



► Note de synthèse

Décembre 2022

Protection sociale en santé

Etat des lieux extrait du Rapport Mondial sur la Protection Sociale 2020-2022

Points essentiels

- 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 fait 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 sans difficultés financières.
- 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 dépenses 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 leur 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 longue durée, ainsi que le vieillissement de la population.

Introduction

Cette note de synthèse présente un état des lieux statistique extrait du Rapport Mondial sur la Protection Sociale 2020-2022 concernant la protection sociale pour les prestations suivantes :

- Soins de santé,
- Indemnités de maladie, et
- Maternité.

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 CSU.

En septembre 2019, l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté une déclaration politique sur la CSU et réitéré sa volonté d'atteindre les ODD liés à la santé (Assemblée générale de l'ONU, 2019). La protection sociale en santé est un aspect essentiel des efforts déployés pour réaliser la CSU, où la protection financière et l'accès effectif aux services de santé occupent une place centrale. Les cibles des ODD liées à la CSU (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 failles 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 CSU

Les systèmes de protection sociale en santé s'appuient sur une approche basée sur les droits pour réaliser la CSU. 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'Etat (BIT, 2008), afin:

- (I) d'assurer un accès effectif aux soins de santé, sans difficultés financières pour les patients – c'est l'objet de la présente section; et
- (II) de garantir la sécurité de revenu pour compenser la perte de revenus en cas de maladie.

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 1).

► **Encadré 1. 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; NU, 2008). S'inscrivant dans ce cadre, la protection sociale en santé représente le mécanisme optimal pour donner corps à ces droits humains (BIT, 2020x).

► **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 minimum 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'étoffé. 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 postnataux gratuits pour les personnes les plus vulnérables; en outre, les pays devraient progressivement offrir à tous une meilleure protection, conformément aux conventions nos. 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.

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 l niveau adéquat des prestations (c.-à-d. 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 indicateurs disponibles sont présentés, et les lacunes des données commentées, dans les sections qui suivent.

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 4.2.7). 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 2. 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 maxima de co-paiement) 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. 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 1). 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 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).

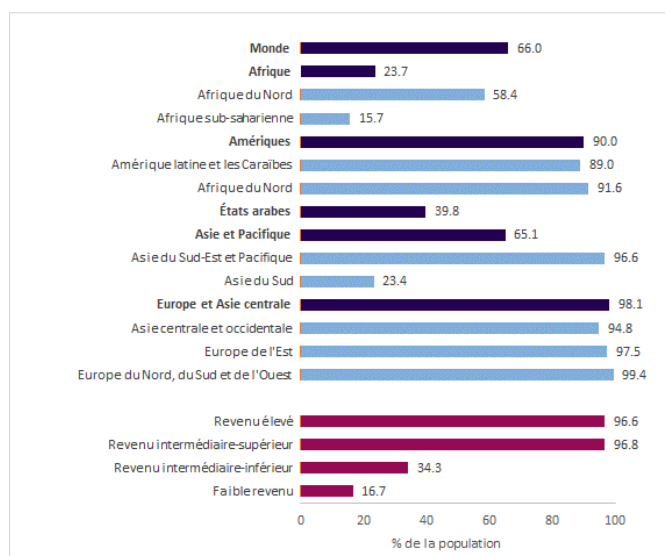
Il est possible de mieux informer la population de ses droits et des prestations existantes par des mesures incitatives adaptées et en facilitant la transition vers l'économie formelle (BIT, 2021g). Certains travailleurs, tels les indépendants et les travailleurs domestiques, sont parfois exclus du régime obligatoire. Par ailleurs, le niveau et les modalités de cotisation des régimes contributifs ne

► Note d'information de l'OIT

Protection sociale en santé - Etat des lieux extrait du Rapport Mondial sur la Protection Sociale 2020-2022

sont pas toujours adaptés aux modes de rémunération des travailleurs de l'économie informelle (p. ex. 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.

► Figure 1. Pourcentage de la population protégée par un programme de protection sociale en santé (personnes protégées); par région, sous-région et niveau de revenu; 2020 ou dernière année disponible



Note: Basé sur des données recueillies pour 117 pays et territoires représentant 89 % 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 sur la sécurité sociale de l'OIT (SSI); statistiques de la santé de l'OCDE (2020); données administratives nationales publiées dans les rapports officiels; informations provenant d'enquêtes nationales sur la connaissance des droits, menées périodiquement auprès des populations cibles.

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

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 leurs familles. 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 l'amélioration de la qualité, de la transparence et de 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).

► Encadré 3. Faciliter l'enregistrement des travailleurs de l'économie informelle

Soudan: extension accélérée du Fonds national d'assurance maladie (NHIF).

La loi de 2016 sur l'Assurance maladie dispose que tous les résidents devraient être couverts par le Fonds national d'assurance maladie (NHIF), afin de leur garantir l'accès aux soins de santé, sans difficultés financières. En 2019, 27,2 millions de personnes (67,7 % 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'éligibilité 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 % 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 %) est affectée au régime d'assurance santé; le solde (10 %) 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).

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), malgré les nombreuses difficultés que cela soulève.

► **Encadré 4. 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 (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 réfugiées (UNHCR), afin que les réfugiés bénéficient des mêmes conditions d'accès aux soins de santé que les communautés d'accueil (BIT et HCR, 2020).

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. A cet égard, plusieurs pays ont largement étendu leur système de protection sociale en santé, tout en en réduisant la fragmentation institutionnelle entre les dispositifs de protection sociale en santé (voir l'exemple de l'encadré 5) (BIT, 2020).

► **Encadré 5. 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 CSU. 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 % de la population), le *JKN* est actuellement l'un des plus grands organismes payeur au monde.

La figure 1 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 persistents, laissant

► Note d'information de l'OIT

Protection sociale en santé - Etat des lieux extrait du Rapport Mondial sur la Protection Sociale 2020-2022

une part importante du coût des soins à la charge des ménages.

Niveau de prestation adéquat

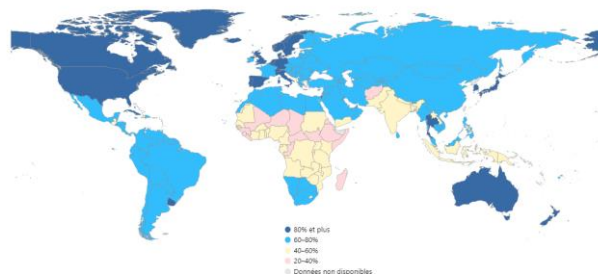
Droit à des prestations de santé adéquates inscrit dans la législation

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 primaires¹, 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 2) (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 fournies², 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; et 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 pour 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 soin complet prescrit par les normes internationales de sécurité sociale.

► Figure 2. Couverture des services de santé essentiels (indicateur 3.8.1 des ODD); taux moyen de couverture, services de santé essentiels (2017)



Source: calculs effectués à partir de OMS, 2019d.

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

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 (ICS) 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'ICS 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

¹ Déclaration de la Conférence internationale d'Alma-Ata 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

² 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 prénataux, 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.

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 6).

► **Encadré 6. Lutte contre le VIH/sida au Kenya: lier la promotion de la santé en milieu de travail et la protection sociale en santé**

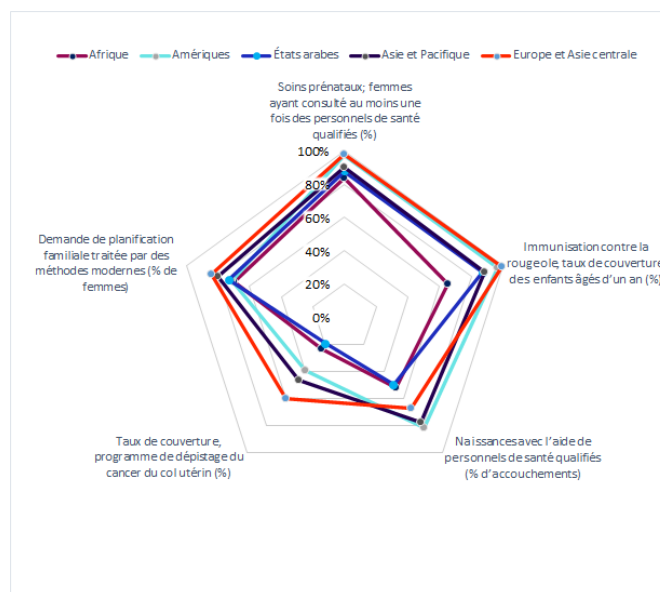
Au Kenya, 84 pour cent des travailleurs sont dans l'économie informelle et bénéficient rarement des programmes de protection sociale. Les autorités ont mis en place un système de participation volontaire – sans grand succès. Le Fonds national d'assurance hospitalisation (*NHIF*) couvre plus de trois 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, d'autres coûts, tels 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*.

De nombreux pays ont également réalisé des progrès en ce qui concerne l'accès effectif aux 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 3) et les quintiles de richesse (voir figure 4). Il faut donc redoubler 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 7), 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 naissance (voir la section 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).

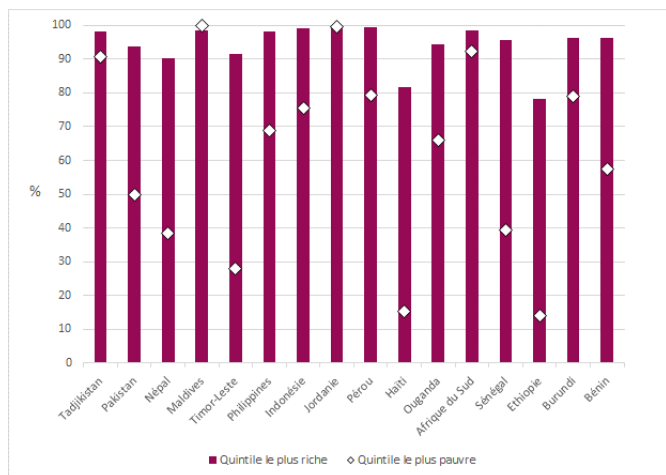
► **Figure 3. Couverture des SRMNI: des avancées inégales**



Source: données dérivées de l'Observatoire mondial de la santé.
Lien: <https://wspr.social-protection.org>.

► **Figure 4. 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 extraites de l'Observatoire mondial de la santé.
Lien: <https://wspr.social-protection.org>.

► **Encadré 7. 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 – du 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: D'Après Bilan, 2019; Meda et al., 2019; Thinkwell, 2020.

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 privé (voir encadré 8). De profondes inégalités persistent entre les pays et les régions en ce qui concerne la disponibilité des ressources matérielles et

humaines, ainsi qu'entre les régions urbaines et rurales (voir figure 5).

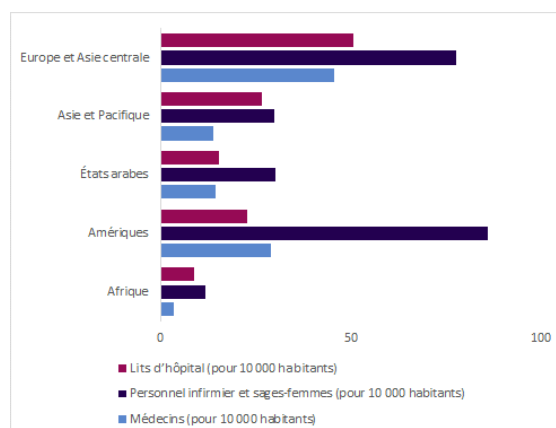
► **Encadré 8. Prestation de soins de santé par les secteurs public et privé**

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 règlementaire et une régulation forte du ministère de la santé et nécessaire 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.

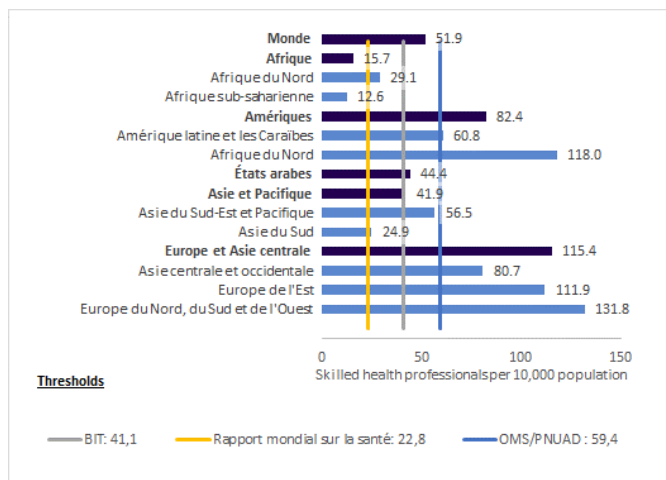
Dans les pays où le secteur privé délivre la majeure partie des services de santé, y compris les interventions faisant partie des prestations garanties, les gouvernements doivent faire tous les efforts possibles pour que la population bénéficie d'une protection financière adéquate. De fait, les informations 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 5. Défis en matière de personnel et d'infrastructures: au cœur des inégalités d'accès aux soins de santé**

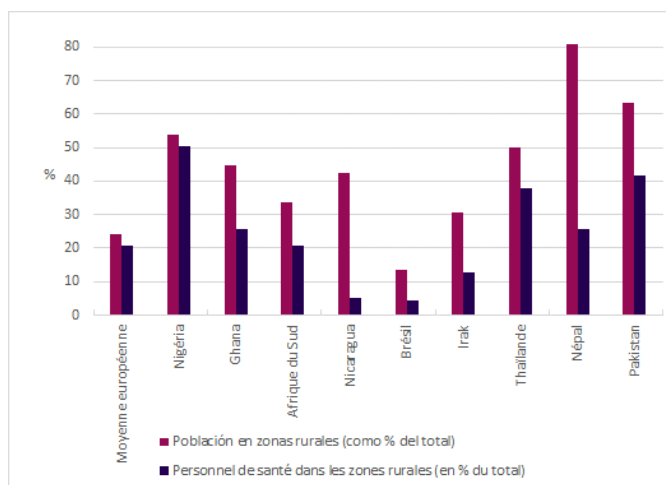
a) Estimations régionales; lits d'hôpital et densité de certains personnels qualifiés, dernière année disponible



b) Densité de personnel médical qualifié, selon trois seuils, par région



c) Inégalités rurales/urbaines; disponibilité de personnels de santé; sélection de pays



Notes: (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. (c) Moyenne européenne: 28 pays pour lesquels des données étaient disponibles (voir Annexe 2). Sources: Enquêtes de l'OIT sur la population active; Programme OIT-OCDE-OMS «Travailler en santé»; Observatoire mondial de la santé, OMS. Lien : <https://wspr.social-protection.org>.

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, 2017), 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 aux SRMNI sont largement redevables à ces deux professions, qui ont joué un rôle déterminant dans les avancées réalisées en matière de SRMNI. 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, 2018b). 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 9).

► **Encadré 9. Pérou: enquête socio-économique nationale sur l'accès aux services de santé d'EsSalud**

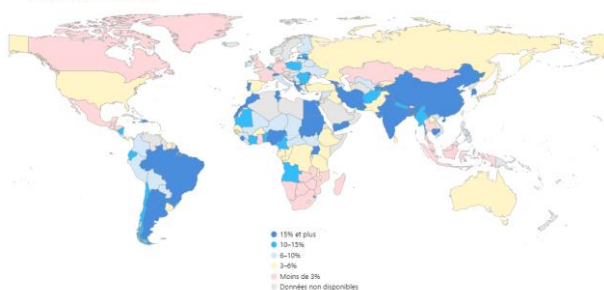
Menée en 2015 sur un échantillon de 25 000 ménages afin de compléter les informations provenant des dossiers administratifs et des enquêtes nationales sur la santé, cette enquête portait sur la connaissance des usagers d'EsSalud quant à leurs droits en matière de santé, l'utilisation qu'ils en faisaient, 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.

Protection financière

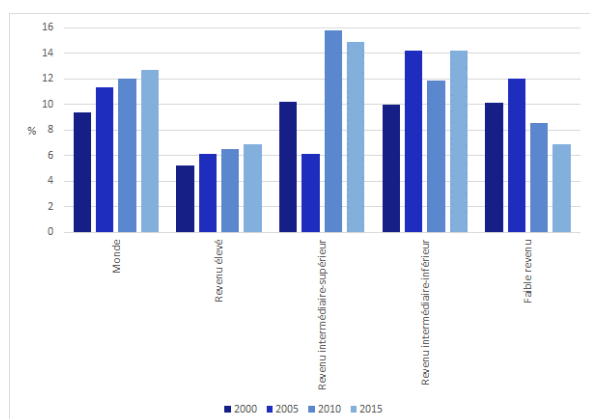
En 2015, 930 millions de personnes dans le monde ont dû faire face à des dépenses de santé catastrophiques (définies comme des dépenses de santé dépassant 10 pour cent de la consommation ou du revenu annuel du ménage), avec le risque de les faire basculer dans la pauvreté; ces données mondiales cachent d'importantes disparités entre les régions (voir figure 6) et les tranches de revenus au niveau national (voir figure 7) (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.

- **Figure 6. 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 % du revenu ou de la consommation annuels du ménage), dernières données disponibles, par pays, 2000-18 (%).**



Source: OMS et Banque mondiale, 2020.
Lien: <https://wspr.social-protection.org>.

- **Figure 7. Evolution de l'incidence des dépenses de santé constituant plus de 10 % du revenu ou de la consommation annuels du ménage; 2000-15; par niveau de revenu des pays (% 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.

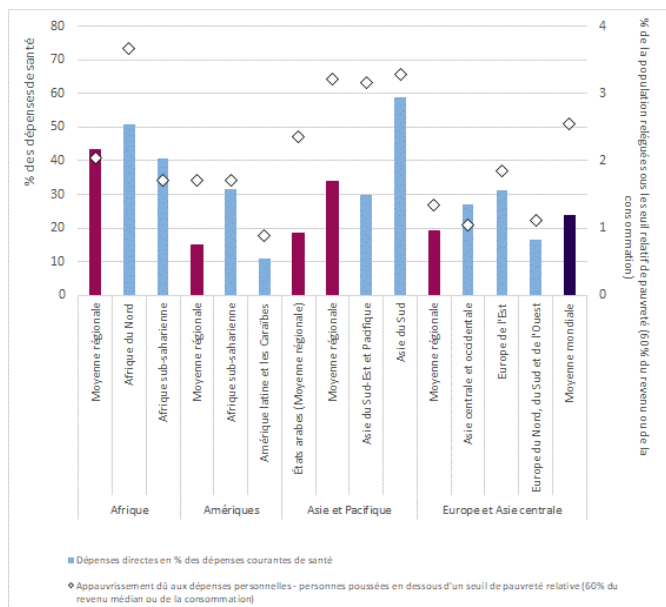
Link: <https://wspr.social-protection.org>.

Plusieurs raisons peuvent expliquer qu'une part significative des dépenses de santé soient supportée par les ménages :

- Un paquet de soins limité (couvrant seulement quelques interventions) contraignent 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 2). 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 défectueuse 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 8).
- 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 leur charge. Sur ce point, des analyses récentes montrent que même les dépenses de santé ordinaires appauvrissent substantiellement les ménages (voir figure 8), 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.

- **Figure 8. Appauvrissement dû aux paiements directs par les ménages; ratio paiements directs par les ménages/dépenses de santé totales;**

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.

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

Fait particulièrement inquiétant, la part 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 % 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 couvert) 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 face à une population 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'alourdisant 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 les services de prévention et de détection précoces, ainsi que la coordination des services adaptés aux besoins des personnes âgées avec les institutions chargées des services à la personne (OMS, 2015). 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 reporter 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 existe 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). D'autre part, 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 9). 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 la vieillesse (BIT, 2018a).

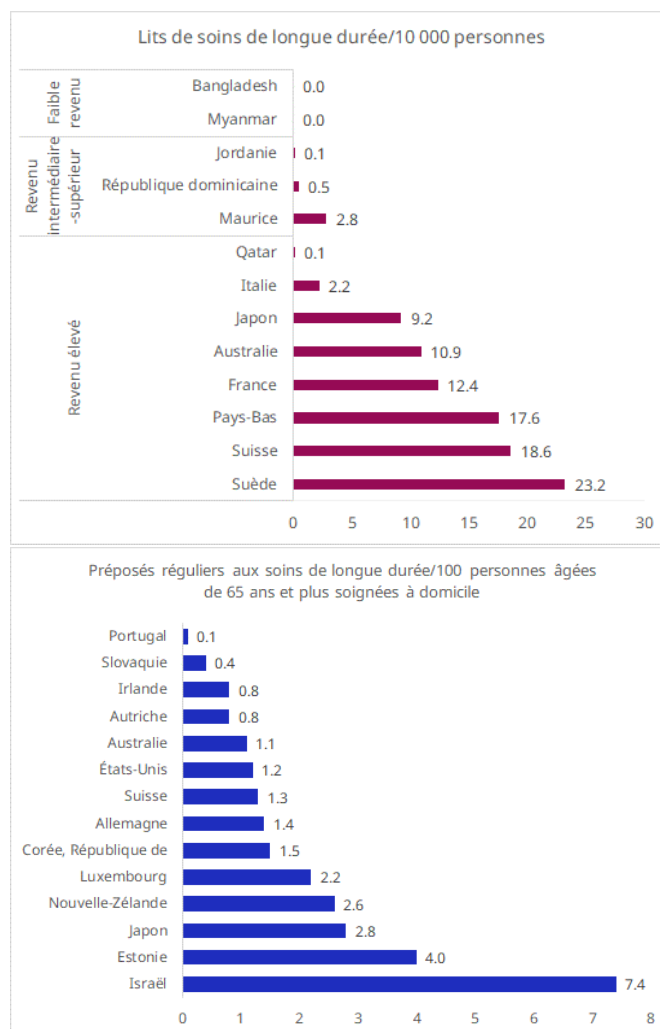
Les besoins de personnel qualifié augmentent; selon les données recueillies dans certains pays dans le cadre du partenariat OIT-OCDE-OMS «Travailler pour la santé», il faudrait améliorer les conditions de travail dans le secteur pour le rendre attractif. La main-d'œuvre est essentiellement féminine dans le secteur des soins à la personne (jusqu'à 90 % dans certains pays européens), avec des écarts salariaux de genre plus prononcés que d'autres catégories de professions de la santé et des rémunérations relativement faibles (en Europe, 60 % 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 10), 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 couvert.

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 à la personne (Gardner, States et Bagley, 2020).

► **Figure 9. Infrastructures de soins de longue durée; investissements inégaux dans les pays disposant de données, 2016-19**



Note : L'expression «Préposés réguliers aux SLD» comprend les infirmiers (ères) 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.
 Lien: <https://wspr.social-protection.org>.

► **Encadré 10. Investissement dans les soins de longue durée à Singapour**

A 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 % des résidents, et le ratio personnes en âge de travailler/aînés avait chuté à 5,2 %, soit la moitié de son niveau de 1990. Les autorités s'attendaient donc à une demande accrue de

► **Note d'information de l'OIT**

Protection sociale en santé - Etat des lieux extrait du Rapport Mondial sur la Protection Sociale 2020-2022

SLD, avec les besoins de protection financière qui vont de pair.

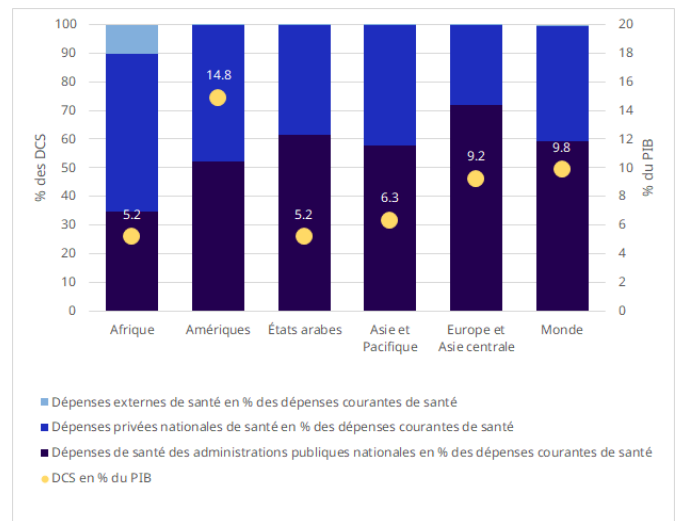
En 2002, le gouvernement a mis en place le programme ElderShield, régime d'assurance de base couvrant les SLD, incluant les handicaps lourds, survenant pendant la vieillesse. Tous les Singapouriens y sont inscrits automatiquement à l'âge de 40 ans, la période de cotisation s'étendant jusqu'à l'âge de la retraite (65 ans). Après évaluation, le gouvernement a engagé en 2018 une réforme, soit le projet de loi n° 24/2019 (CareShield 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 éligibles 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).

financer adéquatement une couverture sanitaire universelle si le DPGS est inférieur 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.

► **Figure 10. Dépenses courantes de santé en pourcentage du PIB; composition des DCS, par région, 2018**

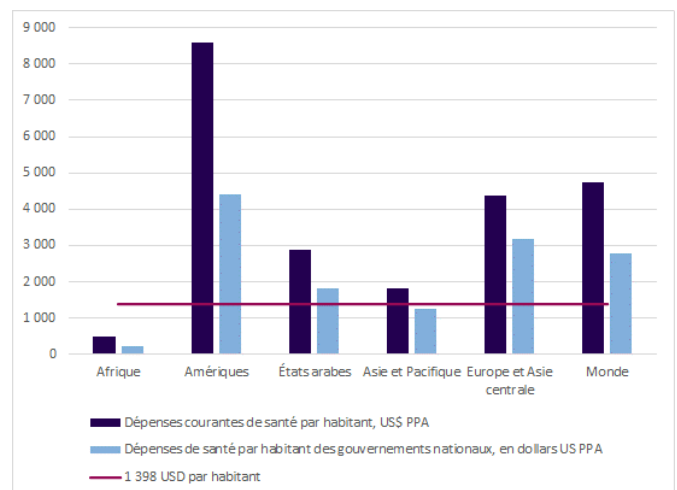


Note. Données 2018 non disponibles pour le Yémen; les données de 2015 ont été appliquées. Données mondiales et régionales pondérées en fonction du PIB

Source: calculs effectués à partir de OMS 2020b.

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

► **Figure 11. Dépenses courantes de santé par habitant, en \$ E.-U. PPA, y compris dépenses publiques générales de santé (DPGS), par habitant, en \$ E.-U. PPA; par région, 2018.**



Notes. Selon des analyses récentes, les pays devraient globalement allouer 1 398 \$ É.-U. PPA par habitant en dépenses de santé pour atteindre le niveau de 80 sur l'échelle ICS (Kruk, Ataguba et Akweongo, 2020). Données

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 (DPGS), qui représente 59,5 pour cent des dépenses courantes de santé (DCS) à l'échelon mondial, avec des disparités importantes entre les régions (voir figures 10 et 11). 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

2018 non disponibles pour le Yémen et la Syrie; les données de 2015 et 2012, respectivement, ont été utilisées.

Source: calculs effectués à partir de OMS, 2020b.

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

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 par l'Afrique. Cependant, cette part des paiements directs des ménages reste relativement élevée (en moyenne 44 pour cent des DCS) et, comme indiqué ci-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 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 11.

► **Encadré 11. 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, 2020x).

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, d'une part, et les régimes d'assurance sociale, de l'autre. 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.

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 jette les bases d'un objectif commun de mobilisation de l'espace fiscal et demeure crucial pour s'assurer que personne n'est laissé pour compte.

Prestations de maladie

Points clés

- 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 (p. ex. 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 intermédiaire-inférieur, 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 conséquentes, 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, 2020s). Les conséquences négatives de cet état de fait sur la prévention des pathologies ont été largement analysées lors de crises sanitaires antérieures, telles 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).

► Encadré 12. 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 une suspension du gain» (C102, art. 14; C130, 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 préventif ou curatif ou sont isolées aux fins de quarantaine» (R.134, paras. 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 (R202, 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 (C102, arts. 67 et 71; voir également la R202, paragr. 3 h) et la R67, 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 (C102, arts. 16 et 67; C130, 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.» (R134, paragr. 10).

► **Encadré 13. 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) (révisée) sur les congés payés, 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 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).

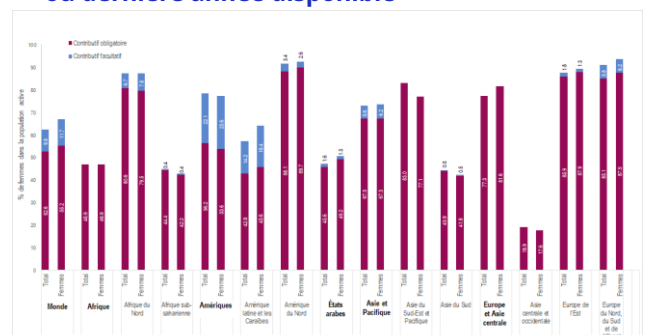
Les prestations de maladie garantissent que le travailleur continue de percevoir un revenu adéquat pendant un congé de maladie lorsque ses gains sont suspendus. Les normes de sécurité sociale donnent des orientations quant à la conception et aux modalités de financement des dispositifs de prestations 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 et 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 quatre travailleurs sur dix sans couverture légale (voir figure 12). 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.

► **Figure 12 : Prestations de maladie (en espèces); régime inscrit dans la loi; par type de régime ; 2020 ou dernière année disponible**



Sources: BIT, World Social Protection Database, d'après l'étude SSI; AISS/SSA; Social Security Programs throughout the World; ILOSTAT; sources nationales.

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

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, 2020r).

► **Encadré 14. 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:

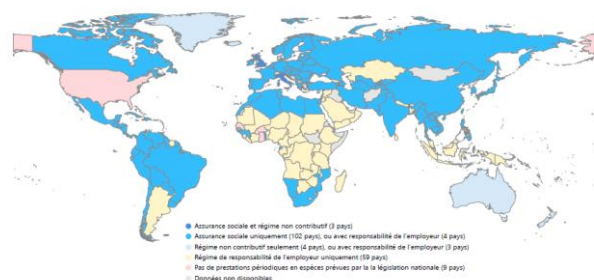
- au **Salvador**, le gouvernement a chargé l'institution officielle de sécurité sociale (*Instituto Salvadoreño del Seguro Social*) de verser des prestations à tout travailleur placé en quarantaine, sans délai de carence, qu'il soit malade ou non (*El Mundo*, 2020);

- 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).

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 13). 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) ³.

► **Figure 13. Prestations de maladie (en espèces); régime inscrit dans la loi; par type de régime; 2020 ou dernière année disponible**



Sources: BIT, World Social Protection Database, d'après l'étude 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

³ Les allocations d'assurance chômage ne devraient pas être utilisées en cas de maladie; il convient plutôt de recourir aux prestations de maladie.

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 le Brésil, le Malawi et la Malaisie (voir encadré 14), le Pérou, l'Afrique du Sud, 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 15) (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).

► **Encadré 14. 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 % de la population totale, soit un peu moins du quart de la population active. 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 \$ 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\$ 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 âgé(e)s de 40 à 65 ans ayant un revenu annuel inférieur à 24 000 Ringits malaysiens (5 500 \$ É.-U.); et iii) les personnes handicapées âgées de 18 à 65 ans ayant un revenu annuel inférieur à 24 000 Ringits.

► **Encadré 15. 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'alternance ¹) 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 minimum, 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 (p. ex. 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.

Niveau adéquat 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 minimum pour les travailleurs faiblement rémunérés (BIT, 2021c, 253). 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 six d'entre eux offrent des prestations forfaitaires.

La durée des prestations est également importante, car les travailleurs atteints par 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 16). Des 94 pays pour lesquels on dispose d'informations, 33 versent des prestations pour une durée maximale de 26 semaines.

► **Encadré 16. 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 Equateur, 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 24 mois est versée à condition que le prestataire suive le programme de traitements prescrit (Présidence de la République de l'Equateur, 2012). En outre, les parents ou les aidants naturels d'enfants souffrant d'une maladie grave et les personnes vivant avec le VIH sont également admissibles 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'accroître la stigmatisation et la discrimination.

Elargir l'accès aux prestations d'invalidité existantes. A 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 du revenu des ménages dont un des membres est malade.

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

Enfin, le régime de prestations de maladie de certains pays ne couvre que la période de maladie elle-même, parfois avec un délai de carence⁴, et non le temps passé à obtenir des soins médicaux ou à prendre soin de personnes à charge, ni les périodes d'auto-isolément aux fins de quarantaine. Conformément aux normes de l'OIT, les prestations de maladie devraient couvrir les soins préventifs et les périodes d'isolement en quarantaine, situation fréquemment observée durant la pandémie de COVID-19 (voir encadré 17). Il conviendrait également de prévoir des dispositions pour les personnes

⁴ Si la loi prévoit un délai de carence, celui-ci ne doit pas excéder trois jours (voir encadré 4.9).

économiquement actives qui doivent prendre soin de parents malades (voir encadré 4.15).

► **Encadré 17. Prestations pour prendre soin de parents malades**

Au Portugal, le programme Subsídio para Assistência a Filho prévoit que les travailleurs ont droit à 65 % de leur salaire journalier moyen, à concurrence de 30 jours par an, pour prendre soin d'un enfant malade de moins de 12 ans, et de 15 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 6 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, 2020r).

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 retombe généralement de manière disproportionnée sur les femmes (BIT, 2018a).

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.

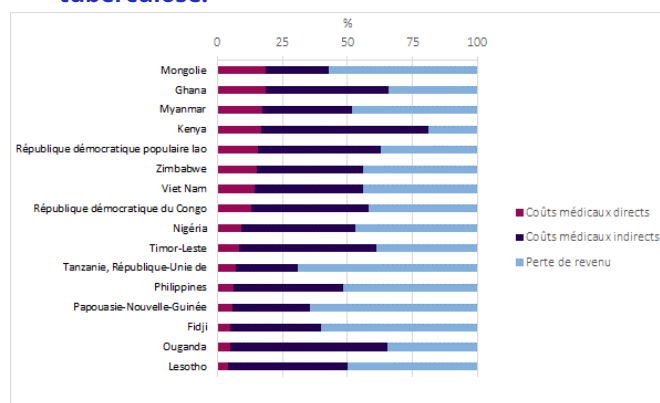
S'attaquer aux coûts non médicaux de la maladie

Les coûts non médicaux de la maladie ⁵, 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. La maladie a alors un impact sur la santé, le revenu et le

bien-être des ménages, parfois avec des répercussions durables (BIT, 2020r).

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, tels 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 14).

► **Figure 14 : Aperçu de la répartition des coûts (en % du coût total; étude menée auprès des patients dans 16 pays, Programme mondial de l'OMS sur la tuberculose.**



Source : OMS 2020d
Lien : <https://wspr.social-protection.org>

⁵ 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 (p. ex. le coût des médicaments ou les honoraires du personnel de santé); 2) les coûts directs non médicaux, c.-à-d. les coûts liés aux soins en dehors du système de santé (p. ex. 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.

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-intermédiaire (Thorpe, 2019). Il faudrait donc s'efforcer d'offrir à tous une sécurité de revenu en cas de maladie.

Protection de la maternité

Points clés

- 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, 2020x, 2019f, 2018g).

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, 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 défailants dans de nombreux pays, avant même la crise) 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 de liberté syndicale, absence de représentation dans le processus de négociation collective et accès limité à l'assurance sociale (BIT, 2016f). 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. 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 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 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 18), 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, 2016c; 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, 2018g). 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; 2018g; Addati, Cassirer et Gilchrist, 2014).

► **Encadré 18 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 de 1979 sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW) 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 14 semaines, rémunérées à un taux représentant au moins les deux-tiers de la rémunération antérieure (convention n° 183), ou au moins 18 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 (p. ex. 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 (NU, 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.

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 15). La quasi-totalité de ces pays (137) disposent d'un régime d'assurance sociale et huit 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. Trois pays versent des prestations de maternité en espèces exclusivement au moyen d'un mécanisme non contributif. Dans trois 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.

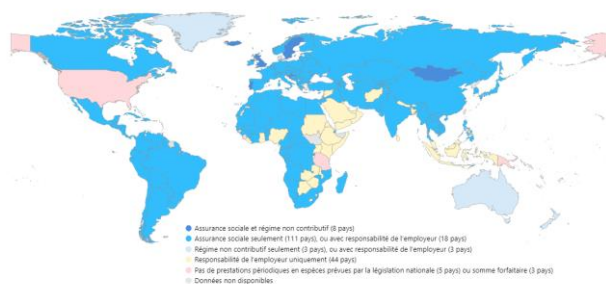
Dans certains pays, les femmes enceintes bénéficient de programmes de transferts en espèces non contributifs. Toutefois, ces dispositifs sont rarement inscrits dans la législation; ils ne couvrent généralement qu'une faible part de la population et n'offrent que des prestations minimales, qui ne permettent pas aux femmes de suspendre leur activité, rémunérée ou non. Elles sont donc parfois contraintes de travailler jusqu'à un stade

⁶ Pour une description plus détaillée des régimes existants, voir également l'Annexe IV.

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-inférieur, 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, 2016f; 2016c). Ainsi, l'octroi des prestations est parfois subordonné à certaines conditions – prise en charge des soins pré- et postnatals, 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 inabondables, 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 de la protection sociale.

► **Figure 15. Régimes de protection de la maternité (prestations en espèces), par type de régime, 2020 ou dernière année disponible**



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, d'après l'étude SSI; AISS/SSA; Social Security Programs throughout the World; ILOSTAT; sources nationales.

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

► **Encadré 19. La «pénalité de maternité» désavantage les mères sur le plan de l'emploi, de la rémunération et de l'accès aux postes décisionnels**

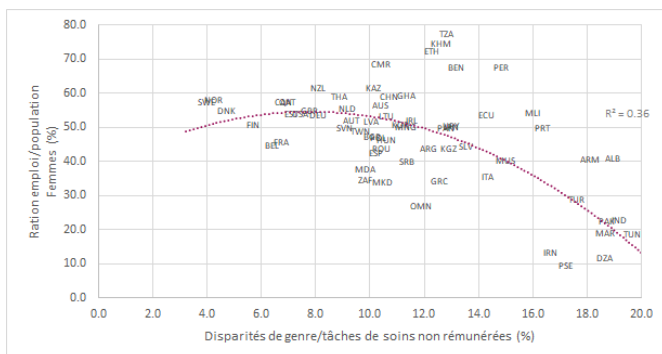
La protection de la maternité est axée sur la mère pendant les périodes où elle est vulnérable et a besoin d'une protection particulière avant et après l'accouchement. Toutefois, les dispositifs de protection de la maternité et, plus globalement, la conception des politiques familiales ont de profondes 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 un pour cent ou moins dans des pays comme le Canada, la Mongolie et l’Afrique du Sud, 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 16), 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 16 : Corrélation disparités de genre/part du temps consacré aux tâches de soins non rémunérées, ratio emploi/population (femmes); dernière année disponible**



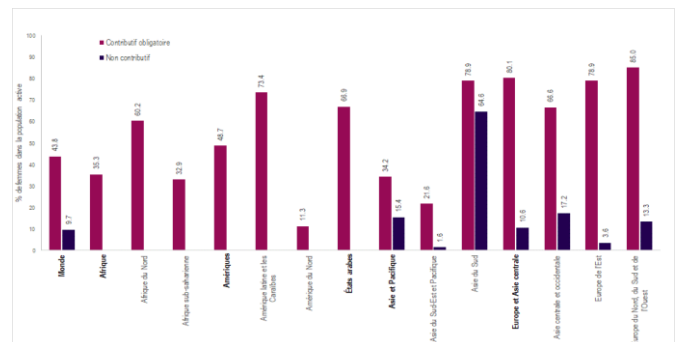
Source : BIT, 2019f
Lien : <https://wspr.social-protection.org>

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 faible-intermédiaire (OMS, 2020e).

À l’échelle mondiale, environ une femme enceinte sur deux ne bénéficie d’aucune protection contre la perte de revenus. La figure 17 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.

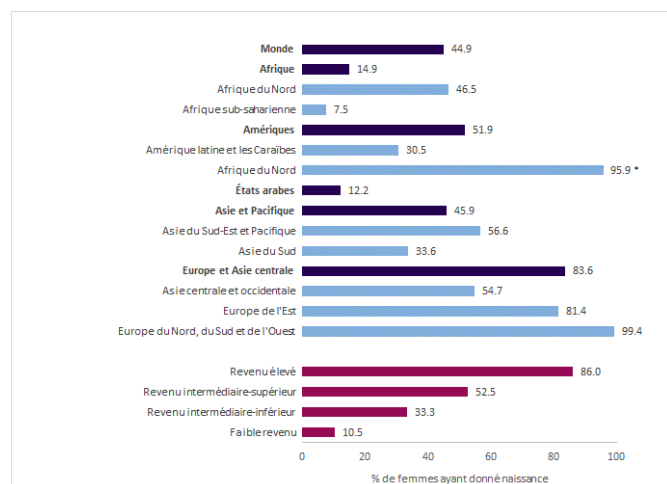
► **Figure 17 : Protection de la maternité inscrite dans la loi: pourcentage de femmes dans la population active (15 ans et +) bénéficiant de protections de maternité en espèces; par région, sous-région et type de régime; 2020 ou dernière année disponible**



Note : Données mondiales et régionales pondérées en fonction de la population active 15 ans et plus
Source : BIT, World Social Protection Database, d’après l’étude SSI; ILOSTAT; sources nationales
Lien : <https://wspr.social-protection.org>

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 18). 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 18 et 19). 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.

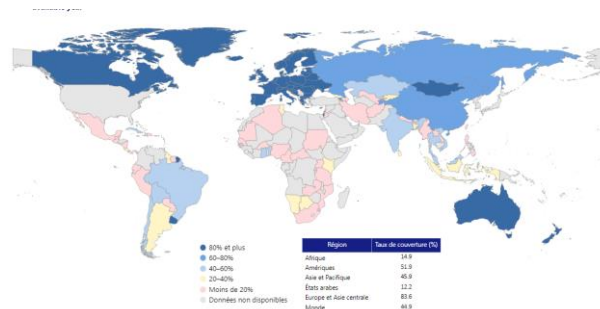
► **Figure 18 : Protection effective de la maternité; pourcentage de femmes ayant donné naissance à un enfant percevant des prestations de maternité en espèces; par région, sous-région et niveau de revenu; 2020 ou dernière année disponible**



** À interpréter avec prudence: estimations basées sur des données déclarées représentant moins de 40 % de la population.
 Notes. Voir Annexe II pour une explication de la méthodologie. Données 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."
 Source : BIT, World Social Protection Database, d'après l'étude SSI; ILOSTAT; sources nationales
 Lien : <https://wspr.social-protection.org>

► **Figure 19. ODD 1.3.1. Protection 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



Notes. Voir Annexe II pour une explication de la méthodologie. Données 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, d'après l'étude SSI; ILOSTAT; sources nationales
 Lien: <https://wspr.social-protection.org>

Niveau adéquat 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 vise à permettre aux femmes de se reposer et de se rétablir: il doit donc être suffisamment long. 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).

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°

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

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 minimum 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 minimum est inférieure à 12 semaines.

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.

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, avec de profondes inégalités dans l'accès aux soins de santé maternelle, par exemple entre les zones urbaines et rurales, ainsi qu'entre les riches et les pauvres (voir figure 4). 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 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 exclusif 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'impose afin d'atteindre la cible 5.4 des ODD (égalité de genre) et de poursuivre des objectifs socio-économiques plus ambitieux (BIT, 2019f; 2018a). 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 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 40 ans, la convention (n° 156) sur les travailleurs ayant des responsabilités familiales et sa recommandation (n° 165) 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 aux 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 pré-congé), 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 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

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

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.

Références

- Addati, Laura, Naomi Cassirer, and Katherine Gilchrist. 2014. *Maternity and Paternity at Work: Law and Practice across the World*. ILO. http://www.ilo.org/global/publications/ilo-bookstore/order-online/books/WCMS_242615/lang--en/index.htm.
- Azcona, Ginette, Antra Bhatt, Umberto Cattaneo, Guillem Fortuny, Roger Gomis, Steven Kapsos, and Papa Seck. 2020. "Fallout of COVID-19: Working Moms Are Being Squeezed out of the Labour Force". *ILOSTAT Blog* (blog). 27 November 2020. <https://ilostat.ilo.org/fallout-of-covid-19-working-moms-are-being-squeezed-out-of-the-labour-force/>.
- Bilo, C.; Machado, A. C.; Bacil, F. (2020): Social Protection in Sudan: System Overview and Programme Mapping (Brasilia et New York; IPC et UNICEF). https://ipciq.org/pub/eng/RR53_Social_protection_in_Sudan_system_overview.pdf.
- BIT, 2008: La protection sociale en santé: Stratégie de l'OIT pour un accès universel aux soins de santé. Notes de synthèse sur la sécurité sociale (Genève). https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---soc_sec/documents/publication/wcms_secSOC_5956.pdf.
- , 2017f: Rapport mondial sur la protection sociale 2017-19: protection sociale universelle pour atteindre les objectifs de développement durable (Genève). https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_604882.pdf.
- , 2018a: 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_633135.pdf.
- , 2018b: Decent Working Time for Nursing Personnel: Critical for Worker Well-Being and Quality Care, Mémoire sur les services de santé, Département des politiques sectorielles. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---sector/documents/publication/wcms_655277.pdf.
- , 2019i: Protection sociale universelle pour la dignité humaine, la justice sociale et le développement durable. Etude d'ensemble concernant la recommandation (no 202)

⁹ OIT, 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_741060/lang--fr/index.htm

sur les socles de protection sociale, 2012; CIT 108/III/B.

https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---relconf/documents/meetingdocument/wcms_673680.pdf.

—, 2020l. 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.

—, 2020x. Towards Universal Health Coverage: Social Health Protection Principles. Focus sur la protection sociale, janvier 2020. <https://www.socialprotection.org/gimi/RessourcePDF.action?id=56009>.

—, 2021c. Construire des systèmes de protection sociale: normes internationales du travail et instruments relatifs aux droits humains. <https://www.social-protection.org/gimi/ShowRessource.action?id=54434>.

—, 2021f. Extending Social Security to Workers in the Informal Economy: Information and Awareness. Note d'orientation. <https://www.social-protection.org/gimi/ShowRessource.action?id=55730>.

—, 2021g: Étendre la couverture de sécurité sociale aux travailleurs de l'économie informelle: enseignements tirés de l'expérience internationale (Guide de bonnes pratiques). <https://www.social-protection.org/gimi/RessourcePDF.action?id=55728>.

BIT et ONUSIDA. 2017. VCT@WORK: Conseil et dépistage volontaires et confidentiels du VIH pour tous les travailleurs. https://www.ilo.org/global/publications/WCMS_583880/lang-en/index.htm.

BIT 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.

BIT, OMS, UNICEF, UNFPA, UN Women, et IBFAN-GIFA. 2012. *Maternity Protection Resource Package: From Aspiration to Reality for All*. <http://mprp.ilo.org/pages/en/index.html>.

Budig, Michelle. 2014. *The Fatherhood Bonus and the Motherhood Penalty: Parenthood and the Gender Gap in Pay*. Edinburgh: Third Way. https://www.west-info.eu/files/NEXT_Fatherhood_Motherhood.pdf.

Cazares, Judith. 2012. "Necesidades y perspectivas para ampliar plataformas de protección social en Tuberculosis Sensible o Específica Experiencia – Ecuador", presented at the Ministerio de Salud Pública, Sao Paulo, Brazil. https://www.who.int/tb/Ecuador_TB.pdf?ua=1.

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>.

EBRD (European Bank for Reconstruction and Development). 2020. *Building Back Better for Gender Equality: Lessons from the EBRD*. London. <https://duckduckgo.com/?q=Building+Back+Better+for+Gender+Equality+Lessons+from+the+EBRD.+EBRD+2020&atb=v236-1&ia=web>.

El Mundo. 2020. "Asamblea aclara que ISSS pagará salarios del personal en cuarentena". *El Mundo*, 27 March 2020. <https://diario.elmundo.sv/asamblea-aclara-que-iss-s-pagara-salarios-del-personal-en-cuarentena/>.

Folbre, Nancy. 2021. *The Rise and Decline of Patriarchal Systems*. Amherst, MA: Political Economy Research Institute.

Fullman, N.; Yearwood, J.; Abay, S. M.; Abbafati, C.; Abd-Allah, F.; Abdela, J.; Abdelalim, A. 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), pp. 2236-71. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30994-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30994-2).

Gardner, W.; States, D.; Bagley, N. (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.tetfonline.com/doi/full/10.1080/08959420.2020.1750543>.

High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth. 2017. *Working for Health and Growth: Investing in the Health Workforce*. Geneva: World Health Organization. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250047/1/9789241511308-eng.pdf?ua=1>.

Hogan, Daniel R., Gretchen A. Stevens, Ahmad Reza Hosseinpour; 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): e152-68.

- Holmes, Rebecca, Amber Peterman, Lara Quarterman, Elayn Sammon, and Laura Alfors. 2020. *Strengthening Gender Equality and Social Inclusion (GESI) During the Implementation of Social Protection Responses to COVID-19*. London and 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>.
- Islam, Md.; Ashadul, Shamima Akhter; 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>.
- James, Phil. 2019. "Sick Pay, Compensation and the Future of Work". In *World Day for Safety and Health at Work 2019: Safety and Health and the Future of Work, 33 Original and Executive Think Pieces*. ILO.
https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/genericdocument/wcms_681841.pdf.
- Jowett, Matthew; Maria Petro Brunal; Gabriela Flores; Jonathan Cylus. 2016. *Spending Targets for Health: No Magic Number*. OMS.
- Kausto, Johanna, Eira Viikari-Juntura, Lauri J. Virta, Raija Gould, Aki Koskinen, and Svetlana Solovieva. 2014. "Effectiveness of New Legislation on Partial Sickness Benefit on Work Participation: A Quasi-Experiment in Finland". *BMJ Open* 4 (12). doi: 10.1136/bmjopen-2014-006685.
- Kazakhstan, 2021. "CSHI – How Is the Implementation Taking Place?", Press Service of the Prime Minister.
<https://primeminister.kz/en/news/reviews/97-of-kazakhstanis-are-participants-in-cshi-how-is-the-implementation-of-medical-insurance-taking-place>.
- Kruk, Margaret E.; Anna D. Gage; Catherine Arsenaault; 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).
- Lönnroth, Knut, Lou Tessier, Gunnel Hensing, and 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; Fullman, John; Everett Mumford; Megan Knight; Celine M. Barthelemy; Cristiana Abbafati; Hedayat Abbastabar; Foad Abd-Allah; Mohammad Abdollahi; 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): 1250–84.
- McCarthy, Carey; Mathieu Boniol; Ka Daniels; G. Cometto; K. Diallo; A. D. Lawani; J. Campbell. 2020. *State of the World's Nursing 2020: Investing in Education, Jobs, and Leadership*. OMS.
- Mackintosh, Maureen; Amos Channon; Anup Karan; Sakthivel Selvaraj; Eleonora Cavagnero; 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).
- Mandel, Hadas, and 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.
- Meda, Ivlabèhiré Bertrand, Adama Baguiva, Valéry Ridde, Henri Gautier Ouédraogo, Alexandre Dumont, and 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 (1): 1–14.
- Ministerio de Salud y Protección Social. 2020. *Afiliados del régimen subsidiado con covid-19 cuentan con compensación económica*. 14 October 2020. Bogotá: Government of Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Afiliados-del-regimen-subsidiado-con-covid-19-cuentan-con-compensacion-economica.aspx>.
- Murray, Christopher J.L.; Cristiana Abbafati; Kaja M. Abbas; Mohammad Abbasi; Mohsen Abbasi-Kangevari; Foad Abd-Allah; Mohammad Abdollahi; Parisa Abedi; Aidin Abedi; Hassan Abolhassani. 2020. "Five Insights from the Global Burden of Disease Study 2019". *The Lancet* 396 (10258): 1135–1159.
- Murray, Christopher J.L.; Aleksetr Y. Aravkin; Peng Zheng; Cristiana Abbafati; Kaja M. Abbas; Mohsen Abbasi-Kangevari; Foad Abd-Allah; Ahmed Abdelalim; Mohammad Abdollahi; 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: Government of Malaysia.
<https://www.mysalam.com.my/b40/info?url=FAQ-EN>.

- Nurjono, Milawaty, Joanne Yoong, Philip Yap, Shiou Liang Wee, and 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>.
- Nations Unies, 2000b. Toolkit on the Right to Health. Haut-Commissariat aux droits humains. <https://www.ohchr.org/EN/Issues/FSCR/Pages/Health.aspx>.
- . 2008. Observation Générale n° 19: le droit à la sécurité sociale. Genève: ECOSOC, Comité des droits économiques, sociaux et culturels. <https://digitallibrary.un.org/record/618890?ln=en>.
- . (2019a): Rapport sur la couverture sanitaire universelle et les droits humains au Conseil économique et social, Session de 2019. E/(2019)/52. Haut-Commissariat aux droits humains (Genève). [https://undocs.org/E/\(2019\)/52](https://undocs.org/E/(2019)/52).
- OCDE et BIT. 2019. Tackling Vulnerability in the Informal Economy. <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/939b7bcd-en.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.
- (2010): "Rapport sur la santé dans le monde 2010: Le financement des systèmes de santé: Le chemin vers une couverture universelle" (Genève). <http://www.who.int/whr/2010/en/index.html>.
- . (2015): Rapport Mondial sur le vieillissement et la santé.
- . 2018b. Public Spending on Health: A Closer Look at Global Trends. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/276728/WHO-HIS-HGF-HF-WorkingPaper-18.3-eng.pdf?ua=1>.
- . 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.
- . 2019c. Santé et prospérité pour tous tout au long de la vie: Rapport de la situation sur l'équité en santé en Europe. Copenhague, OMS, Bureau régional pour l'Europe. <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-equity-status-report-2019>.
- . (2019d): Les soins de santé primaires vers la couverture santé universelle; lancement du Rapport mondial de suivi, 2019. https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/uhc_report_2019.pdf.
- OMS et Banque mondiale. 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 Femmes. 2019. Progress of the World's Women 2019–2020: Families in a Changing World. <https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2019/progress-of-the-worlds-women-2019-2020-en.pdf?la=en&vs=3512>.
- Orcutt, Miriam; Paul Spiegel; Bernadette Kumar; Ibrahim Abubakar; Jocalyn Clark; Richard Horton. 2020. "Lancet Migration: Global Collaboration to Advance Migration Health". *The Lancet* 395 (10221): 317–319.
- Ow Yong, Lai Meng, and 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>.
- Presidencia de la República de 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/>.
- Richardson, Dominic, Esuna Dugarova, Daryl Higgins, Keiko Hirao, Despina Karamperidou, Zitha Mokomane, and Mihaela Robila. 2020. *Families, Family Policy and the Sustainable Development Goals*. Florence: UNICEF Innocenti Research Centre.
- Roberton, Timothy, Emily D. Carter, Victoria B. Chou, Angela R. Stegmuller, Bianca D. Jackson, Yvonne Tam, Talata Sawadogo-Lewis, and 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).
- Røttingen, J.; Trygve Ottersen; Awo Ablo; Dyna Arhin-Tenkorang; Christoph Benn; Riku Elovainio; D. Evans; L. Fonseca; Julio Frenk; David McCoy. 2014. Shared Responsibilities for Health: A Coherent Global Framework for

Health Financing. Rapport final. Centre on Global Health Security, Working Group on Health Financing.

Scheil-Adlung, Xenia. 2015. Long-Term Care Protection for Older Persons: A Review of Coverage Deficits in 46 Countries; Extension of Social Security. Document de travail n° 50, BIT. http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---soc_sec/documents/publication/wcms_407620.pdf.

Scheil-Adlung, Xenia, and 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>.

Shaw, Dorothy, Jeanne-Marie Guise, Neel Shah, Kristina Gemzell-Danielsson, K.S. Joseph, Barbara Levy, Fontayne Wong, Susannah Woodd, and 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).

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=2ahUKEwiyztyK0KPvAhUkIMUKHTWOADoOFjACegQIFBAD&url=https%3A%2F%2Fthinkwell.global%2Fwp-content%2Fuploads%2F2020%2F10%2FGratuite-in-Burkina-Faso_Final-FR.pdf&usq=AOvVaw081TUDGyVBbViiI5j7r8.

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.

Traub-Merz, Rudolf; Manfred Öhm. 2021. Access to Health Services: A Key Demet 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>.

UNFPA (United Nations Population Fund). 2020. *COVID-19 Technical Brief for Maternity Services*. <https://www.unfpa.org/resources/covid-19-technical-brief-maternity-services>.

UNICEF (United Nations Children's Fund). 2020a. "Pregnant Mothers and Babies Born during COVID-19 Pandemic Threatened by Strained Health Systems and Disruptions in Services". Press Release. <https://www.unicef.org/press-releases/pregnant-mothers-and-babies-born-during-covid-19-pandemic-threatened-strained-health>.

Vos, Theo; Stephen S. Lim; Cristiana Abbafati; Kaja M. Abbas; Mohammad Abbasi; Mitra Abbasifard; Mohsen Abbasi-Kangevari; Hedayat Abbastabar; Foad Abd-Allah; 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; Patrick Eozenou. 2018. "Progress on Impoverishing Health Spending in 122 Countries: A Retrospective Observational Study". *The Lancet Global Health* 6 (2): e180–192.

This policy brief was prepared by Lou Tessier. The Editor of the Social Protection Spotlight brief series is Shahra Razavi, Director, Social Protection Department.

Pour nous contacter

Département de la protection sociale
Organisation internationale du Travail
Route des Morillons 4
CH-1211 Genève 22
Suisse

T: +41 22 799 7239
E: @ilo.org