de longue durée à Singapour

À Singapour, les personnes âgées représentent une part croissante de la population, avec l'espérance de vie la plus élevée au monde, conjuguée à un faible taux de fécondité. En 2017, les personnes âgées de 65 ans et plus représentaient 15,2 pour cent des résidents, et le ratio personnes en âge de travailler/aînés avait chuté à 5,2 pour cent, soit la moitié de son niveau de 1990. Les autorités s'attendaient donc à une demande accrue de SLD, avec les besoins de protection financière qui vont de pair.

En 2002, le gouvernement a mis en place le programme ElderShield, régime d'assurance de base couvrant les SLD, incluant les handicaps lourds, survenant pendant la vieillesse. Tous les Singapouriens y sont inscrits automatiquement à l'âge de 40 ans, la période de cotisation s'étendant jusqu'à l'âge de la retraite (65 ans). Après évaluation, le gouvernement a engagé en 2018 une réforme, soit le projet de loi n° 24/2019 (CareShield Life and Long-Term Care Bill) afin de substituer au programme ElderShield (dont la gestion était déléguée à des sociétés d'assurance privées) le programme CareShield Life, géré par le secteur public, avec un objectif déclaré: garantir une meilleure équité. Les personnes pouvant prétendre au régime qui ont besoin d'aide pour les activités quotidiennes perçoivent des prestations mensuelles en espèces pour en couvrir le coût.

Parallèlement, le ministère de la Santé a engagé une réforme visant à mieux intégrer les différents niveaux de soins de santé, ainsi que les services sanitaires et sociaux, dans le but d'améliorer l'offre de services. La mise en place d'une institution dédiée (Agency of Integrated Care) symbolise la priorité accordée à l'élimination des goulets d'étranglement pour les patients qui doivent naviguer dans des systèmes de santé et d'aide à la personne parfois complexes.

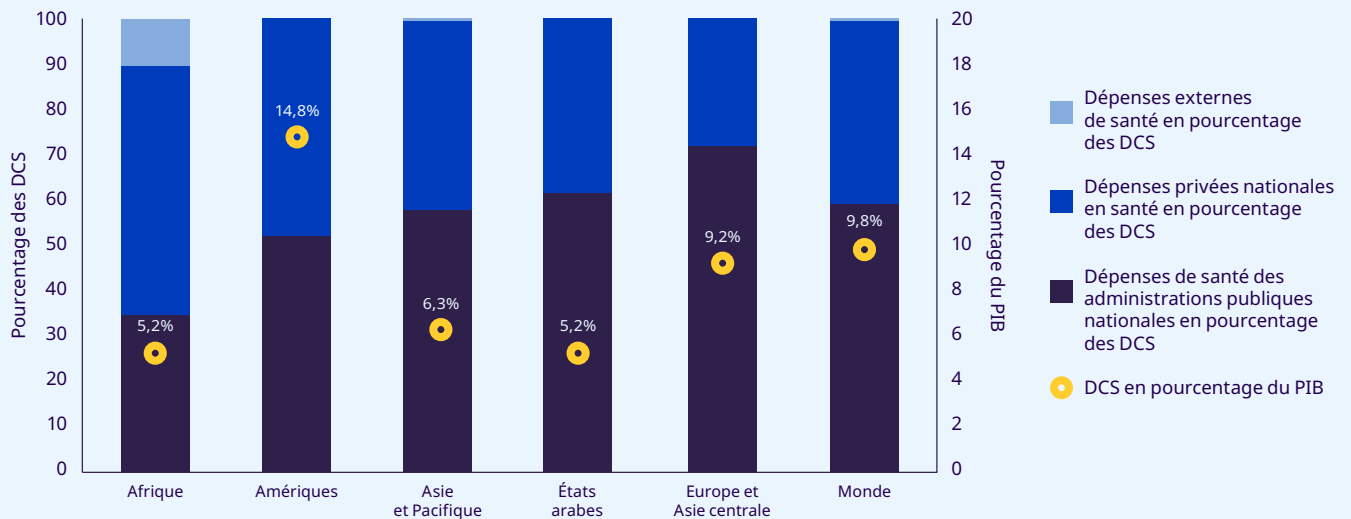
Sources: Informations communiquées par le Service de la statistique et le ministère de la Santé de Singapour; Nurjono *et al.*, 2018; Ow Yong et Cameron, 2019.

4.4.4 Financement public: des lacunes persistantes

Les financements insuffisants sont la principale cause des déficits persistants en matière d'accès aux soins de santé, avec plusieurs conséquences, à savoir un risque accru d'appauvrissement et un accès restreint à des services de santé adéquats. Les impôts et les cotisations sociales sont tous deux pris en compte dans les dépenses publiques générales de santé, qui représente 59,5 pour cent des dépenses courantes de santé à l'échelon mondial, avec des disparités importantes entre les régions (voir figures 4.52 et 4.53). S'il est largement admis que les ressources doivent être prioritairement affectées aux soins de qualité pour optimiser les résultats en matière de santé, plusieurs rapports font observer qu'il est difficile de financer adéquatement une couverture sanitaire universelle si les dépenses publiques générales de santé sont inférieures à 5 pour cent du PIB (Jowett *et al.*, 2016; Røttingen *et al.*, 2014; OMS, 2010). Or, deux tiers des pays pour lesquels des données existent restent en deçà de cet objectif.

Le budget public national est la principale source de financement de la santé dans les pays en développement (OMS, 2018b), où sa part a augmenté en pourcentage des dépenses totales de santé (OMS, 2019b). En conséquence, la part relative des paiements directs des ménages a diminué entre 2000 et 2016, la baisse la plus importante ayant été enregistrée en Asie du Sud-Est, suivie de l'Afrique. Cependant, cette part des paiements directs des ménages reste relativement élevée (en moyenne 44 pour cent des dépenses courantes de santé) et, comme indiqué plus haut, sa valeur en chiffres absolus et son impact sur la pauvreté ont tous deux augmenté, ce qui illustre la nécessité d'accroître les budgets alloués au financement public de la santé. De fait, la progression des dépenses publiques de santé financées par la collectivité (impôts et cotisations sociales) est positivement corrélée à la baisse de la part des paiements directs des ménages; en revanche, on ne constate aucune corrélation de cet ordre lorsqu'il s'agit de fonds provenant des régimes d'assurance privés (OMS et Banque mondiale, 2020). Cela donne à penser que les régimes de protection sociale en santé conformes aux normes internationales de sécurité sociale et régis par l'État constituent

► **Figure 4.52 Dépenses courantes de santé (DCS) en pourcentage du PIB et composition des dépenses courantes de santé, par région, 2018**

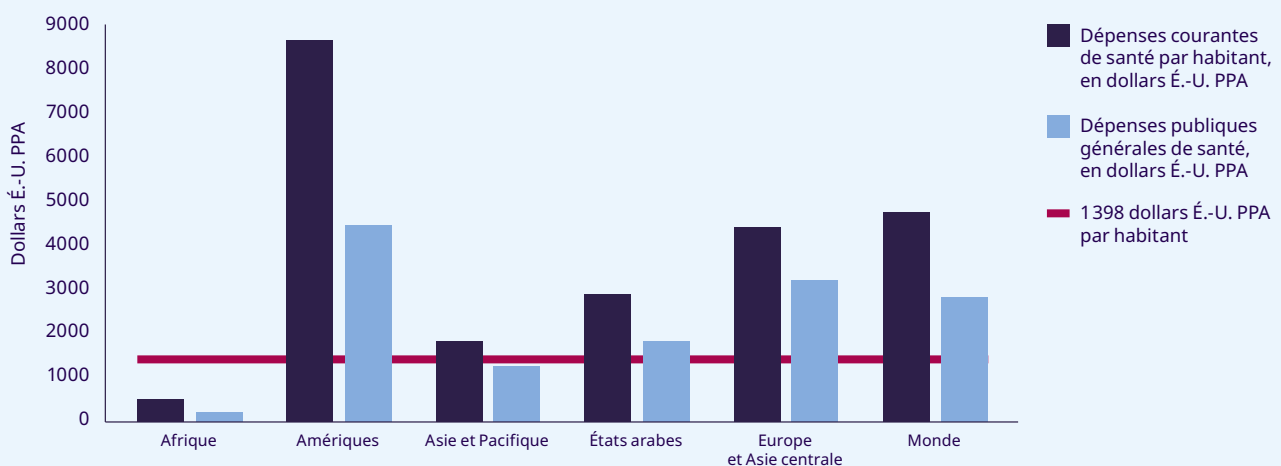


Notes: Données 2018 non disponibles pour le Yémen; les données de 2015 ont été appliquées. Données mondiales et régionales pondérées en fonction du PIB.

Source: Calculs effectués à partir de OMS, 2020b.

Lien: <https://wspr.social-protection.org>.

► **Figure 4.53 Dépenses courantes de santé par habitant, en dollars É.-U. PPA, y compris dépenses publiques générales de santé, par habitant, en dollars É.-U. PPA, par région, 2018**



Notes: Selon des analyses récentes, les pays devraient globalement allouer 1 398 dollars É.-U. PPA par habitant en dépenses de santé pour atteindre le niveau de 80 sur l'échelle de l'indice de couverture des services (Kruk, Ataguba et Akweongo, 2020). Données 2018 non disponibles pour le Yémen et la République arabe syrienne; les données de 2015 et 2012, respectivement, ont été utilisées.

Source: Calculs effectués à partir de OMS, 2020b.

Lien: <https://wspr.social-protection.org>.

► Encadré 4.36 Financement solidaire et assurance-santé privée volontaire

Les normes internationales de sécurité sociale admettent la possibilité de divers mécanismes pour le financement, l'achat et la prestation des soins de santé, pour autant qu'ils respectent certains principes clés, notamment celui du financement solidaire (BIT, 2020w).

Dans certains pays, les régimes nationaux d'assurance-maladie sous tutelle publique sont en partie gérés avec des acteurs privés (sociétés d'assurance privées ou organisations à but non lucratif). Toutefois, il faut bien distinguer les polices privées d'assurance-maladie des régimes d'assurance sociale. Ces derniers se caractérisent par la mutualisation des risques, le niveau des cotisations individuelles n'étant pas lié au risque individuel, mais à la capacité de contribution des personnes couvertes. En revanche, les primes des polices privées d'assurance-maladie sont généralement liées au risque individuel; n'étant pas fondés sur le principe de solidarité, ces régimes peuvent donc exclure les personnes déjà atteintes de certaines maladies par exemple.

la meilleure option pour offrir une protection financière incluant les plus pauvres et les plus vulnérables. Les programmes publics sont au cœur des stratégies d'extension de la couverture sociale et soulignent la pertinence des normes de l'OIT quant au principe du financement solidaire, comme il ressort de l'encadré 4.36.

Les mesures visant à mieux intégrer la protection sociale en santé dans les régimes de protection sociale, en coordination avec d'autres garanties de protection sociale tout au long de la vie, améliorent les possibilités d'intervention sur les principaux déterminants de la santé (OMS, 2008; 2019c). De fait, certaines données récentes montrent que les politiques de protection sociale

permettent à la fois d'agir sur les déterminants sociaux de la mauvaise santé et d'en atténuer les conséquences (OMS, 2019c). En conclusion, l'accès aux soins de santé et la sécurité de revenu sont étroitement liés. Leur mise en œuvre effective et leur coordination jettent les bases d'un objectif commun de mobilisation de l'espace fiscal et demeurent cruciales pour s'assurer que personne n'est laissé pour compte.



Les politiques de protection sociale permettent à la fois d'agir sur les déterminants sociaux de la mauvaise santé et d'en atténuer les conséquences.



Façonner l'avenir de la protection sociale



- 5.1 Combler les lacunes en matière de couverture et accompagner les transitions dans la vie privée et professionnelle
- 5.2 Soutenir les transformations structurelles des économies et des sociétés
- 5.3 Renforcer les systèmes de protection sociale pour avancer plus rapidement vers la protection sociale universelle
- 5.4 La protection sociale au service de la justice sociale



- ▶ Il est essentiel d'adopter une stratégie de haut niveau en faveur de la protection sociale universelle pour garantir une reprise et un avenir du travail centrés sur l'humain. La mise en place de systèmes de protection sociale universels n'est pas simplement une mesure d'urgence réservée aux temps de crise. Ces systèmes sont essentiels pour relever les défis d'aujourd'hui et de demain, notamment pour aider les femmes et les hommes qui vivent une période de transition, dans leur vie privée ou professionnelle, pour faciliter le passage des travailleurs de l'économie informelle à l'économie formelle, pour soutenir la transformation structurelle des économies et pour favoriser la transition vers des économies et des sociétés écologiquement plus durables.
- ▶ Les pays disposent à l'heure actuelle d'une occasion unique de renforcer leurs systèmes de protection sociale, y compris les socles, pour parvenir à la protection sociale universelle, au travail décent et à la croissance inclusive, se préparer à de nouvelles crises et, en fin de compte, garantir un avenir socialement juste. Des mesures gouvernementales décisives sont nécessaires pour combler les lacunes en matière de protection sociale et adapter ces systèmes aux circonstances changeantes, en vue de faire avancer la mise en place de régimes de protection sociale universelle fondés sur les droits et de les placer au fondement de la structure nationale des politiques sociales et économiques. Une telle stratégie de haut niveau doit s'appuyer sur un large soutien de la part des gouvernements, des partenaires sociaux, de la société civile et des autres parties prenantes.
- ▶ L'augmentation des investissements dans la protection sociale n'est pas une aspiration à différer; il s'agit d'une nécessité on ne peut plus actuelle. Il est tout particulièrement essentiel de donner la priorité aux investissements dans des socles de protection sociale définis au niveau national pour tenir l'engagement énoncé dans le Programme 2030, à savoir ne laisser personne de côté – notamment au titre des cibles 1.3 et 3.8 des ODD –, et pour libérer le potentiel d'un développement humain élevé accompagné d'une forte croissance. La mobilisation des ressources nationales est d'une importance capitale, tout comme le soutien concerté de la communauté internationale, pour favoriser les progrès dans les pays dont la capacité budgétaire et économique est insuffisante.
- ▶ La crise du COVID-19 a confirmé que la protection sociale jouait un rôle crucial en tant qu'amortisseur social et stabilisateur économique. En progressant dans la réalisation de l'engagement en faveur d'une protection sociale universelle d'ici à 2030, et en assurant la protection et la promotion des droits de l'homme, les États peuvent renforcer le contrat social. Cela permettra également d'améliorer leur capacité de faire face aux crises futures, notamment aux risques liés aux changements climatiques, à l'épuisement des ressources naturelles et à la dégradation de l'environnement.



Le COVID-19 a servi de test de résistance pour les systèmes de protection sociale. Il a aggravé les lacunes préexistantes en matière de couverture, d'exhaustivité et d'adéquation de la protection, tout en révélant des inégalités criantes sur le plan de l'accès à la protection sociale – au niveau aussi bien régional que national, ainsi qu'entre les travailleurs dans différentes formes d'emploi. Sur le plan des droits de l'homme, la crise a démontré de manière bouleversante qu'il est inacceptable de refuser aux individus l'exercice de leurs droits fondamentaux et de menacer leur dignité, mais aussi que notre sécurité à tous dépend de celle des plus vulnérables d'entre nous. La formule visionnaire de l'un des principes de base fondateurs de l'OIT, selon laquelle «la pauvreté, où qu'elle existe, constitue un danger pour la prospérité de tous»¹, a malheureusement une fois de plus été vérifiée. Par conséquent, bien que l'appel à faire progresser la protection sociale universelle en adoptant une stratégie de reprise ambitieuse ne soit pas nouveau, il revêt aujourd'hui une urgence nouvelle.

Une reprise inclusive et une transition juste de nos économies vers un avenir du travail davantage tourné vers le numérique, plus soucieux de l'environnement, plus équitable et centré sur l'humain doivent s'appuyer sur des systèmes de protection sociale redynamisés et associés à des politiques en matière de soins qui peuvent aider les gens à traverser les transitions et à saisir de nouvelles opportunités. Les systèmes de protection sociale favorisent le changement et, en tant que tels, ils soutiennent les transformations structurelles et contribuent à la promotion de l'emploi décent, productif et librement choisi, en instaurant des conditions propices à la viabilité des entreprises et en soutenant les personnes ayant jusqu'à présent été laissées pour compte. En d'autres termes, la protection sociale est essentielle si l'on souhaite poser les bases d'un avenir du travail centré sur l'humain.

Afin de remplir cette importante fonction de transformation, les systèmes nationaux de protection sociale doivent s'adapter aux nouvelles réalités, notamment pour garantir une couverture adéquate de tous les travailleurs, quelle que soit leur forme de travail. Cela suppose, dans un premier temps, de construire un socle de protection sociale qui garantisse au moins un niveau de base de sécurité de revenu et d'accès aux soins de santé pour tous, tout au long de la vie. La mise en place de ces garanties fondamentales en matière de protection sociale est l'un des éléments essentiels d'une approche porteuse de changement, qui place les personnes au cœur des politiques.

La réalisation de cet objectif d'ici à 2030 doit s'appuyer sur une volonté politique forte, qui se traduise, dans les faits, par des stratégies et des politiques efficaces, des cadres juridiques et des mécanismes de financement durables. Il reste moins de neuf ans pour mener à bien le Programme 2030, y compris pour atteindre les cibles 1.3 et 3.8 des ODD. Dans un monde où la plus grande partie de la population n'a pas accès, ou n'a qu'un accès limité, à la protection sociale et se trouve prise dans un cercle vicieux de précarité, de pauvreté et d'exclusion sociale, il est impératif que les différents pays et la communauté mondiale intensifient leurs efforts pour faire du droit à la sécurité sociale une réalité pour tous.

Dans le cadre d'une approche centrée sur l'humain, la protection sociale joue un rôle clé dans l'accompagnement des personnes qui vivent une période de transition dans leur vie privée ou professionnelle (section 5.1), ainsi que dans la transformation structurelle des économies et des sociétés (section 5.2). Favoriser les progrès en vue d'avancer plus rapidement vers la protection sociale universelle (section 5.3) est indispensable pour parvenir à la justice sociale (section 5.4).



Les systèmes nationaux de protection sociale doivent s'adapter aux nouvelles réalités.

¹ BIT, Déclaration de Philadelphie (1944), art. 1 c).

► 5.1 Comblen les lacunes en matière de couverture et accompagner les transitions dans la vie privée et professionnelle

Pour instaurer une reprise vigoureuse après la crise et garantir un avenir du travail centré sur l'humain, il faut que les politiques de l'emploi et de la protection sociale fonctionnent de concert, non seulement pour améliorer le niveau de vie des personnes, mais aussi pour leur donner les moyens de s'orienter pendant les périodes de transition qu'elles traversent au cours de leur vie privée et professionnelle dans un monde du travail en mutation. Il est indispensable de s'attaquer à la précarité économique ainsi qu'aux inégalités profondes, y compris les inégalités entre les hommes et les femmes, pour permettre aux personnes et aux sociétés de s'adapter au changement. Une telle approche permet non seulement d'instaurer des conditions favorables aux individus, aux familles et aux communautés, mais aussi de contribuer à la création d'emplois productifs et d'entreprises durables ainsi qu'à la mise en place d'un avenir du travail centré sur l'humain; elle constitue également une composante essentielle dans un programme d'action intégré visant à atteindre les ODD. Cette stratégie exige en particulier que l'on s'attache davantage à combler les lacunes en matière de couverture, y compris celles qui concernent les travailleurs migrants (section 5.1.2), pour permettre aux travailleurs de mieux s'adapter à l'évolution du monde du travail (section 5.1.1). Pour atteindre cet objectif, il est essentiel de renforcer les liens entre les politiques de protection sociale et d'autres domaines d'action, en particulier l'apprentissage tout au long de la vie et les PAMT (section 5.1.3), ainsi que les politiques en matière de soins (5.1.4). C'est précisément dans ce sens qu'il faudra avancer pour sortir de la crise par le haut.

5.1.1 Protéger les travailleurs dans toutes les formes d'emploi et les aider à mieux s'adapter à l'évolution du monde du travail

Le COVID-19 est venu rappeler avec force que les systèmes de protection sociale ont un rôle central à jouer pour aider les travailleurs et les employeurs à mieux s'orienter dans un monde du travail en pleine mutation, en assurant une protection sociale adéquate aux travailleurs, quel que soit leur type d'emploi. La sécurité sociale n'est pas simplement «compatible» avec la flexibilité du marché du travail; elle constitue une condition préalable au bon fonctionnement de marchés du travail qui génèrent des emplois productifs et décents sans transférer indûment les risques financiers sur les travailleurs et les employeurs. Afin de soutenir la mobilité sur le marché du travail, il est essentiel de développer certaines branches de la protection sociale (telles que la protection contre le chômage), de diversifier le partage des risques et de mettre en place la portabilité et la transférabilité des droits et des prestations. Ces mesures assurent la continuité de la couverture des travailleurs lorsqu'ils passent d'un emploi à un autre ou se retrouvent au chômage et lors des congés de maternité ou liés à la garde d'enfants. Cette garantie est essentielle, comme l'a illustré avec force la crise du COVID-19². La Commission mondiale sur l'avenir du travail (2019) a souligné que l'avenir du travail exige des systèmes de protection sociale équitables, inclusifs et durables,

La sécurité sociale est une condition préalable au bon fonctionnement des marchés du travail.

² C'est l'une des raisons pour lesquelles l'OIT considère que les principes de financement collectif et de partage des risques élargi figurent parmi les piliers des systèmes de protection sociale, et souligne l'importance centrale de l'assurance sociale et des prestations financées par l'impôt dans les systèmes de protection sociale. D'autres formes de protection, en particulier les solutions personnalisées qui reposent entièrement sur la capacité des travailleurs à subvenir à leurs besoins (comme les comptes d'épargne individuels ou les systèmes de retraite personnels) et les régimes d'entreprise ou les prestations assurées par l'employeur qui sont liées à un contrat de travail spécifique (par exemple la responsabilité incombant à l'employeur pour les prestations de maternité ou les indemnités de licenciement et les systèmes de retraite ou d'assurance-maladie financés par l'employeur), ne sont pas conformes à ces principes, mais peuvent éventuellement être utiles pour compléter les mécanismes de protection financés collectivement.

notamment des socles, fondés sur les principes de solidarité et de partage des risques, qui répondent aux besoins des personnes tout au long de leur vie. L'accès universel à une protection sociale complète et durable constitue l'un des principaux éléments d'un ensemble de mesures visant à permettre aux personnes de tirer parti des possibilités offertes par un monde du travail en mutation, comme le souligne la Déclaration du centenaire.

Les régimes d'assurance sociale inclusifs, les régimes financés par l'impôt ou la combinaison des deux sont des mécanismes pouvant favoriser la flexibilité du travail, la mobilité de la main-d'œuvre et le travail décent, étant donné qu'ils garantissent la transférabilité, un partage des risques élargi et le financement durable et équitable des systèmes de protection sociale (BIT, 2018c; Behrendt, Nguyen et Rani, 2019). Les régimes d'assurance sociale qui couvrent les travailleurs, quel que soit le type d'emploi, y compris les emplois à temps partiel, temporaires et indépendants, peuvent remplir cette fonction de manière particulièrement efficace et, dans le même temps, soulager la pression qui pèse sur les régimes de protection sociale non contributifs et sur les budgets publics, garantissant de ce fait le bon fonctionnement du système de protection sociale dans son ensemble (voir section 2.2).

Les principes ci-après sont particulièrement intéressants pour l'adaptation des systèmes de protection sociale à un monde du travail en mutation, en s'appuyant sur le dialogue social tripartite:

- ▶ *Universalité de la protection, de la couverture et d'un accès effectif*: Faire en sorte que les travailleurs, quelles que soient les formes d'emploi, aient effectivement accès à des prestations adaptées à leur situation et à leurs besoins, tout en réaffirmant que la sécurité sociale constitue une composante à part entière du coût du travail et non un impôt sur celui-ci.
- ▶ *Adéquation*: Faire en sorte que les systèmes de protection sociale ne servent pas uniquement à prévenir la pauvreté, mais aussi à fournir un revenu de remplacement adéquat, à faciliter l'accès aux soins de santé et à d'autres services de soins tout au long de la vie, de façon équitable et durable.
- ▶ *Transférabilité/portabilité*: Faire en sorte que les systèmes de protection sociale soutiennent et favorisent la mobilité sur le marché du travail (aux niveaux national et transnational), et s'adaptent aux transformations structurelles du marché du travail et de l'économie.

- ▶ *Transparence*: Faire en sorte que tous les acteurs soient parfaitement informés de leurs droits et de leurs responsabilités, que les cadres juridiques fixent des prestations claires et prévisibles, et que les procédures administratives soient aussi simples et claires que possible et qu'elles tirent pleinement parti des technologies numériques, tout en garantissant la protection des données personnelles et le respect de la confidentialité ainsi que la possibilité, pour les personnes qui n'auraient pas accès à ces technologies, de recourir à des solutions non numériques.

- ▶ *Égalité entre hommes et femmes*: Faire en sorte que les systèmes de protection sociale tiennent compte des différentes réalités auxquelles les femmes et les hommes sont confrontés sur le marché du travail, dans l'emploi et dans la société, et qu'ils promeuvent l'égalité entre hommes et femmes.

- ▶ *Partage des risques et solidarité*: Faire en sorte que les systèmes de protection sociale soient fondés sur un juste niveau de partage des risques, y compris en ce qui concerne le financement solidaire moyennant des mécanismes de financement collectif qui évitent de faire porter aux travailleurs individuels une part trop lourde du risque financier et économique.

- ▶ *Durabilité financière et bonne gouvernance*: Faire en sorte que les systèmes de protection sociale soient financés de manière durable et équitable, et gérés et administrés de façon efficace.

L'adaptation dans ce sens devrait reposer sur une diversité d'approches et de mécanismes, sur la création de synergies entre les politiques de l'emploi et d'autres domaines d'action, et sur des investissements progressifs mais continus.

Les politiques intégrées qui portent sur les divers obstacles à la couverture, qui sont adaptées à la réalité des travailleurs et des entreprises, et qui garantissent des mécanismes de financement durables et équitables grâce aux cotisations à l'assurance sociale, aux recettes des administrations publiques (sur la base d'un impôt progressif) ou à une combinaison des deux, sont les plus susceptibles de réussir (BIT, 2016b, 2018c, 2021i, 2021e, 2019b; BIT et FAO, 2021; BIT et OCDE, 2018, 2020). Ces politiques intégrées comprendront des mesures et des innovations propres à:

- ▶ prévenir la classification erronée des relations de travail et combattre les relations de travail déguisées, en s'inspirant de la recommandation (n° 198) sur la relation de travail, 2006;

- adapter les mécanismes et les modalités de financement aux situations hétérogènes des travailleurs et des entreprises, en veillant au partage équitable des responsabilités entre les travailleurs et les employeurs, ceux qui bénéficient de leur travail et, le cas échéant, le gouvernement, et en facilitant l'affiliation et le paiement des cotisations, notamment via des mécanismes simplifiés de perception des impôts et des cotisations, et les technologies numériques;
- améliorer la couverture sociale des travailleurs occupant des emplois temporaires et à temps partiel en adaptant les conditions d'admissibilité, moyennant des mesures telles que l'abaissement des seuils fixés par la législation concernant le nombre minimal d'heures de travail, la rémunération ou la durée de l'emploi, en faisant preuve de plus de souplesse en ce qui concerne les cotisations ouvrant droit aux prestations et en acceptant la discontinuité du versement des cotisations;
- assurer la portabilité et la transférabilité des droits et des prestations, notamment pour les travailleurs géographiquement ou professionnellement mobiles, en favorisant par exemple l'unification des systèmes de sécurité sociale;
- mettre en place des mécanismes de coordination pour assurer une couverture adéquate dans le cas d'arrangements transfrontaliers;
- améliorer la couverture des travailleurs ayant plusieurs employeurs et des travailleurs des plateformes numériques, par exemple en mettant en place des interfaces en ligne et mobiles appropriées destinées aux employeurs et aux travailleurs, ainsi que des incitations fiscales qui encouragent le respect des normes;
- sensibiliser les travailleurs et les employeurs, y compris dans le cadre de partenariats avec les organisations de travailleurs et d'employeurs;
- intégrer l'extension de la couverture sociale dans des politiques plus générales visant à prévenir la pauvreté et la précarité et à promouvoir la formalisation des entreprises et de l'emploi;
- soutenir les personnes pauvres et vulnérables en combinant des régimes de sécurité sociale non contributifs et l'accès à des emplois décents et/ou l'aide à la création de petites entreprises.

Les politiques en matière de protection sociale sont essentielles pour aider les travailleurs à s'orienter dans un monde du travail en pleine mutation. Dans le même temps, ces politiques ne peuvent, à elles seules, porter un terme à l'accroissement des inégalités résultant de l'évolution des modalités et des relations de travail. La conception judicieuse de la réglementation du travail et des mécanismes de protection de l'emploi, ainsi que d'autres institutions du marché du travail, est également essentielle pour protéger les droits des travailleurs et garantir une concurrence loyale aux entreprises, en ce qui concerne par exemple la prévention de la classification erronée des relations de travail (BIT et OCDE, 2020; BIT, 2020l; Berg, 2015b).

5.1.2 Protéger les travailleurs migrants et favoriser la mobilité internationale de la main-d'œuvre

L'égalité d'accès à la protection sociale est un élément fondamental des politiques et des lois visant à protéger les droits des travailleurs migrants, et elle participe dans le même temps au bon fonctionnement des marchés du travail nationaux (BIT, 2018b, 2021g; ONU, 2018). L'égalité de traitement entre les travailleurs migrants et les ressortissants nationaux, ainsi que l'extension de la couverture et l'accès effectif aux prestations sociales, grâce à une meilleure coordination des systèmes de sécurité sociale et à des accords facilitant la transférabilité des droits à la protection sociale, sont des éléments essentiels pour s'attaquer aux obstacles rencontrés par les migrants dans l'accès aux soins de santé et aux autres prestations de protection sociale (BIT, 2021b; van Panhuys, Kazi-Aoul et Binette, 2017)³. À cette fin, les États sont encouragés à:

- ratifier et appliquer les conventions et recommandations pertinentes de l'OIT, en tant que premier pas vers la transposition des principes et normes qui y sont énoncés dans le droit national⁴;
- conclure et mettre en œuvre des accords bilatéraux ou multilatéraux en matière de sécurité sociale pour assurer la coordination dans ce domaine au niveau transnational;

³ Par exemple, l'accord bilatéral en matière de travail conclu entre le Canada et le Mexique garantit l'accès des travailleurs agricoles saisonniers aux prestations de sécurité sociale, y compris les soins de santé.

⁴ Il s'agit en particulier de la convention (n° 118) sur l'égalité de traitement (sécurité sociale), 1962, et de la convention (n° 157) sur la conservation des droits en matière de sécurité sociale, 1982, ainsi que de la recommandation n° 167 qui l'accompagne.

- ▶ inclure des dispositions relatives à la sécurité sociale dans les accords bilatéraux ou les protocoles d'accord relatifs au travail;
- ▶ adopter des mesures unilatérales, notamment en garantissant l'égalité de traitement ou l'établissement de socles nationaux de protection sociale, afin d'étendre la couverture sociale aux travailleurs migrants, aux réfugiés et à leur famille;
- ▶ mettre en place des mesures complémentaires pour surmonter les obstacles administratifs, pratiques et organisationnels rencontrés par les travailleurs migrants et les réfugiés (BIT, 2020s, 2021g), en consultation avec les organisations qui les représentent.

Pour formuler des politiques et des mesures adaptées aux migrants, tenir compte des besoins spécifiques des travailleurs migrants et de leur famille, ainsi que susciter l'appui politique et le soutien de l'opinion publique, il est fondamental de faire participer les partenaires sociaux et les autres parties prenantes concernées à tous les stades du processus d'élaboration et de mise en œuvre des politiques (van Panhuys, Kazi-Aoul et Binette, 2017).

5.1.3 Renforcer les liens avec le développement des compétences et les politiques actives du marché du travail

Afin d'accompagner les transitions, tant personnelles que professionnelles, il faut que les politiques de développement des compétences et les politiques actives du marché du travail (PAMT) soient efficacement coordonnées avec les politiques en matière de protection sociale, et qu'elles incluent les partenaires sociaux. Au cours de ce processus, il convient d'accorder une attention particulière aux besoins de certains groupes, tels que les femmes dont la carrière a été interrompue, les jeunes, les personnes handicapées, les travailleurs pauvres et les travailleurs peu qualifiés (Peyron Bista et Carter, 2017).

La protection sociale peut jouer un rôle essentiel en facilitant l'apprentissage continu et en contribuant au perfectionnement des connaissances, des compétences et du savoir-faire des personnes tout au long de leur vie. Les transferts de revenus devraient compléter les services de formation et d'emploi, et par conséquent favoriser les possibilités d'acquérir des compétences débouchant sur un emploi

décent, tout en garantissant un revenu minimal aux personnes prenant part aux PAMT. La coordination des régimes de protection contre le chômage avec les PAMT est particulièrement importante pour garantir la sécurité de revenu en cas de perte d'emploi ou de difficulté à trouver un emploi, et elle permet à la fois de faciliter la recherche d'emploi et la reconversion professionnelle (voir section 4.2.6). Une telle approche intégrée peut favoriser l'accès à un emploi décent, productif et librement choisi, en particulier dans le contexte des transformations du marché du travail découlant des changements technologiques, climatiques ou autres (BIT, 2015b, 2018f, 2019k, 2020n, 2020h).

5.1.4 Faciliter l'équilibre entre travail et vie privée et l'accès aux soins

La bonne coordination des politiques de protection sociale et des politiques de soins est cruciale pour garantir l'accès à des services de garde d'enfants et de soins de longue durée de qualité, pour aider les travailleurs à parvenir à un juste équilibre entre vie professionnelle et vie privée, ainsi que promouvoir l'égalité entre hommes et femmes dans l'emploi ainsi que dans les familles et les sociétés (ONU, 2019c, 2019b; ONU Femmes, 2019). Les répercussions disproportionnées de la pandémie de COVID-19 sur les travailleuses, rémunérées ou non, et le faible nombre de mesures tenant compte de la dimension de genre qui ont été prises face à la crise rappellent avec force le rôle central des liens entre les politiques relatives à la protection sociale, les soins et l'emploi (PNUD et ONU Femmes, 2020; BIT, 2020i).

Des services de garde d'enfants de qualité constituent un complément important des prestations en espèces à l'enfance et aux familles visant à donner aux enfants un bon départ dans la vie, car ils facilitent l'accès à l'éducation des plus jeunes et éliminent des obstacles pouvant s'opposer à l'obtention d'un emploi productif et décent dans l'économie formelle pour les parents, notamment pour les femmes (BIT, OCDE, OIM et UNICEF, 2019) (voir encadré 4.4). En outre, la mise en place de prestations de paternité en complément des prestations de maternité, ainsi que de prestations parentales bien conçues et encourageant leur utilisation par les pères (moyennant des quotas non transférables, parfois appelés «quota du père»), contribue également à un partage plus équitable des responsabilités familiales entre les

parents. Cet aspect est essentiel pour relever que les responsabilités en matière de soins reviennent aux pères comme aux mères, conformément à la cible 5.4 des ODD sur l'égalité des sexes et à la recommandation (n° 165) sur les travailleurs ayant des responsabilités familiales, 1981.

La complémentarité entre les prestations en espèces et les services de soins est aussi une composante importante des systèmes de protection sociale tenant compte des besoins spécifiques des personnes handicapées, qui permet de favoriser leur insertion sur le marché du travail et au sein de la société, et de compenser de façon appropriée les coûts liés au handicap (BIT et IDA, 2019; voir également section 4.2.5).

Pour de nombreux pays, faire face aux besoins de soins de longue durée d'une population vieillissante constitue un défi de taille. La crise du COVID-19 a mis à nu de manière flagrante les insuffisances concernant ce type de services. Dans certains pays, comme le Costa Rica et la Suède, les soins de longue durée sont intégrés dans les systèmes nationaux de soins et de santé; dans d'autres pays, comme l'Allemagne, le Japon et la République de Corée, une nouvelle branche de l'assurance sociale a été créée pour couvrir les soins de longue durée; et dans d'autres encore, comme la Chine, des solutions sont en cours d'élaboration (BIT, 2017f, 2019i). Dans d'autres contextes, la distinction entre les soins de longue durée et le système de santé au niveau des institutions, exacerbée par des années d'austérité et une

faible réglementation du secteur des maisons de soins, a entraîné des résultats dramatiques (Daly *et al.*, à paraître). À mesure que les pays entrent dans la phase de redressement, il est essentiel d'améliorer l'accès à des prestations et services de soins de longue durée adéquats pour répondre aux besoins des personnes, ce qui a des retombées plus larges sur le système de santé comme sur le travail décent. Une meilleure offre de services d'aide diversifiés, bien adaptés et de haute qualité pour les soins de longue durée – allant des services à domicile aux services de proximité, en passant par les soins en établissement – peut améliorer le bien-être, la dignité et le respect des droits des personnes âgées, tout en soutenant leur famille. L'investissement dans la protection des soins de longue durée peut permettre que ces responsabilités n'incombent plus exclusivement aux membres de la famille (principalement des femmes), mais à du personnel qualifié. Cette approche peut également éviter de garder par défaut dans les hôpitaux les personnes ayant besoin de soins de longue durée, ce qui peut s'avérer inapproprié et coûteux.

Outre son rôle primordial dans l'amélioration de la qualité de vie, le secteur des soins offre un vaste potentiel de création d'emplois décents pour les années à venir, tant pour les femmes que pour les hommes. Le BIT estime qu'en investissant suffisamment dans le secteur des soins de longue durée les pays pourraient créer 30 millions d'emplois supplémentaires (BIT, 2019g)⁵.

► 5.2 Soutenir les transformations structurelles des économies et des sociétés

Alors que le monde s'efforce de se remettre de la pandémie de COVID-19, il existe un large consensus sur le fait que le retour à la situation d'avant la crise ne suffit pas pour que le monde s'engage sur une voie durable pour l'avenir. Pour reconstruire en mieux, il faudra entamer une transformation structurelle des économies et des sociétés afin de progresser vers un avenir du travail centré sur l'humain et vers une économie plus durable. Une stratégie de protection sociale de haut niveau contribuera à favoriser une reprise plus durable et inclusive, ainsi qu'une transition juste vers une économie centrée sur l'humain,

plus respectueuse de l'environnement et plus solidaire. Elle favorisera également le développement économique et social et constituera un élément essentiel d'une approche du développement et du travail décent fondée sur les droits. On comprend mieux aujourd'hui que les politiques de protection sociale ne sont pas un simple moyen de transférer des revenus en espèces et en nature pour lisser la consommation, mais qu'elles représentent au fond un investissement dans les personnes, qui contribue à renforcer leurs capacités et les aide à s'engager dans l'emploi productif ainsi qu'à jouir de leurs droits.

⁵ Dans le même ordre d'idées, des études antérieures menées par la Confédération syndicale internationale ont également souligné le potentiel des investissements dans l'économie des soins du point de vue de la création d'emplois (De Henau *et al.*, 2016; De Henau, Himmelweit et Perrons, 2017).

Deux aspects revêtent une importance particulière dans ce contexte, à savoir la fonction de soutien que remplit la protection sociale, d'une part, dans la transformation structurelle des économies, l'amélioration de la productivité et l'offre d'emplois de bonne qualité (section 5.2.1) et, d'autre part, dans une transition juste vers une économie plus respectueuse du climat (section 5.2.2); ces deux aspects favoriseront un avenir du travail centré sur l'humain.

5.2.1 Soutenir l'emploi productif et la transformation structurelle de l'économie

Une reprise inclusive après le COVID-19 suppose davantage que la levée des mesures de confinement. Elle requiert une réorientation dans l'élaboration des politiques pour s'attaquer aux obstacles qui continuent de s'opposer à une croissance inclusive, notamment la pauvreté, l'informalité, la faible productivité et les inégalités. Les politiques de protection sociale de haut niveau représentent une part importante de l'effort coordonné qui vise à mettre le plein emploi et le travail décent au cœur des politiques macroéconomiques, commerciales, monétaires et budgétaires (CNUCED, 2020; BIT, 2021k, 2021d). Le FMI reconnaît qu'il est nécessaire d'investir dans des systèmes de protection sociale compte tenu de leur fonction directe de stabilisation de l'économie, en particulier dans les pays en développement, et dans l'intérêt des plus vulnérables (FMI, 2020a).

La protection sociale a un rôle majeur à jouer pour favoriser une reprise inclusive et la transformation productive de l'économie, en particulier les mutations structurelles vers des activités à plus forte productivité (BIT, 2021d, 2020h; CNUCED, 2020; Dewan et Ernst, 2020). Trois grands moyens économiques peuvent être employés pour ce faire: l'augmentation de l'offre de main-d'œuvre, le renforcement et la stabilisation de la demande globale et l'amélioration de la répartition de la main-d'œuvre. Les points ci-après présentent plus en détail les avantages qu'elle peut apporter:

- ▶ La protection sociale favorise les investissements dans les capacités humaines en contribuant à améliorer la nutrition, l'hygiène et l'accès aux soins de santé, à l'éducation et au développement des compétences, à augmenter les revenus des ménages, à réduire la pauvreté et les inégalités, ainsi qu'à renforcer la cohésion sociale (BIT, 2014c, 2017f; Bastagli *et al.*, 2016).

- ▶ En aidant la population à mieux gérer les risques, la protection sociale peut encourager l'innovation et la création d'entreprises, notamment chez les personnes vivant dans la pauvreté (Groupe consultatif sur le socle de protection sociale, 2011; Mathers et Slater, 2014).
- ▶ La protection sociale contribue également à la productivité et à la compétitivité des entreprises, ainsi qu'à la continuité des activités, comme cela a été amplement démontré lors de la crise du COVID-19.
- ▶ La protection sociale peut réduire l'épargne de précaution, stimuler la demande globale et avoir des effets considérables sur la croissance économique, notamment dans le cadre de dépenses anticycliques en période de ralentissement économique (CNUCED, 2020). Elle peut contribuer à orienter les ressources vers les communautés rurales et à stimuler les marchés locaux, en particulier dans les contextes où l'économie fondée sur les règlements en numéraire est sous-développée (Davis *et al.*, 2016).
- ▶ La protection sociale, et plus généralement les politiques sociales, représente un secteur important de l'économie qui offre un grand nombre de possibilités d'emploi, en particulier pour les femmes, dans les domaines des soins de santé, de la garde d'enfants et des soins de longue durée, du travail social et de l'administration de la sécurité sociale (BIT, 2019g).
- ▶ En facilitant les transitions dans la vie privée et dans la vie professionnelle et en favorisant la mobilité sur le marché du travail (voir section 5.1.2), les systèmes de protection sociale contribuent à un meilleur fonctionnement des marchés du travail, et stimulent de ce fait la productivité et la création d'emplois décents.

Afin de promouvoir une reprise inclusive après la pandémie et de remédier aux déséquilibres structurels, la protection sociale doit devenir l'un des piliers d'un ensemble intégré de politiques centrées sur l'humain, coordonnées avec les politiques relatives à l'emploi et au développement des compétences, et avec les politiques sectorielles, macroéconomiques, d'investissement, commerciales et budgétaires. Pour élaborer une telle approche intégrée, il convient de tenir compte des points suivants:

- ▶ Les politiques de protection sociale devraient être mieux exploitées dans le cadre d'un ensemble complet de politiques visant à lutter contre la prolifération d'emplois précaires et la

pauvreté au travail, qui ralentissent la demande intérieure et exacerbent la polarisation de l'emploi (CNUCED, 2020). À cette fin, les politiques devraient tout particulièrement viser à éliminer les obstacles qui empêchent les femmes d'accéder à des emplois de bonne qualité sur un pied d'égalité (Verick, 2018; Dasgupta et Verick, 2016). Garantir la sécurité sociale aux travailleurs quel que soit le type d'emploi dans lequel ils sont engagés (voir section 5.1.1) est essentiel pour remédier à la polarisation du marché du travail et favoriser l'emploi productif et la croissance inclusive (BIT, 2021h).

- La transformation structurelle de l'économie s'appuie sur (et contribue à favoriser) la transition progressive des travailleurs et des entreprises de l'économie informelle vers l'économie formelle, au sein de laquelle la protection sociale est un élément clé (BIT, 2020a, 2020f; ONU, 2020j). L'extension rapide de la couverture aux travailleurs qui ne bénéficient pas encore d'une couverture adéquate doit constituer une priorité. D'une part, l'augmentation de l'assiette des cotisations offre une marge de manœuvre budgétaire plus importante pour la protection sociale et, d'autre part, la formalisation des entreprises contribue à son tour à accroître l'assiette fiscale, tout en améliorant la diversification des financements en faveur de la protection sociale et d'autres services publics.
- Il est indispensable de déployer des efforts plus systématiques pour lutter contre les inégalités qui entravent le développement social et la croissance économique et assurer une reprise et un avenir du travail plus inclusifs (PNUD, 2019). Il est à craindre que la crise du COVID-19 ait aggravé les inégalités et réduit la mobilité sociale (voir section 3.1); si elle n'est pas maîtrisée, cette tendance pourrait conduire à des griefs durables, voire à des troubles sociaux (Georgieva et Gopinath, 2020; ONU, 2020g).
- Les investissements dans l'infrastructure sociale – notamment dans des services de soins de santé, d'éducation, de garde d'enfants et de soins de longue durée de bonne qualité (voir section 5.1.4) – contribuent également à la mise en place d'une stratégie de haut niveau en faveur de la création d'emplois dans des


secteurs clés. Des services publics bien conçus et dotés de ressources suffisantes, ainsi que des services privés bien réglementés, sont capitaux pour progresser en matière de développement social et d'égalité des sexes (ONU, 2019c). Le BIT a estimé que l'investissement dans des services de soins de bonne qualité pourrait entraîner la création de 269 millions d'emplois supplémentaires par rapport à 2015, en particulier au profit des femmes (BIT, 2019g). Associées aux efforts visant à améliorer les conditions de travail et à garantir des conditions de travail décentes dans le secteur des soins, en particulier pour les travailleurs en première ligne, ces politiques offriraient un triple avantage: amélioration des capacités humaines des bénéficiaires de soins, création d'emplois dans ce même secteur et promotion de la participation des femmes au marché du travail moyennant la réduction du temps consacré aux soins non rémunérés.

- Des politiques de gestion des migrations efficaces peuvent grandement contribuer aux transformations structurelles, en libérant le potentiel des migrations en tant que source de prospérité et d'innovation, de sorte qu'elles profitent à la fois aux pays d'origine et à ceux de destination, ainsi qu'aux travailleurs migrants eux-mêmes (ONU, 2018). L'intégration des travailleurs migrants dans les systèmes de sécurité sociale et la transférabilité de leurs droits peuvent faciliter la mobilité de la main-d'œuvre, y compris le retour à l'emploi et la réinsertion, promouvoir la formalisation et assurer le bon fonctionnement de marchés du travail intégrés en évitant les écarts de coût entre main-d'œuvre nationale et main-d'œuvre étrangère (BIT, 2020p, 2021g). Les travailleurs migrants peuvent jouer un rôle important pour remédier aux pénuries de main-d'œuvre, en particulier dans les économies où la population active est vieillissante; ils contribuent ainsi à la viabilité des systèmes de sécurité sociale (BIT, 2020p). Des politiques globales, y compris des incitations fiscales, des procédures simplifiées et des campagnes d'information, peuvent soutenir l'extension de la couverture dans les secteurs qui emploient un grand nombre de travailleurs migrants, tels que les services domestiques (BIT, 2019a, 2021g, 2021h)⁶.

⁶ L'Argentine a considérablement amélioré la couverture de sécurité sociale des travailleurs domestiques migrants, et a ainsi contribué à la formalisation de ces emplois. Le Mexique a mis en place un système d'inscription électronique pour faciliter la formalisation des travailleurs domestiques, qui permet aux employeurs d'inscrire leurs employés domestiques et de payer les cotisations sociales rapidement et facilement. La France a également augmenté de manière significative la couverture sociale des travailleurs domestiques moyennant un système de titres-services mis en place en 2006.

5.2.2 Soutenir une transition juste vers une économie plus respectueuse du climat

La crise climatique est une menace pour la survie de l'humanité, qui bouleverse la vie des personnes et le monde du travail (BIT, 2019e). Les effets des changements climatiques, tels que l'élévation du niveau de la mer, la hausse des températures, les vagues de chaleur, les inondations, les sécheresses et autres incidents météorologiques extrêmes, peuvent encore aggraver les risques existants qui mettent en péril le cycle de la vie. Dans le même temps, les mesures d'atténuation des effets des changements climatiques, notamment la réduction des émissions de gaz à effet de serre (GES), peuvent créer de nouvelles opportunités d'emploi dans des secteurs économiques écologiquement durables. Le BIT estime que 24 millions de nouveaux emplois pourraient être créés d'ici à 2030 grâce aux efforts déployés pour réduire les émissions de carbone et la dépendance à l'égard des combustibles fossiles, et pour améliorer l'efficacité énergétique et des ressources (BIT, 2018f). Des mesures favorables à la reconversion des travailleurs et à l'accès à la protection sociale vont s'imposer pour assurer une «transition juste» vers des économies et des sociétés plus vertes, en vue d'apporter une aide aux travailleurs dont les moyens de subsistance dépendent de secteurs à fortes émissions de carbone, comme indiqué dans l'Accord de Paris (CCNUCC, 2015). En outre, l'OIT a adopté des principes directeurs tripartites pour une transition juste afin de garantir que les transitions structurelles vers une plus grande durabilité soient équitables sur le plan social (BIT, 2015b); le Bureau dirige également la mise en œuvre de l'initiative des Nations Unies «Action climatique pour l'emploi» qui vise à rendre ces principes directeurs opérationnels.


 Tout processus de transition juste repose sur la protection sociale.

Tout processus de transition juste repose sur la protection sociale, qui revêt une double fonction. Tout d'abord, elle peut soutenir les efforts d'adaptation en contribuant à la protection des populations qui risquent d'éprouver de plus en plus de difficultés liées aux phénomènes climatiques. Les prestations et services de protection sociale, tels que les soins de santé, la protection contre le chômage, l'assistance sociale ainsi que les systèmes de garantie de l'emploi, peuvent aider les personnes

et les ménages touchés par des phénomènes météorologiques extrêmes ou par la lente dégradation de l'environnement liée aux changements climatiques à s'adapter à un monde en mutation. De nombreux pays modifient leurs régimes ou programmes actuels ou en conçoivent de nouveaux pour fournir aux ménages les plus exposés une protection sociale qui tienne compte des changements climatiques. Citons, par exemple, l'utilisation par le gouvernement des Philippines du système de garantie de l'emploi existant pour offrir des possibilités de revenus aux ménages les plus pauvres touchés par le typhon Haiyan en 2013, moyennant l'affiliation des participants à des dispositifs publics de protection sociale couvrant la maladie et les accidents professionnels (BIT et AFD, 2016b). En Algérie, la Caisse nationale des congés payés et du chômage-intempéries des secteurs du bâtiment, des travaux publics et de l'hydraulique (CACOBATPH) offre aux travailleurs qui ne peuvent pas travailler en raison de conditions climatiques extrêmes (y compris la chaleur) des allocations de chômage partiel, qui ont été versées à plus de 195 000 travailleurs en 2018. La mise en place de mesures de protection sociale avant la survenue d'une catastrophe permet d'accélérer les secours et s'avère moins coûteuse que les interventions conçues et mises en œuvre seulement après le choc.

La seconde fonction de la protection sociale est essentielle pour soutenir les individus et les ménages qui subissent les conséquences négatives des politiques respectueuses de l'environnement, telles que les efforts nationaux pour respecter les engagements de réduction des émissions de GES, conformément aux contributions déterminées au niveau national définies dans le cadre de l'Accord de Paris de 2015. Certaines politiques climatiques auront inévitablement des effets délétères sur les travailleurs ou d'autres segments de la population dont les moyens de subsistance dépendent de pratiques non durables. Les prestations sociales, et notamment les allocations de chômage, les transferts en espèces et en nature et les programmes de travaux publics, peuvent venir en aide aux personnes qui perdent leur emploi, se voient imposer de nouvelles restrictions dans leurs activités de subsistance ou sont confrontées à l'augmentation du prix des énergies dont elles sont tributaires. En palliant les effets secondaires des politiques vertes, la protection sociale contribue à leur acceptabilité et au renforcement du consensus social (BIT, 2017f). Ainsi, la Chine a étendu les allocations et prestations de chômage aux travailleurs touchés par les mesures de préservation de l'environnement,

et effectué des transferts en espèces en faveur des populations touchées par les restrictions en matière d'occupation des sols, de façon à décourager le défrichement à des fins agricoles et à promouvoir la protection des forêts (BIT et AFD, 2016a). Le Costa Rica et les États-Unis ont fait de la protection sociale un élément stratégique des politiques de décarbonisation intégrées dans les stratégies de développement à long terme visant à réduire les émissions de GES (Lambeau et Urban, à paraître). Le Pacte vert pour l'Europe, lancé en 2020 dans le but de faciliter la transition vers une économie zéro carbone qui ne laisse personne de côté, comprend un mécanisme pour une transition juste. Le Fonds pour une transition juste a pour but de mobiliser au moins 100 milliards d'euros pour soutenir les régions, les secteurs et les travailleurs qui subiront de plein fouet la transition, en complément d'autres initiatives récentes comme le socle européen des droits sociaux et un régime européen de réassurance chômage (Lambeau et Urban, à paraître).

Les pays intègrent de plus en plus la protection sociale ainsi que celle de la santé dans les politiques

et plans internationaux, régionaux et nationaux pour relever les défis que posent les changements climatiques. La santé étant reconnue dans 55 pour cent des contributions déterminées au niveau national comme un secteur particulièrement vulnérable aux effets des changements climatiques, un certain nombre de pays (tels que le Cambodge, l'Égypte, l'Équateur et la République de Moldova) ont pris des mesures spécifiques pour renforcer la capacité d'adaptation de ce secteur. Ces mesures comprennent l'amélioration des infrastructures de santé, de la fourniture de services et des capacités, ainsi que l'élargissement de l'accès à des soins de santé abordables, notamment pour les populations vivant dans des endroits reculés et dans des zones vulnérables aux effets des changements climatiques. De nombreux pays (parmi lesquels les Îles Marshall, le Pérou et le Viet Nam) ont intégré la protection sociale dans leurs plans climatiques, en mettant l'accent sur les besoins et les vulnérabilités de certains groupes (agriculteurs indépendants en Égypte, travailleurs ruraux en République de Moldova, ainsi que mères et enfants au Tadjikistan).

► **5.3 Renforcer les systèmes de protection sociale pour avancer plus rapidement vers la protection sociale universelle**

5.3.1 Renforcer les systèmes de protection sociale

En fin de compte, mener une stratégie de haut niveau pour atteindre la protection sociale universelle suppose d'accorder clairement la priorité à l'extension de la couverture aux catégories de la population jusqu'ici non couvertes, à l'amélioration de la qualité des prestations et des services, à la définition de droits clairs et d'obligations correspondantes pour l'État comme pour les individus, et à la mise en place de structures de financement durables et équitables. Des politiques bien conçues et des capacités institutionnelles solides sont indispensables pour instaurer des systèmes de protection sociale. En tant qu'interface directe entre les personnes et l'État, les systèmes de protection sociale constituent des éléments importants au sein de cadres institutionnels efficaces, transparents et inclusifs, susceptibles d'inspirer la confiance de la population et sur lesquels elle

devrait pouvoir compter. La confiance et la transparence contribuent à leur tour à l'avènement de sociétés pacifiques et inclusives (ODD 16).

Comme l'ont réaffirmé la Déclaration du centenaire et les conclusions de la Conférence internationale du Travail (2021) (voir encadré 1.2), le cadre normatif de l'OIT fournit des orientations essentielles aux pays qui cherchent à renforcer et à adapter leurs systèmes de protection sociale pour l'avenir.

► **Formuler et mettre en œuvre des stratégies et des politiques nationales de protection sociale au moyen du dialogue social**

La réalisation de la protection sociale universelle suppose de formuler une approche stratégique, inscrite dans les politiques et stratégies nationales en matière de protection sociale, qui fournisse une feuille de route claire concernant les mesures à prendre pour réduire les écarts en matière de

couverture et d'adéquation, assurer la cohérence des politiques et favoriser les synergies avec d'autres politiques économiques et sociales. Dans un monde où ne cessent de s'amplifier la complexité, l'interconnexion et les bouleversements, au niveau tant individuel que sociétal, il devient d'autant plus important de comprendre les besoins divers et changeants des personnes, ainsi que d'y répondre. Une telle approche devra être plus systémique et intégrée qu'un filet de sécurité restrictif; elle devra également permettre d'assurer une protection adéquate à tous les membres de la société tout au long de la vie, en visant non seulement à réduire, mais aussi à prévenir la pauvreté et la misère. Il conviendrait de chercher en priorité à réduire les inégalités entre les sexes et à combler les autres lacunes en matière de prestations sociales, notamment la couverture des migrants, des personnes déplacées de force, des minorités ethniques et des personnes handicapées (PPDPH *et al.*, 2020; ONU, 2020c; De Schutter, 2020).

Un dialogue social efficace contribue à rendre les politiques plus inclusives, transparentes, consensuelles et équilibrées, et donc plus aptes à susciter l'approbation et l'adhésion (BIT, 2018d, 2019i). D'après une étude récente portant sur 50 stratégies et politiques nationales de protection sociale, seules 8 d'entre elles relevaient la participation des partenaires sociaux (BIT, 2021t), ce qui montre que le dialogue social doit de toute urgence cesser d'être une exception pour devenir la règle.

► Inscrire la protection sociale dans la loi

Pendant la pandémie de COVID-19, une grande partie de la population mondiale ne pouvait s'assurer que l'État serait en mesure de lui fournir la protection dont elle avait besoin, et encore moins qu'elle pourrait demander des comptes aux pouvoirs publics et à leurs représentants au titre des cadres institutionnels et juridiques. L'éventuelle «dégringolade» des prestations, à savoir la levée prématurée des programmes d'urgence qui laisserait les personnes sans protection, a été une préoccupation récurrente tout au long de la crise. Ce scénario n'est pas compatible avec une approche de la protection sociale fondée sur les droits de l'homme et intégrée dans un système de droits et d'obligations qui garantit la légalité des droits aux prestations, et par conséquent leur continuité et leur prévisibilité. Lorsque la protection sociale n'est pas inscrite dans la loi et n'est pas prévisible, les individus ne sont pas en mesure de tirer parti de ses avantages socio-économiques

(voir section 1.2); s'ils ne sont pas sûrs de pouvoir bénéficier d'une protection, les personnes peuvent être réticentes à prendre des risques financiers ayant des retombées positives à moyen et long terme, comme l'investissement dans la santé, l'éducation ou le perfectionnement des compétences. Il est donc essentiel de consacrer la protection sociale dans la loi, d'intégrer les programmes temporaires dans les systèmes de protection sociale durables et de faire en sorte que la couverture légale se traduise par une couverture effective (voir section 2.1).

► Instaurer la confiance et sensibiliser

Les États doivent mettre en place un contexte favorable dans lequel les individus connaissent leurs droits et obligations, et ont confiance dans le système. Il est possible d'y parvenir en améliorant la transparence, en favorisant la responsabilité et la durabilité, ainsi qu'en garantissant la qualité des prestations et des services. Les partenariats avec les organisations de travailleurs et d'employeurs sont un élément central de ce processus, tout comme l'intégration de la protection sociale dans les programmes scolaires et de formation (Méndez et Giroud-Castiella, 2019). La sensibilisation et la confiance sont particulièrement importantes dans le contexte des systèmes contributifs, car les personnes qui cotisent aujourd'hui doivent avoir la certitude qu'elles seront bénéficiaires d'une protection adéquate en cas de besoin. La confiance dans le système de protection sociale et la perception des avantages concrets qu'il offre, notamment la qualité des services, renforceront également la disposition des individus à payer des impôts pour l'entretenir.

► Cohérence avec les politiques sociales, économiques et de l'emploi

Notamment pour affronter les périodes de grand bouleversement, comme l'a montré la réponse face au COVID-19, mais aussi pour accompagner les transitions au cours de la vie professionnelle et personnelle ainsi que les transformations structurelles, il est crucial que la protection sociale soit coordonnée avec les autres politiques sociales et économiques, y compris les politiques sectorielles et relatives à l'emploi. Une telle coordination est essentielle pour améliorer la cohérence des politiques, favoriser les synergies et produire les meilleurs résultats possibles (voir également la section 3.2).

Les domaines d'action qui bénéficieraient de la coordination avec les politiques de protection sociale comprennent la formalisation des modalités d'emploi et des entreprises informelles, la promotion de la transition de l'économie brune vers l'économie verte et le renforcement des investissements publics dans l'économie des soins. Les politiques de l'emploi et les PAMT accéléreront et soutiendront la reprise, et garantiront le travail décent au-delà de la crise. La coordination étroite de ces politiques peut favoriser l'adoption de solutions intégrées, en assurant par exemple aux chômeurs la sécurité de revenu dans le cadre de programmes de maintien dans l'emploi, d'emploi public ou d'aide aux chômeurs, et en leur offrant des possibilités de formation en vue d'une reconversion professionnelle ou du perfectionnement de leurs compétences. On peut également chercher à mieux intégrer la protection sociale dans les politiques d'aide à la famille, notamment pour la garde d'enfants et le congé parental, afin de garantir la sécurité de revenu et le bien-être des familles, et de soulager les femmes dans leurs responsabilités familiales, tout en créant des emplois décents dans le secteur des soins (voir encadré 4.4).

► Renforcer la résilience

La résilience est devenue un mot à la mode ces dernières années, en particulier au sujet de l'adaptation aux changements climatiques et de l'atténuation de leurs effets, mais aussi en lien avec la réduction des risques liés aux catastrophes. Des systèmes de protection sociale complets, y compris les socles, contribuent à prévenir et contenir les crises, à faciliter un redressement rapide et à renforcer la résilience après une crise. Compte tenu de ce rôle crucial, il est important de mettre l'accent sur les liens stratégiques qui relient les interventions de secours à court terme, l'aide humanitaire et la mise en place systématique de systèmes de protection sociale durables au niveau national – ce qui suppose, une fois de plus, une coordination entre les différents acteurs des instances concernées.

5.3.2 Assurer un investissement durable et équitable dans la protection sociale

Les dépenses de protection sociale engagées aujourd'hui à l'échelle mondiale restent insuffisantes pour garantir des socles de protection sociale nationaux, sans parler d'améliorer progressivement les niveaux de protection du plus grand nombre (voir section 2.3). Pour les pays à faible revenu en particulier, le montant des investissements supplémentaires qui serait nécessaire pour atteindre les cibles 1.3 et 3.8 des ODD dépasse de loin leur capacité économique. Pour atteindre ces objectifs, ils devraient dépenser en moyenne 16 pour cent de leur PIB de 2020 (Durán Valverde *et al.*, 2020). Il n'empêche que l'augmentation des investissements dans la protection sociale n'est pas une aspiration à remettre à plus tard; il s'agit d'une nécessité on ne peut plus actuelle. La protection sociale comporte une multitude d'effets souhaitables et représente un investissement social et économique de taille (voir section 1.2). Ces investissements peuvent alimenter des modèles avancés de développement humain s'accompagnant d'une forte croissance mais, quand ils font défaut, les économies peuvent se retrouver piégées dans un cycle de faible coût et de développement humain limité.

Il va de soi que, afin de combler le déficit de financement de la protection sociale, il s'agit avant tout d'accroître la marge de manœuvre budgétaire au niveau national (Ortiz *et al.*, 2019). Les gouvernements, les partenaires sociaux et les autres acteurs aux niveaux national et international doivent déterminer ensemble le meilleur équilibre entre les différentes modalités de financement et options politiques en fonction de leurs contextes nationaux particuliers (voir section 2.3), compte dûment tenu de la solidarité dans le financement, de la viabilité financière, budgétaire et économique, ainsi que de la justice et de l'équité sociales. Le caractère constructif de ces échanges suppose un niveau de concordance élevé entre les stratégies nationales de protection sociale et les cadres de financement nationaux à moyen terme.

La marge de manœuvre budgétaire peut être élargie de plusieurs façons, notamment par l'augmentation des recettes fiscales et des cotisations à la sécurité sociale, en apportant une attention particulière aux liens entre politiques budgétaires, marchés du travail, emploi et formalisation des entreprises. La sécurité sociale

constitue une composante à part entière du coût du travail et non un impôt sur ce dernier. Pour être efficaces, les mesures prises au niveau national doivent non seulement chercher à améliorer l'efficacité du système fiscal national, ainsi que son caractère progressif – ce qui contribuerait à remédier à l'inégalité croissante des revenus –, mais aussi s'appuyer sur une plus grande coopération internationale en matière fiscale. Cette coopération comprend une importante initiative qui vise à lutter contre le phénomène d'érosion de la base d'imposition et de transfert de bénéfices, ainsi que des propositions en faveur d'un système fiscal unitaire. Les efforts déployés au niveau national peuvent être soutenus en ménageant une plus grande marge de manœuvre pour instaurer des cadres macroéconomiques plus souples. Les engagements pris par les institutions financières internationales dans le but de garantir une marge de manœuvre budgétaire suffisante pour financer les dépenses sociales (FMI, 2019) ont un rôle essentiel à jouer pour favoriser, plutôt que délimiter, les politiques nationales de protection sociale.

Pour combler les lacunes du financement de la protection sociale dans les pays à faible revenu, il est également nécessaire de renforcer l'aide publique au développement. La plupart des pays de l'OCDE sont loin d'atteindre l'objectif convenu de 0,7 pour cent du RNB destiné à l'aide publique au développement; les chiffres préliminaires pour 2019 indiquent une valeur moyenne de seulement 0,3 pour cent du RNB combiné pour tous les pays du Comité d'aide au développement de l'OCDE (OCDE, 2021). Outre l'appui technique, l'aide pourrait comprendre le financement temporaire et partiel des prestations sociales dans les pays à revenu faible et intermédiaire, en donnant la priorité aux pays à faible revenu et à l'investissement dans des socles de protection sociale, ce qui pourrait favoriser la mobilisation des ressources nationales.

5.3.3 Partenariat en faveur d'une protection sociale universelle

Si l'on peut voir un aspect positif à cette crise du COVID-19, c'est dans le renforcement du soutien aux investissements dans les systèmes de protection sociale en tant que vecteur d'une reprise inclusive, qui contribue à accroître la résilience face aux risques qui se posent à l'échelle

mondiale et à l'insécurité croissante. Les systèmes de protection sociale sont reconnus comme l'un des principaux instruments stratégiques dont disposent les décideurs pour lutter contre les inégalités, favoriser l'inclusion sociale et établir – ou rétablir – un contrat social. Dans l'appel à l'action lancé par le Partenariat mondial pour une protection sociale universelle (USP2030, 2019), cinq actions prioritaires ont été identifiées comme étant particulièrement pertinentes pour les pays à tous les niveaux de développement:

1. **Protection tout au long de la vie:** Mettre en place des systèmes de protection sociale universelle s'appuyant sur des socles de protection sociale offrant une protection adéquate à tous les stades de la vie, combinant assurance sociale, assistance sociale et autres mécanismes, dans le cadre de stratégies et de législations nationales.
2. **Couverture universelle:** Offrir un accès universel à la protection sociale et veiller à ce que les systèmes de protection sociale soient fondés sur les droits, soucieux des considérations de genre, et inclusifs, sans que nul ne soit laissé de côté.
3. **Appropriation par les pays:** Élaborer des stratégies et des politiques de protection sociale fondées sur les priorités et situations nationales, en étroite collaboration avec tous les acteurs concernés.
4. **Financement durable et équitable:** Assurer la pérennité et l'équité des systèmes de protection sociale en privilégiant des modalités sûres et équitables de financement national et, le cas échéant, en faisant appel à la coopération et à l'assistance internationales.
5. **Participation et dialogue social:** Renforcer la gouvernance des systèmes de protection sociale par l'ancrage institutionnel, la coordination multisectorielle et la participation des partenaires sociaux et d'autres organisations pertinentes et représentatives, afin de susciter un large soutien et de promouvoir l'efficacité des services.

Dans un monde fortement globalisé, la question du financement de la protection sociale ne peut être laissée aux seuls gouvernements nationaux; la solidarité, la coordination et la coopération au niveau mondial sont indispensables à la recherche de solutions viables dans l'intérêt de tous, tout comme le respect du principe de l'appropriation par les pays. L'amélioration systématique de la coordination et de la collaboration entre les institutions des Nations Unies, les partenaires de

développement et les institutions financières internationales dans les domaines de la conception et du financement de la protection sociale reste une priorité. Toutes les décisions en matière de financement et de politiques devraient tenir compte des obligations relatives aux droits de l'homme et des normes internationales en matière de sécurité

sociale. Ces instruments donnent des orientations essentielles sur les objectifs qui devraient guider les efforts en faveur d'une protection sociale et sur la manière de garantir le caractère adéquat des prestations sociales et d'assurer le financement durable, efficace et équitable (BIT, 2019i) de celle-ci.

► 5.4 La protection sociale au service de la justice sociale

Une reprise centrée sur l'humain ne saurait se faire sans un accès universel à des systèmes de protection sociale complets, adaptés et durables, qui offrent à tous un niveau de prestations adéquat tout au long de la vie et permettent de faire face aux multiples aléas susceptibles de se présenter (BIT, 2021b). Une stratégie de haut niveau est nécessaire pour rompre le cercle vicieux de la précarité, de la pauvreté et de l'exclusion sociale, et construire des sociétés plus justes et plus inclusives, ainsi que des économies durables et productives. Investir dans des systèmes de protection sociale solides et adaptables, fondés sur les droits, y compris les socles, ainsi que dans un ensemble cohérent de politiques sociales, économiques et de l'emploi, aide les personnes à mieux gérer les transitions dans la vie professionnelle et la vie privée et facilite la transformation des économies et des sociétés. Il ne suffira pas de revenir au monde d'avant le COVID-19 si l'on souhaite que cette reprise soit dans l'intérêt de tous. Pour cela, il sera essentiel de s'attaquer aux inégalités structurelles profondes qui entravent depuis trop longtemps les progrès vers la justice sociale, et d'adopter une approche résolument axée sur l'humain pour bâtir un meilleur avenir pour l'humanité (ONU, 2020b).

Pour tracer la voie vers la réalisation des ODD, il sera nécessaire de définir une stratégie visant à mettre en place des systèmes de protection sociale fondés sur les droits, y compris les socles, en s'appuyant sur une compréhension commune de la protection sociale en tant qu'investissement très fructueux permettant de mettre fin à la pauvreté, de réduire les inégalités et de revigorer le contrat social. Les efforts déployés pour atteindre les ODD d'ici à 2030 doivent changer radicalement de cap si l'on veut que les personnes et les sociétés soient en mesure de faire face aux profondes transformations liées aux changements démographiques, technologiques et climatiques. Il reste moins de neuf ans pour mener à bien le Programme 2030, y compris pour atteindre les cibles 1.3 et 3.8. La pandémie a mis en évidence le rôle central des objectifs en matière de protection sociale et de couverture sanitaire universelles, les bienfaits considérables qu'on pourrait obtenir en les hissant au rang de priorité stratégique, et les risques qui pourraient surgir dans le cas contraire. La pauvreté, où qu'elle existe, demeure un danger pour la prospérité de tous, et la sécurité ne sera nulle part tant qu'elle ne sera pas partout.

annexes



Annexe 1. Glossaire

Annexe 2. Mesure de la
couverture et des dépenses en
matière de protection sociale

Annexe 3. Caractéristiques
minimales des normes de l'OIT
relatives à la sécurité sociale

Annexe 4. Tableaux statistiques



► Annexe 1. Glossaire

Ce glossaire porte sur les concepts fondamentaux, les définitions et la méthodologie orientant les travaux d'analyse du BIT en matière de sécurité sociale ou de protection sociale¹. L'objectif n'est pas d'arrêter des définitions universelles, mais simplement de préciser les termes et les concepts employés dans le présent rapport et au BIT.

Programme de transferts en espèces. Régime ou programme non contributif offrant des prestations en espèces aux particuliers ou aux ménages, généralement financé par l'impôt, d'autres recettes publiques, subventions ou prêts externes. Les programmes de transferts en espèces² sont parfois, mais pas toujours, soumis à conditions de ressources.

Les programmes de transferts en espèces qui imposent certaines obligations de comportement aux familles sont qualifiés de programmes de transferts conditionnels en espèces (TCE). Cela peut signifier, par exemple, que les bénéficiaires doivent veiller à ce que leurs enfants suivent une scolarité régulière ou faire appel à des services de nutrition préventive et de soins de santé.

Programme public d'emploi. Programme gouvernemental offrant des possibilités d'emploi à certaines catégories de personnes incapables de trouver un autre travail. Les programmes publics d'emploi incluent les régimes de garantie d'emploi et les programmes dits «d'argent ou de nourriture en échange de travail».

Programme/régime de protection sociale (programme/régime de sécurité sociale). Cadre réglementaire distinct visant à fournir des prestations de protection sociale aux bénéficiaires admissibles. Ce cadre devrait préciser le champ d'application du programme, qu'il s'agisse du territoire couvert ou des catégories de personnes concernées (groupe cible), les conditions déterminant le droit aux prestations, le type de prestations, le montant des prestations (transferts en espèces), la périodicité et d'autres caractéristiques, ainsi que les modes de financement (cotisations, impôt général, autres sources), de gouvernance et d'administration du programme.

Le terme «programme» peut renvoyer à un vaste éventail de dispositifs, tandis que le terme «régime» est généralement employé dans un sens plus précis pour désigner un programme prévu par la législation nationale et caractérisé par un certain degré de «formalisme».

Un programme/régime peut bénéficier de l'appui d'une ou de plusieurs institutions de sécurité sociale chargées de gérer les prestations et leur financement. En règle générale, il devrait être possible d'établir une comptabilité distincte des recettes et des déboursés pour chaque programme de protection sociale. Il est fréquent qu'un programme de protection sociale couvre un seul type de risque ou un seul groupe spécifique de bénéficiaires, ou subvienne à un seul besoin. Toutefois, en principe, une institution de sécurité sociale gère plus d'un programme de prestations.

Protection sociale. La protection sociale, ou sécurité sociale, est un droit humain fondamental défini comme l'ensemble des politiques et programmes conçus pour réduire et prévenir la pauvreté, la vulnérabilité et l'exclusion sociale tout au long du cycle de vie. La protection sociale comprend neuf domaines principaux: les prestations à l'enfance et aux familles; la protection de la maternité; les aides aux chômeurs; les prestations d'accidents du travail et de maladies professionnelles; les prestations de maladie; la protection de la santé (soins médicaux); les prestations de vieillesse; les prestations d'invalidité ou de handicap; les prestations aux survivants. Les systèmes de protection sociale couvrent tous ces domaines en associant des régimes contributifs (assurance sociale) et des prestations non contributives financées par l'impôt (y compris l'assistance sociale).

La protection sociale ou la sécurité sociale est inscrite en tant que droit humain dans la Déclaration universelle des droits de l'homme (1948), le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (1966) et d'autres grands instruments des Nations Unies relatifs aux droits humains. Les États sont légalement tenus de protéger et de promouvoir les droits humains, y

¹ Le présent glossaire est largement inspiré des définitions, concepts et méthodes figurant dans les éditions précédentes du présent rapport (BIT, 2010; 2014c; 2017f).

² Au sens strict, cette expression englobe tous les paiements de transfert sociaux en espèces, y compris les paiements de transfert partiellement ou totalement contributifs; toutefois, elle est généralement comprise comme limitée aux paiements de transfert non contributifs.

compris le droit à la protection sociale ou à la sécurité sociale, et de veiller à ce que les particuliers puissent exercer leurs droits sans discrimination. L'État doit notamment garantir le versement de prestations selon des critères d'attribution clairs et transparents, et veiller à la bonne administration des institutions et des services. L'application effective d'un cadre législatif est particulièrement importante pour la fourniture des prestations et des services lorsque ceux-ci ne sont pas directement assurés par les institutions publiques (ONU, 2008).

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

Protection sociale universelle désigne les systèmes de protection sociale qui garantissent à chacun l'accès à une protection complète, adéquate et durable tout au long de la vie, conformément aux normes de l'OIT. Atteindre la protection sociale universelle suppose de mener des actions et de prendre des mesures visant à concrétiser le droit humain à la sécurité sociale, par exemple en adoptant progressivement et en maintenant des systèmes de protection sociale adéquats au niveau national. Les systèmes de protection sociale fondés sur les droits, qui englobent des socles de protection sociale et prévoient des niveaux de protection plus élevés, garantissent que les droits et obligations de toutes les parties concernées – travailleurs, employeurs, gouvernements, institutions publiques – sont inscrits dans la loi et dûment respectés, afin d'assurer à tous le bien-être et une vie digne. L'État a une responsabilité première à cet égard: concevoir la structure juridique et administrative de la sécurité sociale et en assurer le financement durable; il doit également veiller à la bonne administration et à la gouvernance du régime. La protection sociale universelle est essentielle pour prévenir

et réduire la pauvreté, les inégalités et l'exclusion sociale, en ce qu'elle maintient les revenus et le niveau de vie des travailleurs. Lors des crises et chocs multifactoriels, elle garantit l'accès aux soins de santé et stabilise la demande globale en soutenant la sécurité de revenus et la continuité des activités. La protection sociale universelle renforce le contrat social dans la mesure où elle constitue un investissement dans les capacités humaines, le travail décent et l'économie inclusive; cela étant, elle contribue à renforcer le consentement de tous au paiement de l'impôt et des cotisations sociales, permettant ainsi de soutenir le système et de promouvoir la cohésion sociale.

Régime contributif. Régime en vertu duquel les cotisations versées par les personnes protégées déterminent directement le droit aux prestations (droits acquis). Le type le plus courant de régime contributif de sécurité sociale est le régime légal d'assurance sociale, qui couvre généralement les travailleurs de l'économie formelle et, dans certains pays, les travailleurs indépendants. Parmi les autres types classiques de régimes contributifs garantissant un certain niveau de protection – en l'absence d'assurance sociale – figurent les caisses nationales de prévoyance qui, généralement, versent une somme forfaitaire aux bénéficiaires en cas d'aléas – vieillesse, invalidité ou décès. Les régimes d'assurance sociale couvrant les travailleurs occupant un emploi rémunéré ou salarié prévoient généralement que les cotisations sont versées par les travailleurs et l'employeur (même si, généralement, ce dernier finance intégralement les régimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles). Si les régimes contributifs peuvent être intégralement financés par les cotisations, ils sont souvent financés en partie par l'impôt ou d'autres sources, par exemple: une subvention visant à combler les déficits du régime, une subvention générale se substituant entièrement aux cotisations, ou une subvention ciblant exclusivement certaines catégories de cotisants ou de bénéficiaires (par exemple les personnes qui ne cotisent pas, comme les parents avec enfants à charge, les étudiants, les militaires ou les chômeurs; ou celles qui ne cotisent pas à taux plein en raison de leurs faibles revenus, ou qui perçoivent des prestations inférieures à un certain seuil, faute d'avoir suffisamment cotisé).

Régime d'assurance sociale. Régime contributif de protection sociale garantissant une protection au moyen d'un mécanisme d'assurance, fondé sur: 1) le paiement préalable de cotisations, c'est-à-dire avant la survenance de l'aléa assuré; 2) le partage ou la «mutualisation» des risques; et 3) la notion de

garantie. Les cotisations versées par (ou pour) les personnes assurées sont mises en commun et le fonds ainsi constitué sert à financer les dépenses encourues exclusivement par les personnes touchées par l'aléa ou les aléas assurés (qui sont clairement définis). Contrairement aux polices d'assurance privées, où les primes de risque sont calculées individuellement, la mutualisation des risques aux termes de l'assurance sociale est fondée sur le principe de solidarité.

De nombreux régimes contributifs de sécurité sociale sont présentés et décrits comme des régimes «d'assurance» (généralement des «régimes d'assurance sociale»), bien qu'il s'agisse en réalité de régimes mixtes dans le cadre desquels le droit aux prestations intègre certains éléments non contributifs, ce qui permet de répartir plus équitablement les prestations, notamment pour les personnes ayant de faibles revenus, ou celles qui ont eu une carrière professionnelle courte ou discontinuée. Ces éléments non contributifs prennent diverses formes et sont financés par les autres cotisants (redistribution au sein du régime) ou par l'État.

Régime de garantie d'emploi. Programme public d'emploi garantissant aux ménages pauvres un nombre donné de journées de travail par an, pour une rémunération relativement faible (en général le salaire minimum, s'il est fixé à un seuil adéquat).

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

Régime/programme ciblé. Voir *Régime d'assistance sociale*.

Régime/programme d'assistance sociale. Régime offrant des prestations aux groupes vulnérables de la population, notamment les ménages pauvres. La plupart des régimes d'assistance sociale sont soumis à conditions de ressources.

Régime soumis à conditions de ressources. Régime dont les bénéficiaires doivent prouver qu'ils sont dans le besoin. Souvent qualifié de *régime d'assistance sociale*, ce type de régime cible certaines catégories de personnes ou de ménages dont les ressources sont inférieures à un seuil donné. Un examen des ressources est effectué pour déterminer: si les ressources (revenus et/ou patrimoine) de la personne ou du ménage qui fait la demande d'affiliation sont inférieures au seuil défini; si le demandeur a droit à des prestations; et, le cas échéant, fixer le montant des prestations accordées. Dans certains pays, cet examen est effectué sur la base d'une estimation des ressources (*proxy means tests*); dans ce cas, l'admissibilité du demandeur n'est pas déterminée au moyen d'une évaluation effective de sa situation financière ou patrimoniale, mais plutôt d'autres caractéristiques du ménage jugées plus facilement observables. Certains régimes soumis à conditions de ressources prévoient également que l'octroi des prestations est assujéti au respect d'autres conditions et obligations, telles que l'obligation de travailler, des examens médicaux ou, dans le cas des enfants, l'assiduité scolaire. Certains de ces régimes offrent d'autres prestations aux bénéficiaires en complément du transfert de revenu.

Régime universel/régime catégoriel. Au sens strict, les régimes universels versent des prestations à la seule condition de résidence. Cependant, cette expression est souvent employée pour désigner des régimes catégoriels offrant des prestations à de larges catégories de la population sans imposer de conditions de ressources ou d'estimation de ressources. Les régimes catégoriels les plus courants sont ceux qui assurent un transfert de revenu en faveur des personnes âgées ou des enfants, sous réserve de certaines conditions d'âge, ou de toutes les personnes handicapées. D'autres ciblent également les ménages dont la structure est particulière (par exemple les familles monoparentales) ou des groupes professionnels spécifiques (tels les travailleurs ruraux). La plupart des régimes catégoriels sont financés par les ressources publiques.

Sécurité sociale. Le droit fondamental à la sécurité sociale est énoncé dans la Déclaration universelle des droits de l'homme (1948) et d'autres instruments juridiques internationaux. La notion de sécurité sociale s'entend ici de l'ensemble des dispositifs de prestations, en espèces ou en nature, visant à garantir une protection contre, notamment:

- l'absence (ou l'insuffisance) de revenu d'emploi pour différentes causes: maladie, invalidité, maternité, accident du travail et maladie professionnelle, chômage, vieillesse ou décès d'un membre de la famille;
- le manque d'accès aux soins de santé, ou leur coût excessif;
- l'insuffisance du soutien familial, en particulier pour les enfants et les adultes à charge;
- la pauvreté et l'exclusion sociale en général.

La sécurité sociale a donc deux dimensions (fonctionnelles) principales, à savoir la «sécurité du revenu» et la «disponibilité des soins médicaux», comme prévu dans la Déclaration de Philadelphie (1944), qui fait partie intégrante de la Constitution de l'OIT et préconise de réaliser «l'extension des mesures de sécurité sociale en vue d'assurer un revenu de base à tous ceux qui ont besoin d'une telle protection ainsi que des soins médicaux complets» (III f)³. La recommandation n° 202 prévoit la garantie, au minimum, de l'accès à des soins de santé essentiels et à une sécurité élémentaire de revenu tout au long de la vie dans le cadre de socles de protection sociale définis à l'échelle nationale, ainsi que la mise en œuvre progressive de niveaux plus élevés de protection par les systèmes nationaux de sécurité sociale, conformément à la convention (n° 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952, et à d'autres instruments de l'OIT.

L'accès à la sécurité sociale est avant tout une responsabilité des pouvoirs publics; à ce titre, il est généralement assuré par l'intermédiaire des institutions publiques et financé par les cotisations, l'impôt ou les deux. Cependant, la fourniture de prestations de sécurité sociale est souvent confiée à des entités privées. En outre, de nombreuses institutions privées (sociétés d'assurance; organismes d'entraide; caisses locales; mutuelles; etc.) peuvent être amenées à exercer certaines fonctions habituellement dévolues à la sécurité sociale, comme l'administration des régimes de retraite professionnelle, qui complètent les régimes publics de sécurité sociale

et peuvent largement s'y substituer. Le droit à la sécurité sociale est subordonné au paiement des cotisations de sécurité sociale pour les périodes prescrites (régimes contributifs, souvent structurés comme des dispositifs d'assurance sociale) ou à l'obligation de résidence, assortie d'autres critères, auquel cas les prestations sont versées à tous les résidents du pays admissibles aux régimes (non contributifs). Ces autres critères peuvent prévoir que le droit aux prestations dépend de l'âge, de l'état de santé, de la participation au marché du travail, du revenu ou d'autres déterminants du statut socio-économique, voire être assujetti au respect de certaines conditions comportementales.

La sécurité sociale se distingue des autres dispositifs sociaux à deux égards. Premièrement, les bénéficiaires reçoivent des prestations sans contrepartie (il ne s'agit donc pas d'une rémunération en échange d'un travail ou d'autres services). Deuxièmement, la sécurité sociale n'est pas fondée sur un accord individuel entre la personne protégée et le prestataire (contrairement à un contrat d'assurance-vie, par exemple); le contrat s'applique à un large groupe de personnes et est donc de nature collective.

Selon la catégorie de conditions applicables, une distinction est également faite entre les régimes non soumis à conditions de ressources (où les conditions d'admissibilité ne sont pas liées au niveau total de revenu ou de ressources du bénéficiaire et de sa famille), d'une part, et les régimes soumis à conditions de ressources (qui n'accordent de prestations qu'aux personnes dont le niveau de revenu ou de ressources est inférieur au seuil prescrit), de l'autre. Une catégorie spéciale de régimes «conditionnels» impose entre autres aux bénéficiaires (ou aux membres de leur famille) de participer à des programmes publics déterminés (par exemple programmes sanitaires ou éducatifs spécifiques).

Socle de protection sociale. La recommandation (n° 202) sur les socles de protection sociale, 2012, dispose que les États Membres devraient établir ou maintenir des socles nationaux de

³ Ces deux dimensions principales sont également énoncées dans la recommandation (n° 67) sur la garantie des moyens d'existence, et la recommandation (n° 69) sur les soins médicaux, 1944, comme étant des «élément[s] essentiel[s] de la sécurité sociale». Ces recommandations prévoient: premièrement que les régimes de garantie des moyens d'existence soulagent «le besoin et [préviennent] l'indigence, en rétablissant jusqu'à un niveau raisonnable les moyens d'existence perdus en raison de l'incapacité de travailler (y compris la vieillesse) ou d'obtenir un emploi rémunérateur ou en raison du décès du soutien de famille» (recommandation n° 67, Principes directeurs, paragr. 1); et, deuxièmement, que «tout service de soins médicaux [assure] à l'individu les soins que peuvent fournir les membres de la profession médicale et des professions connexes» et «[englobe] tous les membres de la communauté» (recommandation n° 69, paragr. 1 et 8). La recommandation n° 202 tient également compte de ces deux éléments dans les garanties élémentaires de protection sociale qui devraient faire partie des socles nationaux de protection sociale (pour de plus amples informations, voir l'encadré 1.1).

protection sociale en tant qu'ensembles de garanties élémentaires de sécurité sociale définis à l'échelle nationale qui assurent une protection visant à prévenir ou à réduire la pauvreté, la vulnérabilité et l'exclusion sociale (BIT, 2012). Ces garanties devraient assurer au minimum à toute personne dans le besoin, tout au long de la vie, l'accès à des soins de santé essentiels et une sécurité élémentaire de revenu, qui garantissent ensemble un accès effectif aux biens et services définis comme nécessaires à l'échelle nationale. Plus précisément, les socles de protection sociale devraient comporter au moins les quatre garanties de sécurité sociale suivantes, définies à l'échelle nationale:

- a) accès à des soins de santé essentiels, y compris des soins de maternité;
- b) sécurité élémentaire de revenu pour les enfants;
- c) sécurité élémentaire de revenu pour les personnes d'âge actif qui sont dans l'incapacité de gagner un revenu suffisant, en particulier en cas de maladie, de chômage, de maternité et d'invalidité; et
- d) sécurité élémentaire de revenu pour les personnes âgées⁴.

Ces garanties devraient être fournies à tous les résidents et à tous les enfants, tels que définis par la législation nationale, conformément aux obligations internationales en vigueur.

La recommandation n° 202 dispose également que les garanties élémentaires de sécurité sociale devraient être instaurées par la loi. La législation nationale devrait définir l'éventail, les conditions d'attribution et le niveau des prestations qui donnent effet à ces garanties, et établir des procédures de réclamation et de recours efficaces et accessibles.

Les socles de protection sociale correspondent, à bien des égards, à la notion «d'obligations fondamentales» visant à assurer, au moins, la satisfaction de l'essentiel des droits inscrits dans les traités relatifs aux droits de l'homme (ONU, 2012a; Assemblée générale des Nations Unies, 2013).

Système de sécurité sociale/système de protection sociale. Ensemble de régimes et de programmes de sécurité/protection sociale d'un pays. Il est à noter que le terme «programme» est souvent utilisé dans un sens plus large que le terme «régime».

Tous les régimes et institutions de sécurité sociale d'un pays sont inévitablement interdépendants et complémentaires du point de vue de leurs objectifs, de leurs fonctions et de leur financement: ils constituent ainsi un système national de sécurité sociale. Pour des raisons d'efficacité et d'efficience, une coordination étroite au sein du système est essentielle. En outre, à des fins de coordination et de planification, il importe que les comptes de recettes et de dépenses de tous les régimes soient regroupés pour former un seul et même budget de sécurité sociale au niveau national, en vue d'une planification intégrée des dépenses et du financement à venir des régimes constituant le système de sécurité sociale.

Transfert social. Toutes les prestations de sécurité sociale comprennent des transferts, en espèces ou en nature, représentant un transfert de revenus, de biens ou de services (par exemple des services de santé). Ce transfert peut être effectué des personnes actives vers les personnes âgées, des personnes en bonne santé vers les personnes malades, ou des personnes aisées vers les personnes pauvres, entre autres. Les bénéficiaires de ces transferts peuvent les recevoir par l'intermédiaire d'un régime spécifique de sécurité sociale: parce qu'ils y ont cotisé (régime contributif); parce qu'ils sont résidents (régime universel pour tous les résidents); parce qu'ils remplissent des conditions spécifiques liées à l'âge (régimes catégoriels) ou aux ressources (régimes d'assistance sociale); ou parce qu'ils satisfont à plusieurs de ces conditions à la fois. De plus, certains régimes (régimes de garantie d'emploi, programmes publics d'emploi) disposent que les bénéficiaires sont tenus de réaliser certaines tâches ou d'adopter des comportements spécifiques (programmes de transferts conditionnels en espèces). Plusieurs régimes différents coexistent généralement dans la plupart des pays, et offrent parfois des prestations à des groupes de population différents pour des éventualités similaires.

⁴ Recommandation n° 202, paragr. 5.

► Annexe 2. Mesure de la couverture et des dépenses en matière de protection sociale

Couverture de la protection sociale

► Mesure de la couverture effective pour l'indicateur 1.3.1 des ODD

Le rapport présente un ensemble complet de données issues de l'enquête sur la sécurité sociale (Social Security Inquiry – SSI) et d'autres sources utiles pour le suivi de l'indicateur 1.3.1 des ODD. Cet ensemble de données a été soumis à la Division de la statistique des Nations Unies dans le cadre du suivi des objectifs de développement durable, et notamment de l'ODD 1 («Éliminer la pauvreté sous toutes ses formes et partout dans le monde»), pour lequel l'OIT est chargée de produire l'indicateur 1.3.1: «proportion de la population bénéficiant de socles ou de systèmes de protection sociale, par sexe et par groupes de population (enfants, chômeurs, personnes âgées, personnes handicapées, femmes enceintes, nouveau-nés, victimes d'un accident du travail, personnes pauvres et vulnérables)».

L'indicateur 1.3.1 rend compte de la part des personnes effectivement couvertes par un système ou un socle de protection sociale (voir plus bas la définition de la «couverture effective» et les critères utilisés pour la mesurer). Il recouvre les principales composantes de la protection sociale – prestations à l'enfance et aux familles, prestations de maternité, soutien aux chômeurs, aux personnes handicapées, aux victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle et aux personnes âgées – dans le but d'apprécier les progrès accomplis dans la réalisation de la cible 1.3 des ODD et en vue de garantir au moins une protection de base contre les principales éventualités susceptibles de survenir tout au long de la vie, comme le prévoit la recommandation n° 202. La couverture sanitaire, bien qu'elle soit l'une des quatre garanties élémentaires du socle de protection sociale, est suivie au titre non pas de l'indicateur 1.3.1 mais des indicateurs 3.8.1 et 3.8.2 des ODD. La couverture effective est calculée séparément pour chaque groupe de population (enfants, chômeurs, personnes âgées,

personnes handicapées, femmes enceintes et mères de nouveau-nés, personnes victimes d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail, personnes pauvres et personnes vulnérables). Dans chaque cas, la couverture est exprimée en pourcentage du groupe de population respectif. La couverture effective des travailleurs en cas de maladie, bien que prévue dans la recommandation n° 202, n'est pas incluse dans l'indicateur 1.3.1 des ODD.

Les indicateurs sont calculés comme suit¹:

- a) *Proportion de la population protégée dans au moins un domaine*: pourcentage de la population qui bénéficie de prestations en espèces² pour au moins une des éventualités ou un des domaines de la sécurité sociale (prestations contributives ou non contributives), ou bien cotisant activement à au moins un régime de sécurité sociale.
- b) *Proportion d'enfants couverts par des prestations de protection sociale*: pourcentage des enfants ou ménages avec enfants qui perçoivent des prestations en espèces à l'enfance ou aux familles.
- c) *Proportion de femmes ayant accouché bénéficiant de prestations de maternité*: nombre de femmes qui perçoivent des prestations de maternité en espèces rapporté au nombre de femmes ayant accouché au cours de la même année (estimation fondée sur les taux de fécondité en fonction de l'âge publiés par les Nations Unies dans leurs perspectives de la population mondiale (World Population Prospects) ou du nombre de naissances vivantes corrigé de la part de naissances de jumeaux ou de triplés).
- d) *Proportion de personnes handicapées bénéficiant de prestations*: nombre de personnes qui perçoivent des prestations d'invalidité rapporté au nombre de personnes lourdement handicapées. Ce dernier chiffre s'obtient en multipliant la population du pays par le taux de personnes handicapées établi par l'OMS pour chaque groupe de pays.
- e) *Proportion de chômeurs indemnisés*: pourcentage des demandeurs d'emploi qui perçoivent des prestations de chômage.

¹ Les métadonnées sont consultables à l'adresse <https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-01-03-01a.pdf>.

² Hors soins de santé et prestations de maladie.

- f) *Proportion de travailleurs couverts en cas de maladie professionnelle ou d'accident du travail*: pourcentage de la main-d'œuvre assurée contre les accidents du travail ou les maladies professionnelles.
- g) *Proportion de personnes âgées bénéficiant d'une pension de vieillesse*: pourcentage de personnes ayant atteint l'âge légal de départ à la retraite qui perçoivent des prestations de vieillesse (contributives ou non contributives).
- h) *Proportion de personnes vulnérables bénéficiant de prestations*: pourcentage de personnes vulnérables percevant une prestation d'assistance sociale en espèces. Le nombre de personnes vulnérables s'obtient en retranchant de la population totale les personnes en âge de travailler qui cotisent à un régime d'assurance sociale ou qui perçoivent des prestations contributives, et les personnes ayant atteint l'âge de la retraite qui perçoivent des prestations contributives.

► Indicateurs agrégés de couverture

Deux indicateurs agrégés de couverture sont utilisés dans ce rapport: le premier rend compte de la *couverture légale*³, le second de la *couverture effective* (pour plus de précisions, voir ci-dessous).

- La proportion de la population bénéficiant d'une protection sociale complète est estimée à partir du nombre de personnes en âge de travailler qui bénéficient d'une couverture de la sécurité sociale complète, c'est-à-dire qui sont couvertes en vertu de la législation en vigueur pour les huit éventualités (maladie, chômage, vieillesse, accidents du travail et maladies professionnelles, responsabilités familiales, maternité, invalidité, survivants) spécifiées dans la convention n° 102⁴.
- La proportion de la population bénéficiant d'une prestation en espèces dans au moins un domaine de la protection sociale (indicateur 1.3.1 a) des ODD, voir plus haut) rend compte de la *couverture effective* de la population dans au moins un domaine⁵, c'est-à-dire la part de la population qui perçoit des prestations contributives ou non contributives pour au moins une des éventualités de la sécurité sociale ou qui cotisent à au moins un régime.

► Mesurer la couverture de la protection sociale: concepts et critères

Généralités

Mesurer la couverture de la protection sociale n'est pas chose aisée. Plusieurs dimensions sont à prendre en compte pour parvenir à une évaluation exhaustive. Dans les faits, rares sont les pays qui collectent l'ensemble complet de statistiques nécessaires à cette évaluation approfondie même si l'on dispose d'informations partielles pour un grand nombre d'entre eux. Conscients de la nécessité de procéder à un suivi plus régulier de la couverture de la sécurité sociale, de nombreux pays redoublent d'efforts pour améliorer la collecte et l'analyse des données; le Programme 2030, et notamment le suivi des cibles 1.3 et 3.8, les y a fortement encouragés.

La couverture de la sécurité sociale doit s'apprécier dans les trois dimensions suivantes:

- **La portée.** Il s'agit du nombre de domaines, ou branches, de la sécurité sociale auxquels la population d'un pays a accès. Selon leur situation au regard de l'emploi, tous les groupes de population n'ont pas accès au même type ou à la même gamme de prestations, et ce facteur entre en ligne de compte dans l'évaluation de la portée de la couverture.
- **L'étendue.** Elle exprime généralement la part de la population ou d'un groupe de la population (défini par le sexe, l'âge, le niveau de revenu ou la situation au regard de l'emploi) qui est couverte par des régimes de sécurité sociale dans chacun des domaines.
- **Le niveau de protection.** Il rend compte du caractère adéquat de la couverture dans une branche donnée de la sécurité sociale. Le niveau de protection peut s'apprécier au montant des prestations servies, en valeur absolue ou comparé à des valeurs de référence telles que le revenu antérieur, le revenu moyen ou le seuil de pauvreté. Pour les prestations de santé, le degré de protection est fonction de la gamme de services de santé couverts et du niveau de protection financière (importance de la prise en charge) associé à ces services. Les indicateurs de qualité sont le plus souvent relatifs et peuvent résulter d'une évaluation objective ou subjective, comme la satisfaction des bénéficiaires.

³ On parle parfois aussi de «couverture obligatoire», la couverture pouvant aussi être prévue par des textes réglementaires.

⁴ L'accès aux soins de santé n'est pas inclus.

⁵ À l'exception des prestations de maladie et de l'accès aux soins de santé.

Quand on mesure la couverture, il convient d'opérer une distinction entre la couverture légale et la couverture effective pour chacune des trois dimensions indiquées ci-dessus afin d'appréhender le sujet dans sa globalité. Le tableau A2.1 récapitule les questions à se poser.

Couverture légale

La portée de la couverture légale se mesure par le nombre de domaines de la sécurité sociale pour lesquels la population ou des catégories données de la population sont couvertes en vertu de la législation nationale en vigueur. La liste des neuf branches figurant dans la convention n° 102 sert de référence.

L'estimation de l'étendue de la couverture légale se fonde sur deux types de données: les catégories de la population couvertes par des régimes obligatoires pour une branche donnée de la sécurité sociale et la proportion de personnes concernées à l'échelle nationale. On considère qu'une catégorie de la population est légalement couverte pour un domaine de la sécurité sociale (vieillesse, chômage, maternité, etc.) quand la législation en vigueur prévoit que cette catégorie est obligatoirement couverte par l'assurance sociale ou qu'elle a droit à des prestations non contributives sous certaines conditions – par exemple, une pension publique de vieillesse à partir de l'âge de 65 ans, ou une aide au revenu si celui-ci est inférieur à un certain seuil. Le taux de couverture légale d'une branche donnée de la sécurité sociale est le rapport entre le nombre estimé de personnes légalement couvertes et, selon le cas, la population active ou la population en âge de travailler de la tranche d'âge concernée. Puisque la convention n° 102 permet aux pays qui la ratifient d'assurer une couverture soit par des prestations contributives, soit par des prestations non contributives universelles ou sous conditions de ressources, soit par une combinaison des deux régimes, elle formule plusieurs exigences minimales en matière de couverture. Doivent ainsi être protégés:

- a) des catégories déterminées de salariés, représentant au minimum 50 pour cent de l'ensemble des salariés;
- b) des catégories déterminées de la population active, représentant au minimum 20 pour cent des résidents; ou
- c) tous les résidents dont les moyens pendant l'éventualité ne dépassent pas les limites prescrites.

Le niveau de couverture légale de chaque branche de la sécurité sociale s'apprécie (pour les

prestations en espèces) au taux de remplacement auquel a droit chaque catégorie de bénéficiaires, selon le barème fixé par la législation. La convention n° 102 prévoit des taux de remplacement minimaux des prestations en espèces dans sept des neuf branches de la sécurité sociale (voir les tableaux de l'annexe 3). Elle précise que ces taux minimaux doivent s'appliquer à un bénéficiaire type remplissant les conditions requises, et être garantis à au moins toutes les personnes dont la rémunération ne dépasse pas un niveau déterminé. Pour les soins de santé, le niveau de l'assurance-santé obligatoire est forcément un indicateur qualitatif, qui s'apprécie par rapport aux principales composantes des soins de santé essentiels définis par les normes de l'OIT. Le niveau de prise en charge doit aussi être spécifié dans la législation. Le ticket modérateur est le pourcentage des dépenses de santé qui restent à la charge de l'assuré. À l'heure actuelle, les données sur les dispositions légales relatives aux soins de santé essentiels et à la protection financière ne sont pas collectées de manière systématique et harmonisée, si bien que nous n'avons pas pu en faire état dans cette édition du *Rapport mondial sur la protection sociale*.

Couverture effective

Les indicateurs de couverture effective permettent d'apprécier dans quelle mesure les dispositions légales sont réellement appliquées. La couverture effective coïncide rarement avec la couverture légale: elle est le plus souvent inférieure, soit parce que la législation n'est pas respectée ou qu'elle est difficile à mettre en œuvre, soit parce que les politiques menées ne se conforment pas à la lettre de la loi. Pour se faire une idée précise de la couverture, il convient dès lors de l'évaluer dans ces deux aspects.

La portée de la couverture effective rend compte du nombre de domaines de la sécurité sociale pour lesquels la législation en vigueur est réellement appliquée: elle permet ainsi de savoir si, dans tous les domaines, la majorité de la population légalement couverte l'est aussi effectivement (ce que mesure l'étendue de la couverture effective; voir ci-dessous).

Lorsqu'on mesure l'étendue de la couverture effective, il convient de distinguer les personnes protégées et les bénéficiaires réels. Les personnes protégées sont celles qui ont droit à des prestations mais qui n'en perçoivent pas forcément à l'heure actuelle – par exemple les personnes qui cotisent à un régime de retraite sont protégées, mais ne perçoivent pas encore de pension.

► **Tableau A2.1 Appréhender la couverture dans toutes ses dimensions**

Dimension	Couverture légale	Couverture effective
Portée	<p>Quels domaines de la sécurité sociale sont-ils inscrits dans la législation nationale?</p> <p>Pour un groupe de population donné: par quel(s) domaine(s) de la sécurité sociale ce groupe est-il couvert en vertu de la législation nationale?</p>	<p>Quels sont les domaines de la sécurité sociale effectivement mis en place?</p> <p>Pour un groupe de population donné: pour quels domaines de la sécurité sociale ce groupe est-il effectivement couvert (prestations réellement servies)?</p>
Étendue	<p>Pour un domaine donné de la sécurité sociale: quels sont les groupes de population couverts en vertu de la législation nationale? Quel pourcentage de la population ou de la main-d'œuvre est-il couvert en vertu de la législation nationale?</p>	<p>Pour un domaine donné de la sécurité sociale: quelles sont les catégories de la population qui bénéficient réellement d'un accès aux prestations en cas de besoin (actuellement ou à l'avenir)?</p> <p>«Taux de couverture des bénéficiaires»: pour un domaine donné de la sécurité sociale, quel pourcentage de la population concerné par l'éventualité perçoit des prestations ou bénéficie de services (par exemple pourcentage des personnes âgées touchant une pension de vieillesse; pourcentage des chômeurs touchant une allocation de chômage)?</p> <p>«Taux de couverture des cotisants»: pour un domaine donné de la sécurité sociale, quel pourcentage de la population cotise, ou est affilié, au régime, et peut donc s'attendre à percevoir des prestations si besoin (par exemple pourcentage de la population en âge de travailler ou de la main-d'œuvre cotisant à un régime de protection vieillesse)?</p> <p>Par extension, le «taux de couverture de la population protégée» porte sur les personnes qui, à législation constante, auront droit à l'avenir à des soins de santé (en tant qu'usagers, bénéficiaires, cotisants ou ayants droit, en fonction du système national de sécurité sociale) ou à une prestation non contributive en espèces, en vertu soit d'un régime universel, soit d'un régime sous conditions de ressources, du moment qu'elles remplissent les critères requis.</p>
Niveau de protection	<p>Pour un domaine donné de la sécurité sociale: quel est le niveau de protection prévu par la législation nationale?</p> <p>Pour les prestations en espèces: quel est le montant ou le taux de remplacement prévu par la législation nationale?</p> <p>Pour les soins de santé: quels sont les soins de santé essentiels et la part à la charge de l'assuré prévus par la législation nationale?</p>	<p>Pour un domaine donné de la sécurité sociale: quel est le niveau de protection effectivement garanti (par exemple pour des prestations en espèces, montant moyen des prestations en proportion du revenu médian, du salaire minimum ou du seuil de pauvreté; pour les soins de santé, disponibilité et accessibilité financière des services)?</p>

Source: D'après BIT, 2010.

De même, les personnes affiliées à un régime de protection de la santé sont effectivement protégées, bien qu'elles ne bénéficient de la prestation que lorsqu'elles en ont besoin (vaccination, blessure, maladie, etc.).

Pour ce qui est des personnes protégées, le taux de couverture des cotisants rend compte, dans le cas des régimes contributifs, du nombre de personnes qui seraient protégées si elles étaient concernées par l'éventualité couverte, aujourd'hui ou à l'avenir, autrement dit la part des salariés (ou de la population en âge de travailler ou encore de la main-d'œuvre) qui cotisent directement ou indirectement à l'assurance sociale dans un domaine donné et qui sont donc susceptibles de percevoir des prestations en cas de besoin. Le pourcentage de salariés qui cotisent à un régime de protection vieillesse en est un exemple. Le taux de couverture de la population protégée porte sur l'ensemble des personnes qui ont droit à des prestations, contributives ou non contributives, et en percevront à législation constante. Pour les soins de santé, même dans les régimes contributifs, la protection fournie s'étend généralement aux ayants droit du cotisant; le taux de couverture de la population protégée exprime par conséquent le pourcentage de la population protégée par un régime, qu'elle cotise ou non. La proportion de la population couverte par la protection de la santé (figure 4.43) illustre cette méthodologie⁶.

Pour ce qui est des bénéficiaires réels, le taux de couverture des bénéficiaires indique la proportion de la population concernée par une éventualité donnée (les personnes âgées, les chômeurs, etc.) qui bénéficie effectivement des prestations correspondantes (une pension de vieillesse, des prestations de chômage, etc.). Ce taux rend compte du nombre de personnes qui perçoivent effectivement des prestations, par exemple le nombre de personnes ayant atteint l'âge légal de la

retraite qui touchent des prestations de vieillesse ou le nombre de bénéficiaires d'un revenu de remplacement parmi les chômeurs ou les personnes vivant au-dessous du seuil de pauvreté. Pour les prestations de soins de santé et les prestations de maladie en espèces, il est difficile d'apprécier dans quelle mesure elles sont effectivement fournies et les avis divergent sur la méthode à suivre pour appréhender ces dimensions de la couverture.

Le calcul du niveau de couverture effective permet d'apprécier le montant des prestations (généralement liées à certains montants de référence ou à certains ensembles d'avantages sociaux), telles que chômage, vieillesse ou autres, réellement perçues par les bénéficiaires par rapport au salaire moyen, au salaire minimum ou au seuil de pauvreté. Dans le cas des régimes de retraite contributifs, le niveau effectif des prestations peut également faire référence au niveau des éventuelles prestations futures. Dans le cas des soins de santé, l'indicateur 3.8.1 des ODD est un indice qui permet de mesurer l'accès effectif de la population d'un pays donné à une gamme de services et d'infrastructures de santé en cas de besoin (OMS et Banque mondiale, 2017)⁷. Pour ce qui est du niveau de protection financière associé à l'accès effectif aux services de santé, l'usage veut que l'on utilise les paiements directs de soins de santé effectués par les ménages et leur incidence sur la pauvreté comme indicateur indirect de l'absence de protection financière, comme le reflète l'indicateur 3.8.2 des ODD (OMS et Banque mondiale, 2017).

Lorsqu'on évalue la couverture et les lacunes en la matière, il convient de distinguer trois types de régimes: 1) l'assurance sociale contributive; 2) les régimes universels qui couvrent tous les résidents (ou tous les résidents d'une catégorie donnée)⁸; 3) les régimes sous condition de ressources qui couvrent potentiellement toutes les personnes

⁶ Cela représente la meilleure estimation des personnes protégées par un système de santé pour leur couverture de base. La couverture peut être assurée par l'assurance-maladie nationale, l'assurance-maladie sociale obligatoire (y compris la couverture subventionnée pour les personnes démunies); les services de santé nationaux garantis sans frais ou avec un petit reste à charge ou par d'autres dispositifs (exonération du ticket modérateur, chèques santé, etc.). Au total, 189 régimes de couverture primaire ont été identifiés et inclus. Pour éviter les chevauchements, seuls les régimes publics et les régimes d'assurance privée obligatoires ont été pris en compte. Les régimes publics et privés complémentaires et volontaires ont été exclus, sauf pour les États-Unis (le seul pays du monde où l'assurance-maladie privée joue un rôle important dans la couverture primaire). Cet indicateur a été calculé à partir de multiples sources: l'enquête du BIT sur la sécurité sociale (Social Security Inquiry – SSI) et des statistiques sur la santé de l'OCDE de 2020, des données administratives nationales publiées dans des rapports officiels et les données des enquêtes menées régulièrement auprès de populations cibles sur la connaissance de leurs droits. Des données ont été collectées pour 117 pays et territoires représentant 89 pour cent de la population mondiale.

⁷ Les autres indicateurs présentés dans ce rapport sur l'utilisation et la disponibilité des services de santé proviennent de l'Observatoire mondial de la santé de l'OMS (la méthodologie et les métadonnées sont consultables à l'adresse <https://www.who.int/data/gho>). Les indicateurs sur les personnels de santé sont calculés à partir des données d'enquêtes sur la main-d'œuvre du programme conjoint de l'OIT, de l'OCDE et de l'OMS «S'engager pour la santé» (<https://working4health.org/>).

⁸ C'est ce qu'on appelle les régimes catégoriels.

répondant aux critères requis de revenu ou de patrimoine. Pour l'assurance sociale, il est pertinent de prendre en compte le nombre de personnes qui sont effectivement affiliées et cotisent à ces régimes et peuvent de ce fait bénéficier, parfois avec leurs ayants droit, d'une couverture en cas de survenue d'une des éventualités couvertes par leur assurance sociale. Ces personnes relèvent de la catégorie des personnes «protégées» en cas de survenue d'une éventualité donnée. Entrent aussi dans cette catégorie les personnes couvertes par des régimes universels ou catégoriels si tous les résidents, ou tous les résidents appartenant à une catégorie donnée (une tranche d'âge par exemple), ont droit à certaines prestations ou à un accès gratuit à des services sociaux, conformément à la législation et à la pratique, en cas de survenue d'une éventualité donnée. Dans le cas des prestations versées sous conditions de ressources, ou des transferts conditionnels en espèces, il n'est pas simple toutefois de déterminer qui est, de fait, «effectivement protégé».

Les mesures de l'étendue et du niveau de couverture évoquées ci-dessus s'appliquent à certains domaines de la sécurité sociale seulement (voire à certains régimes ou types de régimes seulement) et ne sauraient appréhender la couverture de la sécurité sociale dans son ensemble. Il est indispensable de disposer d'indicateurs de couverture spécifiques à chaque domaine si l'on veut produire une analyse pertinente qui puisse servir à l'élaboration des politiques. Pour ce qui est des soins de santé, le niveau de couverture doit tenir

compte à la fois de la gamme de services utilisés dans les faits et de la protection financière assurée contre les dépenses de santé. Les indicateurs 3.8.1 (couverture des services de santé essentiels) et 3.8.2 (dépenses catastrophiques en matière de santé) des ODD sont utilisés comme indicateurs de substitution pour le suivi du niveau de couverture effective dans ses deux dimensions.

Dépenses de protection sociale

Il existe plusieurs cadres de référence pour la collecte de données sur les dépenses de protection sociale dans le monde. Pour l'Union européenne, il s'agit du Système européen de statistiques intégrées de la protection sociale (SESPROS). Pour d'autres régions du monde, des données comparables sont fournies par les statistiques de finances publiques (SFP) du FMI, soit selon la dernière norme en date, SFP 2014, soit selon les précédentes, SFP 2001 et SFP 1986. Les statistiques sur les dépenses de protection sociale sont présentées en incluant et en excluant les dépenses de santé des administrations publiques afin de ventiler les prestations en espèces et les prestations de soins. Pour les dépenses de santé des administrations publiques, les données proviennent de la base de données des dépenses mondiales de santé de l'OMS⁹.

Les données utilisées dans ce rapport proviennent de différentes sources (voir tableau A2.2).

⁹ Voir <https://apps.who.int/nha/database/>.

► Tableau A2.2 Les différentes définitions utilisées pour mesurer les dépenses de protection sociale

Source	Définition	Fonctions/domaines couverts
Fonds monétaire international (FMI) https://www.imf.org/external/pubs/ft/gfs/manual/fra/pdf/ch6ann.pdf	<p><i>Dépenses de protection sociale</i></p> <p>Les dépenses de protection sociale des administrations publiques comprennent les dépenses afférentes aux services et transferts dont bénéficient des particuliers et des ménages à titre individuel et celles afférentes à des services fournis à titre collectif. Les dépenses liées aux services et transferts à caractère individuel sont classées dans les groupes 7101 (maladie et invalidité) à 7107 (exclusion sociale); les dépenses liées aux services fournis à titre collectif sont classées dans les groupes 7108 (R-D dans le domaine de la protection sociale) et 7109 (protection sociale n.c.a.). Les services de protection sociale de type collectif touchent notamment la définition et la mise en œuvre d'une politique publique, la fixation et l'application de normes et de réglementations applicables à la fourniture de services de protection sociale; la recherche appliquée et le développement expérimental dans le domaine des affaires et des services relatifs à la protection sociale.</p>	<p>Maladie, invalidité, vieillesse, survivants, famille et enfance, chômage, logement, exclusion sociale (assistance sociale), recherche sur la protection sociale, dépenses administratives générales de protection sociale.</p>
	<p><i>Dépenses de santé</i></p> <p>Les dépenses publiques de santé comprennent les dépenses consacrées aux services fournis à des particuliers (services individuels) et les dépenses consacrées aux services fournis à titre collectif (services collectifs). Les dépenses afférentes aux services individuels sont classées dans les groupes 7071 (produits, appareils et matériels médicaux) à 7074 (services de santé publique); les dépenses consacrées aux services collectifs sont classées dans les groupes 7075 (R-D dans le domaine de la santé) et 7076 (santé n.c.a.).</p>	<p>Santé.</p>
Eurostat https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Social_protection_statistics_-_background#The_structure_of_social_protection_expenditure	<p><i>Dépenses de protection sociale</i></p> <p>Les dépenses de protection sociale comprennent les prestations sociales, les frais administratifs (les frais de gestion et de fonctionnement du régime social) et les autres postes de dépenses (frais divers des régimes de protection sociale, dont paiement du revenu de la propriété).</p>	<p>Santé/soins de santé (y compris congé maladie, soins médicaux et fourniture de produits pharmaceutiques), invalidité, vieillesse, survivants, familles et enfance, chômage, logement, exclusion sociale (assistance sociale).</p>

► Tableau A2.2 (suite)

Source	Définition	Fonctions/domaines couverts
<p>Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)</p> <p>https://data.oecd.org/fr/social/exp/depenses-sociales.htm</p>	<p><i>Dépenses de protection sociale</i></p> <p>Les dépenses sociales couvrent les prestations en espèces, les biens et services fournis directement et les allègements fiscaux à visées sociales. Les prestations peuvent être ciblées sur les ménages à faible revenu, les personnes âgées, les handicapés, les personnes malades, les chômeurs ou les jeunes. Un programme social se caractérise par une redistribution des ressources entre les ménages ou une participation obligatoire. Les prestations sociales sont qualifiées de publiques lorsque les administrations publiques (administrations centrale et locales, administrations d'États fédérés et de sécurité sociale) contrôlent les flux financiers correspondants. Toutes les prestations sociales non fournies par les administrations publiques sont considérées comme privées. Les transferts privés entre ménages ne sont pas considérés comme sociaux et ne sont pas inclus ici.</p>	<p>Vieillesse, survivants, invalidité, familles, politiques actives du marché du travail, chômage, logement et autres domaines.</p>
<p>https://data.oecd.org/fr/social/exp/depenses-sociales.htm</p>	<p><i>Dépenses de santé</i></p> <p>Les dépenses de santé correspondent à la consommation finale de biens et de services de santé (les dépenses courantes de santé). Elles englobent les services individuels (soins curatifs, de réadaptation, de longue durée, services auxiliaires et biens médicaux) et les services collectifs (prévention, programmes de santé publique et administration), mais pas les dépenses d'investissement. Les dépenses de santé sont financées par un ensemble de dispositifs qui englobent les régimes publics et l'assurance-maladie obligatoire («régimes publics et obligatoires») ainsi que l'assurance-maladie volontaire et les fonds privés (paiements directs des ménages, ONG et entreprises privées) («régimes volontaires»).</p>	<p>Santé.</p>
<p>Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC)</p> <p>http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB_CEPALSTAT/MethodosClasificaciones.asp?idioma=i (en espagnol)</p>	<p><i>Dépenses de protection sociale</i></p> <p>La CEPALC utilise les définitions d'Eurostat et de l'OCDE. Voir le document «Classification of final expenditure on GDP» (classification des dépenses finales du PIB) à l'adresse http://www.oecd.org/std/prices-ppp/37985038.pdf.</p> <p><i>Dépenses de santé</i></p> <p>Voir la définition du FMI, ci-dessus.</p>	<p>Vieillesse, invalidité, accidents du travail et maladies professionnelles, survivants, chômage, exclusion sociale, familles et enfance, sans-abri, pauvreté, populations autochtones, migrants, réfugiés, alcooliques et toxicomanes, etc.</p> <p>Santé.</p>

► Tableau A2.2 (suite)

Source	Définition	Fonctions/domaines couverts
<p>Base de données Government Spending Watch (GSW)</p> <p>http://www.governmentspendingwatch.org/research-analysis/social-protection (en anglais)</p>	<p><i>Dépenses de protection sociale</i></p> <p>Toutes les dépenses publiques visant à faciliter le développement économique des personnes pauvres et à favoriser une croissance inclusive et génératrice d'emplois contribuent à cet objectif. Les données de GSW portent sur les interventions directes de l'État qui sont les plus efficaces pour réduire la pauvreté et créer des emplois, et que l'on appelle dépenses de «protection sociale».</p>	<p>Filets de protection sociale, fonds sociaux, assistance sociale et services d'aide sociale, interventions sur le marché du travail et programmes d'assurance sociale (dont les pensions de vieillesse). Sont exclus tous les services sociaux fournis par l'État et relevant de l'éducation ou de la santé, de la nutrition ou de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène.</p>
<p>Banque asiatique de développement (BAD)</p> <p>https://www.adb.org/sites/default/files/publication/632971/ki2020.pdf (en anglais)</p>	<p><i>Dépenses de protection sociale</i></p> <p>Les dépenses publiques de protection sociale comprennent les dépenses afférentes aux services et aux transferts fournis aux individus et aux ménages, ainsi que les dépenses afférentes aux services fournis à titre collectifs. Elles sont réparties entre les postes suivants: maladie et invalidité, vieillesse, survivants, famille et enfance, chômage, logement, exclusion sociale non classée ailleurs et R-D dans le domaine de la protection sociale.</p> <p><i>Dépenses de santé</i></p> <p>Les dépenses publiques de santé englobent les dépenses afférentes aux services fournis aux individus et aux services fournis à titre collectif. Elles sont réparties entre les postes suivants: produits, appareils et équipements médicaux; services ambulatoires; services hospitaliers; programmes de santé publique; R-D dans le domaine de la santé; et santé n.c.a.</p>	<p>Maladie, invalidité, vieillesse, survivants, chômage, etc.</p> <p>Santé.</p>
<p>Organisation mondiale de la santé (OMS), base de données sur les dépenses de santé mondiales</p> <p>http://apps.who.int/gho/data/node.wrapper.imr?x-id=1 (en anglais)</p>	<p><i>Dépenses de santé</i></p> <p>Les dépenses de santé des administrations publiques représentent la somme des prestations de santé en espèces ou en nature fournies par le ministère de la Santé, d'autres ministères, des établissements publics ou des organismes de sécurité sociale (sans double comptage des transferts publics à la sécurité sociale et des fonds extrabudgétaires). Sont comptabilisées toutes les dépenses effectuées par ces entités, quelle qu'en soit l'origine, et donc les financements par des dons transitant par ces administrations. Ces dépenses englobent les paiements de transfert aux ménages destinés à rembourser les frais médicaux, les fonds extrabudgétaires destinés à financer les services et les biens de santé, ainsi que les dépenses de fonctionnement et d'équipement.</p>	<p>Santé.</p>

Estimations mondiales et régionales

Les estimations régionales des indicateurs de couverture effective et légale sont calculées en faisant la moyenne des valeurs des pays de chaque région, pondérées en fonction du groupe de population concerné. Pour la couverture effective, les estimations sont fondées sur les données administratives produites par les pays et collectées par l'enquête sur la sécurité sociale (Social Security Inquiry – SSI). Quand la couverture par pays était insuffisante dans un des groupes régionaux utilisés dans le cadre du suivi des ODD, une méthode d'imputation a été utilisée pour résoudre le problème des données manquantes. Les estimations régionales et mondiales ont été produites en collaboration avec le Département des statistiques du BIT (la méthodologie est détaillée plus bas).

Les estimations régionales des indicateurs de dépenses sont calculées en faisant la moyenne des valeurs des pays de chaque région, pondérées en fonction du PIB du pays concerné. Les valeurs du PIB sont celles de la Banque mondiale et sont exprimées en dollars É.-U. courants.

► Classement des pays et territoires par région et niveau de revenu

Les tableaux A2.3, A2.4 et A2.5 indiquent les regroupements des pays par région et par niveau de revenu qui ont été retenus pour ce rapport.

► Estimations mondiales et régionales des indicateurs de protection sociale: questions méthodologiques

Les estimations mondiales et régionales présentées dans ce rapport sont fondées sur des modèles économétriques conçus pour imputer les données manquantes dans les pays pour

lesquels aucune information n'a été transmise. Les modèles produisent un ensemble complet d'estimations sur une année pour 8 indicateurs de la protection sociale pour 186 pays. Les données nationales (transmises ou imputées) sont ensuite agrégées pour produire les estimations mondiales et régionales des indicateurs de protection sociale.

Couverture des données

Les données d'entrée du modèle ont été collectées par le biais de l'enquête sur la sécurité sociale (SSI). Pour chaque variable incluse dans les estimations mondiales et régionales, voici le nombre de pays pour lesquels des données ont été transmises: population couverte par au moins une prestation de protection sociale: 161 pays; personnes âgées, 174 pays; personnes lourdement handicapées, 133 pays; mères de nouveau-nés, 149 pays; enfants, 118 pays; chômeurs, 165 pays; population vulnérable, 141 pays; accidents du travail et maladies professionnelles, 149 pays. Le tableau A2.7 présente, pour chaque indicateur, la part des populations mondiale et régionale pour lesquelles des données ont été transmises au BIT par l'intermédiaire de la SSI. Les données d'entrée portent sur la période 2016-2020.

Description du modèle économétrique

Un modèle spécifique est appliqué à chaque indicateur de protection sociale pour lequel des agrégats régionaux et mondiaux sont générés. Pour la plupart des indicateurs, c'est la méthode des moindres carrés ordinaires (MCO) qui est appliquée, avec les variables explicatives suivantes: population couverte par le régime de protection sociale concerné, situation géographique et PIB par habitant. Pour l'estimation de la couverture globale de la protection sociale (au moins une éventualité), on utilise aussi comme variable explicative la couverture estimée des personnes âgées. Cette estimation de la couverture globale est également utilisée comme variable explicative pour le reste des indicateurs.

► Tableau A2.3 Classement des pays et territoires par région

Région	Grande sous-région	Pays et territoire
Afrique	<i>Afrique du Nord</i>	Algérie, Égypte, Libye, Maroc, Sahara occidental, Soudan, Tunisie
	<i>Afrique subsaharienne</i>	Afrique du Sud, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Cameroun, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Djibouti, Érythrée, Eswatini, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Maurice, Mauritanie, Mayotte, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Réunion, Rwanda, Sainte-Hélène, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Somalie, Soudan, Soudan du Sud, République-Unie de Tanzanie, Tchad, Togo, Zambie, Zimbabwe
Amériques	<i>Amérique du Nord</i>	Bermudes, Canada, États-Unis, Groenland, Saint-Pierre-et-Miquelon
	<i>Amérique latine et Caraïbes</i>	Anguilla, Antigua-et-Barbuda, Antilles néerlandaises, Argentine, Aruba, Bahamas, Barbade, Belize, État plurinational de Bolivie, Brésil, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, Curaçao, Dominique, El Salvador, Équateur, Grenade, Guadeloupe, Guatemala, Guyana, Guyane française, Haïti, Honduras, Îles Cayman, îles Falkland (Malvinas), Îles Turques-et-Caïques, îles Vierges américaines, Îles Vierges britanniques, Jamaïque, Martinique, Mexique, Montserrat, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, Porto Rico, République dominicaine, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Martin (partie française), Saint-Martin (partie néerlandaise), Saint-Vincent-et-les Grenadines, Sainte-Lucie, Suriname, Trinité-et-Tobago, Uruguay, République bolivarienne du Venezuela
Asie et Pacifique	<i>Asie de l'Est</i>	Chine, Hong-kong (Chine), Japon, Macao (Chine), Mongolie, République de Corée, République démocratique de Corée, Taïwan (Chine)
	<i>Asie du Sud</i>	Afghanistan, Bangladesh, Bhoutan, Inde, République islamique d'Iran, Maldives, Népal, Pakistan, Sri Lanka
	<i>Asie du Sud-Est</i>	Brunéi Darussalam, Cambodge, Indonésie, République démocratique populaire lao, Malaisie, Myanmar, Philippines, Singapour, Thaïlande, Timor-Leste, Viet Nam
	<i>Océanie</i>	Australie, Fidji, Guam, Îles Cook, Îles Mariannes du Nord, Îles Marshall, Île Norfolk, Îles Salomon, Kiribati, États fédérés de Micronésie, Nauru, Nouvelle-Calédonie, Nouvelle-Zélande, Nioué, Palaos, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Polynésie française, Samoa, Samoa américaines, Tokelau, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, Wallis-et-Futuna
États arabes	<i>États arabes</i>	Arabie saoudite, Bahreïn, Émirats arabes unis, Iraq, Jordanie, Koweït, Liban, Oman, Qatar, République arabe syrienne, territoire palestinien occupé, Yémen
Europe et Asie centrale	<i>Europe de l'Est</i>	Bélarus, Bulgarie, Fédération de Russie, Hongrie, Pologne, Roumanie, République de Moldova, Slovaquie, Tchéquie, Ukraine
	<i>Europe de l'Ouest, du Nord et du Sud</i>	Albanie, Allemagne, Andorre, Autriche, Belgique, Bosnie-Herzégovine, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Gibraltar, Grèce, Guernesey, Île de Man, Îles Anglo-Normandes, Îles Féroé, Irlande, Islande, Italie, Jersey, Kosovo*, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Macédoine du Nord, Malte, Monaco, Monténégro, Norvège, Pays-Bas, Portugal, Royaume-Uni, Saint-Marin, Serbie, Slovaquie, Suède, Suisse
	<i>Asie centrale et occidentale</i>	Arménie, Azerbaïdjan, Chypre, Géorgie, Israël, Kazakhstan, Kirghizistan, Ouzbékistan, Tadjikistan, Turquie, Turkménistan

* Selon la définition de la résolution 1244 du Conseil de sécurité des Nations Unies, 1999.

Note: Les chiffres ne couvrent pas toujours tous les pays d'une région du fait de données manquantes ou peu fiables.

► **Tableau A2.4 Classement des pays et territoires par niveau de revenu**

Niveau de revenu	Pays et territoires
Revenu élevé	Allemagne, Andorre, Antigua-et-Barbuda, Antilles néerlandaises, Arabie saoudite, Aruba, Australie, Autriche, Bahreïn, Bahamas, Barbade, Belgique, Bermudes, Brunéi Darussalam, Canada, Chili, Chypre, Curaçao, Danemark, Émirats arabes unis, Espagne, Estonie, États-Unis, Finlande, France, Gibraltar, Grèce, Groenland, Guam, Guernesey, Guyane française, Hong-kong (Chine), Hongrie, Îles anglo-normandes, Île de Man, Île Norfolk, Îles Caïmans, Îles Falkland (Malvinas), Îles Féroé, Îles Mariannes du Nord, Îles Turques-et-Caïques, Îles Vierges américaines, Îles Vierges britanniques, Irlande, Islande, Israël, Italie, Japon, Jersey, Koweït, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Macao (Chine), Malte, Martinique, Monaco, Nioué, Norvège, Nouvelle-Calédonie, Nouvelle-Zélande, Oman, Palaos, Pays-Bas, Pologne, Polynésie française, Porto Rico, Portugal, Qatar, République de Corée, Réunion, Royaume-Uni, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Marin, Saint-Martin (partie française), Saint-Martin (partie néerlandaise), Saint-Pierre-et-Miquelon, Seychelles, Singapour, Slovaquie, Slovénie, Suède, Suisse, Taïwan (Chine), Tchèque, Trinité-et-Tobago, Uruguay, Wallis-et-Futuna
Revenu intermédiaire (tranche supérieure)	Afrique du Sud, Albanie, Algérie, Anguilla, Argentine, Azerbaïdjan, Bélarus, Belize, Bosnie-Herzégovine, Botswana, Brésil, Bulgarie, Chine, Colombie, Costa Rica, Croatie, Cuba, Dominique, Équateur, Fédération de Russie, Fidji, Gabon, Grenade, Guadeloupe, Guinée équatoriale, Guyana, Îles Cook, Îles Marshall, République islamique d'Iraq, Jamaïque, Kazakhstan, Liban, Libye, Macédoine du Nord, Malaisie, Maldives, Maurice, Mexique, Monténégro, Montserrat, Namibie, Nauru, Panama, Paraguay, Pérou, République dominicaine, Roumanie, Sainte-Lucie, Saint-Vincent-et-les Grenadines, Samoa, Samoa américaines, Serbie, Suriname, Thaïlande, Tonga, Turkménistan, Turquie, Tuvalu, République bolivarienne du Venezuela
Revenu intermédiaire (tranche inférieure)	Angola, Arménie, Bangladesh, Bhoutan, État plurinational de Bolivie, Cabo Verde, Cambodge, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Djibouti, Égypte, El Salvador, Eswatini, Géorgie, Ghana, Guatemala, Honduras, Îles Salomon, Inde, Indonésie, Jordanie, Kenya, Kirghizistan, Kiribati, Kosovo*, Lesotho, Maroc, Mauritanie, Mayotte, États fédérés de Micronésie, Mongolie, Myanmar, Nicaragua, Nigéria, Ouzbékistan, Pakistan, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Philippines, République arabe syrienne, République de Moldova, République démocratique populaire lao, Sahara occidental, Sainte-Hélène, Sao Tomé-et-Principe, Soudan, Sri Lanka, Tadjikistan, Territoire palestinien occupé, Timor-Leste, Tunisie, Ukraine, Vanuatu, Viet Nam, Yémen, Zambie
Faible revenu	Afghanistan, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Comores, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Guinée, Guinée-Bissau, Haïti, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mozambique, Népal, Niger, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République démocratique populaire de Corée, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone, Somalie, Soudan du Sud, République-Unie de Tanzanie, Tchad, Togo, Zimbabwe

* Selon la définition de la résolution 1244 du Conseil de sécurité des Nations Unies, 1999.

Note: Les chiffres ne couvrent pas toujours tous les pays d'une région du fait de données manquantes ou peu fiables.

► **Tableau A2.5 Groupes régionaux utilisés dans les régressions**

Afrique du Nord
Afrique subsaharienne
Amérique latine et Caraïbes
Amérique du Nord
Asie centrale et occidentale
Asie du Sud
Asie du Sud-Est et Pacifique
États arabes
Europe du Nord, du Sud et de l'Ouest
Europe de l'Est

Note: Ces groupes sont établis conformément à la classification du BIT.

Dans chaque modèle, la variable dépendante est la proportion de la population couverte par le régime de protection sociale donné dans un pays (i), et les variables indépendantes sont les groupes régionaux, le logarithme du PIB par habitant, ainsi qu'une variable de couverture auxiliaire destinée à améliorer, le cas échéant, l'estimation, comme indiqué dans l'équation (1):

$$\text{Indicateur de protection sociale (i)} = \alpha + \beta(\text{région i}) + \ln(\text{PIB/habitant i}) + \mu(\text{variable de couverture auxiliaire i}) + \varepsilon_i \quad (1)$$

La variable de couverture auxiliaire est la couverture estimée pour les personnes âgées lorsque la variable dépendante est la couverture de protection sociale agrégée. Pour les autres indicateurs, c'est la couverture de protection sociale globale estimée qui est utilisée comme variable de couverture auxiliaire. Aucune variable auxiliaire n'est utilisée pour la couverture des personnes âgées, car il s'agit de l'indicateur pour lequel la disponibilité des données est la plus élevée. Dans les quelques cas où les estimations par MCO étaient

hors limites (couverture <0% ou >100%), elles ont été remplacées par de simples moyennes des groupes de pays classés par niveau de revenu de la Banque mondiale.

Méthode de production des agrégats mondiaux et régionaux

Les agrégats régionaux et mondiaux sont calculés à partir des moyennes pondérées en fonction des estimations nationales sous-jacentes (transmises ou imputées). Les estimations mondiales et régionales de la couverture des accidents du travail et maladies professionnelles sont exclusivement fondées sur des données transmises. Le tableau A2.6 indique la pondération utilisée pour chaque indicateur.

Le tableau A2.7 indique la couverture des données dans chacune des régions et sous-régions de la classification du BIT pour chaque indicateur fondé sur les données transmises dans le cadre de la SSI et pondéré en fonction des variables énumérées dans le tableau A2.6.

► **Tableau A2.6 Variables de pondération des indicateurs**

Indicateur	Variable de pondération	Source de la variable
Couverture globale	Population totale	World Population Prospects, révision 2019
Personnes âgées	Population âgée de 65 ans et plus	World Population Prospects, révision 2019
Personnes lourdement handicapées	Population totale	World Population Prospects, révision 2019
Mères de nouveau-nés	Femmes âgées de 15 à 49 ans	World Population Prospects, révision 2019
Enfants	Population âgée de 0 à 14 ans	World Population Prospects, révision 2019
Chômeurs	Nombre total de chômeurs	Modèles économétriques des tendances du BIT, novembre 2020
Population vulnérable	Population totale	World Population Prospects, révision 2019
Accidents du travail et maladies professionnelles	Main-d'œuvre totale	World Population Prospects, révision 2019

► **Tableau A2.7 Couverture des données sous-jacentes aux agrégats mondiaux et régionaux (part de la population d'une région pour laquelle des données ont été transmises)**

Région	Estimation globale	Personnes lourdement handicapées	Personnes vulnérables	Personnes âgées	Mères de nouveau-nés	Enfants	Chômeurs	Accidents du travail et maladies professionnelles
Monde	0,96	0,91	0,92	1,00	0,84	0,84	0,94	0,95
Afrique	0,84	0,57	0,74	0,98	0,83	0,64	0,83	0,85
Amériques	0,97	0,97	0,96	1,00	0,62	0,96	0,94	0,97
Asie et Pacifique	0,99	0,99	0,99	0,99	0,91	0,96	0,99	0,98
États arabes	0,90	0,68	0,90	1,00	0,55	0,30	0,33	0,65
Europe et Asie centrale	0,99	0,98	0,84	1,00	0,88	0,75	1,00	0,94
Grande sous-région								
<i>Afrique du Nord</i>	0,64	0,41	0,23	1,00	1,00	0,25	0,54	0,97
<i>Afrique subsaharienne</i>	0,88	0,60	0,86	0,98	0,79	0,70	0,93	0,83
<i>Amérique du Nord</i>	1,00	1,00	1,00	1,00	0,10	1,00	1,00	1,00
<i>Amérique latine et Caraïbes</i>	0,96	0,96	0,94	1,00	0,87	0,95	0,92	0,96
<i>Asie centrale et occidentale</i>	0,97	0,97	0,47	0,98	0,50	0,50	0,99	0,94
<i>Asie du Sud</i>	1,00	1,00	1,00	1,00	0,89	1,00	1,00	1,00
<i>Asie du Sud-Est et Pacifique</i>	0,99	0,97	0,99	0,99	0,92	0,92	0,99	0,98
<i>États arabes</i>	0,90	0,68	0,90	1,00	0,55	0,30	0,33	0,65
<i>Europe de l'Ouest, du Nord et du Sud</i>	0,99	0,97	0,93	1,00	0,97	0,81	1,00	0,99
<i>Europe de l'Est</i>	1,00	1,00	0,95	1,00	1,00	0,92	1,00	0,87
Sous-région								
<i>Afrique australe</i>	1,00	0,92	1,00	1,00	1,00	0,98	1,00	0,86
<i>Afrique centrale</i>	0,86	0,18	0,83	0,99	0,32	0,67	0,58	0,77
<i>Afrique de l'Est</i>	0,86	0,65	0,86	0,95	0,93	0,57	0,92	0,83
<i>Afrique de l'Ouest</i>	0,89	0,69	0,83	0,99	0,79	0,83	1,00	0,87
<i>Afrique du Nord</i>	0,64	0,41	0,23	1,00	1,00	0,25	0,54	0,97
<i>Amérique centrale</i>	1,00	0,98	1,00	1,00	1,00	1,00	0,79	1,00
<i>Amérique du Nord</i>	1,00	1,00	1,00	1,00	0,10	1,00	1,00	1,00
<i>Amérique du Sud</i>	0,93	1,00	0,93	1,00	0,82	0,92	0,93	0,94
<i>Asie centrale</i>	0,92	0,92	0,92	0,93	0,92	0,92	0,95	0,85
<i>Asie de l'Est</i>	0,98	0,97	0,98	0,99	0,89	0,98	0,99	0,97
<i>Asie du Sud</i>	1,00	1,00	1,00	1,00	0,89	1,00	1,00	1,00
<i>Asie du Sud-Est</i>	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,85	0,99	1,00
<i>Asie occidentale</i>	1,00	1,00	0,16	1,00	0,23	0,15	1,00	1,00
<i>Caraïbes</i>	1,00	0,46	0,73	1,00	0,93	0,98	1,00	0,92
<i>États arabes</i>	0,90	0,68	0,90	1,00	0,55	0,30	0,33	0,65
<i>Europe de l'Est</i>	1,00	1,00	0,95	1,00	1,00	0,92	1,00	0,87
<i>Europe de l'Ouest</i>	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
<i>Europe du Nord</i>	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,97	1,00	1,00
<i>Europe du Sud</i>	0,98	0,92	0,79	1,00	0,92	0,40	1,00	0,97
<i>Îles du Pacifique</i>	0,98	0,75	0,76	0,99	0,76	0,63	1,00	0,99

Sources des données

Ce rapport s'appuie sur la base de données du BIT sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database)¹⁰, qui fournit des statistiques nationales détaillées sur les différentes dimensions de la sécurité sociale ou des systèmes de protection sociale ainsi que des indicateurs clés pour les décideurs politiques, les fonctionnaires des organisations internationales et les chercheurs, et pour le suivi des ODD par les Nations Unies.

La plupart des données de la base proviennent de l'enquête sur la sécurité sociale (SSI), par l'intermédiaire de laquelle le BIT collecte régulièrement des données administratives auprès de différents ministères (Travail, Sécurité sociale, Protection sociale, Développement social, Finances et autres) dans chaque pays. Les questionnaires et le manuel de la SSI sont consultables [en ligne](#).

Pour mesurer la couverture légale, les principales sources sont la base de données Social Security Programs Throughout the World (les régimes de sécurité sociale dans le monde), administrée par l'AISS et la SSA, et les données sur la main-d'œuvre issues de la base de données ILOSTAT.

Le rapport exploite également les sources suivantes:

- Pour les indicateurs de couverture effective: Eurostat, les bases de données sur les pensions et ASPIRE de la Banque mondiale, l'UNICEF, ONU Femmes, HelpAge International, l'OCDE et l'AISS.
- Pour les indicateurs de couverture légale: HelpAge International et le système mutuel d'information sur la protection sociale (Mutual Information System on Social Protection – MISSOC) du Conseil de l'Europe.

- Pour la couverture de santé: la base de données des dépenses mondiales de santé de l'OMS; World Population Prospects, révision 2019; les Indicateurs du développement dans le monde et la base de données sur la consommation mondiale de la Banque mondiale.
- Pour les indicateurs de dépenses: les valeurs du PIB sont celles de la Banque mondiale et sont exprimées en dollars É.-U. courants; les données sur les dépenses proviennent du Fonds monétaire international (FMI), d'Eurostat, de l'OCDE, de la CEPALC, de la BAD, de Government Spending Watch (GSW), de l'OMS et de sources nationales telles que les ministères des Finances ou de l'Économie.
- Pour les indicateurs de la population et du marché du travail: la base de données ILOSTAT; les Perspectives de la population mondiale des Nations Unies, révision 2019. Les définitions de ces indicateurs sont données dans le document [Résolution concernant les statistiques du travail, de l'emploi et de la sous-utilisation de la main-d'œuvre, 19^e Conférence internationale des statisticiens du travail](#), octobre 2013.
- La base de données du BIT sur la protection sociale, World Social Protection Database, puise également dans des rapports officiels des pays et d'autres sources (qui reposent généralement en grande partie sur des données administratives) ainsi que dans les données d'enquêtes nationales telles que les enquêtes sur les revenus et les dépenses des ménages, les enquêtes sur la main-d'œuvre et les enquêtes démographiques et de santé, dans la mesure où elles comprennent des variables sur la protection sociale.

Lorsque les sources citées ci-dessus ne fournissaient pas de données plus récentes, nous avons utilisé celles des précédentes éditions du *Rapport mondial sur la protection sociale*.

¹⁰ Les données peuvent être visualisées sous forme de graphiques, de cartes et de tableaux interactifs dans les tableaux de bord sur la protection sociale dans le monde (<https://www.social-protection.org/gimi/WSPDB.action?id=32>).

► Annexe 3. Caractéristiques minimales des normes de l'OIT relatives à la sécurité sociale

Les normes internationales de sécurité sociale sont aujourd'hui considérées comme des références clés mondiales pour l'élaboration de systèmes et de régimes de protection sociale fondés sur les droits, solides et pérennes. Elles déterminent également le sens et la définition du contenu du droit à la sécurité sociale, tel qu'il est inscrit dans les instruments internationaux des droits de l'homme (notamment la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 et le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels de 1966). Elles constituent ainsi des outils essentiels pour la réalisation de ce droit et pour la mise en œuvre effective d'une approche de la protection sociale fondée sur les droits. Mesures d'orientation des politiques et des conseils techniques du BIT dans le domaine de la protection sociale, les normes internationales de sécurité sociale sont avant tout des outils pour les États qui, en concertation avec les employeurs et les travailleurs, cherchent à élaborer et faire appliquer le droit de la sécurité sociale, à mettre en place des cadres de gouvernance administrative et financière, et à élaborer des politiques de protection sociale. Plus précisément, ces normes servent de références clés pour :

- l'élaboration de stratégies nationales d'extension de la sécurité sociale;
- l'établissement et le maintien de systèmes de sécurité sociale nationaux complets;
- la conception de régimes de sécurité sociale et les ajustements paramétriques des régimes existants;
- l'élaboration et la mise en place de mécanismes efficaces de recours, d'application et de contrôle de la loi;
- la bonne gouvernance de la sécurité sociale et l'amélioration des structures administratives et financières;
- la réalisation d'obligations internationales et régionales, et la mise en œuvre de stratégies et de plans d'action de protection sociale au niveau national; et
- la progression vers l'atteinte des objectifs de développement durable, en particulier les objectifs 1, 3, 5, 8, 10 et 16.

Le cadre normatif de la sécurité sociale de l'OIT comprend huit conventions et neuf recommandations¹ considérées

à jour. Les plus importantes sont la convention (n° 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952, et la recommandation (n° 202) sur les socles de protection sociale, 2012. Quant aux autres conventions et recommandations, elles établissent des normes plus élevées pour les différentes branches de la sécurité sociale, ou énoncent les droits à la sécurité sociale des travailleurs migrants. Les normes de l'OIT établissent des critères qualitatifs et quantitatifs qui, ensemble, déterminent les normes minimales de protection qui doivent être garanties lorsque surviennent certains risques ou événements au long du cycle de la vie, en ce qui concerne :

- la définition de l'éventualité (quel est le risque ou l'événement particulier devant être couvert?);
- les personnes protégées (qui doit être couvert?);
- la nature et le niveau des prestations (que faut-il fournir?);
- les conditions d'admissibilité, y compris la période de stage (que faut-il faire pour obtenir le droit à une prestation?);
- la durée des prestations et le délai d'attente (pendant combien de temps les prestations doivent-elles être fournies?).

En outre, elles établissent les règles communes d'organisation collective, de financement et de gestion de la sécurité sociale, ainsi que des principes de bonne gouvernance des systèmes nationaux. Ces derniers comprennent :

- la responsabilité générale de l'État pour le service approprié des prestations et la bonne administration des systèmes de sécurité sociale;
- la solidarité, le financement collectif et la mutualisation des risques;
- la gestion participative des régimes de sécurité sociale;
- la garantie par l'État de prestations définies;
- l'ajustement des pensions en cours de paiement afin de maintenir le pouvoir d'achat des bénéficiaires;
- le droit de contester et de former appel d'une décision.

Les tableaux A3.1 à A3.9 ci-dessous donnent un aperçu des exigences principales établies par les normes internationales de sécurité sociale.

¹ La recommandation (n° 67) sur la garantie des moyens d'existence, 1944, la recommandation (n° 69) sur les soins médicaux, 1944, la convention (n° 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952, la convention (n° 118) sur l'égalité de traitement (sécurité sociale), 1962, la convention (n° 121) et la recommandation (n° 121) sur les prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles, 1964, la convention (n° 128) et la recommandation (n° 131) concernant les prestations d'invalidité, de vieillesse et de survivants, 1967, la convention (n° 130) et la recommandation (n° 134) concernant les soins médicaux et les indemnités de maladie, 1969, la convention (n° 157), 1982, et la recommandation (n° 167) sur la conservation des droits en matière de sécurité sociale, 1983, la convention (n° 168) et la recommandation (n° 176) sur la promotion de l'emploi et la protection contre le chômage, 1988, la convention (n° 183) et la recommandation (n° 191) sur la protection de la maternité, 2000, et la recommandation (n° 202) sur les socles de protection sociale, 2012. Ces instruments sont reproduits dans le compendium intitulé *Construire des systèmes de protection sociale: normes internationales et instruments relatifs aux droits humains* (BIT, 2021c).

► Tableau A3.1 Exigences principales: normes internationales de sécurité sociale – protection de la santé

	Convention n° 102 ^a Normes minimales	Convention n° 130 ^b et recommandation n° 134 ^c Normes plus avancées	Recommandation n° 202 ^d Protection de base
Quelle éventualité doit être couverte?	Tout état morbide, quelle qu'en soit la cause; grossesse, accouchement et leurs suites.	Le besoin de soins médicaux à caractère curatif ou préventif.	Toute condition nécessitant des soins de santé, y compris la maternité.
Qui doit être couvert?	Au moins: <ul style="list-style-type: none"> ► 50 pour cent de tous les salariés, leur épouse et leurs enfants; <i>ou</i> ► des catégories de la population active (formant au moins 20 pour cent de l'ensemble des résidents, leur épouse et leurs enfants); <i>ou</i> ► au moins 50 pour cent de l'ensemble des résidents. 	<p>C.130. Tous les salariés, y compris les apprentis, ainsi que leur épouse et leurs enfants; <i>ou</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ► des catégories de la population active, formant au moins 75 pour cent de l'ensemble de la population active, ainsi que leur épouse et leurs enfants; <i>ou</i> ► des catégories prescrites de résidents, formant au moins 75 pour cent de l'ensemble des résidents. <p>(Les personnes qui reçoivent certaines prestations de sécurité sociale continueront, dans des conditions prescrites, à être protégées.)</p> <p>R.134. En outre: les personnes exécutant des travaux occasionnels et leur famille; les entreprises familiales; toutes les personnes actives et leur famille; tous les résidents.</p>	Au moins tous les résidents et tous les enfants, sous réserve des obligations internationales.
En quoi doit consister la prestation?	<p><i>En cas d'état morbide:</i> les soins de praticiens de médecine générale, les soins de spécialistes donnés dans des hôpitaux, la fourniture des produits pharmaceutiques essentiels, l'hospitalisation si nécessaire.</p> <p><i>En cas de grossesse, d'accouchement et de leurs suites:</i> les soins prénatals, les soins pendant l'accouchement et les soins postnatals donnés soit par un médecin, soit par une sage-femme diplômée, l'hospitalisation si nécessaire.</p>	<p>C.130. Les soins médicaux requis pour une personne en vue de préserver, rétablir ou améliorer sa santé, ainsi que son aptitude à travailler et à faire face à ses besoins personnels, comprenant au moins: les soins de praticiens de médecine générale, de spécialistes donnés dans des hôpitaux, les soins et les services connexes, les produits pharmaceutiques nécessaires, l'hospitalisation si nécessaire, les soins dentaires et la réadaptation médicale.</p> <p>R.134. Également la fourniture d'appareils d'aide médicale (par exemple lunettes) et les services de convalescence.</p>	Les biens et les services constituant des soins de santé essentiels, y compris les soins de maternité, et répondant aux critères d'accessibilité, de disponibilité, d'acceptabilité et de qualité; la gratuité des soins médicaux prénatals et postnatals pour les personnes les plus vulnérables; des niveaux plus élevés de protection doivent être assurés au plus grand nombre possible de personnes et aussi rapidement que possible.

► Tableau A3.1 (suite)

	Convention n° 102 ^a Normes minimales	Convention n° 130 ^b et recommandation n° 134 ^c Normes plus avancées	Recommandation n° 202 ^d Protection de base
Quelle doit être la durée de la prestation?	Aussi longtemps que l'état morbide ou que la grossesse, l'accouchement et leurs suites persistent. Possibilité de limiter la durée des prestations à 26 semaines par cas de maladie. La prestation ne doit pas être suspendue tant que le bénéficiaire reçoit des prestations de maladie ou un traitement pour une maladie reconnue comme nécessitant des soins prolongés.	C.130. Pendant toute la durée de l'éventualité. Possibilité de limiter la durée de prestation à 26 semaines, lorsque le bénéficiaire cesse d'appartenir aux catégories de personnes protégées, à moins qu'il ne reçoive déjà des soins médicaux pour une maladie nécessitant des soins prolongés, ou tant qu'il perçoit des indemnités de maladie. R.134. Pendant toute la durée de l'éventualité.	Tant que l'état de santé le requiert.
Quelles conditions peuvent être prescrites pour l'attribution d'une prestation?	Une période de stage peut être prescrite si nécessaire pour éviter les abus.	C.130. La période de stage doit être fixée de manière à ce que les personnes qui appartiennent normalement aux groupes de personnes protégées ne soient pas privées du bénéfice de ces prestations. R.134. Le droit à une prestation ne devrait pas être subordonné à une période de stage.	Les personnes ayant besoin de soins de santé ne devraient pas être confrontées à une charge trop lourde ni à un risque accru de pauvreté résultant des conséquences financières de l'accès aux soins de santé essentiels. Devraient être définies au niveau national et prescrites par la loi, en appliquant les principes de non-discrimination, de prise en compte des besoins spécifiques et d'inclusion sociale, et garantissant les droits et la dignité des personnes.

^a Convention (n° 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952. ^b Convention (n° 130) concernant les soins médicaux et les indemnités de maladie, 1969. ^c Recommandation (n° 134) concernant les soins médicaux et les indemnités de maladie, 1969. ^d Recommandation (n° 202) sur les socles de protection sociale, 2012.

► Tableau A3.2 Exigences principales: normes internationales de sécurité sociale – indemnités de maladie

	Convention n° 102 ^a Normes minimales	Convention n° 130 ^b et recommandation n° 134 ^c Normes plus avancées	Recommandation n° 202 ^d Protection de base
Quelle éventualité doit être couverte?	L'incapacité de travail résultant d'une maladie entraînant la suspension du gain.	C.130. L'incapacité de travail résultant d'une maladie entraînant la suspension du gain. R.134. Elle couvre également les périodes d'absence au travail entraînant une perte de gains due à la convalescence, aux soins médicaux curatifs ou préventifs, aux fins de réadaptations ou de quarantaine, ou pour prendre soin d'un malade à sa charge.	Sécurité élémentaire de revenu pour les personnes se trouvant dans l'incapacité de gagner un revenu suffisant due à la maladie.
Qui doit être couvert?	Au moins: <ul style="list-style-type: none"> ► 50 pour cent de l'ensemble des salariés; <i>ou</i> ► des catégories de la population active (formant 20 pour cent au moins de l'ensemble des résidents); <i>ou</i> ► tous les résidents dont les ressources sont inférieures au seuil prescrit. 	C.130. Tous les salariés, y compris les apprentis; <i>ou</i> <ul style="list-style-type: none"> ► les catégories de la population active (formant au moins 75 pour cent de l'ensemble de la population active); <i>ou</i> ► tous les résidents dont les ressources sont inférieures au seuil prescrit. R.134. Extension aux personnes exécutant des travaux occasionnels, entreprises familiales, toutes les personnes actives, l'ensemble des résidents.	Au moins tous les résidents en âge actif, sous réserve des obligations internationales.
En quoi doit consister la prestation?	Paiements périodiques: au moins 45 pour cent du salaire de référence.	C.130. Paiements périodiques: au moins 60 pour cent du salaire de référence; en cas de décès du bénéficiaire, une prestation couvrant les frais funéraires. R.134. Les prestations devraient être relevées à au moins 66,66 pour cent du salaire de référence.	Des prestations en espèces ou en nature à un niveau garantissant au minimum une sécurité élémentaire de revenu afin d'assurer un accès effectif aux biens et services nécessaires, prévenir ou réduire la pauvreté, la vulnérabilité et l'exclusion sociale, et permettre à la personne de vivre dignement. Les niveaux des garanties élémentaires devraient être réexaminés régulièrement.

► **Tableau A3.2 (suite)**

	Convention n° 102^a Normes minimales	Convention n° 130^b et recommandation n° 134^c Normes plus avancées	Recommandation n° 202^d Protection de base
Quelle doit être la durée de la prestation?	Aussi longtemps que la personne se trouve dans l'incapacité de travailler pour cause de maladie; possibilité de fixer un délai d'attente de 3 jours maximum avant que la prestation ne soit versée; possibilité de limiter la durée des prestations à 26 semaines par cas de maladie.	C.130. Aussi longtemps que la personne se trouve dans l'incapacité de travailler due à la maladie; possibilité de fixer un délai d'attente de 3 jours maximum avant que la prestation ne soit versée; possibilité de limiter la durée des prestations à 52 semaines pour chaque cas de maladie. R.134. Les prestations devraient être payées pendant toute la durée de la maladie ou de toute autre éventualité couverte.	Aussi longtemps que l'incapacité à gagner un revenu suffisant pour cause de maladie subsiste.
Quelles conditions peuvent être prescrites pour l'attribution d'une prestation?	Une période de stage peut être prescrite si nécessaire pour éviter les abus.	C.130. Une période de stage peut être prescrite si nécessaire pour éviter les abus.	Devraient être définies au niveau national et prescrites par la loi, en appliquant les principes de non-discrimination, de prise en compte des besoins spécifiques et d'inclusion sociale, et garantissant les droits et la dignité des personnes.

^a Convention (n° 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952. ^b Convention (n° 130) concernant les soins médicaux et les indemnités de maladie, 1969. ^c Recommandation (n° 134) concernant les soins médicaux et les indemnités de maladie, 1969. ^d Recommandation (n° 202) sur les socles de protection sociale, 2012.

► Tableau A3.3 Exigences principales: normes internationales de sécurité sociale – indemnités de chômage

	Convention n° 102 ^a Normes minimales	Convention n° 168 ^b et recommandation n° 176 ^c Normes plus avancées	Recommandation n° 202 ^d Protection de base
Quelle éventualité doit être couverte?	Suspension du gain due à l'impossibilité d'obtenir un emploi convenable dans le cas d'une personne capable de travailler et disponible pour le travail.	C.168. Perte du gain due à l'impossibilité d'obtenir un emploi convenable pour une personne capable de travailler, disponible pour un travail et effectivement en quête d'emploi. La protection devrait être étendue à la perte du gain due au chômage partiel, à la suspension ou réduction du gain due à une suspension temporaire de travail et aux travailleurs à temps partiel effectivement en quête d'emploi à plein temps. R.176. Donne des orientations pour évaluer si l'emploi potentiel est convenable.	Sécurité élémentaire de revenu pour les personnes se trouvant dans l'incapacité de gagner un revenu suffisant en cas de chômage.
Qui doit être couvert?	Au moins: ► 50 pour cent de tous les salariés; <i>ou</i> ► tous les résidents dont les ressources sont inférieures au seuil prescrit.	C.168. Au moins 85 pour cent des salariés, y compris les agents de la fonction publique et les apprentis; l'ensemble des résidents dont les ressources sont inférieures au seuil prescrit. La couverture devrait être étendue aux travailleurs à temps partiel et à au moins 3 des 10 catégories de personnes en quête d'emploi énumérées qui n'ont jamais été (ou ont cessé d'être) reconnues comme chômeuses ou couvertes par un régime de protection contre le chômage. R.176. La couverture devrait s'étendre progressivement à l'ensemble des salariés ainsi qu'aux travailleurs éprouvant des difficultés au cours du délai d'attente.	Au moins tous les résidents d'âge actif sous réserve des obligations internationales.

► Tableau A3.3 (suite)

	Convention n° 102 ^a Normes minimales	Convention n° 168 ^b et recommandation n° 176 ^c Normes plus avancées	Recommandation n° 202 ^d Protection de base
En quoi doit consister la prestation?	Paielements périodiques: au moins 45 pour cent du salaire de référence.	C.168. Paiements périodiques: au moins 50 pour cent du salaire de référence; ou les prestations totales doivent garantir au bénéficiaire des conditions d'existence saines et convenables. R.176. Pour le travail à temps partiel: le total des indemnités et des gains provenant de l'emploi à temps partiel devrait être compris entre le montant du gain antérieur provenant d'un emploi à plein temps et le montant d'une prestation de chômage complète, ou être calculées en fonction de la réduction de la durée du travail subie par le chômeur.	Des prestations en espèces ou en nature à un niveau garantissant au minimum une sécurité élémentaire de revenu afin d'assurer un accès effectif aux biens et services nécessaires, prévenir ou réduire la pauvreté, la vulnérabilité et l'exclusion sociale, et permettre à la personne de vivre dignement.
Quelle doit être la durée de la prestation?	<i>Régimes protégeant les salariés:</i> au moins 13 semaines de prestations au cours d'une période de 12 mois. <i>Régimes soumis à conditions des ressources (non contributifs):</i> au moins 26 semaines au cours d'une période de 12 mois. Un délai d'attente: maximum 7 jours.	C.168. Pendant toute la durée de chômage; possibilité de limiter la durée initiale de versement des indemnités à 26 semaines par cas de chômage ou de 39 semaines au cours de toute période de 24 mois; délai d'attente éventuelle de 7 jours maximum. R.176. La durée de la prestation devrait être étendue jusqu'à l'âge de la retraite pour les personnes au chômage ayant atteint un âge prescrit.	Tant que la personne se trouve dans l'incapacité de gagner un revenu suffisant.
Quelles conditions peuvent être prescrites pour l'attribution d'une prestation?	Une période de stage peut être prescrite si nécessaire pour éviter les abus.	C.168. Une période de stage peut être prescrite si nécessaire pour éviter les abus. R.176. La période de stage devrait être adaptée ou supprimée pour les nouveaux demandeurs d'emploi.	Devraient être définies au niveau national et prescrites par la loi, en appliquant les principes de non-discrimination, de prise en compte des besoins spécifiques et d'inclusion sociale, et garantissant les droits et la dignité des personnes.

^a Convention (n° 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952. ^b Convention (n° 168) sur la promotion de l'emploi et la protection contre le chômage, 1988. ^c Recommandation (n° 176) sur la promotion de l'emploi et la protection contre le chômage, 1988. ^d Recommandation (n° 202) sur les socles de protection sociale, 2012.

► Tableau A3.4 Exigences principales: normes internationales de sécurité sociale – pensions de vieillesse

	Convention n° 102 ^a Normes minimales	Convention n° 128 ^b et recommandation n° 131 ^c Normes plus avancées	Recommandation n° 202 ^d Protection de base
Quelle éventualité doit être couverte?	La survivance au-delà d'un âge prescrit (65 ans ou plus selon la capacité de travail des personnes âgées dans un pays).	C.128. La survivance au-delà d'un âge prescrit (65 ans ou plus eu égard à des critères démographiques, économiques et sociaux appropriés); l'âge prescrit devrait également être inférieur à 65 ans pour les personnes exerçant des activités considérées comme pénibles ou insalubres. R.131. En outre, l'âge prescrit devrait être abaissé pour des raisons sociales le cas échéant.	Sécurité élémentaire de revenu pour les personnes âgées.
Qui doit être couvert?	Au moins: ► 50 pour cent de tous les salariés; <i>ou</i> ► des catégories de la population active (formant au moins 20 pour cent de l'ensemble des résidents); <i>ou</i> ► tous les résidents dont les ressources sont inférieures au seuil prescrit.	C.128. Tous les salariés, y compris les apprentis; <i>ou</i> ► les catégories de la population active (formant au moins 75 pour cent de l'ensemble de la population active); <i>ou</i> ► tous les résidents; <i>ou</i> ► ceux dont les ressources sont inférieures au seuil prescrit. R.131. La couverture devrait être étendue aux personnes dont le travail est de nature occasionnelle; <i>ou</i> à toutes les personnes actives. (L'absence du territoire ne justifie pas la suspension des prestations pour les personnes qui y auraient autrement droit.)	Tous les résidents d'un âge prescrit au niveau national, sous réserve des obligations internationales.

► Tableau A3.4 (suite)

	Convention n° 102 ^a Normes minimales	Convention n° 128 ^b et recommandation n° 131 ^c Normes plus avancées	Recommandation n° 202 ^d Protection de base
En quoi doit consister la prestation?	Paiements périodiques: au moins 40 pour cent du salaire de référence; à ajuster à la suite de variations sensibles du niveau général des gains qui résultent de variations sensibles du coût de la vie.	<p>C.128. Paiements périodiques: au moins 45 pour cent du salaire de référence; à ajuster à la suite de variations sensibles du niveau général des gains ou du coût de la vie.</p> <p>R.131. Au moins 55 pour cent du salaire de référence; un montant minimal des prestations de vieillesse devrait être fixé par la loi pour assurer le minimum vital; le niveau de la prestation devrait être augmenté si le bénéficiaire requiert une aide constante.</p> <p>Le montant des prestations devrait être ajusté périodiquement compte tenu des variations du niveau général des gains ou du coût de la vie.</p> <p>(Le montant des prestations devrait être augmenté, dans certaines conditions prescrites, lorsqu'une personne ayant atteint l'âge d'admission diffère son départ à la retraite ou sa demande de prestations.)</p> <p>Les prestations contributives ne devraient pas être suspendues du seul fait que la personne y ayant droit exerce une activité lucrative.</p>	Des prestations en espèces ou en nature à un niveau garantissant au minimum une sécurité élémentaire de revenu afin d'assurer un accès effectif aux biens et services nécessaires, prévenir ou réduire la pauvreté, la vulnérabilité et l'exclusion sociale, et permettre à la personne de vivre dignement. Les niveaux de prestations devraient être régulièrement révisés.
Quelle doit être la durée de la prestation?	De l'âge prescrit jusqu'au décès du bénéficiaire.	De l'âge prescrit jusqu'au décès du bénéficiaire.	De l'âge prescrit jusqu'au décès du bénéficiaire.

► Tableau A3.4 (suite)

	Convention n° 102 ^a Normes minimales	Convention n° 128 ^b et recommandation n° 131 ^c Normes plus avancées	Recommandation n° 202 ^d Protection de base
Quelles conditions peuvent être prescrites pour l'attribution d'une prestation?	<p>30 ans de cotisations ou de travail (pour les régimes contributifs); <i>ou</i> 20 ans de résidence (pour les régimes non contributifs); <i>ou</i>, si l'ensemble de la population active est couvert: une période de stage prescrite et respecter la densité contributive moyenne annuelle requise tout au long de la carrière.</p> <p>Attribution d'une prestation réduite après: 15 ans de cotisations ou de travail; <i>ou</i>, si l'ensemble de la population active est couverte: une période de stage prescrite et atteindre la moitié de la densité contributive annuelle moyenne requise tout au long de la carrière.</p>	<p>C.128. Même que la C.102.</p> <p>R.131. 20 ans de cotisations ou de travail (pour des régimes contributifs) ou 15 ans de résidence (pour des régimes non contributifs). Prestations réduites pour les personnes ayant accompli un stage de 10 ans de cotisation ou emploi.</p> <p>Les périodes d'incapacité due à la maladie, l'accident ou la maternité, les périodes de chômage involontaire, ayant donné lieu à une indemnisation, et les périodes de service militaire obligatoire devraient être incorporées à des périodes de cotisation ou d'emploi, aux fins du calcul de l'accomplissement de la période de référence.</p>	<p>Devraient être définies au niveau national et instaurées par la loi, en appliquant les principes de non-discrimination, de prise en compte des besoins spécifiques et d'inclusion sociale, et garantissant les droits et la dignité des personnes.</p>

^a Convention (n° 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952. ^b Convention (n° 128) concernant les prestations d'invalidité, de vieillesse et de survivants, 1967.

^c Recommandation (n° 131) concernant les prestations d'invalidité, de vieillesse et de survivants, 1967. ^d Recommandation (n° 202) sur les socles de protection sociale, 2012.

► **Tableau A3.5 Exigences principales: normes internationales de sécurité sociale – protection en cas d'accident du travail et de maladie professionnelle**

	Convention n° 102^a Normes minimales	Convention n° 121^b et recommandation n° 121^c Normes plus avancées	Recommandation n° 202^d Protection de base
Quelle éventualité doit être couverte?	Un état morbide; et/ou l'incapacité de travailler due à un accident ou une maladie survenue dans le cadre de l'activité professionnelle et entraînant une suspension du gain; la perte totale ou partielle de la capacité de gain à un degré prescrit, lorsqu'il est probable que cette perte sera permanente, ou la diminution correspondante de l'intégrité physique; la perte du soutien de famille en cas de décès.	C.121. Même que la C.102.	Sécurité élémentaire de revenu pour les personnes se trouvant dans l'incapacité de gagner un revenu suffisant en raison d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.
Qui doit être couvert?	Au moins 50 pour cent de tous les salariés ainsi que les épouses et les enfants.	C.121. Tous les salariés, y compris les apprentis, des secteurs publics et privés et les membres de coopératives; en cas de décès, les épouses, les enfants et autres personnes à charge des catégories prescrites. R.121. Devrait être étendue progressivement à toutes les catégories de salariés, d'autres catégories de travailleurs et les autres membres de la famille qui sont à leur charge (parents, frère et sœurs, petits-enfants).	Au moins tous les résidents d'âge actif, sous réserve des obligations internationales.
En quoi doit consister la prestation?	<i>Soins médicaux et services connexes:</i> soins de praticiens de médecine générale et de spécialistes, hospitalisation, soins dentaires et infirmiers, médicaments, réadaptation, appareils de prothèse, lunettes, etc. en vue de préserver, rétablir ou améliorer la santé de la personne protégée et son aptitude à travailler et à faire face à ses besoins personnels.	C.121. Soins médicaux: même que la C.102; en outre les soins d'urgence et les soins renouvelés sur les lieux de travail. <i>Prestations en espèces:</i> paiements périodiques: au moins 60 pour cent du salaire de référence en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité; au moins 50 pour cent du salaire de référence et les frais funéraires en cas de décès du soutien de famille. Le niveau de prestations devrait être augmenté pour les victimes dont l'état requiert l'assistance constante d'une tierce personne.	Des prestations en espèces ou en nature à un niveau garantissant au minimum une sécurité élémentaire de revenu afin d'assurer un accès effectif aux biens et services nécessaires, prévenir ou réduire la pauvreté, la vulnérabilité et l'exclusion sociale, et permettre à la personne de vivre dignement. Les niveaux de prestations devraient être régulièrement révisés.

► Tableau A3.5 (suite)

	Convention n° 102 ^a Normes minimales	Convention n° 121 ^b et recommandation n° 121 ^c Normes plus avancées	Recommandation n° 202 ^d Protection de base
<p>En quoi doit consister la prestation? (suite)</p>	<p><i>Prestations en espèces:</i></p> <p>Paielements périodiques: au moins 50 pour cent du salaire de référence en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité; au moins 40 pour cent du salaire de référence en cas de décès du soutien de famille.</p> <p>Ajustement des prestations à long terme à la suite de variations sensibles du niveau général des gains qui résultent de variations sensibles du coût de la vie.</p> <p>Somme unique si le degré d'incapacité est minimale; une garantie de l'emploi judicieux de cette somme est fournie aux autorités compétentes.</p>	<p><i>Somme unique:</i> mêmes conditions que la C.102 en ce qui concerne la perte non substantielle de la capacité de gain au-dessus d'un degré prescrit; ou en cas de perte partielle substantielle ou totale dont il est probable qu'elle sera permanente, avec l'accord de la victime, lorsque l'autorité compétente a des raisons de croire qu'elle sera utilisée de manière particulièrement avantageuse.</p> <p>Ajustement des prestations à long terme à la suite des variations sensibles du niveau général des gains qui résultent de variations sensibles du coût de la vie.</p> <p>R.121. Même que la C.102.</p> <p><i>Prestation en espèces:</i> au moins 66,67 pour cent du salaire moyen des personnes protégées.</p> <p>Le coût de l'assistance constante devrait être pris en compte lorsque requis.</p> <p>Prestations spéciales ou complémentaires lorsque l'incapacité d'occuper un emploi ou une défiguration n'ont pas été entièrement prises en considération lors de l'évaluation de la perte subie par la victime.</p> <p>Prestation forfaitaire si le degré d'incapacité est inférieur à 25 pour cent; la prestation devrait être fixée de telle sorte qu'elle soit dans une relation équitable avec les paiements périodiques et équivalente à au moins trois ans de paiements périodiques.</p>	

► Tableau A3.5 (suite)

	Convention n° 102 ^a Normes minimales	Convention n° 121 ^b et recommandation n° 121 ^c Normes plus avancées	Recommandation n° 202 ^d Protection de base
Quelle doit être la durée de la prestation?	Aussi longtemps que la personne a besoin de soins de santé ou est invalide. Aucun délai de carence à l'exception de l'incapacité de travail temporaire qui sera de 3 jours au maximum.	C.121. Aussi longtemps que la personne a besoin de soins de santé ou est invalide. R.121. En outre, le versement des indemnités devrait se faire dès le premier jour en cas de suspension du gain.	Aussi longtemps que la personne se trouve dans l'incapacité de gagner un revenu suffisant.
Quelles conditions peuvent être prescrites pour l'attribution d'une prestation?	Interdiction d'imposer une période de stage. Pour les personnes à charge, la prestation peut être subordonnée à la condition que l'épouse soit incapable de subvenir à ses besoins et que l'âge des enfants ne dépasse pas l'âge prescrit.	C.121. Même que la C.102. (En ce qui concerne les maladies professionnelles, une durée d'exposition peut être prescrite.)	Devraient être définies au niveau national et instaurées par la loi, en appliquant les principes de non-discrimination, de prise en compte des besoins spécifiques et d'inclusion sociale, et garantissant les droits et la dignité des personnes.

^a Convention (n° 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952. ^b Convention (n° 121) sur les prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles, 1964.

^c Recommandation (n° 121) sur les prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles, 1964. ^d Recommandation (n° 202) sur les socles de protection sociale, 2012.

► Tableau A3.6 Exigences principales: normes internationales de sécurité sociale – allocations familiales et prestations à l'enfance

	Convention n° 102 ^a de l'OIT Normes minimales	Recommandation n° 202 ^b de l'OIT Protection de base
Quelle éventualité doit être couverte?	Responsabilité pour l'entretien d'un enfant.	Sécurité élémentaire de revenu pour les enfants.
Qui doit être couvert?	Au moins: <ul style="list-style-type: none"> ► 50 pour cent de tous les salariés; <i>ou</i> ► les catégories de la population active (formant au moins 20 pour cent de tous les résidents); <i>ou</i> ► tous les résidents dont les ressources sont inférieures au seuil prescrit. 	Tous les enfants.
En quoi doit consister la prestation?	Des paiements périodiques; <i>ou</i> la fourniture de nourriture, de vêtements, de logement, de séjours de vacances ou d'assistance ménagère; <i>ou</i> une combinaison des deux. <i>Valeur totale des prestations calculées au niveau mondial:</i> <ul style="list-style-type: none"> ► au moins 3 pour cent du salaire de référence multiplié par le nombre d'enfants des personnes couvertes; <i>ou</i> ► au moins 1,5 pour cent du salaire de référence multiplié par le nombre d'enfants de tous les résidents. 	Des prestations en espèces ou en nature à un niveau garantissant au minimum une sécurité élémentaire de revenu, assurant un accès à l'alimentation, à l'éducation, aux soins et autres biens et services nécessaires pour les enfants.
Quelle doit être la durée de la prestation?	Au moins depuis la naissance jusqu'à 15 ans ou l'âge auquel la scolarité prend fin.	Pendant toute la durée de l'enfance.
Quelles conditions peuvent être prescrites pour l'attribution d'une prestation?	3 mois de cotisations ou d'emploi (pour les régimes contributifs ou liés à l'emploi). Une année de résidence (pour les régimes non contributifs).	Devraient être définies au niveau national et instaurées par la loi, en appliquant les principes de non-discrimination, de prise en compte des besoins spécifiques et d'inclusion sociale, et en garantissant les droits et la dignité des enfants.

^a Convention (n° 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952. ^b Recommandation (n° 202) sur les socles de protection sociale, 2012.

► **Tableau A3.7 Exigences principales: normes internationales de sécurité sociale – protection de la maternité**

	Convention n° 102^a de l'OIT Normes minimales	Convention n° 183^b et recommandation n° 191^c de l'OIT Normes plus avancées	Recommandation n° 202^d de l'OIT Protection de base
Quelle éventualité doit être couverte?	Les soins médicaux justifiés par la grossesse, l'accouchement et leurs suites ainsi que la suspension du gain qui en résulte.	C.183. Les soins médicaux justifiés par la grossesse, l'accouchement et leurs suites; la suspension du gain qui en résulte. R.191. Même que la C.183 .	Soins de maternité essentiels. Sécurité élémentaire de revenu pour toutes les femmes se trouvant dans l'incapacité de gagner un revenu suffisant en raison de la maternité.
Qui doit être couvert?	Au moins: ► toutes les femmes appartenant à des catégories prescrites de salariés, ces catégories formant au total 50 pour cent au moins de l'ensemble des salariés et, en ce qui concerne les prestations médicales de maternité, les épouses des salariés de ces mêmes catégories; <i>ou</i> ► toutes les femmes appartenant à des catégories de la population active, ces catégories formant au total 20 pour cent au moins de l'ensemble des résidents et, en ce qui concerne les prestations médicales de maternité, les épouses des hommes de ces catégories; <i>ou</i> ► toutes les femmes dont les ressources sont inférieures au seuil prescrit.	C.183. Toutes les femmes salariées, y compris toutes celles qui le sont dans le cadre de formes atypiques de travail dépendant. R.191. Même que la C.183 .	Au moins toutes les femmes qui sont résidentes, sous réserves des obligations internationales.
En quoi doit consister la prestation?	<i>Prestations médicales:</i> Au moins: ► les soins prénatals, les soins liés à l'accouchement et les soins postnatals, donnés par des professionnels qualifiés; ► l'hospitalisation lorsqu'elle est nécessaire. En vue de préserver, rétablir ou améliorer la santé de la femme protégée, ainsi que son aptitude à travailler et à subvenir à ses besoins personnels.	C.183. <i>Prestations médicales:</i> au moins les soins prénatals, les soins liés à l'accouchement et les soins postnatals; l'hospitalisation lorsqu'elle est nécessaire. Pauses rémunérées quotidiennes ou une réduction journalière du temps de travail pour l'allaitement.	<i>Prestations médicales:</i> elles devraient répondre aux critères de disponibilité, d'accessibilité, d'acceptabilité et de qualité; la gratuité des soins médicaux prénatals et postnatals devrait également être envisagée pour les personnes les plus vulnérables.

► Tableau A3.7 (suite)

	Convention n° 102 ^a de l'OIT Normes minimales	Convention n° 183 ^b et recommandation n° 191 ^c de l'OIT Normes plus avancées	Recommandation n° 202 ^d de l'OIT Protection de base
En quoi doit consister la prestation? (suite)	<i>Prestations en espèces:</i> Paiements périodiques: au moins 45 pour cent du salaire de référence.	<i>Prestations en espèces:</i> au moins 66,67 pour cent des gains antérieurs; devraient être établies à un niveau tel que la femme puisse subvenir à son entretien et à celui de son enfant dans de bonnes conditions de santé et selon un niveau de vie convenable. L'opportunité d'augmenter le montant des prestations en espèces doit être examinée périodiquement. R.191. <i>Prestations médicales:</i> toutes les fournitures pharmaceutiques et médicales, analyses et examens prescrits ainsi que les soins dentaires et chirurgicaux. <i>Prestations en espèces:</i> devraient être portées à un montant égal à la totalité du gain antérieur.	<i>Prestations en espèces ou en nature:</i> à un niveau garantissant au minimum une sécurité élémentaire de revenu afin d'assurer un accès effectif aux biens et services nécessaires, prévenir ou réduire la pauvreté, la vulnérabilité et l'exclusion sociale, et permettre à la personne de vivre dignement. Les niveaux de prestations devraient être régulièrement révisés.
Quelle doit être la durée de la prestation?	<i>Prestations médicales:</i> pendant toute la durée de l'éventualité couverte. <i>Prestations en espèces:</i> au moins 12 semaines de prestations en espèces.	C.183. 14 semaines de congé de maternité, dont 6 semaines de congé obligatoire après l'accouchement; un congé supplémentaire avant ou après la période de congé de maternité en cas de maladie, complications ou risques de complications résultant de la grossesse ou de l'accouchement. R.191. Au moins 18 semaines de congé de maternité. Prolongation du congé de maternité en cas de naissances multiples.	Aussi longtemps que l'incapacité de gagner un revenu suffisant persiste et que l'état de santé le requiert.
Quelles conditions peuvent être prescrites pour l'attribution d'une prestation?	Une période de stage peut être prescrite comme nécessaire pour éviter les abus.	C.183. Les conditions requises doivent être remplies par une grande majorité des femmes; celles qui ne remplissent pas les conditions d'attribution ont droit à une assistance sociale. R.191. Même que la C.183.	Devraient être définies au niveau national et instaurées par la loi, en appliquant les principes de non-discrimination, de prise en compte des besoins spécifiques et d'inclusion sociale, et en garantissant les droits et la dignité des femmes.

^a Convention (n° 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952. ^b Convention (n° 183) sur la protection de la maternité, 2000. ^c Recommandation (n° 191) sur la protection de la maternité, 2000. ^d Recommandation (n° 202) sur les socles de protection sociale, 2012.

► **Tableau A3.8 Exigences principales: normes internationales de sécurité sociale – prestations d’invalidité**

	Convention n° 102^a de l’OIT Normes minimales	Convention n° 128^b et recommandation n° 131^c de l’OIT Normes plus avancées	Recommandation n° 202^d de l’OIT Protection de base
Quelle éventualité doit être couverte?	L’inaptitude à exercer une activité professionnelle, lorsqu’il est probable que cette inaptitude sera permanente ou lorsqu’elle subsiste après la cessation de l’indemnité de maladie (invalidité totale).	C.128. L’inaptitude à exercer une activité professionnelle, lorsqu’il est probable que cette inaptitude sera permanente ou lorsqu’elle subsiste à l’expiration d’une période prescrite d’incapacité temporaire ou initiale (invalidité totale). R.131. L’inaptitude à exercer une activité professionnelle comportant une rémunération appréciable (invalidité totale ou partielle).	Sécurité élémentaire de revenu pour les personnes se trouvant dans l’incapacité de gagner un revenu suffisant dû à un handicap.
Qui doit être couvert?	Au moins: <ul style="list-style-type: none"> ► 50 pour cent de tous les salariés; <i>ou</i> ► des catégories de la population active (formant au moins 20 pour cent de tous les résidents); <i>ou</i> ► tous les résidents dont les ressources sont inférieures au seuil prescrit. 	C.128. Tous les salariés, y compris les apprentis; <i>ou</i> <ul style="list-style-type: none"> ► au moins 75 pour cent de la population active; <i>ou</i> ► tous les résidents ou l’ensemble des résidents dont les ressources sont inférieures au seuil prescrit. R.131. La couverture devrait être étendue aux personnes exécutant des travaux occasionnels ainsi qu’à toute la population active. Le seul fait d’être absent du territoire ne justifie pas la suspension des prestations.	Au moins tous les résidents sous réserve des obligations internationales.
En quoi doit consister la prestation?	Paiements périodiques: au moins 40 pour cent du salaire de référence; ajustements à la suite de variations sensibles du niveau général des gains qui résultent de variations sensibles du coût de la vie.	C.128. Paiements périodiques: au moins 50 pour cent du salaire de référence; ajustement des prestations à la suite de variations sensibles du niveau général des gains ou du coût de la vie. La mise à disposition de services de rééducation ainsi que de mesures tendant à faciliter le placement des invalides dans un emploi approprié.	Des prestations en espèces ou en nature à un niveau garantissant au minimum une sécurité élémentaire de revenu afin d’assurer un accès effectif aux biens et services nécessaires, prévenir ou réduire la pauvreté, la vulnérabilité et l’exclusion sociale, et permettre à la personne de vivre dignement.

► Tableau A3.8 (suite)

	Convention n° 102 ^a de l'OIT Normes minimales	Convention n° 128 ^b et recommandation n° 131 ^c de l'OIT Normes plus avancées	Recommandation n° 202 ^d de l'OIT Protection de base
En quoi doit consister la prestation? <i>(suite)</i>		R.131. Porter le taux à 60 pour cent du salaire de référence. La législation devrait fixer le montant minimal des prestations de manière à assurer le minimum vital. Le montant des prestations devrait être ajusté périodiquement compte tenu des variations du niveau général des gains ou du coût de la vie. Prestation réduite pour une invalidité partielle.	
Quelle doit être la durée de la prestation?	Aussi longtemps que la personne se trouve dans l'incapacité d'exercer une activité professionnelle ou jusqu'à l'âge de la retraite.	Aussi longtemps que la personne reste invalide ou jusqu'à l'âge de la retraite.	Aussi longtemps que la personne se trouve dans l'incapacité de gagner un revenu suffisant.
Quelles conditions peuvent être prescrites pour l'attribution d'une prestation?	15 ans de cotisations ou d'emploi (régimes contributifs) ou 10 ans de résidence (régimes non contributifs); <i>ou,</i> <i>si l'ensemble de la population active est couverte:</i> 3 ans de cotisations et respecter la densité contributive moyenne annuelle requise tout au long de la carrière. Prestation réduite après 5 ans de cotisations ou d'emploi; <i>ou,</i> <i>si l'ensemble de la population active est couverte:</i> 3 ans de contributions et atteindre la moitié de la densité contributive annuelle moyenne requise tout au long de la carrière.	C.128. Même que C.102. R.131. 5 ans de cotisations, d'emploi ou de résidence; les périodes de stages devraient être supprimées (ou réduites) pour les jeunes travailleurs ou lorsque l'invalidité résulte d'un accident. Les périodes d'incapacité pour cause de maladie, d'accident ou de maternité et les périodes de chômage involontaire ayant donné lieu à indemnisation, ainsi que les périodes de service militaire obligatoire devraient être incorporées à des périodes de cotisation ou d'emploi aux fins du calcul de l'accomplissement de la période de référence.	Les conditions d'éligibilité devraient être définies au niveau national et prévues par la loi, en appliquant les principes de non-discrimination, de prise en compte des besoins spécifiques, d'inclusion sociale, et en garantissant les droits et la dignité des personnes.

^a Convention (n° 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952. ^b Convention (n° 128) concernant les prestations d'invalidité, de vieillesse et de survivants, 1967.

^c Recommandation (n° 131) concernant les prestations d'invalidité, de vieillesse et de survivants, 1967. ^d Recommandation (n° 202) sur les socles de protection sociale, 2012.

► **Tableau A3.9 Exigences principales: normes internationales de sécurité sociale – prestations de survivants**

	Convention n° 102^a de l'OIT Normes minimales	Convention n° 128^b et recommandation n° 131^c de l'OIT Normes plus avancées	Recommandation n° 202^d de l'OIT Protection de base
Quelle éventualité doit être couverte?	La perte de moyens d'existence subie par la veuve ou les enfants du fait du décès du soutien de famille.	C.128. La perte de moyens d'existence subie par la veuve ou les enfants en cas de décès du soutien de famille. R.131. Même que la C.128.	Sécurité élémentaire de revenu pour les personnes se trouvant dans l'incapacité de gagner un revenu suffisant en raison du décès du soutien de famille.
Qui doit être couvert?	Les épouses et les enfants des soutiens de famille appartenant à des catégories de salariés représentant au moins 50 pour cent de tous les salariés; <i>ou</i> les épouses et les enfants de la population active représentant au moins 20 pour cent de tous les résidents; <i>ou</i> les veuves et les enfants de tous les résidents dont les ressources sont inférieures au seuil prescrit.	C.128. ► Les épouses, les enfants et toute autre personne à charge des salariés ou des apprentis; <i>ou</i> ► les épouses, les enfants et toute autre personne à charge formant au moins 75 pour cent de la population active; <i>ou</i> ► toutes les épouses, tous les enfants et les personnes à charge qui sont résidents; <i>ou</i> à la fois résidents et dont les ressources sont inférieures au seuil prescrit. R.131. En outre, la couverture devrait être étendue progressivement à toutes les veuves, à tous les enfants et autres personnes à charge des personnes exécutant des travaux occasionnels ou à toutes les personnes actives. Un veuf invalide et à charge devrait également bénéficier des mêmes droits à prestations de survivants qu'une veuve. Le seul fait d'être absent du territoire ne justifie pas la suspension des prestations pour les personnes qui y auraient autrement droit.	Au moins tous les résidents et les enfants sous réserve des obligations internationales.

► Tableau A3.9 (suite)

	Convention n° 102 ^a de l'OIT Normes minimales	Convention n° 128 ^b et recommandation n° 131 ^c de l'OIT Normes plus avancées	Recommandation n° 202 ^d de l'OIT Protection de base
En quoi doit consister la prestation?	Paiements périodiques: au moins 40 pour cent du salaire de référence; ajustements à la suite de variations sensibles du niveau général des gains qui résultent du coût de la vie.	<p>C.128. Au moins 45 pour cent du salaire de référence; ajustement des prestations à la suite de variations sensibles du niveau général des gains ou du coût de la vie.</p> <p>R.131. Les prestations devraient être portées à 55 pour cent du salaire de référence; une prestation minimale de survivant devrait être fixée pour garantir un niveau de vie minimal.</p> <p>Le montant des prestations devrait être ajusté périodiquement compte tenu des variations du niveau général des gains ou du coût de la vie.</p> <p>Des allocations ou sommes uniques pour une veuve qui ne remplit pas les conditions requises, et/ou l'assistance nécessaire afin qu'elle puisse trouver un emploi convenable.</p> <p>Des prestations contributives ne devraient pas être suspendues du seul fait que la personne y ayant droit exerce une activité lucrative.</p>	Prestations en espèces ou en nature à un niveau garantissant au minimum une sécurité élémentaire de revenu afin d'assurer un accès effectif aux biens et services nécessaires, prévenir ou réduire la pauvreté, la vulnérabilité et l'exclusion sociale, et permettre à la personne de vivre dignement. Les niveaux de prestations devraient être régulièrement révisés.
Quelle doit être la durée de la prestation?	Jusqu'à ce que l'enfant atteigne l'âge de 15 ans ou l'âge auquel la scolarité obligatoire prend fin. Pour les veuves, la prestation est suspendue en cas de remariage.	<p>C.128 et R.131. Jusqu'à ce que l'enfant atteigne l'âge de 15 ans ou l'âge auquel la scolarité obligatoire prend fin ou plus longtemps lorsqu'il est placé en apprentissage, poursuit ses études ou est atteint d'une maladie chronique ou d'une infirmité.</p> <p>Pour les veuves, la prestation doit être servie pendant toute la durée de l'éventualité. Celle-ci peut être suspendue en cas de remariage ou si le bénéficiaire exerce une activité rémunérée.</p>	Aussi longtemps que les survivants se trouvent dans l'incapacité de gagner un revenu suffisant.

► Tableau A3.9 (suite)

	Convention n° 102 ^a de l'OIT Normes minimales	Convention n° 128 ^b et recommandation n° 131 ^c de l'OIT Normes plus avancées	Recommandation n° 202 ^d de l'OIT Protection de base
Quelles conditions peuvent être prescrites pour l'attribution d'une prestation?	<p>15 ans de cotisations ou de travail (pour les régimes contributifs) ou 10 ans de résidence (pour les régimes non contributifs); <i>ou</i>, <i>si l'ensemble de la population active est couverte:</i> 3 ans de cotisations et respecter la densité contributive moyenne annuelle requise tout au long de la carrière.</p> <p>Prestation réduite après 5 ans de cotisations ou d'emploi; <i>ou</i>, <i>si l'ensemble de la population active est couverte:</i> 3 ans de contributions et atteindre la moitié de la densité contributive annuelle moyenne requise tout au long de la carrière.</p> <p><i>Pour les veuves:</i> la prestation peut être subordonnée à la présomption que la veuve est incapable de subvenir à ses propres besoins.</p>	<p>C.128. Même que la C.102. En outre, il est possible de demander un âge prescrit pour la veuve qui ne dépasse pas celui prescrit pour l'âge de la retraite. Aucune condition d'âge pour une veuve invalide ou une veuve ayant un enfant du défunt à sa charge. Une durée minimale de mariage peut être prescrite pour une veuve sans enfant.</p> <p>R.131. 5 ans de contributions, d'emploi ou de résidence. Les périodes d'incapacité pour cause de maladie, d'accident ou de maternité et les périodes de chômage involontaire ayant donné lieu à une indemnisation, ainsi que les périodes de service militaire obligatoire devraient être incorporées à des périodes de cotisation ou d'emploi, aux fins du calcul de l'accomplissement de la période de référence.</p> <p>Pour les veuves, les prestations peuvent être subordonnées à l'atteinte d'un âge prescrit.</p>	<p>Devraient être définies au niveau national et instaurées par la loi, en appliquant les principes de non-discrimination, de prise en compte des besoins spécifiques, d'inclusion sociale, et en garantissant les droits et la dignité des personnes.</p>

^a Convention (n° 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952. ^b Convention (n° 128) concernant les prestations d'invalidité, de vieillesse et de survivants, 1967.
^c Recommandation (n° 131) concernant les prestations d'invalidité, de vieillesse et de survivants, 1967. ^d Recommandation (n° 202) sur les socles de protection sociale, 2012.

► Annexe 4. Tableaux statistiques

Depuis la publication de la dernière édition du *Rapport mondial sur la protection sociale*, en 2017, le BIT a mis au point de nouveaux outils pour compiler, traiter, analyser et diffuser les données sur la protection sociale. La présente annexe contient une liste des tableaux statistiques figurant dans les [tableaux de bord sur les données relatives à la protection sociale dans le monde](#), lesquels offrent une multitude de fonctionnalités et de possibilités de recherche aux utilisateurs.

Les tableaux 1 à 3 reproduits dans cette annexe pour faciliter la consultation contiennent des données mises à jour jusqu'en 2020; les tableaux 4 à 11 peuvent être consultés uniquement en ligne et sont mis à jour régulièrement. Pour accéder à la version en ligne des tableaux statistiques, veuillez consulter la page suivante: <https://wspr.social-protection.org>.

Tableau A4.1 Ratification des conventions de l'OIT à jour relatives à la sécurité sociale

Tableau A4.2 Couverture effective de la protection sociale (y compris les indicateurs 1.3.1 et 3.8.1 des ODD), 2020 ou dernière année disponible (pourcentage du groupe de population concerné)

Tableau A4.3 Dépenses publiques de santé et de protection sociale, 2020 ou dernière année disponible (en pourcentage du PIB)

Tableau A4.4 Couverture légale de la protection sociale, par fonction, 2020 ou dernière année disponible ([disponible uniquement en ligne](#)) (en pourcentage de la population en âge de travailler)

Tableau A4.5 Prestations à l'enfance et aux familles: principales caractéristiques des grands programmes de sécurité sociale ([disponible uniquement en ligne](#))

Tableau A4.6 Protection de la maternité: principales caractéristiques des grands programmes de sécurité sociale ([disponible uniquement en ligne](#))

Tableau A4.7 Prestations de maladie: principales caractéristiques des grands programmes de sécurité sociale ([disponible uniquement en ligne](#))

Tableau A4.8 Protection en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles: principales caractéristiques des grands programmes de sécurité sociale ([disponible uniquement en ligne](#))

Tableau A4.9 Protection contre le chômage: principales caractéristiques des grands programmes de sécurité sociale ([disponible uniquement en ligne](#))

Tableau A4.10 Prestations d'invalidité: principales caractéristiques des grands programmes de sécurité sociale ([disponible uniquement en ligne](#))

Tableau A4.11 Pensions de vieillesse: principales caractéristiques des grands programmes de sécurité sociale ([disponible uniquement en ligne](#))

► **Tableau A4.1 Ratification des conventions de l'OIT à jour relatives à la sécurité sociale**

Pays	Branche									Travailleurs migrants ^a	
	Soins médicaux	Maladie	Chômage	Vieillesse	Accidents du travail et maladies professionnelles	Famille	Maternité	Incapacité	Survivants		
	C.102	C.102	C.102	C.102	C.102	C.102	C.102	C.102	C.102	C.102	C.118 ^b
	C.130	C.130	C.168	C.128	C.102	C.118	C.183	C.128	C.128	C.128	C.157
	C.118	C.118	C.118	C.118	C.102		C.118	C.118	C.118	C.118	
					C.121						
					C.118						
AFRIQUE											
Bénin				C.102 (2019) ¹	C.102 (2019) ¹	C.102 (2019) ¹	C.102 (2019) ¹	C.102 (2019) ¹	C.102 (2019) ¹	C.102 (2019) ¹	
Burkina Faso											C.183 (2012)
Cabo Verde		C.102 (2020) ²		C.102 (2020) ²		C.102 (2020) ²					C.183 (2013)
	C.118 (1987)	C.118 (1987)		C.118 (1987)	C.118 (1987)	C.118 (1987)	C.118 (1987)	C.118 (1987)	C.118 (1987)	C.118 (1987)	C.118 (1987)
Djibouti											C.183 (2020) ³
Égypte	C.118 (1993)	C.118 (1993)	C.118 (1993)	C.118 (1993)	C.118 (1993)		C.118 (1993)	C.118 (1993)	C.118 (1993)	C.118 (1993)	C.118 (1993)
Guinée											C.121 (1967)
	C.118 (1967)	C.118 (1967)		C.118 (1967)	C.118 (1967)	C.118 (1967)	C.118 (1967)			C.118 (1967)	C.118 (1967)
Kenya				C.118 (1971)				C.118 (1971)	C.118 (1971)	C.118 (1971)	C.118 (1971)
Libye	C.102 (1975)	C.102 (1975)	C.102 (1975)	C.102 (1975)	C.102 (1975)	C.102 (1975)	C.102 (1975)	C.102 (1975)	C.102 (1975)	C.102 (1975)	
	C.130 (1975)	C.130 (1975)		C.128 (1975)	C.121 (1975)	C.118 (1975)	C.118 (1975)	C.128 (1975)	C.128 (1975)	C.128 (1975)	
	C.118 (1975)	C.118 (1975)	C.118 (1975)	C.118 (1975)	C.118 (1975)			C.118 (1975)	C.118 (1975)	C.118 (1975)	C.118 (1975)
Madagascar		C.118 (1964)			C.118 (1964)		C.118 (1964)	C.118 (1964)	C.118 (1964)		C.118 (1964)
Mali											C.183 (2008)
Maroc	C.102 (2019) ⁴	C.102 (2019) ⁴		C.102 (2019) ⁴	C.102 (2019) ⁴	C.102 (2019) ⁴	C.102 (2019) ⁴	C.102 (2019) ⁴	C.102 (2019) ⁴	C.102 (2019) ⁴	
											C.183 (2011)
Maurice											C.183 (2019) ⁵
Mauritanie				C.102 (1968)	C.102 (1968)	C.102 (1968)		C.102 (1968)	C.102 (1968)	C.102 (1968)	
				C.118 (1968)	C.118 (1968)	C.118 (1968)		C.118 (1968)	C.118 (1968)	C.118 (1968)	C.118 (1968)
Niger				C.102 (1966)	C.102 (1966)	C.102 (1966)	C.102 (1966)				
							C.183 (2019) ⁶				
République centrafricaine				C.118 (1964)	C.118 (1964)	C.118 (1964)	C.118 (1964)				C.118 (1964)

► Tableau A4.1 (suite)

Pays	Branche									Travailleurs migrants ^a C.118 ^b C.157
	Soins médicaux	Maladie	Chômage	Vieillesse	Accidents du travail et maladies professionnelles	Famille	Maternité	Invalidité	Survivants	
	C.102	C.102	C.102	C.102	C.102	C.102	C.102	C.102	C.102	
	C.130	C.130	C.168	C.128	C.102	C.118	C.183	C.128	C.128	
	C.118	C.118	C.118	C.118	C.102	C.118	C.118	C.118	C.118	
					C.121					
					C.118					
République démocratique du Congo				C.102 (1987)		C.102 (1987)		C.102 (1987)	C.102 (1987)	
				C.118 (1967)	C.121 (1967)			C.118 (1967)		C.118 (1967)
Rwanda				C.118 (1989)	C.118 (1989)			C.118 (1989)	C.118 (1989)	C.118 (1989)
Sao Tomé-et-Principe							C.183 (2017)			
Sénégal					C.102 (1962)	C.102 (1962)	C.102 (1962)			
					C.121 (1966)		C.183 (2017)			
Tchad				C.102 (2015)	C.102 (2015)	C.102 (2015)		C.102 (2015)	C.102 (2015)	
Togo				C.102 (2013)		C.102 (2013)	C.102 (2013)		C.102 (2013)	
Tunisie	C.118 (1965)	C.118 (1965)		C.118 (1965)	C.118 (1965)	C.118 (1965)	C.118 (1965)	C.118 (1965)	C.118 (1965)	C.118 (1965)
AMÉRIQUES										
Argentine	C.102 (2016)			C.102 (2016)		C.102 (2016)	C.102 (2016)	C.102 (2016)	C.102 (2016)	
Barbade		C.102 (1972)		C.102 (1972)	C.102 (1972)			C.102 (1972)	C.102 (1972)	
		C.118 (1974)		C.128 (1972)	C.118 (1974)		C.118 (1974)	C.128 (1972)		C.118 (1974)
				C.118 (1974)	C.118 (1974)					C.118 (1974)
Belize							C.183 (2005)			
Bolivie, État plurinational de	C.102 (1977)	C.102 (1977)		C.102 (1977)	C.102 (1977)	C.102 (1977)	C.102 (1977)	C.102 (1977)	C.102 (1977)	
	C.130 (1977)	C.130 (1977)		C.128 (1977)	C.121 (1977)		C.118 (1977)	C.128 (1977)	C.128 (1977)	
	C.118 (1977)	C.118 (1977)				C.118 (1977)				C.118 (1977)
Brésil	C.102 (2009)	C.102 (2009)	C.102 (2009)	C.102 (2009)	C.102 (2009)	C.102 (2009)	C.102 (2009)	C.102 (2009)	C.102 (2009)	
	C.118 (1969)	C.118 (1969)	C.168 (1993)	C.118 (1969)	C.118 (1969)	C.118 (1969)	C.118 (1969)	C.118 (1969)	C.118 (1969)	C.118 (1969)
Chili										C.121 (1999)
Costa Rica	C.102 (1972)			C.102 (1972)	C.102 (1972)	C.102 (1972)	C.102 (1972)	C.102 (1972)	C.102 (1972)	
	C.130 (1972)	C.130 (1972)								
Cuba							C.183 (2004)			

► Tableau A4.1 (suite)

Pays	Branche									Travailleurs migrants ^a C.118 ^b C.157
	Soins médicaux	Maladie	Chômage	Vieillesse	Accidents du travail et maladies professionnelles	Famille	Maternité	Incapacité	Survivants	
	C.102	C.102	C.102	C.102	C.102	C.102	C.102	C.102	C.102	
	C.130 C.118	C.130 C.118	C.168 C.118	C.128 C.118	C.102 C.121 C.118	C.118	C.183 C.118	C.128 C.118	C.128 C.118	
Équateur	C.130 (1978) C.118 (1970)	C.102 (1974) C.130 (1978) C.118 (1970)		C.102 (1974) C.128 (1978)	C.102 (1974) C.121 (1978) C.118 (1970)		C.118 (1970)	C.102 (1974) C.128 (1978) C.118 (1970)	C.102 (1974) C.128 (1978) C.118 (1970)	C.118 (1970)
Guatemala						C.118 (1963)			C.118 (1963)	
Honduras	C.102 (2012)	C.102 (2012)		C.102 (2012)			C.102 (2012)	C.102 (2012)	C.102 (2012)	
Mexique	C.102 (1961) C.118 (1978)	C.102 (1961) C.118 (1978)		C.102 (1961) C.118 (1978)	C.102 (1961) C.118 (1978)		C.102 (1961) C.118 (1978)	C.102 (1961) C.118 (1978)	C.102 (1961) C.118 (1978)	C.118 (1978)
Pérou	C.102 (1961)	C.102 (1961)		C.102 (1961)			C.102 (1961) C.183 (2016)	C.102 (1961)		
République dominicaine	C.102 (2016)	C.102 (2016)		C.102 (2016)	C.102 (2016)	C.102 (2016)	C.102 (2016) C.183 (2016)	C.102 (2016)	C.102 (2016)	
Saint-Vincent-et-les Grenadines	C.102 (2015)	C.102 (2015)		C.102 (2015)	C.102 (2015)		C.102 (2015)	C.102 (2015)	C.102 (2015)	
Suriname					C.118 (1976)					C.118 (1976)
Uruguay	C.102 (2010) C.130 (1973) C.118 (1983)	C.130 (1973) C.118 (1983)	C.102 (2010) C.118 (1983)	C.128 (1973)	C.121 (1973) ⁷ C.118 (1983)	C.102 (2010) C.118 (1983)	C.102 (2010) C.118 (1983)	C.128 (1973)	C.128 (1973)	C.118 (1983)
Venezuela, République bolivarienne du	C.102 (1982) C.130 (1982) C.118 (1982)	C.102 (1982) C.130 (1982) C.118 (1982)		C.102 (1982) C.128 (1983) C.118 (1982)	C.102 (1982) C.121 (1982) C.118 (1982)		C.102 (1982) C.118 (1982)	C.102 (1982) C.128 (1983) C.118 (1982)	C.102 (1982) C.128 (1983) C.118 (1982)	C.118 (1982)
ASIE ET PACIFIQUE										
Azerbaïdjan							C.183 (2010)			
Bangladesh					C.118 (1972)		C.118 (1972)			C.118 (1972)
Inde	C.118 (1964)	C.118 (1964)					C.118 (1964)			C.118 (1964)
Japon		C.102 (1976)	C.102 (1976)	C.102 (1976)	C.102 (1976) C.121 (1974) ⁷					

► Tableau A4.1 (suite)

Pays	Branche									Travailleurs migrants ^a C.118 ^b C.157
	Soins médicaux	Maladie	Chômage	Vieillesse	Accidents du travail et maladies professionnelles	Famille	Maternité	Invalidité	Survivants	
	C.102	C.102	C.102	C.102	C.102	C.102	C.102	C.102	C.102	
	C.130	C.130	C.168	C.128	C.102	C.118	C.183	C.128	C.128	
	C.118	C.118	C.118	C.118	C.102		C.118	C.118	C.118	
					C.121					
					C.118					
Kazakhstan							C.183 (2012)			
Kirghizistan										C.157 (2008)
Pakistan					C.118 (1969)		C.118 (1969)			C.118 (1969)
Philippines	C.118 (1994)	C.118 (1994)		C.118 (1994)	C.118 (1994)		C.118 (1994)	C.118 (1994)	C.118 (1994)	C.118 (1994) C.157 (1994)
ÉTATS ARABES										
Iraq	C.118 (1978)	C.118 (1978)		C.118 (1978)	C.118 (1978)		C.118 (1978)	C.118 (1978)	C.118 (1978)	C.118 (1978)
Jordanie				C.102 (2014)	C.102 (2014)			C.102 (2014)	C.102 (2014)	
					C.118 (1963)		C.118 (1963)	C.118 (1963)	C.118 (1963)	C.118 (1963)
République arabe syrienne				C.118 (1963)	C.118 (1963)			C.118 (1963)	C.118 (1963)	C.118 (1963)
EUROPE										
Albanie	C.102 (2006)	C.102 (2006)	C.102 (2006)	C.102 (2006)	C.102 (2006)		C.102 (2006)	C.102 (2006)	C.102 (2006)	
			C.168 (2006)				C.183 (2004)			
Allemagne	C.102 (1958)	C.102 (1958)	C.102 (1958)	C.102 (1958)	C.102 (1958)	C.102 (1958)	C.102 (1958)	C.102 (1958)	C.102 (1958)	
	C.130 (1974)	C.130 (1974)		C.128 (1971)	C.121 (1972)			C.128 (1971)	C.128 (1971)	
	C.118 (1971)	C.118 (1971)	C.118 (1971)		C.118 (1971)		C.118 (1971)			C.118 (1971)
Autriche	C.102 (1969)		C.102 (1969)	C.102 (1969)		C.102 (1969)	C.102 (1969)			
				C.128 (1969)			C.183 (2004)			
Bélarus							C.183 (2004)			
Belgique	C.102 (1959)	C.102 (1959)	C.102 (1959)	C.102 (1959)	C.102 (1959)	C.102 (1959)	C.102 (1959)	C.102 (1959)	C.102 (1959)	
	C.130 (2017)	C.130 (2017)	C.168 (2011)	C.128 (2017)	C.121 (1970)			C.128 (2017)	C.128 (2017)	
Bosnie-Herzégovine	C.102 (1993)	C.102 (1993)	C.102 (1993)	C.102 (1993)	C.102 (1993)		C.102 (1993)		C.102 (1993)	
					C.121 (1993)		C.183 (2010)			
Bulgarie	C.102 (2008)	C.102 (2008)	C.102 (2008)	C.102 (2008)	C.102 (2008)	C.102 (2008)	C.102 (2008)		C.102 (2008)	
							C.183 (2001)			

► Tableau A4.1 (suite)

Pays	Branche									Travailleurs migrants ^a C.118 ^b C.157
	Soins médicaux	Maladie	Chômage	Vieillesse	Accidents du travail et maladies professionnelles	Famille	Maternité	Incapacité	Survivants	
	C.102	C.102	C.102	C.102	C.102	C.102	C.102	C.102	C.102	
	C.130	C.130	C.168	C.128	C.102	C.118	C.183	C.128	C.128	
C.118	C.118	C.118	C.118	C.121	C.118	C.118	C.118	C.118		
Chypre		C.102 (1991)	C.102 (1991)	C.102 (1991)	C.102 (1991)			C.102 (1991)	C.102 (1991)	
					C.121 (1966)		C.183 (2005)		C.128 (1969)	
Croatie	C.102 (1991)	C.102 (1991)	C.102 (1991)	C.102 (1991)	C.102 (1991)		C.102 (1991)		C.102 (1991)	
					C.121 (1991)					
Danemark	C.102 (1955)		C.102 (1955)	C.102 (1955)	C.102 (1955)			C.102 (1955)		
	C.130 (1978)	C.130 (1978)								
	C.118 (1969)	C.118 (1969)	C.118 (1969)		C.118 (1969)					C.118 (1969)
Espagne	C.102 (1988)	C.102 (1988)	C.102 (1988)		C.102 (1988)					C.157 (1985)
Fédération de Russie	C.102 (2019) ⁸	C.102 (2019) ⁸		C.102 (2019) ⁸	C.102 (2019) ⁸		C.102 (2019) ⁸	C.102 (2019) ⁸	C.102 (2019) ⁸	
Finlande	C.130 (1974)	C.130 (1974)	C.168 (1990)	C.128 (1976)	C.121 (1968) ⁷			C.128 (1976)	C.128 (1976)	
	C.118 (1969)	C.118 (1969)			C.118 (1969)					C.118 (1969)
France	C.102 (1974)		C.102 (1974)	C.102 (1974)	C.102 (1974)	C.102 (1974)	C.102 (1974)	C.102 (1974)		
	C.118 (1974)	C.118 (1974)			C.118 (1974)	C.118 (1974)	C.118 (1974)	C.118 (1974)	C.118 (1974)	C.118 (1974)
Grèce	C.102 (1955)	C.102 (1955)	C.102 (1955)	C.102 (1955)	C.102 (1955)		C.102 (1955)	C.102 (1955)	C.102 (1955)	
Hongrie							C.183 (2003)			
Irlande		C.102 (1968)	C.102 (1968)						C.102 (1968)	
	C.118 (1964)	C.118 (1964)	C.118 (1964)		C.121 (1969)					
					C.118 (1964)	C.118 (1964)				C.118 (1964)
Islande				C.102 (1961)		C.102 (1961)		C.102 (1961)		
Israël				C.102 (1955)	C.102 (1955)				C.102 (1955)	
				C.118 (1965)	C.118 (1965)	C.118 (1965)	C.118 (1965)		C.118 (1965)	C.118 (1965)
Italie				C.102 (1956)		C.102 (1956)	C.102 (1956)			
	C.118 (1967)	C.118 (1967)	C.118 (1967)	C.118 (1967)	C.118 (1967)	C.118 (1967)	C.183 (2001)			
							C.118 (1967)	C.118 (1967)	C.118 (1967)	C.118 (1967)
Lettonie							C.183 (2009)			
Lituanie							C.183 (2003)			

► Tableau A4.1 (suite)

Pays	Branche									Travailleurs migrants ^a C.118 ^b C.157
	Soins médicaux	Maladie	Chômage	Vieillesse	Accidents du travail et maladies professionnelles	Famille	Maternité	Incapacité	Survivants	
	C.102	C.102	C.102	C.102	C.102	C.102	C.102	C.102	C.102	
	C.130 C.118	C.130 C.118	C.168 C.118	C.128 C.118	C.102 C.121 C.118	C.118	C.183 C.118	C.128 C.118	C.128 C.118	
Luxembourg	C.102 (1964) C.130 (1980)	C.102 (1964) C.130 (1980)	C.102 (1964)	C.102 (1964)	C.102 (1964) C.121 (1972)	C.102 (1964)	C.102 (1964) C.183 (2008)	C.102 (1964)	C.102 (1964)	
Macédoine du Nord	C.102 (1991)	C.102 (1991)	C.102 (1991)	C.102 (1991)	C.102 (1991) C.121 (1991)		C.102 (1991) C.183 (2012)		C.102 (1991)	
Monténégro	C.102 (2006)	C.102 (2006)	C.102 (2006)	C.102 (2006)	C.102 (2006) C.121 (2006)		C.102 (2006) C.183 (2012)		C.102 (2006)	
Norvège	C.102 (1954) C.130 (1972)	C.102 (1954) C.130 (1972)	C.102 (1954) C.168 (1990)	C.102 (1954) C.128 (1968)	C.102 (1954)	C.102 (1954) C.118 (1963)	C.183 (2015)	C.128 (1968)	C.128 (1968) C.118 (1963)	C.118 (1963)
Pays-Bas	C.102 (1962) C.130 (2006)	C.102 (1962) C.130 (2006)	C.102 (1962)	C.102 (1962) C.128 (1969)	C.102 (1962) C.121 (1966) ⁷	C.102 (1962)	C.102 (1962) C.183 (2009)	C.102 (1962) C.128 (1969)	C.102 (1962) C.128 (1969)	
Pologne	C.102 (2003)			C.102 (2003)		C.102 (2003)	C.102 (2003)		C.102 (2003)	
Portugal	C.102 (1994)	C.102 (1994)	C.102 (1994)	C.102 (1994)	C.102 (1994)	C.102 (1994)	C.102 (1994) C.183 (2012)	C.102 (1994)	C.102 (1994)	
République de Moldova							C.183 (2006)			
Roumanie	C.102 (2009)	C.102 (2009)	C.168 (1992)	C.102 (2009)		C.102 (2009)	C.102 (2009) C.183 (2002)			
Royaume-Uni	C.102 (1954)	C.102 (1954)	C.102 (1954)	C.102 (1954)		C.102 (1954)			C.102 (1954)	
Saint-Marin							C.183 (2019) ⁹			
Serbie	C.102 (2000)	C.102 (2000)	C.102 (2000)	C.102 (2000)	C.102 (2000) C.121 (2000)		C.102 (2000) C.183 (2010)		C.102 (2000)	
Slovaquie	C.102 (1993) C.130 (1993)	C.102 (1993) C.130 (1993)		C.102 (1993) C.128 (1993)		C.102 (1993)	C.102 (1993) C.183 (2000)	C.102 (1993)	C.102 (1993)	
Slovénie	C.102 (1992)	C.102 (1992)	C.102 (1992)	C.102 (1992)	C.102 (1992) C.121 (1992)		C.102 (1992) C.183 (2010)		C.102 (1992)	

► **Tableau A4.1 (suite)**

Pays	Branche									Travailleurs migrants ^a
	Soins médicaux	Maladie	Chômage	Vieillesse	Accidents du travail et maladies professionnelles	Famille	Maternité	Incapacité	Survivants	
	C.102	C.102	C.102	C.102	C.102	C.102	C.102	C.102	C.102	
	C.130	C.130	C.168	C.128	C.102	C.118	C.183	C.128	C.128	
	C.118	C.118	C.118	C.118	C.102	C.118	C.118	C.118	C.118	
					C.121					
					C.118					
Suède	C.102 (1953) C.130 (1970) C.118 (1963)	C.102 (1953) C.130 (1970) C.118 (1963)	C.102 (1953) C.168 (1990) C.118 (1963)	C.128 (1968)	C.102 (1953) C.121 (1969) C.118 (1963)	C.102 (1953)	C.102 (1953) C.118 (1963)	C.128 (1968)	C.128 (1968)	C.157 (1984) C.118 (1963)
Suisse			C.168 (1990)	C.102 (1977) C.128 (1977)	C.102 (1977)	C.102 (1977)	C.183 (2014)	C.102 (1977) C.128 (1977)	C.102 (1977) C.128 (1977)	
Tchéquie	C.102 (1993) C.130 (1993)	C.102 (1993) C.130 (1993)		C.102 (1993) C.128 (1993)		C.102 (1993)	C.102 (1993)	C.102 (1993)	C.102 (1993)	
Turquie	C.102 (1975) C.118 (1974)	C.102 (1975) C.118 (1974)		C.102 (1975) C.118 (1974)	C.102 (1975) C.118 (1974)		C.102 (1975) C.118 (1974)	C.102 (1975) C.118 (1974)	C.102 (1975) C.118 (1974)	C.118 (1974)
Ukraine	C.102 (2016)	C.102 (2016)	C.102 (2016)	C.102 (2016)	C.102 (2016)	C.102 (2016)	C.102 (2016)	C.102 (2016)	C.102 (2016)	

Notes

^a Bien que toutes les normes internationales de sécurité sociale s'appliquent aux travailleurs migrants sauf indication contraire, les conventions n^{os} 118 et 157 sont particulièrement pertinentes pour les travailleurs migrants.

^b Certaines parties de la convention n^o 118 s'appliquent pour les branches sélectionnées (voir autres colonnes).

¹ Bénin: la convention n^o 102 est entrée en vigueur le 14 juin 2020.

² Cabo Verde: la convention n^o 102 est entrée en vigueur le 10 janvier 2021.

³ Djibouti: la convention n^o 183 est entrée en vigueur le 25 septembre 2020.

⁴ Maroc: la convention n^o 102 est entrée en vigueur le 14 juin 2020.

⁵ Maurice: la convention n^o 183 est entrée en vigueur le 13 juin 2020.

⁶ Niger: la convention n^o 183 est entrée en vigueur le 10 juin 2020.

⁷ Finlande, Japon, Pays-Bas, Uruguay: ils ont accepté le texte de la liste des maladies professionnelles (tableau I) amendée par la CIT à sa 66^e session (1980).

⁸ Fédération de Russie: la convention n^o 102 est entrée en vigueur le 26 février 2020.

⁹ Saint-Marin: la convention n^o 183 est entrée en vigueur le 19 juin 2020.

► **Tableau A4.2 Couverture effective de la protection sociale (y compris les indicateurs 1.3.1 et 3.8.1 des ODD), 2020 ou dernière année disponible (pourcentage du groupe de population concerné)**

Région/sous-région/ niveau de revenu	Indicateur 1.3.1 des ODD - Couverture globale (hors santé) ¹	Personnes protégées par des systèmes de protection sociale, y compris les socles								Indicateur 3.8.1 des ODD - Couverture sanitaire universelle ¹⁰
		Enfants ²	Maternité ³	Invalité ⁴	Chômage ⁵	Vieillesse ⁶	Accidents du travail ⁷	Vulnérabilité ⁸	Cotisants actifs au système de retraite ⁹	
Afrique	17,4	12,6	14,9	9,3	5,3	27,1	18,4	9,3	8,5	47,9
Afrique du Nord	33,8	24,7*	46,5	20,9	6,7	43,8	37,5	19,1*	17,4	65,8
Afrique subsaharienne	13,7	10,5	7,5	6,7	4,9	19,8	14,8	7,1	6,1	43,8
Amériques	64,3	57,4	51,9	71,8	16,4	88,1	57,4	36,7	41,1	78,7
Amérique du Nord	78,5	94,6	95,9*	96,7	29,5	100,0	83,1	38,0	59,2	84,5
Amérique latine et Caraïbes	56,3	41,5	30,5	57,7	12,5	75,4	40,8	36,0	30,1	75,4
Asie et Pacifique	44,1	18,0	45,9	21,6	14,0	73,5	24,8	25,3	32,9	65,4
Asie du Sud	22,8	20,9	33,6	6,8	0,6	39,2	6,7	14,4	13,3	53,7
Asie du Sud-Est et Pacifique	61,5	14,8	56,6	33,7	24,2	88,3	34,9	34,1	47,5	75,0
États arabes	40,0	15,4*	12,2	7,2	8,7*	24,0	63,5	32,2	15,0	63,5
Europe et Asie centrale	83,9	82,3	83,6	86,0	51,3	96,7	75,5	64,4	49,0	77,2
Asie centrale et occidentale	66,9	47,9	54,7	40,4	14,7	97,2	57,4	42,8	37,2	73,1
Europe de l'Est	84,6	96,7	81,4	100,0	67,1	95,2	80,0	61,2	50,7	73,2
Europe de l'Ouest, du Nord et du Sud	90,4	96,2	99,4	95,6	61,2	97,4	78,8	75,1	51,2	81,6
Monde	46,9	26,4	44,9	33,5	18,6	77,5	35,4	28,9	32,5	65,6
Faible revenu	13,4	8,5	10,5	8,6	0,8	23,2	10,2	7,8	6,6	45,1
Revenu interm. (tranche inf.)	24,9	20,9	33,3	11,3	5,5	38,6	14,4	15,2	27,1	55,2
Revenu interm. (tranche sup.)	64,0	22,6	52,5	40,5	17,5	91,3	36,3	34,4	70,9	76,7
Revenu élevé	85,4	86,8	86,0	85,6	52,2	97,5	81,2	62,8	89,8	81,5

Afrique**Afrique du Nord**

Algérie	...	...	11,2	3,6	8,8	63,6	53,8	...	16,9	78,0
Égypte	34,7	14,0	...	37,0	0,1	57,6	36,0	19,9	21,8	68,0
Libye	46,2	...	...	74,4	...	70,2	...	5,3	9,7	64,0
Maroc	20,5	13,4	...	6,8	...	23,4	39,0	...	17,2	7,0
Soudan	9,3	8,1	4,2	0,7	0	9,4	3,0	7,5	1,9	44,0
Tunisie	50,2	28,6	25,3	5,0	3,0	85,4	28,9	21,3	34,6	7,0

► Tableau A4.2 (suite)

Région/sous-région/ niveau de revenu	Indicateur 1.3.1 des ODD - Couverture globale (hors santé) ¹	Personnes protégées par des systèmes de protection sociale, y compris les socles								Indicateur 3.8.1 des ODD - Couverture sanitaire universelle ¹⁰
		Enfants ²	Maternité ³	Invalidité ⁴	Chômage ⁵	Vieillesse ⁶	Accidents du travail ⁷	Vulnérabilité ⁸	Cotisants actifs au système de retraite ⁹	
Afrique subsaharienne										
Afrique du Sud	49,3	76,6	7,6	66,5	11,9	81,4	19,2	32,4	3,4	69,0
Angola	10,5	...	...	...	0	14,5	...	5,1	9,7	4,0
Bénin	7,8	11,6	41,0	...	0	11,0	4,0	...	4,8	4,0
Botswana	14,7	4,2	24,0	...	0	100,0	...	8,2	1,7	61,0
Burkina Faso	9,9	14,4	0,4	0,3	0	6,0	8,2	3,6	5,6	4,0
Burundi	...	...	...	...	0	4,0	3,5	...	5,0	42,0
Cabo Verde	39,2	37,9	19,3	30,1	3,0	84,8	50,0	19,8	26,7	69,0
Cameroun	7,1	2,2	8,9	3,3	0	18,9	6,9	1,0	8,4	46,0
Comores	...	...	...	...	...	...	...	...	...	52,0
Congo	...	...	...	...	0	22,1	14,2	...	6,3	39,0
Côte d'Ivoire	...	7,1	...	...	0	7,7	14,7	...	5,1	47,0
Djibouti	12,3	3,5	4,8	...	0	14,2	15,1	4,6	6,3	47,0
Érythrée	...	0,1	...	...	...	...	...	...	...	38,0
Eswatini	32,0	...	13,8	...	0	100,0	...	20,2	2,4	63,0
Éthiopie	7,4	4,5	...	1,3	0	3,9	7,8	3,2	6,2	39,0
Gabon	...	37,0	...	...	0	38,8	45,0	...	1,0	49,0
Gambie	6,1	...	...	...	0	17,0	23,4	0,5	7,4	44,0
Ghana	25,3	25,9	41,7	0,2	0	18,0	...	5,1	8,5	47,0
Guinée	...	...	...	...	0	2,0	14,5	...	9,5	37,0
Guinée-Bissau	0,9	...	...	0,2	0	0,2	...	...	1,4	4,0
Guinée équatoriale	...	...	...	...	0	...	14,5	...	...	45,0
Kenya	10,1	3,6	30,2	0,2	0	13,2	9,3	2,5	8,9	55,0
Lesotho	9,2	10,4	...	...	0	94,0	...	7,8	2,6	48,0
Libéria	6,2	5,8	...	...	0	3,4	7,5	2,7	5,7	39,0
Madagascar	...	...	...	...	0	4,6	9,3	...	5,3	28,0
Malawi	21,3	9,8	...	...	0	2,3	6,9	19,6	3,3	46,0
Mali	9,3	5,4	...	0,6	0	7,3	5,3	5,8	5,6	38,0
Maurice	...	...	...	...	1,2	100,0	68,2	...	35,5	63,0
Mauritanie	6,6	5,1	0,2	0,7	0	16,2	6,5	4,9	4,6	41,0
Mozambique	13,4	0,3	0,3	2,6	0	52,5	6,2	10,1	4,9	46,0
Namibie	24,2	22,8	24,8	58,0	0	100,0	...	18,9	6,2	62,0

► Tableau A4.2 (suite)

Région/sous-région/ niveau de revenu	Indicateur 1.3.1 des ODD - Couverture globale (hors santé) ¹	Personnes protégées par des systèmes de protection sociale, y compris les socles								Indicateur 3.8.1 des ODD - Couverture sanitaire universelle ¹⁰
		Enfants ²	Maternité ³	Invalité ⁴	Chômage ⁵	Vieillesse ⁶	Accidents du travail ⁷	Vulnérabilité ⁸	Cotisants actifs au système de retraite ⁹	
Niger	20,6	4,2	...	...	0	5,8	6,9	16,4	1,9	37,0
Nigéria	11,0	12,0	0,1	0,1	7,0	11,0	32,8	1,8	4,8	42,0
Ouganda	2,8	...	5,3	...	0	11,2	...	1,2	3,2	45,0
République centrafricaine	3,5	4,9	0,1	0,3	...	4,7	...	...	1,9	33,0
République démocratique du Congo	14,1	1,3	...	...	...	15,0	26,2	5,6	8,9	41,0
Rwanda	8,9	5,2	1,3	1,1	0	3,1	8,5	4,1	7,8	57,0
Sao Tomé-et-Principe	11,5	...	2,0	1,6	0	71,5	20,9	...	12,6	55,0
Sénégal	20,0	1,0	3,0	...	0	29,9	10,0	17,0	5,8	45,0
Seychelles	...	...	...	...	18,0	100,0	69,1	...	...	71,0
Sierra Leone	4,4	0,8	...	...	0	7,0	...	1,4	4,6	39,0
Somalie	...	...	...	...	...	...	...	...	...	25,0
Soudan du Sud	16,4	17,7	...	...	0	0	...	16,4	...	31,0
Tanzanie, République-Unie de	14,0	...	0,4	0,6	8,6	5,5	8,8	3,0	3,3	43,0
Tchad	...	...	...	...	0	1,0	4,7	...	1,4	28,0
Togo	23,2	49,0	...	...	0,7	19,0	8,3	...	2,9	43,0
Zambie	24,6	...	4,1	...	0	7,8	...	19,8	1,4	53,0
Zimbabwe	16,3	6,7	...	1,3	0	22,0	12,4	5,8	15,7	54,0
Amériques										
Amérique du Nord										
Canada	99,8	95,2	100,0	68,0	37,8	100,0	69,1	99,0	35,2	89,0
États-Unis	76,1	100,0	...	100,0	27,9	100,0	84,8	31,0	62,5	84,0
Saint-Pierre-et-Miquelon	100,0	100,0	100,0	77,3	41,5	100,0	100,0	100,0	...	...
Amérique latine et Caraïbes										
Anguilla	57,7	2,0	73,3	25,6	0	44,3	...	5,6	...	...
Antigua-et-Barbuda	...	...	37,0	7,9	0	75,8	...	3,9	...	73,0
Argentine	63,8	79,6	31,7	100,0	10,8	89,8	47,4	32,8	28,8	76,0
Aruba	87,0	...	82,5	...	15,7	97,5	69,8	15,5	1,0	...
Bahamas	49,1	...	46,5	51,0	26,9	89,6	67,4	2,1	5,3	75,0
Barbade	55,3	...	...	45,7	88,0	63,5	65,0	9,6	48,2	77,0
Belize	37,9	3,0	19,9	9,7	0	49,9	71,4	4,6	46,4	64,0

► Tableau A4.2 (suite)

Région/sous-région/ niveau de revenu	Indicateur 1.3.1 des ODD - Couverture globale (hors santé) ¹	Personnes protégées par des systèmes de protection sociale, y compris les socles								Indicateur 3.8.1 des ODD - Couverture sanitaire universelle ¹⁰
		Enfants ²	Maternité ³	Invalité ⁴	Chômage ⁵	Vieillesse ⁶	Accidents du travail ⁷	Vulnérabilité ⁸	Cotisants actifs au système de retraite ⁹	
Bermudes	80,6	4,4	...	38,2	0	100,0	...	28,0	64,9	...
Bolivie, État plurinational de	46,6	66,2	59,3	10,3	0	100,0	24,6	37,2	17,6	68,0
Brésil	69,9	67,7	47,8	100,0	17,6	91,5	48,7	45,9	39,5	79,0
Chili	70,2	68,5	46,6	99,4	27,0	71,5	68,7	38,1	39,9	7,0
Colombie	52,5	36,0	...	8,6	4,6	50,6	37,7	33,9	27,6	76,0
Costa Rica	58,0	38,8	23,4	79,6	...	56,2	58,1	30,1	41,6	77,0
Cuba	48,7	0,2	42,7	...	0	2,7	100,0	...	38,6	83,0
Curaçao	...	...	...	...	0	100,0	...	...	...	...
Dominique	46,8	...	38,6	9,7	0	60,3	68,3	28,2	82,8	...
El Salvador	22,0	8,5	11,0	2,8	0	20,1	30,7	7,6	15,7	76,0
Équateur	34,8	8,6	6,8	37,3	4,7	60,6	43,1	10,7	32,5	77,0
Grenade	66,1	...	85,3	...	0	47,8	92,4	20,0	66,9	72,0
Guadeloupe	82,2	100,0	...	100,0	79,1	72,7	36,6	26,7	...	...
Guatemala	14,5	2,6	18,1	2,2	0	16,7	18,6	6,8	1,6	55,0
Guyana	100,0	...	30,1	38,4	0	100,0	100,0	100,0	56,2	72,0
Guyane française	56,6	96,8	...	30,1	...	46,7	...	49,4	...	...
Haïti	5,8	4,1	...	...	0	0,4	2,1	3,2	4,0	49,0
Honduras	26,6	19,4	...	3,5	...	10,7	15,5	18,2	11,3	65,0
Îles Caïmans	...	...	...	...	0	...	...	...	...	...
Îles Turques-et-Caïques	52,1	...	57,5	9,1	0	68,4	...	1,8	...	...
Îles Vierges américaines	72,1	1,9	...	44,4	3,2	100,0	68,6	1,8	52,6	...
Îles Vierges britanniques	...	...	...	...	0	...	100,0	...	1,0	...
Jamaïque	30,8	27,0	7,0	31,1	0	40,3	...	14,3	2,8	65,0
Martinique	69,3	100,0	...	83,1	88,6	64,1	59,0	34,5	...	...
Mexique	62,4	23,4	10,4	40,4	6,0	100,0	35,4	48,0	25,0	76,0
Nicaragua	14,5	3,1	17,8	19,4	0	28,6	22,8	2,3	16,5	73,0
Panama	49,7	21,5	19,2	...	...	29,3	60,2	21,5	4,1	79,0
Paraguay	31,4	18,6	8,2	16,2	0	64,6	22,4	17,6	21,4	69,0
Pérou	29,3	16,1	8,8	7,3	...	35,7	7,4	15,1	2,3	77,0
Porto Rico	63,2	2,2	...	100,0	6,2	100,0	100,0	4,6	39,3	...
République dominicaine	53,6	62,1	17,4	10,4	0	11,3	45,2	41,5	26,7	74,0

► Tableau A4.2 (suite)

Région/sous-région/ niveau de revenu	Indicateur 1.3.1 des ODD - Couverture globale (hors santé) ¹	Personnes protégées par des systèmes de protection sociale, y compris les socles								Indicateur 3.8.1 des ODD - Couverture sanitaire universelle ¹⁰
		Enfants ²	Maternité ³	Invalidité ⁴	Chômage ⁵	Vieillesse ⁶	Accidents du travail ⁷	Vulnérabilité ⁸	Cotisants actifs au système de retraite ⁹	
Saint-Kitts-et-Nevis	72,4	...	78,0	35,2	0	62,3	...	22,3	1,0	...
Sainte-Lucie	35,4	...	39,4	13,2	0	32,5	53,6	2,5	36,9	68,0
Saint-Martin (partie française)	68,8	100,0	...	...	...	60,8	...	61,0	...	...
Saint-Martin (partie néerlandaise)	...	...	...	...	0	...	...	...	...	...
Saint-Vincent- et-les Grenadines	41,6	...	28,6	5,4	0	42,0	...	7,0	4,6	71,0
Suriname	33,5	57,9	0	...	0	100,0	...	29,6	7,6	71,0
Trinité-et-Tobago	55,2	14,6	40,4	68,1	0	91,1	67,8	24,0	4,7	74,0
Uruguay	93,8	65,6	100,0	100,0	31,6	100,0	71,4	84,3	44,5	8,0
Venezuela, République bolivarienne du	...	...	...	28,3	...	59,4	...	...	2,2	74,0
Asie et Pacifique										
Asie du Sud										
Afghanistan	7,5	0,4	1,7	13,6	1,7	24,7	4,2	5,9	1,8	37,0
Bangladesh	28,4	29,4	20,9	18,3	0	39,0	12,5	14,9	0,5	48,0
Bhoutan	8,8	13,5	10,4	...	0	...	28,4	5,0	10,0	62,0
Inde	24,4	24,1	41,5	5,6	0	42,5	3,7	16,4	15,5	55,0
Iran, République islamique d'	27,8	16,4	13,1	9,3	6,7	21,3	45,8	9,3	22,4	72,0
Maldives	21,2	8,2	26,2	42,7	0	100,0	...	8,1	19,6	62,0
Népal	17,0	22,9	9,8	13,7	0	84,2	4,5	14,8	3,7	48,0
Pakistan	9,2	5,4	...	1,7	0	5,8	2,7	5,0	5,7	45,0
Sri Lanka	36,4	32,0	29,4	18,0	0	35,7	58,0	16,0	24,7	66,0
Asie du Sud-Est et Pacifique										
Australie	100,0	100,0	100,0	100,0	52,7	100,0	72,0	100,0	...	87,0
Brunéi Darussalam	34,1	...	62,9	100,0	0	100,0	91,2	14,7	27,0	81,0
Cambodge	6,2	4,5	...	70,1	0	0,1	17,2	4,3	2,4	6,0
Chine	70,8	3,0	69,0	32,6	24,1	100,0	31,8	33,2	58,5	79,0
Fidji	58,9	2,6	24,5	20,1	0	92,1	55,7	28,2	40,0	64,0
Hong-kong, Chine	59,7	...	...	68,6	8,2	73,2	83,2	28,3	5,4	...
Îles Cook	86,3	100,0	...	...	...	100,0	...	85,8	...	...

► Tableau A4.2 (suite)

Région/sous-région/ niveau de revenu	Indicateur 1.3.1 des ODD - Couverture globale (hors santé) ¹	Personnes protégées par des systèmes de protection sociale, y compris les socles								Indicateur 3.8.1 des ODD - Couverture sanitaire universelle ¹⁰
		Enfants ²	Maternité ³	Invalidité ⁴	Chômage ⁵	Vieillesse ⁶	Accidents du travail ⁷	Vulnérabilité ⁸	Cotisants actifs au système de retraite ⁹	
Îles Marshall	25,2	...	...	...	0	62,7	...	1,7	33,2	...
Îles Salomon	...	...	23,8	...	0	...	33,3	...	...	47,0
Indonésie	27,8	25,6	28,4	2,5	0	14,8	22,5	16,5	16,2	57,0
Japon	98,0	85,4	...	56,1	22,4	100,0	83,6	100,0	61,7	83,0
Kiribati	21,0	1,3	...	...	0	93,8	...	5,1	41,8	41,0
Macao, Chine	79,9	...	...	100,0	4,4	44,4	...	12,7	66,4	...
Malaisie	27,3	2,8	46,5	30,5	3,0	18,6	49,8	2,1	31,3	73,0
Micronésie, États fédérés de	19,4	6,8	...	...	0	100,0	...	2,2	45,4	47,0
Mongolie	100,0	85,0	100,0	100,0	28,8	100,0	76,0	88,5	42,7	62,0
Myanmar	6,3	2,1	1,6	10,6	0	14,9	8,5	1,1	5,2	61,0
Nauru	45,4	...	...	84,6	2,8	95,7	...	45,4	...	...
Nouvelle-Calédonie	...	...	...	...	28,4	...	...	...	...	...
Nouvelle-Zélande	100,0	67,1	100,0	82,0	44,9	100,0	100,0	100,0	...	87,0
Palaos	35,8	...	...	...	0	100,0	...	17,8	1,0	...
Papouasie-Nouvelle-Guinée	9,6	...	...	...	0	22,3	20,5	...	14,6	4,0
Philippines	36,7	31,1	12,4	3,3	0	20,5	27,8	22,4	22,2	61,0
République de Corée	77,3	40,0	...	24,8	45,4	100,0	85,2	48,9	49,0	86,0
République démocratique populaire lao	12,1	...	12,7	0,3	7,6	6,3	8,0	7,7	6,2	51,0
République populaire démocratique de Corée	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Samoa	21,1	...	28,5	...	0	91,4	53,5	5,3	29,9	58,0
Singapour	100,0	...	89,3	57,7	0	33,1	86,0	100,0	4,9	86,0
Taïwan, Chine	76,7	16,4	14,0	...	11,1	87,6	...	19,9	58,9	...
Thaïlande	68,0	21,0	40,0	92,0	61,0	89,1	31,0	54,3	28,3	8,0
Timor-Leste	30,6	38,2	...	21,6	0	100,0	31,3	26,5	8,9	52,0
Tonga	22,2	3,3	26,3	20,2	0	90,0	...	6,2	26,5	58,0
Tuvalu	...	...	...	...	0	15,0	...	...	...	...
Vanuatu	57,4	...	...	...	0	...	28,1	53,3	...	48,0
Viet Nam	38,8	...	44,0	83,5	66,6	40,9	26,2	24,6	2,3	75,0

► Tableau A4.2 (suite)

Région/sous-région/ niveau de revenu	Indicateur 1.3.1 des ODD - Couverture globale (hors santé) ¹	Personnes protégées par des systèmes de protection sociale, y compris les socles								Indicateur 3.8.1 des ODD - Couverture sanitaire universelle ¹⁰
		Enfants ²	Maternité ³	Invalité ⁴	Chômage ⁵	Vieillesse ⁶	Accidents du travail ⁷	Vulnérabilité ⁸	Cotisants actifs au système de retraite ⁹	
États arabes										
Arabie saoudite	77,8	6,0	...	9,4	6,4	33,2	74,7	49,8	18,6	74,0
Bahreïn	62,4	3,8	...	28,6	46,6	75,1	61,7	36,9	55,8	77,0
Émirats arabes unis	3,5	0,2	...	1,8	0,3	22,6	1,4	1,2	18,6	76,0
Iraq	40,5	...	...	9,3	0	33,1	...	26,9	14,3	61,0
Jordanie	27,8	8,8	4,8	20,0	5,3	60,0	57,5	9,7	23,6	76,0
Koweït	17,7	0,4	...	8,4	4,4	27,6	95,1	2,6	2,3	76,0
Liban	13,9	32,7	0	...	0	9,8	47,8	1,7	4,6	73,0
Oman	16,3	0,2	...	16,0	...	46,9	9,5	1,7	34,0	69,0
Qatar	7,0	0,5	...	6,4	1,0	19,4	...	0,6	16,8	68,0
République arabe syrienne	...	...	...	...	...	17,0	47,8	...	7,5	6,0
Territoire palestinien occupé	16,6	12,1	...	30,6	0	65,7	...	13,2	28,8	...
Yémen	2,8	0	...	0,1	0	7,4	9,9	0	2,8	42,0
Europe et Asie centrale										
Asie centrale et occidentale										
Arménie	54,4	30,2	61,6	100,0	0	65,2	53,2	19,6	24,6	69,0
Azerbaïdjan	39,0	16,9	16,0	100,0	19,1	72,8	32,1	13,4	2,8	65,0
Chypre	61,2	60,3	100,0	22,6	17,8	97,8	68,2	24,1	5,5	78,0
Géorgie	97,1	48,1	26,0	100,0	0	90,9	48,9	92,9	3,2	66,0
Israël	54,9	...	100,0	89,2	42,0	100,0	74,1	...	64,4	82,0
Kazakhstan	100,0	57,4	44,2	100,0	8,9	99,6	75,4	74,2	68,8	76,0
Kirghizistan	41,7	16,9	23,8	65,1	2,7	100,0	64,6	14,1	36,2	7,0
Ouzbékistan	42,7	29,2	16,0	39,7	0,8	100,0	44,1	15,6	...	73,0
Tadjikistan	26,6	14,0	66,5	49,0	20,8	93,7	...	7,5	21,3	68,0
Turkménistan	...	...	...	...	...	...	...	...	...	7,0
Turquie	79,8	...	...	5,6	18,3	100,0	60,3	...	32,3	74,0
Europe de l'Est										
Bélarus	36,0	...	100,0	100,0	44,6	100,0	70,9	...	42,7	76,0
Bulgarie	88,3	48,6	100,0	100,0	35,4	94,0	86,8	28,8	46,8	66,0
Fédération de Russie	90,1	100,0	63,0	100,0	82,7	100,0	79,1	76,0	61,6	74,0

► Tableau A4.2 (suite)

Région/sous-région/ niveau de revenu	Indicateur 1.3.1 des ODD - Couverture globale (hors santé) ¹	Personnes protégées par des systèmes de protection sociale, y compris les socles								Indicateur 3.8.1 des ODD - Couverture sanitaire universelle ¹⁰
		Enfants ²	Maternité ³	Invalidité ⁴	Chômage ⁵	Vieillesse ⁶	Accidents du travail ⁷	Vulnérabilité ⁸	Cotisants actifs au système de retraite ⁹	
Hongrie	86,2	100,0	100,0	100,0	26,3	90,5	78,3	56,0	54,1	74,0
Pologne	84,9	100,0	100,0	100,0	16,5	83,6	100,0	52,0	5,5	75,0
République de Moldova	42,0	...	100,0	100,0	10,5	75,2	71,6	...	3,2	69,0
Roumanie	95,0	100,0	100,0	100,0	15,8	93,5	63,1	82,6	34,2	74,0
Slovaquie	92,1	100,0	100,0	100,0	13,0	90,6	66,4	70,0	56,8	77,0
Tchéquie	88,8	10,8	100,0	100,0	45,7	91,3	66,2	32,0	5,6	76,0
Ukraine	73,0	100,0	100,0	100,0	84,1	96,0	...	39,0	25,5	68,0
Europe de l'Ouest, du Nord et du Sud										
Albanie	...	...	...	...	6,9	77,0	34,0	...	24,1	59,0
Allemagne	99,5	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	96,0	53,2	83,0
Andorre	...	...	...	...	11,1	...	...	...	...	...
Autriche	98,6	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	77,4	93,0	53,7	79,0
Belgique	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	63,1	100,0	49,3	84,0
Bosnie-Herzégovine	40,0	...	100,0	100,0	5,3	69,5	...	...	2,7	61,0
Croatie	56,0	47,0	100,0	100,0	22,4	89,8	68,0	...	4,3	71,0
Danemark	89,5	100,0	100,0	100,0	93,7	100,0	88,0	63,7	62,2	81,0
Espagne	80,9	100,0	100,0	77,3	44,2	98,2	76,2	45,0	46,9	83,0
Estonie	98,4	100,0	100,0	100,0	47,5	100,0	76,8	91,7	47,5	75,0
Finlande	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	66,5	100,0	53,0	78,0
France	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	74,1	100,0	45,3	78,0
Grèce	64,0	...	100,0	100,0	26,4	95,8	46,9	...	49,2	75,0
Guernesey	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Île de Man	...	...	...	...	80,0	...	...	...	...	...
Irlande	90,1	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	71,8	73,8	62,7	76,0
Islande	81,0	63,4	100,0	100,0	100,0	71,4	95,1	...	75,3	84,0
Italie	82,0	...	100,0	91,4	48,2	94,4	72,2	42,6	48,7	82,0
Jersey	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Lettonie	96,5	100,0	100,0	100,0	40,0	92,0	69,2	85,0	61,4	71,0
Liechtenstein	...	100,0	100,0	100,0	67,2	100,0	...	...	...	...
Lituanie	92,7	100,0	100,0	100,0	37,7	97,1	64,7	51,3	59,0	73,0
Luxembourg	96,0	100,0	100,0	100,0	49,8	100,0	77,1	...	59,3	83,0

► Tableau A4.2 (suite)

Région/sous-région/ niveau de revenu	Indicateur 1.3.1 des ODD - Couverture globale (hors santé) ¹	Personnes protégées par des systèmes de protection sociale, y compris les socles								Indicateur 3.8.1 des ODD - Couverture sanitaire universelle ¹⁰
		Enfants ²	Maternité ³	Invalité ⁴	Chômage ⁵	Vieillesse ⁶	Accidents du travail ⁷	Vulnérabilité ⁸	Cotisants actifs au système de retraite ⁹	
Macédoine du Nord	39,0	...	100,0	100,0	17,5	68,6	...	...	44,7	72,0
Malte	...	...	100,0	59,8	49,7	100,0	73,5	...	56,5	82,0
Monaco	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Monténégro	41,0	...	100,0	100,0	29,3	90,6	...	...	43,8	68,0
Norvège	95,8	100,0	100,0	100,0	58,2	100,0	89,6	83,1	63,8	87,0
Pays-Bas	97,5	100,0	100,0	100,0	74,8	100,0	97,6	90,3	63,6	86,0
Portugal	90,2	93,1	100,0	89,0	40,2	90,4	77,3	59,3	53,8	82,0
Royaume-Uni	93,5	100,0	100,0	100,0	56,4	100,0	68,0	76,6	55,7	87,0
Saint-Marin	...	...	100,0	...	...	...	96,9	...	...	...
Serbie	39,0	...	...	...	6,6	63,5	66,2	...	29,9	65,0
Slovénie	100,0	79,4	96,0	100,0	29,7	100,0	80,5	100,0	54,5	79,0
Suède	100,0	100,0	100,0	100,0	60,2	100,0	84,8	100,0	64,6	86,0
Suisse	92,7	100,0	100,0	96,9	62,0	100,0	66,7	70,2	68,3	83,0

Sources*Source principale*

BIT, World Social Protection Database, d'après l'enquête sur la sécurité sociale (Social Security Inquiry – SSI). Disponible à l'adresse <https://ilostat.ilo.org/fr/> [juin 2021].

Autres sources

BAD (Banque asiatique de développement). Base de données de l'indice de protection sociale. Disponible à l'adresse <https://spi.adb.org/spidmz/> [1^{er} juin 2021].

BIT. ILOSTAT. Disponible à l'adresse <https://ilostat.ilo.org/> [juin 2021].

CISSTAT (Comité de statistique de la Communauté d'États indépendants). Base de données WEB Statistiques de la CEI. Disponible à l'adresse <http://www.cisstat.com/> [juin 2021].

IPC-IG (International Policy Centre for Inclusive Growth) et UNICEF. 2019. Protection sociale en Asie et dans le Pacifique: inventaire des programmes non contributifs. Disponible à l'adresse (en anglais) <https://www.unicef.org/pacificislands/media/706/file/Social-Protection-in-Asia-and-the-Pacific.pdf> [juin 2021]

Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population. Base de données World Population Prospects (perspectives démographiques mondiales). Disponible à l'adresse <https://esa.un.org/unpd/wpp/> [juin 2021].

OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques). Base de données sur les bénéficiaires de prestations sociales (SOCR). Disponible à l'adresse <http://www.oecd.org/social/recipients.htm> [juin 2021].

OMS (Organisation mondiale de la santé). Base de données sur la croissance et la malnutrition des enfants dans le monde. Disponible à l'adresse <http://www.who.int/nutgrowthdb/database/en/> [juin 2021].

► Tableau A4.2 (suite)

Notes

... Données non disponibles.

* À interpréter avec prudence: les estimations basées sur la couverture des données déclarées concernent moins de 40 pour cent de la population.

¹ Part de la population couverte par au moins une prestation sociale en espèces: population touchant des prestations en espèces, à l'exclusion des prestations de soins de santé et de maladie, au titre d'au moins une des fonctions de prévoyance/protection sociale (contributive ou non contributive) ou qui cotise activement à au moins un régime de sécurité sociale, rapporté à la population totale.

² Part des enfants couverts par des prestations de protection sociale: nombre d'enfants/ménages touchant des prestations à l'enfance ou des allocations familiales en espèces, rapporté au nombre total d'enfants/ménages avec des enfants.

³ Part des femmes ayant donné naissance couvertes par une prestation de maternité: nombre de femmes touchant des prestations de maternité en espèces, rapporté au nombre de femmes ayant donné naissance au cours de la même année (estimation fondée sur les taux de fécondité par âge publiés dans les perspectives démographiques mondiales (World Population Prospects) des Nations Unies, ou sur le nombre de naissances vivantes corrigé par la part des naissances de jumeaux et de triplés).

⁴ Part des personnes handicapées percevant des prestations: nombre de personnes bénéficiant de prestations d'invalidité en espèces, rapporté au nombre de personnes présentant de graves handicaps. Ce dernier chiffre s'obtient en calculant le produit du taux de prévalence des handicaps (publiés pour chaque groupe de pays par l'OMS) et de la population de chaque pays.

⁵ Part des chômeurs touchant des prestations: nombre de bénéficiaires d'allocations de chômage en espèces rapporté au nombre total de chômeurs.

⁶ Part des personnes âgées percevant une pension: nombre de personnes ayant dépassé l'âge légal de la retraite qui perçoivent une pension de vieillesse (y compris les prestations contributives et non contributives), rapporté au nombre total de personnes ayant dépassé l'âge légal de la retraite.

⁷ Part des travailleurs couverts en cas d'accident du travail ou de maladies professionnelles: nombre de travailleurs protégés par une assurance en cas d'accident du travail et de maladies professionnelles, rapporté à l'emploi total ou à la population active.

⁸ Part des personnes vulnérables touchant des prestations: nombre de bénéficiaires de l'assistance sociale rapporté au nombre total de personnes vulnérables. Ce dernier chiffre s'obtient en soustrayant à la population totale le nombre de personnes en âge de travailler qui cotisent à un régime d'assurance sociale ou qui touchent des prestations contributives, ainsi que toutes les personnes ayant au moins l'âge de la retraite qui perçoivent des prestations contributives.

⁹ Part de la population en âge de travailler cotisant activement à un régime de pension: nombre de travailleurs protégés par un régime de pension (cotisants actifs), rapporté à la population en âge de travailler.

¹⁰ Couverture des services de santé essentiels (définie comme la couverture moyenne des services essentiels mesurée à partir des interventions de référence concernant notamment la santé procréative, maternelle, néonatale et infantile, les maladies infectieuses, les maladies non transmissibles et la capacité d'accueil et l'accessibilité des services pour la population en général et les plus défavorisés en particulier).

Les données régionales et mondiales agrégées sont pondérées par les groupes de population concernés. Les estimations ne sont pas strictement comparables aux estimations régionales de 2016, en raison du perfectionnement des méthodes, de la plus grande disponibilité de données et des révisions des pays.

Pour une définition détaillée des indicateurs, veuillez consulter l'annexe 2 du présent rapport.

► **Tableau A4.3 Dépenses publiques de santé et de protection sociale, 2020 ou dernière année disponible (en pourcentage du PIB)**

Région/sous-région/ niveau de revenu	Dépenses totales consacrées à la protection sociale (hors santé) ^a	Dépenses par tranche d'âge couverte par des systèmes de protection sociale, y compris les socles			Dépenses intérieures publiques consacrées à la santé, OMS
		Enfants	Population en âge de travailler	Vieillesse	
Afrique	3,8	0,4	1,1	2,2	2,0
Afrique du Nord	7,7	0,2	1,3	5,6	2,4
Afrique subsaharienne	2,1	0,4	1,0	0,9	1,8
Amériques	16,6	0,7	2,6	6,6	7,6
Amérique du Nord	18,1	0,8	2,7	6,8	8,5
Amérique latine et Caraïbes	10,1	0,5	2,0	5,9	3,9
Asie et Pacifique	7,5	1,1	1,7	5,1	4,0
Asie du Sud	2,6	0,1	0,4	1,3	1,4
Asie du Sud-Est et Pacifique	8,2	1,4	1,9	5,7	4,4
États arabes	4,6	0,1	1,4	3,8	3,2
Europe et Asie centrale	17,4	1,5	7,7	10,7	6,7
Asie centrale et occidentale	9,5	0,8	2,9	6,0	3,2
Europe de l'Est	13,8	1,2	4,3	9,7	3,9
Europe de l'Ouest, du Nord et du Sud	18,7	1,6	8,7	11,3	7,5
Monde	12,9	1,1	3,6	7,0	5,8
Faible revenu	1,1	0,1	0,7	0,8	1,0
Revenu interm. (tranche inf.)	2,5	0,2	0,8	1,4	1,3
Revenu interm. (tranche sup.)	8,0	0,5	1,6	5,3	3,2
Revenu élevé	16,4	1,2	4,8	8,5	7,6

► Tableau A4.3 (suite)

Pays/territoire	Dépenses totales consacrées à la protection sociale (hors santé) ^a	Dépenses par tranche d'âge couverte par des systèmes de protection sociale, y compris les socles				Secteur	Source	Dépenses intérieures publiques générales consacrées à la santé, OMS
		Enfants	Population en âge de travailler	Vieillesse				
Kenya	1,0	0	0,3	1,5	Administration centrale – comptes budgétaires	FMI	2,2	
Lesotho	5,5	0,9	1,7	2,9	Administration publique	UNICEF	5,4	
Libéria	0,4	0,1	0,1	0,2	Administration publique	BIT/National/BM	1,7	
Madagascar	1,0	0,2	1,0	1,4	Administration centrale – comptes budgétaires	FMI	1,7	
Malawi	1,6	0	0,3	1,2	Administration publique	Prévision GSW	2,7	
Mali	2,2	0,1	0,6	1,6	Administration publique	BIT/BM	1,1	
Maurice	6,8	0,6	1,4	4,9	Administration publique	FMI	2,5	
Mauritanie	3,6	0,2	2,4	1,0	Administration publique	BIT/National/BM	1,6	
Mozambique	0,8	0	0,8	0	Administration centrale – comptes budgétaires	FMI	1,7	
Namibie	3,8	0,7	1,9	3,1	Administration centrale – comptes budgétaires	BIT/National	3,7	
Niger	1,4	0	0,6	0,7	Administration publique	BIT/BM	2,4	
Nigéria	0,7	0	0,7	0	Administration publique	BIT/National/BM	0,6	
Ouganda	0,7	0	0,6	0	Administration centrale – comptes budgétaires	FMI	1,0	
République centrafricaine	2,8	...	2,8	...	Administration publique	BIT/National	0,7	
République démocratique du Congo	1,8	...	0,7	...	Administration publique	GSW	0,5	
Rwanda	1,8	...	1,5	0,3	Administration publique	UNICEF	2,4	
Sao Tomé-et-Principe	0,7	0,6	0,2	0	Administration publique	BIT/National	2,8	
Sénégal	3,3	0	1,2	2,1	Administration publique	BM	0,9	
Seychelles	6,4	0,2	6,1	0	Administration publique	FMI	3,8	
Sierra Leone	0,7	0,1	0	0	Administration publique	Prévision GSW	1,6	
Somalie	0	...	0	0	Administration centrale – comptes budgétaires	FMI	...	
Soudan du Sud	...	...	...	...	...	...	0,7
Tanzanie, République-Unie de	1,7	0	0,4	1,3	Administration publique	BIT/National	1,6	
Tchad	0,6	0	0,6	...	Administration publique	BIT/BM	0,7	
Togo	0,1	0	0	1,4	Administration publique	Prévision GSW	1,1	
Zambie	0,8	0	0,3	0,4	Administration publique	National	1,9	
Zimbabwe	2,9	0,1	0,1	2,7	Administration publique	BIT/National/BM	1,3	

► Tableau A4.3 (suite)

Pays/territoire	Dépenses totales consacrées à la protection sociale (hors santé) ^a	Dépenses par tranche d'âge couverte par des systèmes de protection sociale, y compris les socles					Source	Dépenses intérieures publiques générales consacrées à la santé, OMS
		Enfants	Population en âge de travailler	Vieillesse	Secteur			
Amériques								
Amérique du Nord								
Canada	8,3	2,3	4,5	2,9	Administration publique	National	7,9	
États-Unis	18,9	0,6	2,6	7,1	Administration publique	OCDE	8,5	
Saint-Pierre-et-Miquelon	...	...	...	...	...	...	...
Amérique latine et Caraïbes								
Anguilla	...	...	...	...	...	...	...
Antigua-et-Barbuda	3,4	...	0,4	3,1	Administration publique	BIT/National	2,9	
Argentine	10,9	1,6	0,5	8,9	Administration centrale ^b	FMI	5,9	
Aruba	...	...	...	...	...	...	...
Bahamas	1,9	...	0,4	1,5	Administration publique	BIT/National	3,1	
Barbade	4,1	...	2,5	2,0	Administration centrale – comptes budgétaires	CEPALC	2,9	
Belize	2,1	0	0,5	1,3	Administration publique	GSW	3,9	
Bermudes	...	...	...	...	...	...	...
Bolivie, État plurinational de	4,5	0,2	0,2	3,0	Administration centrale	CEPALC	4,5	
Brésil	15,7	0,5	4,0	9,7	Administration publique	CEPALC	4,0	
Chili	6,8	1,8	2,2	2,8	Administration publique	OCDE	4,6	
Colombie	9,0	0,2	0,2	3,1	Administration publique	CEPALC	5,5	
Costa Rica	7,3	2,6	0,1	4,7	Secteur public non financier	CEPALC	5,5	
Cuba	6,4	...	...	...	Administration publique	CEPALC	9,9
Curaçao	...	...	...	...	...	...	...
Dominique	9,4	0,5	5,8	3,1	Administration publique	BIT/National	4,3	
El Salvador	5,4	0,1	2,9	1,3	Secteur public non financier	CEPALC	4,5	
Équateur	5,2	0,2	0,5	4,5	Administration publique	BIT/National	4,2	
Grenade	3,8	...	1,7	2,0	Administration publique	BIT/National	1,7	
Guadeloupe	...	...	...	...	...	...	...
Guatemala	1,3	0,1	0,2	1,0	Administration centrale	CEPALC	2,1	
Guyana	2,3	...	0,2	3,9	Administration centrale ^b	CEPALC	3,7	
Guyane française	...	...	...	...	...	...	...
Haïti	1,0	0,1	0,1	...	Administration publique	Prévision GSW	0,9	

► Tableau A4.3 (suite)

Pays/territoire	Dépenses totales consacrées à la protection sociale (hors santé) ^a	Dépenses par tranche d'âge couverte par des systèmes de protection sociale, y compris les socles					Source	Dépenses intérieures publiques générales consacrées à la santé, OMS
		Enfants	Population en âge de travailler	Vieillesse	Secteur			
Honduras	0,4	...	0,3	0,2	Administration centrale	CEPALC	2,8	
Îles Caïmans	...	...	...	...	...	...	...
Îles Turques-et-Caïques	...	...	...	...	...	...	...
Îles Vierges américaines	...	...	...	...	...	...	...
Îles Vierges britanniques	...	...	...	...	...	...	...
Jamaïque	0,7	...	0,4	...	Administration centrale	CEPALC	3,9	
Martinique	...	...	...	...	...	...	...
Mexique	7,5	0,1	1,0	3,6	Administration publique	OCDE	2,7	
Nicaragua	0,4	...	2,5	4,0	Administration centrale	CEPALC	5,1	
Panama	1,3	0	1,0	0,4	Administration centrale	CEPALC	4,6	
Paraguay	6,2	0	0,2	1,5	Administration publique	CEPALC	2,9	
Pérou	2,7	...	0,2	0,1	Administration publique	CEPALC	3,3	
Porto Rico	...	...	...	...	...	...	...
République dominicaine	1,5	0	0,8	0,7	Administration centrale	CEPALC	2,5	
Saint-Kitts-et-Nevis	2,9	...	0,7	2,2	Administration publique	BIT/National/ CEPALC	2,5	
Sainte-Lucie	2,9	0,4	1,1	1,5	Administration publique	BIT/National/ UNICEF	2,1	
Saint-Martin (partie française)	...	...	...	...	...	...	...
Saint-Martin (partie néerlandaise)	...	...	...	...	...	...	...
Saint-Vincent- et-les Grenadines	4,4	...	...	0,1	Administration publique	BIT	3,1
Suriname	1,6	...	...	1,6	Administration publique	National	5,3
Trinité-et-Tobago	5,4	...	0,9	...	Administration centrale ^b	CEPALC	3,4	
Uruguay	8,8	0,3	1,2	7,3	Administration publique	BIT/National/ ECLAC	6,7	
Venezuela, République bolivarienne du	8,7	...	...	0	Administration publique	BIT	1,7

► Tableau A4.3 (suite)

Pays/territoire	Dépenses totales consacrées à la protection sociale (hors santé) ^a	Dépenses par tranche d'âge couverte par des systèmes de protection sociale, y compris les socles					Source	Dépenses intérieures publiques générales consacrées à la santé, OMS
		Enfants	Population en âge de travailler	Vieillesse	Secteur			
Asie du Sud-Est et Pacifique								
Asie du Sud								
Afghanistan	1,8	0,1	1,3	1,5	Administration publique	FMI	0,5	
Bangladesh	0,7	0,1	1,1	0,8	Administration centrale – comptes budgétaires	FMI	0,4	
Bhoutan	1,0	0,2	0	0,8	Administration centrale – comptes budgétaires	BIT/BAD/BM	2,4	
Inde	1,4	0,1	0,3	0,3	Administration publique	FMI	1,0	
Iran, République islamique d'	10,1	...	...	6,1	Administration publique	BIT/FMI	4,0
Maldives	2,9	0,1	0,4	2,4	Administration publique	BAD	6,6	
Népal	2,1	...	2,1	...	Administration publique	National	1,5	
Pakistan	1,9	...	0,4	1,5	Administration centrale – comptes budgétaires	FMI	1,1	
Sri Lanka	3,2	0,1	0,4	2,7	Administration publique	BAD	1,5	
Asie du Sud-Est et Pacifique								
Australie	9,4	2,2	5,8	3,8	Administration publique	FMI	6,4	
Brunéi Darussalam	0,2	...	...	0,4	Administration publique	BIT/BAD	2,3
Cambodge	0,9	0,2	0,6	0,3	Administration publique	Prévision GSW	1,3	
Chine	7,2	...	1,2	5,0	Administration publique	FMI	3,0	
Fidji	2,5	0,1	0,5	1,9	Administration publique	BIT/National	2,3	
Hong-kong, Chine	2,8	0,2	2,3	0,3	Administration publique	FMI	...	
Îles Cook	4,2	0,6	0,4	3,1	Administration publique	BAD	2,4	
Îles Marshall	3,4	0,9	4,4	7,2	Administration centrale – comptes budgétaires	FMI	7,6	
Îles Salomon	0,7	0,2	0,5	...	Administration centrale – comptes budgétaires	FMI	3,5	
Indonésie	1,3	0,4	1,3	0,9	Administration publique	FMI	1,4	
Japon	16,1	1,9	2,9	12,4	Administration publique	FMI	9,2	
Kiribati	10,8	...	5,0	5,7	Administration publique	BAD	9,3	
Macao, Chine	4,1	0	0,1	0,8	Administration publique	FMI	...	
Malaisie	4,2	...	0,6	5,0	Administration publique	BAD	1,9	
Micronésie, États fédérés de	0,4	1,0	0,4	5,7	Administration centrale – comptes budgétaires	FMI	3,3	
Mongolie	15,9	1,1	10,7	10,9	Administration publique	FMI	2,2	

► Tableau A4.3 (suite)

Pays/territoire	Dépenses totales consacrées à la protection sociale (hors santé) ^a	Dépenses par tranche d'âge couverte par des systèmes de protection sociale, y compris les socles					Dépenses intérieures publiques générales consacrées à la santé, OMS
		Enfants	Population en âge de travailler	Vieillesse	Secteur	Source	
Myanmar	0,8	0	0	0	Administration publique	FMI	0,7
Nauru	4,5	...	3,0	1,5	Administration publique	BAD	7,9
Nouvelle-Calédonie	...	...	...	...	...	...	...
Nouvelle-Zélande	11,5	2,5	4,2	4,8	Administration publique	OCDE	6,9
Palaos	1,0	0,7	1,1	6,7	Administration centrale – comptes budgétaires	FMI	6,4
Papouasie-Nouvelle-Guinée	0,1	...	0,1	1,0	Administration publique	GSW	1,7
Philippines	2,6	0,1	1,8	0,8	Administration centrale – comptes budgétaires	FMI	1,4
République de Corée	6,3	1,2	2,0	3,1	Administration publique	OCDE	4,4
République populaire démocratique de Corée	...	...	...	...	...	...	...
République démocratique populaire lao	0,7	...	0	0,5	Administration publique	National	0,9
Samoa	1,2	...	...	3,1	Administration centrale – comptes budgétaires	FMI	3,8
Singapour	1,0	0,4	1,3	3,8	Administration publique	FMI	2,2
Taïwan, Chine	4,4	...	3,2	1,2	Administrations locales	BIT/National	...
Thaïlande	3,0	0	1,5	1,5	Administration publique	FMI	2,9
Timor-Leste	8,0	0,8	10,8	2,3	Administration publique	BAD	2,6
Tonga	1,1	...	...	1,1	Administration publique	BAD	3,2
Tuvalu	...	...	...	...	...	...	15,2
Vanuatu	1,7	...	0,8	0,8	Administration publique	BAD	2,1
Viet Nam	4,3	...	0,1	4,2	Administration publique	BAD	2,7

► Tableau A4.3 (suite)

Pays/territoire	Dépenses totales consacrées à la protection sociale (hors santé) ^a	Dépenses par tranche d'âge couverte par des systèmes de protection sociale, y compris les socles					Dépenses intérieures publiques générales consacrées à la santé, OMS
		Enfants	Population en âge de travailler	Vieillesse	Secteur	Source	
États arabes							
Arabie saoudite	5,3	0	2,0	3,3	Administration publique	BIT/National	4,0
Bahreïn	6,3	...	1,1	5,2	Administration publique	BIT/National	2,4
Émirats arabes unis	2,2	...	1,2	...	Administration publique	FMI	2,2
Iraq	7,6	...	2,0	5,6	Administration publique	BIT/National	2,0
Jordanie	9,0	0,1	1,2	7,6	Administration centrale – comptes budgétaires	FMI	3,8
Koweït	7,0	0	0,6	6,3	Administration centrale	FMI	4,4
Liban	6,2	0,8	0,2	5,2	Administration centrale – comptes budgétaires	FMI	4,2
Oman	2,2	0	0,2	2,0	Administration centrale – comptes budgétaires	FMI	3,6
Qatar	0,9	...	0,1	0,8	Administration publique	BIT/National	1,9
République arabe syrienne	0,4	...	...	...	Administration publique	BIT/FMI	...
Territoire palestinien occupé	3,3	0	0,6	2,3	Administration centrale – comptes budgétaires	FMI	...
Yémen	0,7	...	0	0,7	Administration publique	FMI	...
Europe et Asie centrale							
Asie centrale et occidentale							
Arménie	6,8	1,0	0,7	5,2	Administration centrale – comptes budgétaires	FMI	1,2
Azerbaïdjan	6,0	0,2	1,3	4,4	Administration publique	FMI	0,9
Chypre	12,7	2,9	2,3	7,6	Administration publique	FMI	2,9
Géorgie	7,1	1,7	1,1	4,2	Administration publique	FMI	2,8
Israël	11,4	2,3	3,7	5,4	Administration publique	OCDE	4,9
Kazakhstan	5,1	0,6	1,0	3,5	Administration publique	FMI	1,8
Kirghizistan	10,3	1,2	0,7	8,3	Administration publique	FMI	2,8
Ouzbékistan	7,8	0,8	0,6	8,3	Administration publique	FMI	2,0
Tadjikistan	4,0	...	0,6	3,4	Administration publique	BAD	2,0
Turkménistan	...	...	...	...	...	...	1,2
Turquie	9,9	0,1	3,4	6,8	Administration publique	FMI	3,2

► Tableau A4.3 (suite)

Pays/territoire	Dépenses totales consacrées à la protection sociale (hors santé) ^a	Dépenses par tranche d'âge couverte par des systèmes de protection sociale, y compris les socles					Source	Dépenses intérieures publiques générales consacrées à la santé, OMS
		Enfants	Population en âge de travailler	Vieillesse	Secteur			
Europe de l'Est								
Bélarus	13,3	0,3	12,6	0,7	Administration publique	FMI	4,0	
Bulgarie	12,2	2,3	0,8	9,0	Administration publique	FMI	4,2	
Fédération de Russie	13,4	0,7	3,5	10,3	Administration centrale ^b	FMI	3,2	
Hongrie	13,5	1,7	6,9	7,7	Administration publique	FMI	4,6	
Pologne	16,2	2,6	5,7	10,8	Administration publique	FMI	4,5	
République de Moldova	11,0	1,1	2,7	7,2	Administration publique	FMI	3,7	
Roumanie	11,7	1,2	1,7	8,8	Administration publique	FMI	4,4	
Slovaquie	14,3	1,0	6,8	8,4	Administration publique	FMI	5,3	
Tchéquie	12,0	1,1	5,2	7,9	Administration publique	FMI	6,3	
Ukraine	16,2	1,2	4,1	10,9	Administration publique	FMI	3,7	
Europe de l'Ouest, du Nord et du Sud								
Albanie	9,2	1,3	0,2	7,6	Administration publique	FMI	2,8	
Allemagne	19,4	1,7	9,1	11,3	Administration publique	FMI	8,9	
Andorre	1,1	...	...	...	Administration publique	National	4,6
Autriche	20,1	2,1	7,2	13,7	Administration publique	FMI	7,5	
Belgique	19,7	2,2	10	11,1	Administration publique	FMI	7,8	
Bosnie-Herzégovine	...	...	...	...	...	...	6,2
Croatie	14,7	1,9	3,4	9,4	Administration publique	FMI	5,7	
Danemark	22,2	4,4	15,9	8,3	Administration publique	FMI	8,4	
Espagne	16,8	0,8	7,4	11,5	Administration publique	FMI	6,3	
Estonie	13,0	2,7	6,1	6,7	Administration publique	FMI	4,9	
Finlande	24,4	3,0	11,6	14,4	Administration publique	FMI	7,1	
France	23,9	2,2	9,6	14,8	Administration publique	FMI	8,3	
Grèce	19,0	0,8	5,1	15,2	Administration publique	FMI	4,0	
Guernesey	...	...	...	...	...	...	...
Île de Man	...	...	...	...	...	...	...
Irlande	9,0	1,3	5,9	3,8	Administration publique	FMI	5,1	
Islande	9,9	2,1	7,6	3,1	Administration publique	FMI	7,0	
Italie	20,9	1,0	6,2	16,0	Administration publique	FMI	6,4	
Jersey	...	...	...	...	...	...	...
Lettonie	11,5	1,2	5,6	6,9	Administration publique	FMI	3,7	

► Tableau A4.3 (suite)

Pays/territoire	Dépenses totales consacrées à la protection sociale (hors santé) ^a	Dépenses par tranche d'âge couverte par des systèmes de protection sociale, y compris les socles					Secteur	Source	Dépenses intérieures publiques générales consacrées à la santé, OMS
		Enfants	Population en âge de travailler	Vieillesse					
Liechtenstein	
Lituanie	12,1	1,5	6,4	6,5	Administration publique	FMI	4,3		
Luxembourg	18,3	3,6	8,1	9,7	Administration publique	FMI	4,5		
Macédoine du Nord	11,2	1,3	0,5	9,4	Administration publique	BIT/National/WB	3,8		
Malte	11,0	0,9	2,1	8,0	Administration publique	FMI	5,7		
Monaco	...	...	...	...		...	1,4
Monténégro	...	...	...	...		...	5,1
Norvège	19,1	3,4	13,3	7,3	Administration publique	FMI	8,6		
Pays-Bas	15,5	1,4	11,8	6,5	Administration publique	FMI	6,5		
Portugal	17,1	1,0	5,2	13,2	Administration publique	FMI	5,8		
Royaume-Uni	15,1	1,3	7,5	8,4	Administration publique	FMI	7,9		
Saint-Marin	16,8	...	...	...	Administration publique	BIT/FMI	6,0
Serbie	16,1	...	...	9,9	Administration publique	BIT	5,1
Slovénie	16,7	1,8	5,8	11,2	Administration publique	FMI	6,0		
Suède	19,5	2,5	11,7	10,7	Administration publique	FMI	9,3		
Suisse	12,8	0,4	8,1	7,0	Administration publique	FMI	3,7		

Sources

BAD (Banque asiatique de développement). Social Protection Index Database. Disponible à l'adresse <https://spi.adb.org/spidmz/> [1^{er} juin 2021].

Banque mondiale. Base de données du HDNSP sur les pensions – base de données sur les dépenses en matière de pensions 2019. Disponible à l'adresse <https://www.worldbank.org/fr/topic/socialprotection/brief/pensions-data> [juin 2021].

BIT, World Social Protection Database, d'après l'enquête sur la sécurité sociale (Social Security Inquiry – SSI). Disponible à l'adresse <https://ilostat.ilo.org/fr/> [juin 2021].

BIT. ILOSTAT. Disponible à l'adresse <https://ilostat.ilo.org/> [juin 2021].

CEPALC (Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes). Statistiques et indicateurs: dépenses publiques sociales. Disponible à l'adresse http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB_CEPALSTAT/Portada.asp?idioma=i [juin 2021].

CISSTAT (Comité de statistique de la Communauté d'États indépendants). Base de données WEB Statistiques de la CEI. Disponible à l'adresse <http://www.cisstat.com/> [juin 2021].

Eurostat. 2021. Les conditions de vie et le bien-être: base de données sur la protection sociale (SESPROS) (Luxembourg). Disponible à l'adresse http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=spr_exp_gdp&lang=fr [juin 2021].

FMI (Fonds monétaire international). 2021. Statistiques de finances publiques (Washington DC) [juin 2021].

GSW (Government Spending Watch). Données relatives aux dépenses. Disponible à l'adresse <https://www.governmentspendingwatch.org/spending-data> [juin 2021].

► **Tableau A4.3 (suite)**

IPC-IG (International Policy Centre for Inclusive Growth) et UNICEF. 2019. Protection sociale en Asie et dans le Pacifique: inventaire des programmes non contributifs. Disponible à l'adresse (en anglais) <https://www.unicef.org/pacificislands/media/706/file/Social-Protection-in-Asia-and-the-Pacific.pdf> [juin 2021].

Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population. Base de données World Population Prospects (Perspectives démographiques mondiales). Disponible à l'adresse <https://population.un.org/wpp/> [juin 2021].

OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques). Base de données sur les dépenses sociales (SOCX): protection sociale et bien-être. Disponible à l'adresse https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SOCX_AGG [juin 2021].

OMS (Organisation mondiale de la santé). Observatoire de la santé mondiale. Disponible à l'adresse https://apps.who.int/gho/data/node.imr.GHED_GGHE-DGGE_SHA2011?lang=fr [juin 2021].

Sources nationales: Ministère des finances.

Notes

... Données non disponibles.

- ^a Les dépenses totales de protection sociale (hors santé) ne correspondent pas toujours à la somme des dépenses par tranche d'âge, en fonction de la disponibilité, de la source et de l'année des données ainsi que de la comptabilisation des dépenses non spécifiques à un groupe d'âge.
- ^b Y compris les fonds de sécurité sociale.
- ^c À l'exception des fonds de sécurité sociale.

Les données régionales et mondiales agrégées sont pondérées par le PIB. Les estimations ne sont pas strictement comparables aux estimations régionales de 2016, en raison du perfectionnement des méthodes, de la plus grande disponibilité de données et des révisions des pays.

Pour obtenir une définition détaillée des indicateurs, veuillez consulter l'annexe 2 du présent rapport.

références



- ▶ Addati, Laura, Naomi Cassirer et Katherine Gilchrist. 2014. *Maternity and paternity at work: Law and practice across the world*. Genève: BIT. http://www.ilo.org/global/publications/ilo-bookstore/order-online/books/WCMS_242615/lang--en/index.htm. Résumé français: «Maternité et paternité au travail: loi et pratique à travers le monde». https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_242619.pdf.
- ▶ Adhanom Ghebreyesus, Tedros. 2021. «WHO Director-General's Opening Remarks at 148th Session of the Executive Board», 18 janvier 2021. <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-148th-session-of-the-executive-board>.
- ▶ Afrique du Sud. 2016. *Elements of the Financial and Economic Costs of Disability to Households in South Africa: Results from a Pilot Study*. Johannesburg: ministère sud-africain du Développement social et UNICEF.
- ▶ AISS (Association internationale de la sécurité sociale). 2018. *Thailand: Accidents at Work and Occupational Diseases*.
- ▶ —. 2019. *La sécurité sociale à l'ère du numérique: nouveaux défis et nouvelles possibilités pour les systèmes de sécurité sociale*.
- ▶ —. 2020. *COVID-19 Crisis: A Renewed Attention to Sickness Benefits*, 20 mars 2020. <https://ww1.issa.int/analysis/covid-19-crisis-renewed-attention-sickness-benefits>.
- ▶ — et SSA. 2018. *Social Security Programs Throughout the World: Europe 2018*. <https://www.ssa.gov/policy/docs/progdesc/ssptw/2018-2019/europe/index.html>.
- ▶ Alfery, Laura. 2016. «Nos enfants ne reçoivent pas l'attention qu'ils méritent». *Synthèse des résultats de recherche sur les femmes travailleuses dans l'économie informelle et la garde d'enfants, issus de six organisations de base de travailleurs pauvres*. Durban: WIEGO (Femmes dans l'emploi informel: globalisation et organisation). <https://www.wiego.org/sites/default/files/publications/files/Alfers-Child-Care-Initiative-Full-Report-French.pdf>.
- ▶ Almenfi, Mohamed, Melvin Breton, Pamela Dale, Ugo Gentilini, Alexander Pick et Dominic Richardson. 2020. «Where Is the Money Coming from? Ten Stylized Fact on Financing Social Protection Responses to COVID-19», Social Protection and Jobs Policy and Technical Note No. 23. Banque mondiale. <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/34802/Where-is-the-Money-Coming-From-Ten-Stylized-Facts-on-Financing-Social-Protection-Responses-to-COVID-19.pdf?sequence=5&isAllowed=y>.
- ▶ Alston, Philip. 2018. «Extrême pauvreté et droits de l'homme», A/73/396. Nations Unies. <https://undocs.org/pdf?symbol=fr/A/73/396>.
- ▶ Alvarado, Facundo, Lucas Chancel, Thomas Piketty, Emmanuel Saez et Gabriel Zucman. 2017. *World Inequality Report 2018*. Paris et Berkeley, CA: World Inequality Lab. Une synthèse est disponible en français sous le titre «Rapport sur les inégalités mondiales 2018» à l'adresse <https://wir2018.wid.world/files/download/wir2018-summary-french.pdf>.
- ▶ Appadurai, Arjun. 2004. «The Capacity to Aspire: Culture and the Terms of Recognition», dans *Culture and Public Action*, publ. sous la dir. de Vijayendra Rao et Michael Walton, 59-84. Palo Alto: Stanford University Press.
- ▶ Asenjo, Antonia, et Clemente Pignatti. 2019. «Unemployment Insurance Schemes around the World: Evidence and Policy Options», Research Department Working Paper No. 49. Genève: BIT. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---inst/documents/publication/wcms_723778.pdf.
- ▶ Assemblée générale des Nations Unies. 2013. *Rapport de la Rapporteuse spéciale sur les droits de l'homme et l'extrême pauvreté*, A/68/293. https://ap.ohchr.org/documents/dpage_f.aspx?si=A/68/293.
- ▶ —. 2019. «Déclaration politique issue de la réunion de haut niveau sur la couverture sanitaire», résolution adoptée par l'Assemblée générale le 10 octobre 2019, A/RES/74/2. <https://undocs.org/fr/A/RES/74/2>.

- Aulicino, Carolina, Sebastian Waisgrais et Ian Orton. 2019. *Universal Child Benefit Case Studies: The Experience of Argentina*. UNICEF. <https://www.unicef.org/sites/default/files/2020-06/ARG-case-study-2020.pdf>.
- Australia Institute, Nordic Policy Centre. 2020. «Denmark Bars Tax Haven Companies from Covid-19 Financial Aid», *Nordic Policy Centre Blog* (blog), 20 mai 2020. https://www.nordicpolicycentre.org.au/denmark_bars_tax_haven_companies_from_covid_19_financial_aid.
- Azcona, Ginette, Antra Bhatt, Umberto Cattaneo, Guillem Fortuny, Roger Gomis, Steven Kapsos et Papa Seck. 2020. «Fallout of COVID-19: Working Moms Are Being Squeezed out of the Labour Force», *ILOSTAT Blog* (blog), 27 novembre 2020. <https://ilostat.ilo.org/fallout-of-covid-19-working-moms-are-being-squeezed-out-of-the-labour-force/>.
- Babajanian, Babken. 2012. *Social Protection and Its Contribution to Social Cohesion and State-Building*. Eschborn: Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit. <https://odi.org/en/publications/social-protection-and-its-contribution-to-social-cohesion-and-state-building/#:~:text=Social%20protection%20has%20been%20theoretically,building%20state%20capacity%20and%20legitimacy>.
- Banks, Lena Morgon, Hannah Kuper et Sarah Polack. 2018. «Poverty and Disability in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review», *PLoS One*, 12 (12). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0189996>.
- —, Matthew Walsham, Hoang Van Minh, Vu Duy Kien, Vu Quynh Mai, Tran Thu Ngan, Bui Bich Phuong et al. 2018. *Disability-Inclusive Social Protection in Vietnam: A National Overview with a Case Study from Cam Le District*. Londres: International Centre for Evidence in Disability Research. <https://www.medbox.org/document/disability-inclusive-social-protection-research-in-vietnam#GO>.
- Banque mondiale. 2020. *Poverty and Shared Prosperity 2020: Reversals of Fortune*. <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/34496/9781464816024.pdf>. Un résumé en français est disponible sous le titre «Rapport 2020 sur la pauvreté et la prospérité partagée: revers de fortune», à l'adresse <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/34496/211602ovFR.pdf>.
- Barca, Valentina, Madhumitha Hebbar, Alexandre Cote, Emrys Schoemaker, Susan Enfield, Rebecca Holmes et Emily Wylde. 2021. *Inclusive Information Systems for Social Protection: Intentionally Integrating Gender and Disability*. Londres et Canberra: Social Protection Approaches to COVID-19 – Expert Advice Helpline (SPACE). <https://socialprotection.org/discover/publications/space-inclusive-information-systems-social-protection-intentionally>.
- Barrientos, Armando. 2010. «Poverty Reduction and Policy Regimes», Social Policy and Development Programme Paper No. 42. UNRISD. [https://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/%28httpAuxPages%29/973B0F57CA78D834C12576DB003BE255/\\$file/Barrientos-pp.pdf](https://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/%28httpAuxPages%29/973B0F57CA78D834C12576DB003BE255/$file/Barrientos-pp.pdf).
- Bastagli, Francesca, Jessica Hagen-Zanker, Luke Harman, Valentina Barca, Georgina Sturge et Tanja Schmidt. 2019. «The Impact of Cash Transfers: A Review of the Evidence from Low- and Middle-Income Countries», *Journal of Social Policy*, 48 (3): 569-594.
- —, —, —, —, —, — et Luca Pellerano. 2016. *Cash Transfers: What Does the Evidence Say? A Rigorous Review of Programme Impact and of the Role of Design and Implementation Features*. Londres: Overseas Development Institute. <https://cdn.odi.org/media/documents/11316.pdf>.
- Behrendt, Christina. 2000. «Private Pensions: A Viable Alternative? Their Distributive Effects in a Comparative Perspective», *International Social Security Review*, 53 (3): 3-26.
- —. 2014. «Investing in People: Implementing the Extension of Social Security through National Social Protection Floors», dans *Beyond Macroeconomic Stability: Structural Transformation and Inclusive Development*, publ. sous la dir. de David Kucera et Iyanatul Islam, 228-261. Basingstoke: Palgrave.
- —, Quynh Anh Nguyen et Uma Rani. 2019. «Social Protection Systems and the Future of Work: Ensuring Social Security for Digital Platform Workers», *International Social Security Review*, 72 (3): 17-41. <https://doi.org/10.1111/issr.12212>.

- ▶ —, Emmanuelle Saint-Pierre Guilbault, Maya Stern Plaza, Victoire Umuhire et Veronika Wodsak. 2017. «Implementing the Principles of Social Protection Floors Recommendation, 2012 (No. 202)», dans *Recommendation on Social Protection Floors: Basic Principles for Innovative Solutions*, publ. sous la dir. de Tineke Dijkhoff et Letlhokwa George Mpedi, 41-70. Alphen aan den Rijn: Kluwer.
- ▶ —, et John Woodall. 2015. «Pensions and Other Social Security Income Transfer Systems», dans *Labour Markets, Institutions and Inequality: Building Just Societies in the 21st Century*, publ. sous la dir. de Janine Berg, 242-262. Cheltenham et Genève: Edward Elgar et BIT.
- ▶ BERD (Banque européenne pour la reconstruction et le développement). 2020. *Building Back Better for Gender Equality: Lessons from the EBRD*. Londres. <https://duckduckgo.com/?q=Building+Back+Better+for+Gender+Equality+Lessons+from+the+EBRD.+EBRD+2020&atb=v236-1&ia=web>.
- ▶ Berg, Janine. 2015a. «Income Support for the Unemployed and the Poor», dans *Labour Markets, Institutions and Inequality. Building Just Societies in the 21st Century*, publ. sous la dir. de Janine Berg, 263-286. Cheltenham et Genève: Edward Elgar et BIT.
- ▶ —. 2015b. «Labour Market Institutions: The Building Blocks of Just Societies», dans *Labour Markets, Institutions and Inequality: Building Just Societies in the 21st Century*, publ. sous la dir. de Janine Berg, 1-38. Cheltenham et Genève: Edward Elgar et BIT.
- ▶ —, et Matthew Salerno. 2008. «The Origins of Unemployment Insurance: Lessons for Developing Countries», dans *Defence of Labour Market Institutions: Cultivating Justice in the Developing World*, publ. sous la dir. de Janine Berg et David Kucera, 80-99. Basingstoke et Genève: Palgrave Macmillan et BIT.
- ▶ Berkhout, Esmé, Nick Galasso, Max Lawson, Pablo Morales, Anjela Taneja et Diego Alejo Vázquez Pimentel. 2021. *Le virus des inégalités. Réunifier un monde déchiré par le coronavirus grâce à une économie équitable, durable et juste*. Londres: Oxfam International. <https://oxfamilibrary.openrepository.com/bitstream/handle/10546/621149/bp-the-inequality-virus-250121-fr.pdf>.
- ▶ Bierbaum, Mira, et Michael Cichon. 2019. «Costing of a Package of Family-Friendly Transfers and Services to Advance Gender Equality and Women’s Empowerment: An Introduction to the Calculations and Results», UN Women Discussion Paper Series. ONU Femmes. <https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2019/08/discussion-paper-family-friendly-transfers-services-to-advance-gender-equality-womens-empowerment>.
- ▶ Bilo, Charlotte, Anna Carolina Machado et Fabianna Bacil. 2020. *Social Protection in Sudan: System Overview and Programme Mapping*. International Policy Center for Inclusive Growth et UNICEF. https://ipcig.org/pub/eng/RR53_Social_protection_in_Sudan_system_overview.pdf.
- ▶ Bird, Nicolò, et Wesley Silva. 2020. «The Role of Social Protection in Young People’s Transition to Work in the Middle East and North Africa», Research Report No. 41. International Policy Centre for Inclusive Growth et Bureau régional de l’UNICEF pour le Moyen-Orient et l’Afrique du Nord. https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/English_The_role_of_social_protection_in_young_people_s_transition.pdf.pdf.
- ▶ BIT. 2008. «Social Health Protection: An ILO Strategy towards Universal Access to Health Care», Social Security Policy Briefing. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---soc_sec/documents/publication/wcms_secSOC_5956.pdf.
- ▶ —. 2010. *World Social Security Report 2010/11: Providing Coverage in Times of Crisis and Beyond*. https://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_142209/lang--en/index.htm.
- ▶ —. 2011a. Étude d’ensemble 2011 concernant les instruments relatifs à la sécurité sociale à la lumière de la Déclaration de 2008 sur la justice sociale pour une mondialisation équitable: la sécurité sociale et la primauté du droit, ILC.100/III/1B. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---relconf/documents/meetingdocument/wcms_152681.pdf.
- ▶ —. 2011b. *Croissance, emploi et travail décent dans les pays les moins avancés*. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_emp/---emp_elm/documents/publication/wcms_181181.pdf.

- —. 2012. *La sécurité sociale pour tous – la stratégie de l’Organisation internationale du Travail: mettre en place des socles de protection sociale et des systèmes complets de sécurité sociale*. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---soc_sec/documents/publication/wcms_secsec_34192.pdf.
- —. 2013. *Rapport mondial sur le travail des enfants: vulnérabilité économique, protection sociale et lutte contre le travail des enfants*. https://www.ilo.org/ipec/Informationresources/WCMS_178446/lang--fr/index.htm.
- —. 2014a. *Les règles du jeu: une brève introduction aux normes internationales du travail*. Troisième édition révisée. https://www.ilo.org/global/standards/information-resources-and-publications/publications/WCMS_318125/lang--fr/index.htm.
- —. 2014b. *World of Work Report 2014: Developing with Jobs*. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_243961.pdf. Résumé français: «Rapport sur le travail dans le monde 2014: un développement riche en emplois». https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_243963.pdf.
- —. 2014c. *World Social Protection Report 2014–15: Building Economic Recovery, Inclusive Development and Social Justice*. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_245201.pdf.
- —. 2015a. *Indicateurs clés du marché du travail*, 9^e édition. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---stat/documents/publication/wcms_498930.pdf.
- —. 2015b. *Principes directeurs pour une transition juste vers des économies et des sociétés écologiquement durables pour tous*. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_emp/---emp_ent/documents/publication/wcms_432864.pdf.
- —. 2016a. «Maternity Cash Benefits for Workers in the Informal Economy», Social Protection for All Issue Brief. <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourcePDF.action?ressource.ressourceId=54094>.
- —. 2016b. *Non-Standard Employment around the World: Understanding Challenges, Shaping Prospects*. https://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_534326/lang--en/index.htm. Résumé français: «L’emploi atypique dans le monde: identifier les défis, ouvrir des perspectives». https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_534516.pdf.
- —. 2016c. «Social Contract and the Future of Work: Inequality, Income Security, Labour Relations and Social Dialogue», The Future of Work Centenary Initiative Issue Note Series No. 4. http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_534205.pdf.
- —. 2016d. *Les femmes au travail: tendances 2016*. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_483203.pdf.
- —. 2017a. *Global Employment Trends for Youth 2017: Paths to a Better Working Future*. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_598669.pdf. Résumé français: «Tendances mondiales de l’emploi des jeunes 2017: les voies possibles vers un meilleur avenir du travail». https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_598676.pdf.
- —. 2017b. *Estimations mondiales du travail des enfants: résultats et tendances 2012-2016*. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_651813.pdf.
- —. 2017c. «Cibles ODD pertinentes, liées à l’environnement et aux emplois verts». https://www.ilo.org/global/topics/dw4sd/themes/green-jobs/WCMS_615296/lang--fr/index.htm.
- —. 2017d. Résolution concernant une gouvernance équitable et efficace des migrations de main-d’œuvre, Conférence internationale du Travail, 106^e session. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---relconf/documents/meetingdocument/wcms_561739.pdf.
- —. 2017e. *World Employment Social Outlook: Trends 2017*. http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_541211.pdf. Résumé français: «Emploi et questions sociales dans le monde: tendances 2017». https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_540900.pdf.

- ▶ —. 2017f. *Rapport mondial sur la protection sociale 2017-2019: protection sociale universelle pour atteindre les objectifs de développement durable*. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_624892.pdf.
- ▶ —. 2017g. *Rapport mondial sur les salaires: les inégalités salariales au travail*. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_545416.pdf.
- ▶ —. 2018a. «Decent Working Time for Nursing Personnel: Critical for Worker Well-Being and Quality Care», Health Services Policy Brief. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---sector/documents/publication/wcms_655277.pdf.
- ▶ —. 2018b. *ILO Global Estimates on International Migrant Workers: Results and Methodology*. http://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_652001/lang--en/index.htm. Résumé français: «Estimations mondiales de l'OIT concernant les travailleuses et les travailleurs migrants: résultats et méthodologie». https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_652031.pdf.
- ▶ —. 2018c. «Approches innovantes pour garantir une protection sociale universelle pour l'avenir du travail», Note d'information 12, préparée pour la 2^e Réunion de la Commission mondiale sur l'avenir du travail. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---cabinet/documents/publication/wcms_618365.pdf.
- ▶ —. 2018d. *Dialogue social et tripartisme – Discussion récurrente sur l'objectif stratégique du dialogue social et du tripartisme, au titre du suivi de la Déclaration de l'OIT sur la justice sociale pour une mondialisation équitable, 2008*, ILC.107/VI. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---relconf/documents/meetingdocument/wcms_624016.pdf.
- ▶ —. 2018e. *L'initiative sur les femmes au travail: un nouvel élan pour l'égalité*, rapport du Directeur général, ILC.107/DG/IB. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---relconf/documents/meetingdocument/wcms_629240.pdf.
- ▶ —. 2018f. *Emploi et questions sociales dans le monde 2018: une économie verte et créatrice d'emplois*. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---inst/documents/publication/wcms_638147.pdf.
- ▶ —. 2019a. «Extending Social Security to Domestic Workers: Lessons from International Experience», Issue Brief No. 3/2019. https://labordoc.ilo.org/discovery/delivery/41ILO_INST:41ILO_V2/1271779310002676?lang=en&viewerServiceCode=AlmaViewer.
- ▶ —. 2019b. «Extending Social Security to Workers in Micro and Small Enterprises: Lessons from International Experience», Issue Brief No. 2/2019. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---soc_sec/documents/publication/wcms_749484.pdf.
- ▶ —. 2019c. «Foreign Workers in Malaysia Are Covered and Entitled to the Same Work-Related Injury Benefits as the National Workers», News, articles and events, 29 novembre 2019. https://www.ilo.org/global/topics/geip/news/WCMS_731149/lang--en/index.htm.
- ▶ —. 2019d. *The Global Labour Income Share and Distribution: Key Findings*. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---stat/documents/publication/wcms_712232.pdf.
- ▶ —. 2019e. Déclaration du centenaire de l'OIT pour l'avenir du travail. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_norm/@relconf/documents/meetingdocument/wcms_711695.pdf.
- ▶ —. 2019f. *Une avancée décisive vers l'égalité entre hommes et femmes: un meilleur avenir du travail pour tous*. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_725971.pdf.
- ▶ —. 2019g. *Prendre soin d'autrui: un travail et des emplois pour l'avenir du travail décent*. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_712833.pdf.
- ▶ —. 2019h. *United Republic of Tanzania: Report to the Government – Actuarial Valuation of the Workers Compensation Funds as of 1 July 2018*. Global Employment Injury Programme.

- —. 2019i. *Protection sociale universelle pour la dignité humaine, la justice sociale et le développement durable – Étude d'ensemble concernant la recommandation (n° 202) sur les socles de protection sociale, 2012*, ILC.108/III/B. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---relconf/documents/meetingdocument/wcms_673695.pdf.
- —. 2019j. «Universal Social Protection: Key Concepts and International Framework», Social Protection for All Issue Brief. <https://www.social-protection.org/gimi/RessourcePDF.action?id=55517>.
- —. 2019k. *What Works: Promoting Pathways to Decent Work*. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---inst/documents/publication/wcms_724049.pdf. Résumé français: «Les solutions qui marchent: favoriser des parcours vers le travail décent». https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---inst/documents/publication/wcms_724098.pdf.
- —. 2019l. *Femmes et hommes dans l'économie informelle: un panorama statistique*, 3^e édition. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_734075.pdf.
- —. 2020a. «Micro et petites entreprises informelles face à la crise du COVID-19: répondre aux questions clés», note de synthèse. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_emp/---emp_ent/--ifp_seed/documents/briefingnote/wcms_757218.pdf.
- —. 2020a bis. *Il est temps d'agir pour l'ODD 8: intégrer le travail décent, la croissance soutenue et l'intégrité environnementale*. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---inst/documents/publication/wcms_741016.pdf.
- —. 2020b. *Building Back Better for Women: Women's Dire Position in the Informal Economy*. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---travail/documents/publication/wcms_755348.pdf.
- —. 2020c. «Le Covid-19 et le secteur de la santé», note sectorielle, 11 avril. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---sector/documents/briefingnote/wcms_747574.pdf.
- —. 2020d. «La crise du COVID-19 et l'économie informelle: réponses immédiates et défis à relever», note de synthèse, mai 2020. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---travail/documents/briefingnote/wcms_745440.pdf.
- —. 2020e. «COVID-19 and the World of Work: Jump-Starting a Green Recovery with More and Better Jobs, Healthy and Resilient Societies», Policy Brief, juillet 2020. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_emp/---emp_ent/documents/publication/wcms_751217.pdf.
- —. 2020f. «Extending Social Protection to Informal Workers in the COVID-19 Crisis: Country Responses and Policy Considerations», Social Protection Spotlight, 14 septembre 2020. <https://www.social-protection.org/gimi/RessourcePDF.action?id=56833>.
- —. 2020g. «Déficits de financement de la protection sociale: estimations et stratégies mondiales pour les pays en développement dans le contexte de la crise du COVID-19 et au-delà», Focus sur la protection sociale, 17 septembre. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---soc_sec/documents/publication/wcms_755501.pdf.
- —. 2020h. *Global Employment Policy Review 2020: Employment Policies for Inclusive Structural Transformation*. http://www.ilo.org/employment/Whatwedo/Publications/WCMS_734489/lang--en/index.htm.
- —. 2020i. *Observatoire de l'OIT: le COVID-19 et le monde du travail*. Cinquième édition. Estimations actualisées et analyses, 30 juin. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/briefingnote/wcms_749442.pdf.
- —. 2020j. *Observatoire de l'OIT: le COVID19 et le monde du travail*. Sixième édition, Estimations actualisées et analyses, 23 septembre. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/briefingnote/wcms_755930.pdf.
- —. 2020k. «Integrating Social Health Protection Systems Lessons Learned Costa Rica, Indonesia, Lao PDR, Rwanda, and Vietnam», Social Protection in Action Brief Series. https://www.social-protection.org/gimi/ShowRessource.action;jsessionid=QuEW6IkRF__ufKu7OIYACPA96p9hYcR-Naxi2FP8Td-CGWtZmlso!-1463413688?id=55996.

- ▶ —. 2020l. *Promouvoir l'emploi et le travail décent dans un monde en mutation*, rapport de la Commission d'experts pour l'application des conventions et recommandations (articles 19, 22 et 35 de la Constitution), ILC109/III(B). https://www.ilo.org/ilc/ILCSessions/109/reports/reports-to-the-conference/WCMS_738280/lang--fr/index.htm.
- ▶ —. 2020m. *Évaluation rapide de l'impact du COVID-19 sur l'économie informelle dans les pays en développement et émergents: lignes directrices*, 28 avril 2020. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---travail/documents/publication/wcms_744866.pdf.
- ▶ —. 2020n. «The Role of Public Employment Programmes and Employment Guarantee Schemes in COVID-19 Policy Responses», Development and Investment Branch Brief, 29 mai 2020. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_emp/documents/publication/wcms_746368.pdf.
- ▶ —. 2020o. «Le rôle du dialogue social dans la formulation des réponses de protection sociale à la crise du COVID-19», Focus sur la protection sociale, 6 octobre 2020. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---soc_sec/documents/publication/wcms_771433.pdf.
- ▶ —. 2020p. «Les régimes de migration saisonnière: repenser leurs principes et mécanismes fondamentaux à la lumière du COVID-19», note d'information, mai 2020. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---migrant/documents/publication/wcms_747839.pdf.
- ▶ —. 2020q. «Indemnités de maladie: introduction», Focus sur la protection sociale, mai 2020. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---soc_sec/documents/publication/wcms_747846.pdf.
- ▶ —. 2020r. «Indemnités de maladie dans le cadre d'un congé de maladie ou d'une quarantaine: réponses apportées par les pays et considérations politiques dans le contexte de la pandémie de COVID-19», Focus sur la protection sociale, mai 2020. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---soc_sec/documents/publication/wcms_747795.pdf.
- ▶ —. 2020s. «Protection sociale des travailleurs migrants: une réponse nécessaire à la crise du COVID-19», Focus sur la protection sociale, 23 juin. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---soc_sec/documents/publication/wcms_752087.pdf.
- ▶ —. 2020t. *Social Protection Monitor: Social Protection Responses to the COVID-19 Crisis around the World*, 31 décembre 2020. <https://www.social-protection.org/gimi/RessourcePDF.action?id=56047>.
- ▶ —. 2020u. «Mesures de protection sociale visant à faire face à la crise du COVID-19: réponses apportées par les pays et considérations politiques», focus sur la protection sociale, 20 avril. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---soc_sec/documents/publication/wcms_744867.pdf.
- ▶ —. 2020v. «Les réponses de la protection sociale à la pandémie de COVID-19 dans les pays en développement: renforcer la résilience grâce à la mise en place d'une protection sociale universelle», Focus sur la protection sociale, mai 2020. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---soc_sec/documents/publication/wcms_747844.pdf.
- ▶ —. 2020w. «Towards Universal Health Coverage: Social Health Protection Principles». *Social Protection Spotlight*, January 2020. <https://www.social-protection.org/gimi/RessourcePDF.action?id=56009>.
- ▶ —. 2020x. «Protection contre le chômage dans le contexte de la crise du COVID-19: réponses apportées par les pays et considérations politiques», Focus sur la protection sociale, octobre 2020. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---soc_sec/documents/publication/wcms_774546.pdf.
- ▶ —. 2020y. *Emploi et questions sociales dans le monde: tendances 2020*. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_757159.pdf.
- ▶ —. 2021a. *Assessment of the Maternity Insurance in Jordan*. Beyrouth: Bureau régional de l'OIT pour les États arabes. https://www.ilo.org/beirut/publications/WCMS_776223/lang--en/index.htm.
- ▶ —. 2021a bis. *Rapport mondial sur les salaires 2020-2021: salaires et salaire minimum au temps du COVID-19*. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_779314.pdf.

- —. 2021b. *Bâtir l'avenir de la protection sociale pour un monde du travail centré sur l'humain*, ILC.109/V. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---relconf/documents/meetingdocument/wcms_780974.pdf.
- —. 2021c. *Construire des systèmes de protection sociale: normes internationales et instruments relatifs aux droits humains*. <https://www.social-protection.org/gimi/gess/ShowRessource.action?id=55345&lang=FR>.
- —. 2021d. *COVID-19: «Tackling the Jobs Crisis in the Least Developed Countries»*, note de synthèse. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_emp/documents/publication/wcms_766463.pdf.
- —. 2021e. «Extending Social Security to Self-Employed Workers: Lessons from International Experience», Focus sur la protection sociale, mars 2021. <https://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourcePDF.action?id=55726>.
- —. 2021f. «Extending Social Security to Workers in the Informal Economy: Information and Awareness», note de synthèse. <https://www.social-protection.org/gimi/ShowRessource.action?id=55730>.
- —. 2021g. *Extending Social Security Coverage to Workers in the Informal Economy: Lessons from International Experience* (guide sur les bonnes pratiques). <https://www.social-protection.org/gimi/RessourcePDF.action?id=55728>.
- —. 2021h. *L'extension de la sécurité sociale aux travailleurs de l'économie informelle: enseignements tirés de l'expérience internationale* (dossier d'information). <https://www.social-protection.org/gimi/Course.action?id=9&lang=FR>.
- —. 2021i. «Extending Social Security to Workers in the Informal Economy: Lessons from International Experience», Focus sur la protection sociale, mars 2021. <https://www.social-protection.org/gimi/RessourceDownload.action?id=55729>.
- —. 2021j. *Analyse des tendances mondiales quant au rôle des organisations syndicales au temps du COVID-19: résumé des principaux résultats*. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---actrav/documents/publication/wcms_767974.pdf.
- —. 2021k. *Observatoire de l'OIT: le COVID-19 et le monde du travail*. Septième édition, Estimations actualisées et analyses. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/briefingnote/wcms_767223.pdf.
- —. 2021l. «Sécurité et santé au travail». <https://www.ilo.org/global/topics/safety-and-health-at-work/lang--fr/index.htm>.
- —. 2021m. *Observatoire de la protection sociale: réponses de la protection sociale à la crise COVID-19 dans le monde*. https://www.social-protection.org/gimi/ShowWiki.action;jsessionid=cCIMpZPVBeyDQOYmSzhXjFmVfS_cHc_uAZ2xQ1zVVzhUaaMB8iwZI-1398058155?id=3417&lang=FR.
- —. 2021n. *State Practice to Address COVID-19 Infection as a Work-Related Injury*. http://www.ilo.org/global/topics/geip/publications/WCMS_768009/lang--en/index.htm.
- —. 2021o. «Towards Solid Social Protection Floors? The Role of Non-Contributory Provision during the COVID-19 Crisis and Beyond», Social Protection Spotlight, janvier 2021. <https://www.social-protection.org/gimi/RessourcePDF.action?id=57143>.
- —. 2021p. *La transition de l'économie informelle vers l'économie formelle – Théorie du changement*. https://www.ilo.org/global/topics/employment-promotion/informal-economy/publications/WCMS_771731/lang--fr/index.htm.
- —. 2021q. *Emploi et questions sociales dans le monde 2021: le rôle des plateformes numériques dans la transformation du monde du travail*. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_823102.pdf
- —. 2021r. *Extending Social Protection to Migrant Workers, Refugees and Their Families: Guide for Policymakers and Practitioners*.

- ▶ —. 2021s. «Public Employment Initiatives and the COVID-19 crisis. A compendium of Infrastructure Stimulus, Public Employment Programs (PEP), Public Works programs case studies». https://www.ilo.org/global/topics/employment-intensive-investment/publications/WCMS_818473/lang--en/index.htm.
- ▶ —. 2021t. *Reaching Universal Social Protection: A Review of National Strategies and Policies*.
- ▶ —. À paraître. «Mobilizing Resources for Social Protection during COVID-19: Unprecedented Global Response in Times of Crisis», Focus sur la protection sociale, note de synthèse.
- ▶ — et AFD (Agence française de développement). 2016a. *Social Protection and Climate Change: How Are Rural Workers and Residents in China Faring with Conservation Efforts?*. BIT. <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourcePDF.action?ressource.ressourceId=53571>.
- ▶ — et —. 2016b. *Social Protection and Climate Change: How Did the Philippines Combine Emergency Relief with Lasting Protection after Haiyan?* BIT. <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourcePDF.action?ressource.ressourceId=54040>.
- ▶ —, AISS et OCDE. 2021. «Linking Income Support Measures to Active Labour Market Policies», document préparé pour la 2^e réunion du Groupe de travail sur l'emploi sous la présidence italienne du G20.
- ▶ — et CE (Commission européenne). 2015. *Inventory of Labour Market Policy Measures in the EU 2008-13: The Crisis and Beyond*. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---inst/documents/publication/wcms_436119.pdf.
- ▶ — et FAO. 2021. *Étendre la protection sociale aux populations rurales: perspectives pour une approche commune entre la FAO et l'OIT*. <https://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourcePDF.action?id=57190>.
- ▶ — et HCR. 2020. *Handbook on Social Health Protection for Refugees: Approaches, Lessons Learned and Practical Tools to Assess Coverage Options*. http://www.ilo.org/global/programmes-and-projects/prospects/themes/social-protection/WCMS_760307/lang--en/index.htm.
- ▶ — et IDA. 2019. *Joint Statement: Towards Inclusive Social Protection Systems Supporting the Full and Effective Participation of Persons with Disabilities*. <https://www.social-protection.org/gimi/RessourcePDF.action?id=55473>.
- ▶ — et OCDE. 2018. «Promoting Adequate Social Protection and Social Security Coverage for All Workers, Including Those in Non-Standard Forms of Employment», document préparé pour la réunion du G20 sur l'emploi, Buenos Aires, 20 et 21 février 2018. http://www.ilo.ch/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---inst/documents/publication/wcms_646044.pdf.
- ▶ — et —. 2020. «Ensuring Better Social Protection for Self-Employed Workers», document préparé pour la réunion à distance du G20 sur l'emploi, Riyad, 8 avril 2020. Genève et Paris. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---ddg_p/documents/publication/wcms_742290.pdf.
- ▶ —, —, OIM et UNICEF. 2019. *Mettre fin au travail des enfants, au travail forcé et à la traite des êtres humains dans les chaînes d'approvisionnement mondiales*. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---ipecc/documents/publication/wcms_716931.pdf.
- ▶ —, OMS, UNICEF, UNFPA, ONU Femmes et IBFAN-GIFA. 2012. *Maternity Protection Resource Package: From Aspiration to Reality for All*. <http://mprp.itcilo.org/pages/en/index.html>.
- ▶ — et ONU Femmes. 2019. «Towards Universal, Gender-Responsive Social Protection? A Global Review of National Social Protection Policies». Social Protection for All Issue Brief. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---soc_sec/documents/publication/wcms_766886.pdf.
- ▶ — et ONUSIDA. 2017. *VCT@WORK: Voluntary Confidential Counselling and HIV Testing for Workers*. https://www.ilo.org/global/publications/WCMS_583880/lang--en/index.htm.
- ▶ — et UNICEF. 2019. *Towards Universal Social Protection for Children: Achieving SDG 1.3*. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---soc_sec/documents/publication/wcms_669336.pdf.
- ▶ — et —. 2020. *COVID-19 et travail des enfants: une crise, une occasion d'agir*. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---ipecc/documents/publication/wcms_747422.pdf.

- — et —. 2021. Child Labour: Global estimates 2020, trends and the road forward. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---ipec/documents/publication/wcms_797515.pdf.
- Brown, Caitlin, Martin Ravallion et Dominique van de Walle. 2016. «A Poor Means Test? Econometric Targeting in Africa», Policy Research Working Paper No. 7915. Banque mondiale. <http://documents.worldbank.org/curated/en/484991481639919564/pdf/WPS7915.pdf>.
- Budig, Michelle. 2014. *The Fatherhood Bonus and the Motherhood Penalty: Parenthood and the Gender Gap in Pay*. Édimbourg: Third Way. <https://www.thirdway.org/report/the-fatherhood-bonus-and-the-motherhood-penalty-parenthood-and-the-gender-gap-in-pay#:~:text=In%20a%20new%20and%20provocative,is%20increasing%2C%E2%80%9D%20says%20Budig.&text=Each%20child%20costs%20women>.
- Cantillon, Bea. 2009. «The Poverty Effects of Social Protection in Europe: EU Enlargement and Its Lessons for Developing Countries», dans *Building Decent Societies: Rethinking the Role of Social Security in State Building*, publ. sous la dir. de Peter Townsend, 220-242. Basingstoke: Palgrave.
- —, Yekaterina Chzhen, Sudhanshu Handa et Brian Nolan (dir. de publication). 2017. *Children of Austerity: Impact of the Great Recession on Child Poverty in Rich Countries*. Oxford: UNICEF et Oxford University Press.
- Carter, John, Michel Bédard et Céline Peyron Bista. 2013. *Comparative Review of Unemployment and Employment Insurance Experiences in Asia and Worldwide*. Bangkok: Bureau régional de l'OIT pour l'Asie et le Pacifique. http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@asia/@ro-bangkok/documents/publication/wcms_229985.pdf?utm_source=newsletter&utm_medium=email&utm_campaign=inside.
- Cazares, Judith. 2012. «Necesidades y perspectivas para ampliar plataformas de protección social en Tuberculosis Sensible o Específica Experiencia – Ecuador», présenté au Ministerio de Salud Pública, São Paulo, Brésil. https://www.who.int/tb/Ecuador_TB.pdf?ua=1.
- CCNUCC (Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques). 2015. L'Accord de Paris, conclu lors de la Conférence sur le changement climatique, novembre 2015. <https://unfccc.int/process-and-meetings/the-paris-agreement/the-paris-agreement>.
- CE (Commission européenne). 2015. *The 2015 Pension Adequacy Report: Current and Future Income Adequacy in Old Age in the EU*. http://www.google.ch/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiA_-Wn173KAhVCECwKHfVRD40QFggdMAA&url=http%3A%2F%2Fec.europa.eu%2Fsocial%2FblobServlet%3FdocId%3D14529%26langId%3Den&usq=AFQjCNE3T7LUyw2p-Jdxq3kD5Ezjg3jspmPQ&sig2=pXLj_ijQIXcpmogwUZ397A.
- —. 2018. *The 2018 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the 28 EU Member States (2016-2070)*, Institutional Paper 079, mai 2018. https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/economy-finance/jp079_en.pdf.
- —. 2021. «Systèmes de protection sociale – MISSOC». <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=815&langId=fr>.
- CEPALC (Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes). 2020a. *The Social Challenge in Times of COVID-19*, Special Report No. 3. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45544/1/S2000324_en.pdf.
- —. 2020b. *Social Panorama of Latin America 2020*. <https://www.cepal.org/en/publications/46688-social-panorama-latin-america-2020>.
- —. 2021. «Pandemic Prompts Rise in Poverty to Levels Unprecedented in Recent Decades and Sharply Affects Inequality and Employment», communiqué de presse, 4 mars 2021. <https://www.cepal.org/en/pressreleases/pandemic-prompts-rise-poverty-levels-unprecedented-recent-decades-and-sharply-affects>.
- CNUCED (Conférence des Nations Unies sur le commerce et le développement). 2020. *Rapport sur le commerce et le développement 2020 – De la pandémie à la prospérité pour tous: comment éviter une autre décennie perdue*. Genève. https://unctad.org/system/files/official-document/tdr2020_fr.pdf.

- ▶ Commission de haut niveau sur l'emploi en santé et la croissance économique. 2016. *S'engager pour la croissance: investir dans le personnel de santé*. Genève: OMS. <https://www.who.int/fr/publications/item/9789241511308>.
- ▶ Commission mondiale sur l'avenir du travail. 2019. *Travailler pour bâtir un avenir meilleur*. Genève: BIT. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---cabinet/documents/publication/wcms_662440.pdf.
- ▶ Cooke, Jamie, Ian Orton et Jurgen de Wispelaere. 2020. «Covid-19 and Basic Income», *Policy Network*, 12 octobre 2020. <https://policynetwork.org/opinions/blogs/covid-19-and-basic-income/>.
- ▶ Cookson, Tara Patricia. 2018. *Unjust Conditions. Women's Work and the Hidden Cost of Cash Transfer Programs*. Oakland, CA: University of California Press.
- ▶ CSI (Confédération syndicale internationale). 2018. *Revenu universel de base*. Rapport sur les politiques sociales et économiques de la CSI. https://www.ituc-csi.org/IMG/pdf/universal_basic_income_fr.pdf.
- ▶ Daly, Mary, Margarita Leon, Birgit Pfau-Effinger, Costanzo Ranci et Tine Rostgaard. À paraître. «COVID-19 and Policies for Care Homes in European Welfare States: Too Little, Too Late?», *Journal of European Social Policy*. <https://forskning.ruc.dk/en/publications/covid-19-and-policies-for-care-homes-in-european-welfare-states-t>.
- ▶ Dasgupta, Sukti, et Juan Chacaltana (dir. de publ.). 2021. *Is the Future Ready for Youth? Youth Employment Policies for Evolving Labour Markets*. Genève: BIT. http://www.ilo.org/employment/Whatwedo/Publications/WCMS_776024/lang--en/index.htm.
- ▶ —, et Sher Verick (dir. de publ.). 2016. *Transformation of Women at Work in Asia: An Unfinished Development Agenda*. Genève: BIT. http://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_532353/lang--en/index.htm.
- ▶ Davern, Eamonn. 2020. «Trends and New Developments in Employment Services to Support Transitions in Sub-Saharan Africa, the Middle East and North Africa Regions», ILO Working Paper No. 19. Genève: BIT. http://www.ilo.org/employment/Whatwedo/Publications/working-papers/WCMS_764365/lang--en/index.htm.
- ▶ Davis, Benjamin, Sudhanshu Handa, Nicola Hypher, Natalia Winder Rossi, Paul Winters et Jennifer Yablonski. 2016. *From Evidence to Action: The Story of Cash Transfers and Impact Evaluation in Sub-Saharan Africa*. Oxford: Oxford University Press. <https://global.oup.com/academic/product/from-evidence-to-action-9780198769446>.
- ▶ De Henau, Jérôme, Susan Himmelweit, Zofia Łapniewska et Diane Perrons. 2016. *Investir dans l'économie des soins: une analyse par sexe d'une stimulation de l'emploi dans sept pays de l'OCDE*. Bruxelles: Confédération syndicale internationale. https://www.ituc-csi.org/IMG/pdf/care_economy_fr.pdf.
- ▶ —, — et Diane Perrons. 2017. *Investing in the Care Economy: Simulating Employment Effects by Gender in Countries in Emerging Economies*. Bruxelles: Confédération syndicale internationale. https://www.ituc-csi.org/IMG/pdf/care_economy_2_en_web.pdf.
- ▶ de Hoop, Jacobus, Furio C. Rosati. 2014. «Cash Transfers and Child Labor», *World Bank Research Observer*, 29 (2): 202-234. <https://elibrary.worldbank.org/doi/abs/10.1093/wbro/lku003>.
- ▶ de Lima Vieira, Ana Carolina, Rubén Vicente Andrés et Denise Monteiro. 2020. *Reaching the Most Vulnerable in the Social Protection Response to the COVID-19 Crises in Mozambique: Opportunities and Challenges*. Bureau de pays de l'OIT pour le Mozambique.
- ▶ De Schutter, Olivier. 2020. *Looking Back to Look Ahead: A Rights-Based Approach to Social Protection in the Post-COVID-19 Economic Recovery*, rapport du Rapporteur spécial sur les droits de l'homme et l'extrême pauvreté. Nations Unies. <https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Poverty/covid19.pdf>.
- ▶ Development Pathways. 2018. «Mongolia and Kyrgyzstan Lose Out in Their Struggle with the IMF over the Targeting of Child Benefits», *Development Pathways* (blog), 21 février 2018. <https://www.developmentpathways.co.uk/blog/mongolia-kyrgyzsg-childbenefits/>.

- Dewan, Sabina, et Ekkehard Ernst. 2020. «Rethinking the World of Work: The Pandemic Is Accelerating a Shift toward More Informal and Precarious Work», *Finance & Development*, décembre: 22-25. <https://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/2020/12/pdf/rethinking-the-world-of-work-dewan.pdf>.
- DfID (Department for International Development), HelpAge International, Hope & Homes for Children, Institute of Development Studies, OIT, Overseas Development Institute, Save the Children UK, PNUD, UNICEF et Banque mondiale. 2009. «Joint Statement on Advancing Child-Sensitive Social Protection». <https://resourcecentre.savethechildren.net/node/3840/pdf/3840.pdf>.
- Disability Resource Centre. 2010. *The Cost of Disability*. Auckland: Disability Resource Centre. <https://carers.net.nz/wp-content/uploads/2013/02/2010Cost-of-Disability-Report.doc>.
- Dorn, Franziska, Nancy Folbre, Leila Gautham et Martha MacDonald. À paraître. «Cheap Praise: Supplemental Pay for Essential Workers in the 2020 COVID-19 Pandemic».
- Drago, Robert. 2010. «Sick at Work: Infected Employees in the Workplace During the H1N1 Pandemic». Washington, DC: Institute for Women's Policy Research. <https://iwpr.org/wp-content/uploads/2020/11/B284.pdf>.
- Durán Valverde, Fabio, José F. Pacheco-Jimenez, Taneem Muzaffar et Hazel Elizondo-Barboza. 2019. «Measuring Financing Gaps in Social Protection for Achieving SDG Target 1.3: Global Estimates and Strategies for Developing Countries», Extension of Social Security Working Paper No. 73. Genève: BIT. http://www.ilo.org/secsoc/information-resources/publications-and-tools/Workingpapers/WCMS_729111/lang--en/index.htm.
- —, —, — et —. 2020. «Financing Gaps in Social Protection: Global Estimates and Strategies for Developing Countries in Light of the COVID-19 crisis and Beyond», Working Paper No. 14. Genève: BIT. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---soc_sec/documents/publication/wcms_758705.pdf.
- Duval, Romain, et Prakash Loungani. 2019. *Designing Labor Market Institutions in Emerging and Developing Economies: Evidence and Policy Options*. FMI. https://www.elibrary.imf.org/view/IMF006/26022-9781498313261/26022-9781498313261/26022-9781498313261_A001.xml.
- *El Mundo*. 2020. «Asamblea aclara que ISSS pagará salarios del personal en cuarentena», *El Mundo*, 27 mars 2020. <https://diario.elmundo.sv/asamblea-aclara-que-iss-s-pagara-salarios-del-personal-en-cuarentena/>.
- Elson, Diane. 2018. «Push No One Behind», CDP Background Paper No. 43. United Nations Department of Economic and Social Affairs. <https://www.un.org/development/desa/dpad/publication/push-no-one-behind/>.
- ESIP (European Social Insurance Platform). 2019. *Are Social Security Systems Adapted to New Forms of Work Created by Digital Platforms?*. Bruxelles. https://esip.eu/images/pdf_docs/ESIP_Study_Platform_Work.pdf.
- Esser, Ingrid, Tommy Ferrarini, Kenneth Nelson, Joakim Palme et Ola Sjöberg. 2013. *Unemployment Benefits in EU Member States*. Commission européenne. http://publicecoeu.ec.unipi.it/wp-content/uploads/2015/03/Unemployment-benefits-in-EU-Member-States_29-08-2013-Final-checked.pdf.
- Eurostat. 2018. «Dépenses: principaux résultats». https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/SPR_EXP_SUM__custom_575670/default/table.
- Flórez, Luz Adriana, et Francisco Perales. 2016. «Protection des travailleurs et emploi informel en Europe, 2004-2012», *Revue internationale du Travail*, 155 (4): 681-711.
- FMI (Fonds monétaire international). 2017. «IMF Executive Board Approves Financial Arrangements for Mongolia», Press Release No. 17/193, 24 mai 2017. <http://www.imf.org/en/News/Articles/2017/05/24/17193-imf-executive-board-approves-financial-arrangement-for-mongolia>.
- —. 2019. «Une stratégie pour le FMI en matière de dépenses sociales», document d'orientation. <https://www.imf.org/~media/Files/Publications/PP/2019/PPEA2019016.ashx>.
- —. 2020a. *Fiscal Monitor October 2020: Policies for the Recovery*. <https://www.imf.org/en/Publications/FM/Issues/2020/09/30/october-2020-fiscal-monitor>.

- ▶ —. 2020b. *How to Operationalize IMF Engagement on Social Spending during and in the Aftermath of the COVID-19 Crisis*. <https://www.imf.org/en/Publications/Fiscal-Affairs-Department-How-To-Notes/Issues/2020/09/14/How-to-Operationalize-IMF-Engagement-on-Social-Spending-during-and-in-the-aftermath-of-the-49718>.
- ▶ —. 2020c. «Gérer l'impact sur les ménages: évaluation des transferts universels (TU)», *Série spéciale sur les mesures budgétaires face à la COVID-19*. <https://www.imf.org/-/media/Files/Publications/covid19-special-notes/French/fr-special-series-on-covid-19-managing-the-impact-on-households-assessing-universal-transfers.ashx>.
- ▶ —. 2020d. *Perspectives de l'économie mondiale: une ascension longue et difficile*. <https://www.imf.org/-/media/Files/Publications/WEO/2020/October/French/textf.ashx>.
- ▶ —. 2021a. *Mise à jour du Rapport sur la stabilité financière dans le monde, janvier 2021: les vaccins tranquilisent les marchés, mais le soutien des pouvoirs publics reste indispensable*. <https://www.imf.org/fr/Publications/GFSR/Issues/2021/01/27/global-financial-stability-report-january-2021-update>.
- ▶ —. 2021b. *Perspectives de l'économie mondiale – Reprise: des situations divergentes à gérer*. <https://www.imf.org/fr/Publications/WEO/Issues/2021/03/23/world-economic-outlook-april-2021>.
- ▶ FNUAP (Fonds des Nations Unies pour la population). 2020. *COVID-19 Technical Brief for Maternity Services*. <https://www.unfpa.org/resources/covid-19-technical-brief-maternity-services>.
- ▶ Folbre, Nancy. 2021. *The Rise and Decline of Patriarchal Systems*. Amherst, MA: Political Economy Research Institute.
- ▶ Fullman, Nancy, Jamal Yearwood, Solomon M. Abay, Cristiana Abbafati, Foad Abd-Allah, Jemal Abdela, Ahmed Abdelalim *et al.* 2018. «Measuring Performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 Countries and Territories and Selected Subnational Locations: A Systematic Analysis from the Global Burden of Disease Study 2016», *The Lancet*, 391 (10136): 2236-2271. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30994-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30994-2).
- ▶ Fultz, Elaine. 2011. *Pension Crediting for Caregivers: Policies in Finland, France, Germany, Sweden, the United Kingdom, Canada, and Japan*. Washington, DC: Institute for Women's Policy Research. https://iwpr.org/wp-content/uploads/2020/12/D497_Fultz.pdf.
- ▶ —, et John Francis. 2013. «Cash Transfer Programmes, Poverty Reduction and Empowerment of Women: A Comparative Analysis: Experiences from Brazil, Chile, India, Mexico and South Africa», Working Paper No. 4/2013. Genève: BIT. http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---gender/documents/publication/wcms_233599.pdf.
- ▶ G7. 2020. «G7 Leaders' Statement on COVID-19», communiqué de presse, 16 mars 2020. <https://www.consilium.europa.eu/en/press/press-releases/2020/03/16/g7-leaders-statement-on-covid-19/>.
- ▶ G20. 2017. «Towards an Inclusive Future: Shaping the World of Work», déclaration ministérielle, Réunion des ministres du Travail et de l'Emploi du G20, Bad Neuenahr, 18-19 mai 2017. Hambourg: G20. <http://www.g20.utoronto.ca/2017/170519-labour.html>.
- ▶ Galian, Carlos, Margherita Licata et Maya Stern-Plaza. 2021. «Social Protection for Workers in the Cultural and Creative Sector: Country Practices and Innovations», ILO Working Paper No. 28. Genève: BIT. https://www.ilo.org/global/publications/working-papers/WCMS_781638/lang--en/index.htm.
- ▶ Gallogly-Swan, Katie. 2020. «All Talk, Little Action: Between the Lines of "Whatever It Takes" at the IMF and World Bank Annual Meetings». Global Development Policy Center, 19 octobre 2020. <http://www.bu.edu/gdp/2020/10/19/all-talk-little-action-between-the-lines-of-whatever-it-takes-at-the-imf-and-world-bank-annual-meetings/>.
- ▶ Gardner, William, David States et Nicholas Bagley. 2020. «The Coronavirus and the Risks to the Elderly in Long-Term Care», *Journal of Aging & Social Policy*, 32 (4-5): 310-315. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/08959420.2020.1750543>.
- ▶ Gavi. 2021. «COVAX Vaccine Roll-Out». <https://www.gavi.org/covax-vaccine-roll-out>.

- Gentilini, Ugo, Mohamed Almenfi, Pamela Dale, Robert Palacios, Harish Natarajan, Guillermo Alfonso Galicia Rabadan, Yuko Okamura *et al.* 2020. «Social Protection and Jobs Responses to COVID-19: A Real-Time Review of Country Measures», Living Paper, Version 13, 18 septembre 2020. Banque mondiale. <http://documents1.worldbank.org/curated/en/295321600473897712/pdf/Social-Protection-and-Jobs-Responses-to-COVID-19-A-Real-Time-Review-of-Country-Measures-September-18-2020.pdf>.
- —, Pamela Dale et Mohamed Almenfi. 2020. «Social Protection and Jobs Responses to COVID-19: A Real-Time Review of Country Measures», Text/HTML Version 14. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/467521607723220511/pdf/Social-Protection-and-Jobs-Responses-to-COVID-19-A-Real-Time-Review-of-Country-Measures-December-11-2020.pdf>
- —, Margaret Grosh, Jamele Rigolini et Ruslan Yemtsov. 2020. *Exploring Universal Basic Income: A Guide to Navigating Concepts, Evidence, and Practices*. Banque mondiale. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/32677>.
- Georgieva, Kristalina. 2020. «La longue ascension: surmonter la crise et bâtir une économie plus résiliente», discours. FMI, 6 octobre 2020. <https://www.imf.org/fr/News/Articles/2020/10/06/sp100620-the-long-ascent-overcoming-the-crisis-and-building-a-more-resilient-economy>.
- —, et Gita Gopinath. 2020. «Emerging Stronger From the Great Lockdown», *Foreign Policy* (blog), 9 septembre 2020. <https://foreignpolicy.com/2020/09/09/great-lockdown-economy-recovery-coronavirus/>.
- Giddens, Anthony. 1994. *Beyond Left and Right: The Future of Radical Politics*. Cambridge: Polity Press.
- Giles, Chris. 2021. «IMF Proposes “Solidarity” Tax on Pandemic Winners and Wealthy», *Financial Times*, 7 avril 2021. <https://www.ft.com/content/5dad2390-8a32-4908-8c96-6d23cd037c38>.
- Gnassingbé, Faure Essozimna. 2020. «Mobile Cash Is the Best Way to Help Africa Fight Covid-19», *Financial Times*, 12 avril 2020. <https://www.ft.com/content/adc604f6-7999-11ea-bd25-7fd923850377>.
- Goldman, Maya, Ingrid Woolard et Jon Jellema. 2020. «The Impact of Taxes and Transfers on Poverty and Income Distribution in South Africa 2014/2015», Research Paper No. 198. Paris: Agence française de développement. <https://www.afd.fr/en/ressources/taxes-transfers-poverty-income-distribution-south-africa>.
- Gorz, André. 1999. *Reclaiming Work: Beyond the Wage-Based Society*. Cambridge: Polity Press. Édition originale: 1997. *Misères du présent, richesse du possible*. Paris: Galilée.
- Gray Molina, George, et Eduardo Ortiz-Juarez. 2020. «Temporary Basic Income: Protecting Poor and Vulnerable People in Developing Countries», document de travail. PNUD. <https://www.undp.org/content/dam/undp/library/km-qap/Temporary%20Basic%20Income-V4.pdf>.
- Groupe consultatif sur le socle de protection sociale. 2011. *Socle de protection sociale pour une mondialisation juste et inclusive. Rapport du groupe consultatif présidé par Michelle Bachelet, mis en place par le BIT avec la collaboration de l’OMS*. Genève: BIT. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_176520.pdf.
- Hagen-Zanker, Jessica, E. Mosler Vidal et Georgina Sturge. 2017. *Social Protection, Migration and the 2030 Agenda for Sustainable Development*. Londres: Overseas Development Institute.
- Ham, Chhorn, Sin Sopheara et Chea Sereyraph. 2019. «National Social Security Fund in Cambodia: Background for Field Mission to Prey Veng, Svay Rieng, Tboung Khmum and Kampong Cham Provinces», Briefing Note, Commission on Health, Social Affairs, Veteran, Youth Rehabilitation, Labor, Vocational Training and Woman Affairs. Phnom Penh: Parliamentary Institute of Cambodia. https://www.pic.org.kh/images/2019Research/20191227_National%20Social%20Security%20Fund%20in%20Cambodia_Eng.pdf.
- Harman, Luke, Chad Anderson, Nicholas Anderson, Oliver Fiala et Yolande Wright. 2020. *A Foundation to End Child Poverty: How Universal Child Benefits Can Build a Fairer, More Inclusive and Resilient Future*. Londres: Save the Children International. https://resourcecentre.savethechildren.net/node/18331/pdf/a_foundation_to_end_child_poverty_full_report_english.pdf.

- ▶ Hepburn, Cameron, Brian O’Callaghan, Nicholas Stern, Joseph Stiglitz et Dimitri Zenghelis. 2020. «Will COVID-19 Fiscal Recovery Packages Accelerate or Retard Progress on Climate Change?», *Oxford Review of Economic Policy*, 36 (Supplement_1): S359-381. <https://doi.org/10.1093/oxrep/graa015>.
- ▶ Hirose, Kenichi, Miloš Nikac et Edward Tamagno. 2011. *Social Security for Migrant Workers: A Rights-Based Approach*. Budapest: Bureau sous-régional de l’OIT pour l’Europe centrale et orientale. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---europe/---ro-geneva/---sro-budapest/documents/publication/wcms_168796.pdf.
- ▶ Hogan, Daniel R., Gretchen A. Stevens, Ahmad Reza Hosseinpoor et Ties Boerma. 2018. «Monitoring Universal Health Coverage within the Sustainable Development Goals: Development and Baseline Data for an Index of Essential Health Services», *The Lancet Global Health*, 6 (2): e152-168.
- ▶ Holmes, Rebecca, Amber Peterman, Lara Quartermann, Elayn Sammon et Laura Alfors. 2020. *Strengthening Gender Equality and Social Inclusion (GESI) During the Implementation of Social Protection Responses to COVID-19*. Londres et Canberra: Social Protection Approaches to COVID-19 – Expert Advice Helpline (SPACE). <https://socialprotection.org/discover/publications/space-strengthening-gender-equality-and-social-inclusion-gesi-during>.
- ▶ Huda, Karishma, Fernando Carrera, Héctor Salazar Salame, Anton Tarigan et Shez Farooq. 2020. *An Inclusive Child Grant in Papua: Lessons Learnt from Implementing Cash Transfers in Remote Contexts*. Canberra et Medan: Australian Government and MAHKOTA.
- ▶ Islam, Md. Ashadul, Shamima Akhter et Mursaleena Islam. 2018. «Health Financing in Bangladesh: Why Changes in Public Financial Management Rules Will Be Important», *Health Systems & Reform*, 4 (2): 65-68. <https://doi.org/10.1080/23288604.2018.1442650>.
- ▶ ISPA (Inter Agency Social Protection Assessments). Sans date. «Public Works». <https://ispatools.org/public-works/>.
- ▶ James, Phil. 2019. «Sick Pay, Compensation and the Future of Work», dans *World Day for Safety and Health at Work 2019: Safety and Health and the Future of Work, 33 Original and Executive Think Pieces*. Genève: BIT. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/genericdocument/wcms_681841.pdf.
- ▶ Jowett, Matthew, Maria Petro Brunal, Gabriela Flores et Jonathan Cylus. 2016. *Spending Targets for Health: No Magic Number*, Health Financing Working Paper No. 1. Genève: OMS.
- ▶ Kabeer, Naila. 2014. «The Politics and Practicalities of Universalism: Towards a Citizen-Centred Perspective on Social Protection», *European Journal of Development Research*, 26 (3): 338-354.
- ▶ —, Shahra Razavi et Yana van der Meulen Rodgers. 2021. «Feminist Economic Perspectives on the COVID-19 Pandemic», *Feminist Economics*, 27 (1-2): 1-29. <https://doi.org/10.1080/13545701.2021.1876906>.
- ▶ Kausto, Johanna, Eira Viikari-Juntura, Lauri J. Virta, Raija Gould, Aki Koskinen et Svetlana Solovieva. 2014. «Effectiveness of New Legislation on Partial Sickness Benefit on Work Participation: A Quasi-Experiment in Finland», *BMJ Open*, 4 (12), <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/4/12/e006685.full.pdf>.
- ▶ Kazakhstan. 2021. «97% of Kazakhstanis Are Participants in CSHI – How Is the Implementation Taking Place». Service de presse du Premier ministre. <https://primeminister.kz/en/news/reviews/97-of-kazakhstanis-are-participants-in-cshi-how-is-the-implementation-of-medical-insurance-taking-place>.
- ▶ Kidd, Stephen. 2015. «The Political Economy of “Targeting” of Social Security Schemes», Issue No. 19. Londres: Development Pathways. <https://www.developmentpathways.co.uk/wp-content/uploads/2015/10/Political-Economy-of-Targeting-PP19-4-1.pdf>.
- ▶ —. 2019. «The Demise of Mexico’s Prospera Programme: A Tragedy Foretold». *Development Pathways* (blog), 6 février 2019. <https://www.developmentpathways.co.uk/blog/the-demise-of-mexicos-prospera-programme-a-tragedy-foretold/>.
- ▶ —. 2020. «Black Lives Matter – in Social Protection and International Development», *Development Pathways* (blog), 25 juin 2020. <https://www.developmentpathways.co.uk/blog/black-lives-matter-in-social-protection-and-international-development/>.

- —, Björn Gelders et Diloá Bailey-Athias, 2017. «Exclusion by Design: An Assessment of the Effectiveness of the Proxy Means Test Poverty Targeting Mechanism», Extension of Social Security Working Paper No. 56, Genève et Londres: BIT et Development Pathways. <https://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourcePDF.action?ressource.ressourceId=54248>.
- —, Louise Moreira Daniels, Björn Gelders, Diloá Athias et Madeleine Cretney. 2020. *Investing in the Future: A Universal Benefit for Sri Lanka's Children*. Colombo: UNICEF. <https://www.unicef.org/srilanka/sites/unicef.org.srilanka/files/2020-06/UNICEF%20UCB%20Sri%20Lanka%20online.pdf>.
- —, Lorraine Wapling, Rasmus Schjoedt, Björn Gelders, Diloá Bailey-Athias, Anh Tran et Heiner Salomon. 2019. *Leaving No-one Behind: Building Inclusive Social Protection Systems for Persons with Disabilities*. Londres: Development Pathways. <https://www.developmentpathways.co.uk/publications/leaving-no-one-behind-building-inclusive-social-protection-systems-for-persons-with-disabilities/>
- Kruk, Margaret E., John E. Ataguba et Patricia Akweongo. 2020. «The Universal Health Coverage Ambition Faces a Critical Test», *The Lancet*, 396 (10258): 1130-1131.
- —, Anna D. Gage, Catherine Arsenault, Keely Jordan, Hannah H. Leslie, Sanam Roder-DeWan, Olusoji Adeyi et al. 2018. «High-Quality Health Systems in the Sustainable Development Goals Era: Time for a Revolution», *The Lancet Global Health*, 6 (11): e1196-1252. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30386-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30386-3).
- Kuddo, Arvo, David Robalino et Michael Weber. 2015. *Balancing Regulations to Promote Jobs: From Employment Contracts to Unemployment Benefits*. Banque mondiale. <http://documents1.worldbank.org/curated/en/636721468187738877/pdf/101596-REPLACEMENT-WP-PUBLIC-12-9-15-Box394816B-Balancing-regulations-to-promote-jobs-FINAL-web-version.pdf>.
- Lambeau, Jean-Louis, et Stefan Urban. À paraître. *Social Protection and Climate Change: The Role of Social Insurance*. Genève: BIT.
- Langenbucher, Kristine. 2015. «How Demanding Are Eligibility Criteria for Unemployment Benefits, Quantitative Indicators for OECD and EU Countries», OECD Social, Employment and Migration Working Papers No. 166. <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/5jrxtk1zw8f2-en.pdf?expires=1500305133&id=id&accname=guest&checksum=6C58B2B5DC0A738FA83AA41D582A8361>.
- Lazutka, Romas, Arunas Poviliunas et Laima Zalimiene. 2019. *Lithuania Introduces a Universal Child Benefit to Tackle Child Poverty*, European Social Policy Network Flash Report 2019/06. Commission européenne. <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=20686&langId=en>.
- Lieuw-Kie-Song, Maikel. 2011. «Integrating Public Works and Cash Transfers in Ethiopia: Implications for Social Protection, Employment and Decent Work», International Poverty Centre Working Paper No. 84. Brasilia: International Policy Centre for Inclusive Growth. <https://ipcig.org/pub/IPCWorkingPaper84.pdf>.
- Lönnroth, Knut, Philippe Glaziou, Diana Weil, Katherine Floyd, Mukund Uplekar et Mario Raviglione. 2014. «Beyond UHC: Monitoring Health and Social Protection Coverage in the Context of Tuberculosis Care and Prevention», *PLoS Medicine*, 11 (9): e1001693-e1001693. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001693>.
- —, Lou Tessier, Gunnel Hensing et Christina Behrendt. 2020. «Income Security in Times of Ill Health: The Next Frontier for the SDGs», *BMJ Global Health*, 5 (6). <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002493>.
- Lozano, Rafael, Nancy Fullman, John Everett Mumford, Megan Knight, Celine M. Barthelemy, Cristiana Abbafati, Hedayat Abbastabar, Foad Abd-Allah, Mohammad Abdollahi et Aidin Abedi. 2020. «Measuring Universal Health Coverage Based on an Index of Effective Coverage of Health Services in 204 Countries and Territories, 1990-2019: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2019», *The Lancet*, 396 (10258): 1250-1284.
- Lustig, Nora, Valentina Martínez Pabon, Federico Sanz et Stephen Younger. 2020. *The Impact of COVID-19 Lockdowns and Expanded Social Assistance on Inequality, Poverty and Mobility in Argentina, Brazil, Colombia and Mexico*. Washington, DC: Center for Global Development. <https://www.cgdev.org/sites/default/files/impact-covid-19-lockdowns-and-expanded-social-assistance.pdf>.

- ▶ Mackintosh, Maureen, Amos Channon, Anup Karan, Sakthivel Selvaraj, Eleonora Cavagnero et Hongwen Zhao. 2016. «What Is the Private Sector? Understanding Private Provision in the Health Systems of Low-Income and Middle-Income Countries», *The Lancet*, 388 (10044): 596-605. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00342-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00342-1).
- ▶ Malli, Melina Aikaterini, Lara Sams, Rachel Forrester-Jones, Glynis Murphy et Melanie Henwood. 2018. «Austerity and the Lives of People with Learning Disabilities: A Thematic Synthesis of Current Literature», *Disability & Society*, 33 (9): 1412-1435. <https://doi.org/10.1080/09687599.2018.1497950>.
- ▶ Mandel, Hadas, et Moshe Semyonov. 2006. «A Welfare State Paradox: State Interventions and Women's Employment Opportunities in 22 Countries», *American Journal of Sociology*, 111 (6): 1910-1949.
- ▶ Marmot, Michael, Jessica Allen, Peter Goldblatt, Eleanor Herd et Joana Morrison. 2020. *Build Back Fairer: The COVID-19 Marmot Review*. Londres: Health Foundation and Institute of Health Equity. <http://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/build-back-fairer-the-covid-19-marmot-review/build-back-fairer-the-covid-19-marmot-review-full-report.pdf>.
- ▶ Martela, Frank, Bent Greve, Bo Rothstein et Juho Saari. 2020. «The Nordic Exceptionalism: What Explains Why the Nordic Countries Are Constantly Among the Happiest in the World», dans *World Happiness Report 2020*, publ. sous la dir. de John F. Helliwell, Richard Layard, Jeffrey D. Sachs et Jan-Emmanuel De Neve, 129-146. New York: Sustainable Development Solutions Network. <https://happiness-report.s3.amazonaws.com/2020/WHR20.pdf>.
- ▶ Martínez Franzoni, Juliana, et Diego Sánchez-Ancochea. 2015. «Public Social Services and Income Inequality», dans *Labour Markets, Institutions and Inequality: Building Just Societies in the 21st Century*, publ. sous la dir. de Janine Berg, 287-312. Cheltenham et Genève: Edward Elgar et BIT.
- ▶ Mathers, Nicholas, et Rachel Slater. 2014. *Social Protection and Growth: Research Synthesis*. Barton, ACT: Department of Foreign Affairs and Trade, Commonwealth of Australia. <https://www.dfat.gov.au/sites/default/files/social-protection-and-growth-research-synthesis.pdf>.
- ▶ Mazzucato, Mariana. 2013. *The Entrepreneurial State: Debunking Public vs. Private Sector Myths*. Londres et New York: Anthem Press. Traduction française: *L'État entrepreneur. Pour en finir avec l'opposition public-privé*, 2020. Paris: Fayard.
- ▶ —. 2021. *Mission Economy: A Moonshot Guide to Changing Capitalism*. Londres et New York: Harper Business.
- ▶ McCarthy, Carey, Mathieu Boniol, Ka Daniels, G. Cometto, K. Diallo, A. D. Lawani et J. Campbell. 2020. *State of the World's Nursing 2020: Investing in Education, Jobs, and Leadership*. Genève: OMS.
- ▶ Meda, Ivlabèhiré Bertrand, Adama Baguiya, Valéry Ridde, Henri Gautier Ouédraogo, Alexandre Dumont et Seni Kouanda. 2019. «Out-of-Pocket Payments in the Context of a Free Maternal Health Care Policy in Burkina Faso: A National Cross-Sectional Survey», *Health Economics Review*, 9 (11): 1-14.
- ▶ Médecins sans frontières. 2021. *Failed Coronavirus Response Drives Brazil to Humanitarian Catastrophe*. Genève. <https://www.msf.org/failed-coronavirus-response-drives-brazil-humanitarian-catastrophe>.
- ▶ Méndez, Eduardo, et Victoria Giroud-Castiella. 2019. «Uruguay: Educating People about Their Rights to Social Protection and Obligations», dans *100 Years of Social Protection: The Road to Universal Social Protection Systems and Floors*, publ. sous la dir. d'Isabel Ortiz, Valérie Schmitt et Loveleen De, 63-69. Genève: BIT.
- ▶ Ministerio de Salud y Protección Social. 2020. *Afiliados del regimen subsidiado con covid-19 cuentan con compensación económica*. 14 octobre 2020. Bogotá: Gouvernement de Colombie. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Afiliados-del-regimen-subsidiado-con-covid-19-cuentan-con-compensacion-economica.aspx>.
- ▶ Mitra, Sophie, Michael Palmer, Hoolda Kim, Daniel Mont et Nora Groce. 2017. «Extra Costs of Living with a Disability: A Systematized Review and Agenda for Research», *Disability and Health Journal*, 10 (4): 475-484.
- ▶ Molyneux, Maxime. 2007. *Change and Continuity in Social Protection in Latin America: Mothers at the Service of the State?*. Genève: UNRISD.

- Morel, Nathalie, Bruno Palier et Joakim Palme. 2012. *Towards a Social Investment Welfare State? Ideas, Policies and Challenges*. Bristol: Policy Press.
- Morlachetti, Alejandro. 2016. *The Rights to Social Protection and Adequate Food: Human Rights-based Frameworks for Social Protection in the Context of Realizing the Right to Food and the Need for Legal Underpinnings*. FAO. <http://www.fao.org/3/a-i5321e.pdf>.
- Morris, Zachary A., et Asghar Zaidi. 2020. «Estimating the Extra Costs of Disability in European Countries: Implications for Poverty Measurement and Disability-Related Decommodification». *Journal of European Social Policy*, 30 (3): 339-354. <https://doi.org/10.1177/0958928719891317>.
- Moussié, Rachel. 2017. *Les femmes travailleuses de l'économie informelle se mobilisent pour la garde d'enfants*. Durban: WIEGO. <https://www.wiego.org/sites/default/files/publications/files/Moussi%C3%81-Mobilizing-for-Child-Care-French.pdf>.
- Muñoz Boudet, Ana María, Patti Petesch, Carolyn Turk et A. Thumala. 2012. *On Norms and Agency: Conversations about Gender Equality with Women and Men in 20 Countries*», document de travail n° 74191. Banque mondiale. <https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/234151468324057689/on-norms-and-agency-conversations-about-gender-equality-with-women-and-men-in-20-countries>.
- Murray, Christopher J. L., Cristiana Abbafati, Kaja M. Abbas, Mohammad Abbasi, Mohsen Abbasi-Kangevari, Foad Abd-Allah, Mohammad Abdollahi, Parisa Abedi, Aidin Abedi et Hassan Abolhassani. 2020. «Five Insights from the Global Burden of Disease Study 2019», *The Lancet*, 396 (10258): 1135-1159.
- —, Aleksandr Y. Aravkin, Peng Zheng, Cristiana Abbafati, Kaja M. Abbas, Mohsen Abbasi-Kangevari, Foad Abd-Allah, Ahmed Abdelalim, Mohammad Abdollahi et Ibrahim Abdollahpour. 2020. «Global Burden of 87 Risk Factors in 204 Countries and Territories, 1990-2019: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2019», *The Lancet*, 396 (10258): 1223-1249.
- MySalam. 2020. «MySalam National Health Protection Scheme: FAQ About MySalam». Kuala Lumpur: Gouvernement de Malaisie. <https://www.mysalam.com.my/b40/info/?url=FAQ-EN>.
- Neugschwender, Jörg. 2020. «Top and Bottom Coding at LIS», Luxembourg Income Study Technical Working Paper No. 9. <http://www.lisdatacenter.org/wps/techwps/9.pdf>.
- Nurjono, Milawaty, Joanne Yoong, Philip Yap, Shiou Liang Wee et Hubertus Maria Johannes Vrijhoef. 2018. «Implementation of Integrated Care in Singapore: A Complex Adaptive System Perspective», *International Journal of Integrated Care*, 18 (4): 4. <https://doi.org/10.5334/ijic.4174>.
- OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques). 2010. *Latin American Economic Outlook 2011: How Middle-Class Is Latin America?*
- —. 2015 *Tous concernés: pourquoi moins d'inégalité profite à tous*. https://www.oecd-ilibrary.org/fr/employment/tous-concernes-pourquoi-moins-d-inegalite-profite-a-tous_9789264235519-fr.
- —. 2016. «Parental Leave: Where Are the Fathers? Men's Uptake of Parental Leave Is Rising but Still Low», note de synthèse. <https://www.oecd.org/policy-briefs/parental-leave-where-are-the-fathers.pdf>.
- —. 2019a. *L'ascenseur social en panne? Comment promouvoir la mobilité sociale*. <https://www.oecd.org/fr/social/l-ascenseur-social-en-panne-comment-promouvoir-la-mobilite-sociale-bc38f798-fr.htm>.
- —. 2019b. *L'avenir du travail: perspectives de l'emploi de l'OCDE 2019*. https://www.oecd-ilibrary.org/employment/perspectives-de-l-emploi-de-l-ocde-2019_b7e9e205-fr.
- —. 2020. *Supporting People and Companies to Deal with the Covid-19 Virus: Options for an Immediate Employment and Social-Policy Response*. https://oecd.dam-broadcast.com/pm_7379_119_119686-962r78x4do.pdf.
- —. 2021. «L'aide publique au développement (APD)». <https://www.oecd.org/fr/cad/financementpourledeveloppementdurable/normes-financement-developpement/aide-publique-au-developpement.htm>.
- — et BIT. 2019. *Tackling Vulnerability in the Informal Economy*. <https://www.oecd.org/fr/publications/tackling-vulnerability-in-the-informal-economy-939b7bcd-en.htm>.

- ▶ ODI (Overseas Development Institute) et UNICEF (United Nations Children's Fund). 2020. *Universal Child Benefits: Policy Issues and Options*. Londres et New York. <https://www.unicef.org/media/72916/file/UCB-ODI-UNICEF-Report-2020.pdf>.
- ▶ O'Donoghue, Cathal, Denisa M. Sologon et Iryna Kyzyma. 2021. «Novel Welfare State Responses in Times of Crises: COVID-19 Crisis vs. the Great Recession», ECINEQ Working Paper Series No. 573, janvier 2021. Palma de Mallorca: ECINEQ (Society for the Study of Economic Inequality). <http://www.ecineq.org/milano/WP/ECINEQ2021-573.pdf>.
- ▶ OIM (Organisation internationale pour les migrations). 2019. *Migration Health Annual Report 2018*. Genève. <https://publications.iom.int/fr/books/migration-health-annual-report-2018>.
- ▶ OMS (Organisation mondiale de la santé). 2008. *Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health – Commission on Social Determinants of Health Final Report*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789241563703_eng.pdf?sequence=1.
- ▶ —. 2010. *Rapport sur la santé dans le monde. Le financement des systèmes de santé: le chemin vers une couverture universelle*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44372/9789242564020_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- ▶ —. 2014. *The End TB Strategy: Global Strategy and Targets for Tuberculosis Prevention, Care and Control after 2015*. <https://www.who.int/tb/strategy/en/>.
- ▶ —. 2016. *Rapport mondial sur le vieillissement et la santé*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206556/9789240694842_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- ▶ —. 2018a. *Global Tuberculosis Report 2018*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274453/9789241565646-eng.pdf>.
- ▶ —. 2018b. *Public Spending on Health: A Closer Look at Global Trends*. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-HGF-HFWorkingPaper-18.3>.
- ▶ —. 2019a. *Delivered by Women, Led by Men: A Gender and Equity Analysis of the Global Health and Social Workforce*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311322/9789241515467-eng.pdf>.
- ▶ —. 2019b. *Global Spending on Health: A World in Transition*. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-HGF-HFWorkingPaper-19.4>.
- ▶ —. 2019c. *Healthy, Prosperous Lives for All: The European Health Equity Status Report*. Copenhagen: OMS, Bureau régional de l'Europe. <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-equity-status-report-2019>.
- ▶ —. 2019d. *Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage: 2019 Global Monitoring Report*. https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/uhc_report_2019.pdf. Résumé français: «Les soins de santé primaires sur la voie de la couverture sanitaire universelle – Rapport de suivi 2019». <https://www.who.int/publications/i/item/9789240029040>.
- ▶ —. 2020a. *Children: Improving Survival and Well-Being*, fiche d'information. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality>.
- ▶ —. 2020b. «Global Health Expenditure Database». <https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>.
- ▶ —. 2020c. «Global Health Observatory», base de données en ligne. <https://www.who.int/data/gho>.
- ▶ —. 2020d. *Global Tuberculosis Report 2020*. Genève. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336069/9789240013131-eng.pdf>.
- ▶ —. 2020e. *World Health Statistics 2020*. <https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics>.
- ▶ — et Banque mondiale. 2011. *World Report on Disability*. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240685215_eng.pdf.
- ▶ — et —. 2017. *Rapport mondial de suivi 2017: la couverture-santé universelle*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272598/9789242513554-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

- — et —. 2020. *Global Monitoring Report on Financial Protection in Health 2019*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331748/9789240003958-eng.pdf?ua=1>.
- ONU (Organisation des Nations Unies). 2000a. «Observation générale n° 14. Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint», E/C.12/2000/4. Conseil économique et social, Comité des droits économiques, sociaux et culturels. <https://digitallibrary.un.org/record/425041?ln=en>.
- —. 2000b. *Le HCDH et le droit à la santé*. Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme. <https://www.ohchr.org/fr/Issues/ESCR/Pages/Health.aspx>.
- —. 2008. *Observation générale n° 19. Le droit à la sécurité sociale*. Genève: Conseil économique et social, Comité des droits économiques, sociaux et culturels. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G08/403/98/PDF/G0840398.pdf?OpenElement>.
- —. 2012a. *Les principes directeurs sur l'extrême pauvreté et les droits de l'homme*. Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme. https://www.ohchr.org/Documents/Publications/OHCHR_ExtremePovertyandHumanRights_FR.pdf.
- —. 2012b. «Étude thématique sur le travail et l'emploi des personnes handicapées», Rapport du Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, A/HRC/22/25. Genève: Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme.
- —. 2015a. «Programme d'action d'Addis-Abeba issu de la troisième Conférence internationale sur le financement du développement (Programme d'action d'Addis-Abeba)», A/RES/69/313. <https://undocs.org/fr/A/RES/69/313>.
- —. 2015b. «Transformer notre monde: le Programme de développement durable à l'horizon 2030», A/RES/70/1, résolution 70/1 adoptée par l'Assemblée générale, Assemblée générale des Nations Unies. https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=F.
- —. 2015c. «Rapport de la Rapporteuse spéciale sur les droits des personnes handicapées», A/70/297. Assemblée générale des Nations Unies. <https://undocs.org/pdf?symbol=fr/A/70/297>.
- —. 2017a. «Point annuel sur les objectifs de développement durable. Rapport du Secrétaire général», E/2017/66. https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=E/2017/66&Lang=F.
- —. 2017b. *Rapport sur les objectifs de développement durable 2017*. https://unstats.un.org/sdgs/files/report/2017/TheSustainableDevelopmentGoalsReport2017_French.pdf.
- —. 2018. «Pacte mondial pour des migrations sûres, ordonnées et régulières», A/RES/73/195. https://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/73/195&Lang=F.
- —. 2019a. *Report on Universal Health Coverage and Human Rights*, presented to the Economic and Social Council at Its 2019 Session, E/2019/52. High Commissioner for Human Rights. <https://www.ohchr.org/EN/Issues/ESCR/Pages/UniversalHealthCoverage.aspx>.
- —. 2019b. «Les systèmes de protection sociale, l'accès aux services publics et les infrastructures durables au service de l'égalité entre les genres et de l'autonomisation des femmes et des filles», conclusions concertées de la 63^e session de la Commission des Nations Unies sur la condition de la femme, E/CN.6/2019/L.3. New York. <https://undocs.org/fr/E/CN.6/2019/L.3>.
- —. 2019c. «Systèmes de protection sociale, accès aux services publics et infrastructures durables pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes et des filles», rapport du Secrétaire général, E/CN.6/2019/3. <https://undocs.org/fr/E/CN.6/2019/3>.
- —. 2019d. «Visite au Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord», Rapport du Rapporteur spécial sur l'extrême pauvreté et les droits de l'homme, A/HRC/41/39/Add.1. <https://undocs.org/pdf?symbol=fr/A/HRC/41/39/Add.1>.
- —. 2020a. «COVID-19: Who Is Protecting the People with Disabilities? – UN Rights Expert». UN News. <https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25725&LangID=E>.
- —. 2020b. *Looking Back to Look Ahead: A Rights-Based Approach to Social Protection in the Post-COVID-19 Economic Recovery – Report of the UN Special Rapporteur on Extreme Poverty and Human Rights*. Conseil des droits de l'homme. <https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Poverty/covid19.pdf>.

- ▶ —. 2020c. *Policy Brief: The Impact of COVID-19 on Women*. https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/policy_brief_on_covid_impact_on_women_9_apr_2020_updated.pdf.
- ▶ —. 2020d. *Policy Brief: The World of Work and COVID-19*. <https://unsdg.un.org/resources/policy-brief-world-work-and-covid-19>.
- ▶ —. 2020e. *Point annuel sur les objectifs de développement durable*. Rapport du Directeur général. E/2020/57. <https://unstats.un.org/sdgs/files/report/2020/secretary-general-sdg-report-2020--FR.pdf>.
- ▶ —. 2020f. «Rapport sur l'état alarmant de l'éradication de la pauvreté», A/HRC/44/40. Conseil des droits de l'homme. <https://undocs.org/fr/A/HRC/44/40>.
- ▶ —. 2020g. *Shared Responsibility, Global Solidarity: Responding to the Socio-Economic Impacts of COVID-19*. https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/sg_report_socio-economic_impact_of_covid19.pdf.
- ▶ —. 2020h. *Social Protection Responses to the COVID-19 Crisis in the MENA/Arab States Region*. Regional UN Issue-Based Coalition on Social Protection. https://socialprotection.org/sites/default/files/publications_files/MENA%20COVID19%20brief%20-%20FINAL_v4.pdf.
- ▶ —. 2020i. *The Sustainable Development Goals Report 2020*. <https://unstats.un.org/sdgs/report/2020/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2020.pdf>.
- ▶ —. 2020j. *Cadre des Nations Unies pour la réponse socioéconomique immédiate à la COVID-19*. https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-07/FR_UN-Framework-immEDIATE-SE-response-to-COVID.pdf.
- ▶ ONU Femmes. 2015. *Le progrès des femmes dans le monde 2015-2016: transformer les économies, réaliser les droits*. <https://www.unwomen.org/fr/digital-library/publications/2015/4/progress-of-the-worlds-women-2015#:~:text=%C2%AB%20Le%20progr%C3%A8s%20des%20femmes%20dans,concr%C3%A9tiser%20les%20droits%20et%20I>.
- ▶ —. 2017. *Ending Violence against Women and Girls with Disabilities*. UN Trust Fund to End Violence against Women. <https://www2.unwomen.org/-/media/field%20office%20untf/publications/2018/untf%20pagerdisability%20and%20vaw%20finalcompressed.pdf?la=en&vs=953>.
- ▶ —. 2018. *Traduire les promesses en actions: l'égalité des sexes dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030*. <https://www.unwomen.org/fr/digital-library/publications/2018/2/gender-equality-in-the-2030-agenda-for-sustainable-development-2018#view>.
- ▶ —. 2019. *Le progrès des femmes dans le monde 2019-2020: les familles dans un monde en changement*. <https://www.unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/Library/Publications/2019/Progress-of-the-worlds-women-2019-2020-fr.pdf>.
- ▶ —. 2020a. «Le COVID-19 et l'économie du soin: action immédiate et transformation structurelle en vue d'une relance sensible au genre», Document de politique générale n° 16. <https://www.unwomen.org/fr/digital-library/publications/2020/06/policy-brief-covid-19-and-the-care-economy>.
- ▶ —. 2020b. *COVID-19 and Ending Violence against Women and Girls*. <https://www.unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/Library/Publications/2020/Issue-brief-COVID-19-and-ending-violence-against-women-and-girls-en.pdf>.
- ▶ —. 2020c. *Whose Time to Care? Unpaid Care and Domestic Work during COVID-19*. https://data.unwomen.org/sites/default/files/inline-files/Whose-time-to-care-brief_0.pdf.
- ▶ ONUSIDA. 2015. *La protection sociale: faire progresser l'action contre le VIH*. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2750_SocialProtection_fr.pdf.
- ▶ Orcutt, Miriam, Paul Spiegel, Bernadette Kumar, Ibrahim Abubakar, Jocalyn Clark et Richard Horton. 2020. «Lancet Migration: Global Collaboration to Advance Migration Health», *The Lancet*, 395 (10221): 317-319.
- ▶ Ortiz, Isabel, Christina Behrendt, Andrés Acuña Ulate et Quynh Anh Nguyen. 2018. «Universal Basic Income Proposals in Light of ILO Standards: Key Issues and Global Costing», Extension of Social Security (ESS) Paper Series No. 62. Genève: BIT. <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourcePDF.action?ressource.ressourceId=55171>.

- —, Anis Chowdhury, Fabio Durán Valverde, Taneem Muzaffar et Stefan Urban. 2019. *Fiscal Space for Social Protection: A Handbook for Assessing Financing Options*. Genève et New York: BIT et ONU Femmes. <https://www.social-protection.org/gimi/RessourcePDF.action?id=55694>.
- —, et Matthew Cummins. 2012. *A Recovery for All: Rethinking Socio-Economic Policies for Children and Poor Households*. New York: UNICEF.
- —, et —. 2021. «Global Austerity Alert: Looming Budget Cuts in 2021–25 and Alternative Pathways», document de travail. <https://policydialogue.org/files/publications/papers/Global-Austerity-Alert-Ortiz-Cummins-2021-final.pdf>.
- —, —, Jeronim Capaldo et Kalaivani Karunanethy. 2015. «The Decade of Adjustment: A Review of Austerity Trends 2010–2020 in 187 Countries», Extension of Social Security (ESS) Working Paper No. 53. South Centre, Initiative for Policy Dialogue et BIT. <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourcePDF.action?ressource.ressourceId=53192>.
- —, Fabio Durán Valverde, Karuna Pal, Christina Behrendt et Andrés Acuña Ulate. 2017. «Universal Social Protection Floors: Costing Estimates and Affordability in 57 Lower Income Countries», Extension of Social Security Working Paper No. 58. South Centre, Initiative for Policy Dialogue et BIT. <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourcePDF.action?ressource.ressourceId=54915>.
- Ow Yong, Lai Meng, et Ailsa Cameron. 2019. «Learning from Elsewhere: Integrated Care Development in Singapore», *Health Policy*, 123 (4): 393-402. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.12.004>.
- Oxfam. 2020. *Le prix de la dignité*. Oxford. <https://www.oxfam.org/fr/publications/le-prix-de-la-dignite>.
- Pacific Disability Forum. 2018. *SDG-CRPD Monitoring Report 2018*. Genève: International Disability Alliance. <https://www.internationaldisabilityalliance.org/pdf-monitoring-2018>.
- Palme, Joakim, et Olli E. Kangas (dir. de publication). 2005. *Social Policy and Economic Development in the Nordic Countries*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- PAM (Programme alimentaire mondial). 2020. *State of School Feeding Worldwide 2020*. https://docs.wfp.org/api/documents/WFP-0000123923/download/?_ga=2.200800366.1110212391.1615202533-544518780.1612779350.
- Pesole, Annarosa, Maria Cesira Urzì Brancati, Enrique Fernández-Macías, Federico Biagi et Ignacio González Vázquez. 2018. *Platform Workers in Europe: Evidence from the COLLEEM Survey*. Luxembourg: Office des publications de l'Union européenne. <https://doi.org/10.2760/742789>.
- Petrongolo, Barbara. 2009. «The Long-Term Effects of Job Search Requirements: Evidence from the UK JSA Reform», *Journal of Public Economics*, 93: 1234-1253. http://personal.lse.ac.uk/petrongolo/petrongolo_JPubE_2009.pdf.
- Peyron Bista, Céline, et John Carter. 2017. *Unemployment Protection: A Good Practices Guide and Training Package – Experiences from ASEAN*. Bangkok: Bureau régional de l'OIT pour l'Asie et le Pacifique. http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---asia/---ro-bangkok/documents/publication/wcms_571465.pdf.
- Philip, Kate, Maikel Lieuw-Kie-Song, Mito Tsukamoto et Anna Overbeck. 2020. «Employment Matters too Much to Society to Leave to Markets Alone», dans *The Value of Work and Its Rules between Innovation and Tradition: "Labour Is Not a Commodity" Today*, Adapt Labour Studies Book Series, publ. sous la dir. d'Anthony Forsyth, Emanuele Dagnino et Margherita Roiatti. Cambridge Scholars Publishing. <https://www.cambridgescholars.com/product/978-1-5275-6027-7>.
- Pignatti Morano, Clemente. 2016. «Do Public Employment Services Improve Employment Outcomes? Evidence from Colombia», Research Department Working Paper No. 10. Genève: BIT. http://www.ilo.org/global/research/publications/WCMS_460473/lang--en/index.htm.

- ▶ PNUD (Programme des Nations Unies pour le développement). 2019. *Rapport sur le développement humain 2019 – Au-delà des revenus, des moyennes et du temps présent: les inégalités de développement humain au XXI^e siècle*. http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2019_fr_0.pdf.
- ▶ — et ONU Femmes. 2020. *COVID-19 Global Gender Response Tracker Fact Sheets*. New York. <https://www.undp.org/publications/covid-19-global-gender-response-tracker-fact-sheets>.
- ▶ — et —. 2021. *COVID-19 Global Gender Response Tracker (Outil de suivi des mesures prises dans le monde pour faire face au COVID-19)*. <https://data.undp.org/gendertacker/>.
- ▶ — et Pardee Center. 2020. *Impact of COVID-19 on the Sustainable Development Goals: Pursuing the Sustainable Development Goals (SDGs) in a World Reshaped by COVID-19*. PNUD et Pardee Center for International Futures. https://sdgintegration.undp.org/sites/default/files/Impact_of_COVID-19_on_the_SDGs.pdf.
- ▶ PDPH (Partenariat des Nations Unies pour la promotion des droits des personnes handicapées). À paraître. *Participation of Organizations of Persons with Disabilities* (titre provisoire).
- ▶ — et BIT. 2020. *Initial Overview of Specific Social Protection Measures for Persons with Disabilities and Their Families in Response to COVID-19 Crisis*. [Overview-response_1.4.pdf \(inclusive-policy.org\)](https://www.inclusivepolicy.org/Overview-response_1.4.pdf).
- ▶ —, — et UNICEF. À paraître. *Disability Inclusive Social Protection Delivery Mechanisms*.
- ▶ —, —, — et CESAP (Commission économique et sociale des Nations Unies pour l'Asie et le Pacifique). À paraître. *Disability Assessment for Support and Inclusion*.
- ▶ —, UNICEF, BIT, IDA et Catalina Devandas Aguilar. 2020. *Disability Inclusive Social Protection Response to Covid-19 Crisis*. <https://www.social-protection.org/gimi/RessourcePDF.action?id=56029>.
- ▶ Presidencia de la República del Ecuador. 2012. «Bono Joaquín Gallegos Lara beneficia a cerca de 23 mil cuidadores de personas con discapacidad severa». Quito. <https://www.presidencia.gob.ec/bono-joaquin-gallegos-lara-beneficia-a-cerca-de-23-mil-cuidadores-de-personas-con-discapacidad-severa/>.
- ▶ Razai, Mohammad S., Hadyn K. N. Kankam, Azeem Majeed, Aneez Esmail et David R. Williams. 2021. «Mitigating Ethnic Disparities in Covid-19 and Beyond», *BMJ*, 372 (janvier): m4921. <https://doi.org/10.1136/bmj.m4921>.
- ▶ Razavi, Shahra. 2020. «What Does the UN Have to Say About Family Policy? Reflections on the ILO, UNICEF, and UN Women», dans *The Palgrave Handbook of Family Policy*, publ. sous la dir. de Rense Nieuwenhuis et Wim Van Lancker, 87-115. Cham: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-54618-2_5.
- ▶ —, Christina Behrendt, Mira Bierbaum, Ian Orton et Lou Tessier. 2020. «Reinvigorating the Social Contract and Strengthening Social Cohesion: Social Protection Responses to COVID-19», *Revue internationale de sécurité sociale*, 73 (3), pp. 55-80. <https://doi.org/10.1111/issr.12245>.
- ▶ Richardson, Dominic, Alessandro Carraro, Victor Cebotari, Anna Gromada et Gwyther Rees. 2020. *Supporting Families and Children Beyond COVID-19: Social Protection in High-Income Countries*. Florence: Centre de recherches UNICEF Innocenti. https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/Supporting%20Families%20and%20Children%20Beyond%20COVID-19_Social%20protection%20in%20high-income%20countries.pdf?utm_source=UNICEF+Office+of+Research+Innocenti&utm_campaign=4b989da831-EMAIL_CAMPAIGN_2020_12_08_04_21_COPY_01&utm_medium=email&utm_term=0_ad067a6321-4b989da831-381897481.
- ▶ —, Esuna Dugarova, Daryl Higgins, Keiko Hirao, Despina Karamperidou, Zitha Mokomane et Mihaela Robila. 2020. *Families, Family Policy and the Sustainable Development Goals*. Florence: Centre de recherche Innocenti, UNICEF.
- ▶ —, David Harris, Shea McClanahan et Ian Orton. 2021. «Child Benefits in the US – For Children Here, There, and Everywhere», *Development Pathways* (blog), 11 mars 2021. <https://www.developmentpathways.co.uk/blog/child-benefits-in-the-us-for-children-here-there-and-everywhere/>.

- Robalino, David, Milan Vodopivec et András Bodor. 2009. «Savings for Unemployment in Good or Bad Times: Options for Developing Countries», IZA Discussion Paper No. 4516. Bonn: Institute for the Study of Labor. <http://ftp.iza.org/dp4516.pdf>.
- Robertson, Timothy, Emily D. Carter, Victoria B. Chou, Angela R. Stegmuller, Bianca D. Jackson, Yvonne Tam, Talata Sawadogo-Lewis et Neff Walker. 2020. «Early Estimates of the Indirect Effects of the COVID-19 Pandemic on Maternal and Child Mortality in Low-Income and Middle-Income Countries: A Modelling Study», *The Lancet Global Health*. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30229-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30229-1).
- Roelen, Keetie. 2020. «Receiving Social Assistance in Low- and Middle-Income Countries: Negating Shame or Producing Stigma?», *Journal of Social Policy*, 49 (4): 705-723. <https://doi.org/10.1017/S0047279419000709>.
- Røttingen, John-Arne, Trygve Ottersen, Awo Ablo, Dyna Arhin-Tenkorang, Christoph Benn, Riku Elovainio, David B. Evans, Luiz E. Fonseca, Julio Frenk et David McCoy. 2014. *Shared Responsibilities for Health: A Coherent Global Framework for Health Financing*. Final Report of the Centre on Global Health Security Working Group on Health Financing.
- Royaume-Uni (gouvernement du). 2020. «Coronavirus Support for Employees, Benefit Claimants and Businesses», 16 mars 2020. <https://www.gov.uk/government/news/coronavirus-support-for-employees-benefit-claimants-and-businesses>.
- Rutkowski, Michal. 2020. «COVID-19 Reinforces the Case for Fundamental Reform of Our Social Protection Systems», *Jobs and Development* (blog), 1^{er} mai 2020. Banque mondiale. <https://blogs.worldbank.org/jobs/covid-19-reinforces-case-fundamental-reform-our-social-protection-systems>.
- Scheil-Adlung, Xenia. 2015. «Long-Term Care Protection for Older Persons: A Review of Coverage Deficits in 46 Countries», Extension of Social Security (ESS) Working Paper No. 50. Genève: BIT. http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---soc_sec/documents/publication/wcms_407620.pdf.
- —, et Florence Bonnet. 2011. «Beyond Legal Coverage: Assessing the Performance of Social Health Protection», *International Social Security Review*, 64 (3): 21-38. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-246X.2011.01400.x/pdf>.
- Sen, Gita, Veloshnee Govender et Salma El-Gamal. 2020. *Universal Health Coverage, Gender Equality and Social Protection: A Health Systems Approach*. New York: ONU Femmes. <https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2020/12/discussion-paper-universal-health-coverage-gender-equality-and-social-protection>.
- Sepúlveda, Magdalena. 2019. *The Legal and Human Rights Case for Universal Child Benefits*. UNICEF. https://socialprotection.org/sites/default/files/publications_files/The%20Legal%20and%20Human%20Rights%20case%20for%20Universal%20Child%20Benefits.pdf.
- —, et Carly Nyst. 2012. *The Human Rights Approach to Social Protection*. Finlande, ministère des Affaires étrangères. <https://www.ohchr.org/documents/issues/epoverty/humanrightsapproachtosocialprotection.pdf>.
- Shaw, Dorothy, Jeanne-Marie Guise, Neel Shah, Kristina Gemzell-Danielsson, K.S. Joseph, Barbara Levy, Fontayne Wong, Susannah Woodd et Elliott K. Main. 2016. «Drivers of Maternity Care in High-Income Countries: Can Health Systems Support Woman-Centred Care?», *The Lancet*, 388 (10057): 2282-2295. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31527-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31527-6).
- Silwal, Ani Rudra, Solrun Engilbertsdottir, Jose Cuesta, David Newhouse et David Stewart. 2020. «Global Estimate of Children in Monetary Poverty: An Update». Washington, DC: Banque mondiale. <http://documents.worldbank.org/curated/en/966791603123453576/Global-Estimate-of-Children-in-Monetary-Poverty-An-Update>.
- SPIAC-B (Conseil de coopération interinstitutions pour la protection sociale). 2020. *Déclaration commune sur le rôle de la protection sociale dans la riposte face à la pandémie de COVID-19*. <https://www.social-protection.org/gimi/RessourcePDF.action?id=56037>.

- ▶ Staab, Silke. 2019. «Early Childhood Education and Care from a Gender Perspective», dans *Early Childhood and Development Work: Theories, Policies, and Practices*, publ. sous la dir. d'Anne Trine Kjørholt et Helen Penn, 69-89. Basingstoke: Palgrave Macmillan. <https://www.palgrave.com/gp/book/9783319913186>.
- ▶ Stenberg, Karin, Odd Hanssen, Tessa Tan-Torres Edejer, Melanie Bertram, Callum Brindley, Andrea Meshreky, James E. Rosen, *et al.* 2017. «Financing Transformative Health Systems towards Achievement of the Health Sustainable Development Goals: A Model for Projected Resource Needs in 67 Low-Income and Middle-Income Countries». *Lancet Global Health* 5 (9): e875-887.
- ▶ Stewart, David, Francesca Bastagli et Ian Orton. 2020. «From COVID-19 Response to Recovery: What Role for Universal Child Benefits?», *Evidence for Action* (blog), 16 octobre 2020. <https://blogs.unicef.org/evidence-for-action/from-covid-19-response-to-recovery-what-role-for-universal-child-benefits/>.
- ▶ Thaiger. 2020. «New Covid-19 Specialist Hospital to Open as Thai Government Steps up Response», 16 mars 2020. <https://thethaiger.com/coronavirus/new-covid-19-specialist-hospital-to-open-as-thai-government-steps-up-response>.
- ▶ ThinkWell. 2020. *Présentation de la politique de Gratuité au Burkina Faso*. https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiyztyK0KPvAhUkJMUKHTWOADoQFjACE-gQIFBAD&url=https%3A%2F%2Fthinkwell.global%2Fwp-content%2Fuploads%2F2020%2F10%2FGratuite-in-Burkina-Faso_Final-FR.pdf&usg=AOvVaw081TUDGyVBbBviIJ5Ij7r8.
- ▶ —. 2021. *Burkina Faso Maternal, Newborn, and Child Health (MNCH) Factsheet*, mai. Strategic Purchasing for Primary Health Care (SP4PHC project). https://thinkwell.global/wp-content/uploads/2021/05/MNCH-Factsheet_Burkina-Faso.pdf.
- ▶ Thorpe, J. 2019. «Income Security During Periods of Ill-Health: A Scoping Review of Policies and Practice in Low- and Middle-Income Countries», Master of Global Health thesis, Karolinska Institutet, Stockholm, Department of Public Health Sciences.
- ▶ Tirivayi, Nyasha, Dominic Richardson, Maja Gavrilovic, Valeria Groppo, Lusajo Kajula, Elsa Valli et Francesca Viola. 2020. «A Rapid Review of Economic Policy and Social Protection Responses to Health and Economic Crises and Their Effects on Children: Lessons for the COVID-19 Pandemic Response», Innocenti Working Papers 2020/02. Florence: Centre de recherches UNICEF Innocenti. <https://doi.org/10.18356/224f8efa-en>.
- ▶ Traub-Merz, Rudolf, et Manfred Öhm. 2021. *Access to Health Services: A Key Demand of Informal Labour in Africa – Findings from Representative Country Surveys in Sub-Saharan Africa*. Bonn: Friedrich Ebert Stiftung. <http://library.fes.de/pdf-files/iez/17362.pdf>.
- ▶ UBS. 2020. *Riding the Storm: Market Turbulence Accelerates Diverging Fortunes*. Zurich: UBS. <https://www.ubs.com/content/dam/static/noindex/wealth-management/ubs-billionaires-report-2020-spread.pdf>.
- ▶ UNESCO (Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture). 2020a. *Éducation: de la fermeture des établissements scolaires à la reprise*, 18 mars 2020. <https://fr.unesco.org/covid19/educationresponse>.
- ▶ —. 2020b. *Les filles au premier plan*, 20 août 2020. <https://fr.unesco.org/covid19/educationresponse/girlseducation>.
- ▶ UNICEF (Fonds des Nations Unies pour l'enfance). 2013. *The State of the World's Children: Children with Disabilities*. <https://www.unicef.org/media/84886/file/SOWC-2013.pdf>.
- ▶ —. 2019a. *How Parents in India Are Keeping Their Girls in School, and Away from Early Marriages*. <https://www.unicef.org/stories/how-parents-india-keeping-girls-in-school-away-from-early-marriages>.
- ▶ —. 2019b. *UNICEF's Global Social Protection Programme Framework*. New York. <https://www.unicef.org/sites/default/files/2020-01/Global-social-protection-programme-framework-2019.pdf>.

- —. 2019c. «UNICEF Statement on Cabinet Approval of the Expansion of the Child Support Grant Scheme», 29 mars 2019. <https://www.unicef.org/thailand/press-releases/unicef-statement-cabinet-approval-expansion-child-support-grant-scheme>.
- —. 2020a. «Emergency Universal Child Benefits: Addressing the Social and Economic Consequences of the COVID-19 Crisis in South Asia», document de travail. Katmandou: UNICEF Regional Office for South Asia. <https://www.developmentpathways.co.uk/publications/emergency-universal-child-benefits-addressing-the-social-and-economic-consequences-of-the-covid-19-crisis-in-south-asia/>.
- —. 2020b. «Pregnant Mothers and Babies Born during COVID-19 Pandemic Threatened by Strained Health Systems and Disruptions in Services», communiqué de presse. <https://www.unicef.org/press-releases/pregnant-mothers-and-babies-born-during-covid-19-pandemic-threatened-strained-health>.
- —. 2020c. *Realising Children's Rights through Social Policy in Europe and Central Asia: A Compendium of UNICEF's Contributions (2014-2020)*. <https://www.unicef.org/eca/media/14276/file/UNICEF%20ECA%20Compendium.pdf>.
- —. 2020d. «UNICEF: An Additional 6.7 Million Children under 5 Could Suffer from Wasting This Year Due to COVID-19», communiqué de presse, 27 juillet 2020. <https://www.unicef.org/press-releases/unicef-additional-67-million-children-under-5-could-suffer-wasting-year-due-covid-19>.
- —. 2020e. *UNICEF's Social Protection Response to COVID-19: Strengthening Social Protection Systems before, during and after Crises*. <https://www.unicef.org/media/84181/file/UNICEF's-social-protection-response-to-COVID-19-2020.pdf>.
- —. 2021. *COVID-19 and the Looming Debt Crisis*. Florence: Centre de recherche Innocenti. https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/Social-spending-series_COVID-19-and-the-looming-debt-crisis.pdf.
- — et Banque mondiale. 2016. *Ending Extreme Poverty: A Focus on Children*. https://www.unicef.org/media/49996/file/Ending_Extreme_Poverty_A_Focus_on_Children_Oct_2016.pdf.
- — et Save the Children. 2020a. *Children in Monetary Poor Households and COVID-19*, note technique, 27 mai 2020. <https://data.unicef.org/resources/children-in-monetary-poor-households-and-covid-19/>.
- —. 2020b. *Impact of COVID-19 on Multidimensional Child Poverty*, note technique, 16 septembre 2020. <https://data.unicef.org/resources/impact-of-covid-19-on-multidimensional-child-poverty/>.
- USP2030 (Partenariat mondial pour une protection sociale universelle en vue d'atteindre les objectifs de développement durable). 2019. «Ensemble pour une protection sociale universelle d'ici 2030 (USP2030) – Appel à l'action». <https://www.usp2030.org/gimi/RessourcePDF.action?id=55465>.
- van Panhuys, Clara, Samia Kazi-Aoul et Geneviève Binette. 2017. «Migrant Access to Social Protection under Bilateral Labour Agreements: A Review of 120 Countries and Nine Bilateral Arrangements», Extension of Social Security (ESS) Working Paper No. 57. Genève: BIT. <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourcePDF.action?ressource.ressourceId=54405>.
- Verick, Sher. 2018. «Female Labor Force Participation and Development», *IZA World of Labor*, décembre. <https://wol.iza.org/uploads/articles/465/pdfs/female-labor-force-participation-and-development.pdf?v=1>.
- Vivid Economics and Finance for Biodiversity. 2021. *Greenness of Stimulus Index: An Assessment of COVID-19 Stimulus by G20 Countries and Other Major Economies in Relation to Climate Action and Biodiversity Goals*. Londres et Washington, DC. https://643e8587-b887-4b39-86d3-edefb98f6abf.usrfiles.com/ugd/643e85_ff2e6bc7fbd242e7bcb50d05b7219e8b.pdf.
- Vos, Theo, Stephen S. Lim, Cristiana Abbafati, Kaja M. Abbas, Mohammad Abbasi, Mitra Abbasifard, Mohsen Abbasi-Kangevari, Hedayat Abbastabar, Foad Abd-Allah et Ahmed Abdelalim. 2020. «Global Burden of 369 Diseases and Injuries in 204 Countries and Territories, 1990-2019: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2019», *The Lancet*, 396 (10258): 1204-1222.

- ▶ Wagstaff, Adam, Gabriela Flores, Marc-François Smitz, Justine Hsu, Kateryna Chepynoga et Patrick Eozenou. 2018. «Progress on Impoverishing Health Spending in 122 Countries: A Retrospective Observational Study», *The Lancet Global Health*, 6 (2): e180-192.
- ▶ Walker, Robert. 2014. *The Shame of Poverty: Global Perspectives*. Oxford: Oxford University Press.
- ▶ Wang, Haidong, Kaja M. Abbas, Mitra Abbasifard, Mohsen Abbasi-Kangevari, Hedayat Abbastabar, Foad Abd-Allah, Ahmed Abdelalim, Hassan Abolhassani, Lucas Guimarães Abreu et Michael R. M. Abrigo. 2020. «Global Age-Sex-Specific Fertility, Mortality, Healthy Life Expectancy (HALE), and Population Estimates in 204 Countries and Territories, 1950-2019: A Comprehensive Demographic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2019», *The Lancet*, 396 (10258): 1160-1203.
- ▶ Woo-Cumings, Meredith. 2007. *Neoliberalism and Institutional Reform in East Asia: A Comparative Study*. Basingstoke et Genève: Palgrave et UNRISD.
- ▶ Zamore, Leah, et Ben Phillips. 2020. *COVID-19 and Public Support for Radical Policies*. New York: New York University, Center for International Cooperation. <https://cic.nyu.edu/sites/default/files/zamore-phillips-covid19-public-support-radical-policies-web-final.pdf>.

Faire avancer la justice sociale, promouvoir le travail décent

L'Organisation internationale du Travail est l'institution des Nations Unies spécialisée dans les questions liées au monde du travail. Elle réunit gouvernements, employeurs et travailleurs autour d'une approche de l'avenir du travail centrée sur l'humain, en soutenant la création d'emplois, les droits au travail, la protection sociale et le dialogue social.

Ce rapport phare du BIT offre une vue d'ensemble des développements récents des systèmes de protection sociale, dont les socles de protection sociale, et traite de l'impact de la pandémie de COVID-19. Fondé sur de nouvelles données, il présente un vaste ensemble de statistiques mondiales, régionales et nationales sur la couverture de la protection sociale, les prestations et les dépenses publiques afférentes.


Suivant une approche fondée sur le cycle de vie, cette publication analyse les progrès réalisés en matière de couverture universelle de la protection sociale en mettant l'accent sur la réalisation du Programme de développement durable à l'horizon 2030 et de ses objectifs de développement durable (ODD). Le rapport comprend des tableaux statistiques complets contenant les dernières données sur la protection sociale, y compris des données nationales détaillées sur l'indicateur 1.3.1 des ODD.

Il est publié conjointement avec cinq rapports régionaux complémentaires qui mettent en lumière les principaux développements, défis et priorités dans le domaine de la protection sociale en Afrique, dans les États arabes, en Asie et dans le Pacifique, en Europe centrale et en Europe de l'Est, en Asie centrale, ainsi qu'en Amérique latine et dans les Caraïbes.


ilo.org

Bureau international du Travail

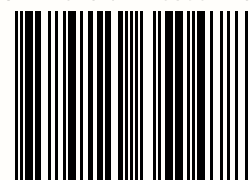
Route des Morillons 4
1211 Genève 22
Suisse

 International Labour Organization

 @ILO

 ILOTV

ISBN 978-92-2-035047-8



9 789220 350478