



Organisation
internationale
du Travail

RAPPORT MONDIAL SUR LA PROTECTION SOCIALE

A decorative graphic in the bottom left corner consists of several overlapping squares in various shades of blue and dark blue, creating a layered, geometric effect.

Protection sociale universelle
pour atteindre les objectifs
de développement durable

2017-2019

Rapport mondial sur la protection sociale 2017-2019

Protection sociale universelle pour atteindre les objectifs de développement durable

Copyright © Organisation internationale du Travail 2017

Première édition 2017

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

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

Rapport mondial sur la protection sociale 2017-2019: protection sociale universelle pour atteindre les objectifs de développement durable
Genève, Bureau international du Travail, 2017

ISBN 978-92-2-230895-8 (imprimé)

ISBN 978-92-2-230896-5 (Web pdf)

ISBN 978-92-2-230897-2 (epub)

ISBN 978-92-2-230898-9 (mobi)

Bureau international du Travail

Egalement disponible en anglais: *World Social Protection Report 2017–19: Universal social protection to achieve the Sustainable Development Goals* (ISBN 978-92-2-130015-1 (imprimé), ISBN 978-92-2-130016-8 (Web pdf), ISBN 978-92-2-130021-2 (epub), ISBN 978-92-2-130022-9 (mobi)); et en espagnol: *Informe Mundial sobre la Protección Social 2017-2019: La protección social universal para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible* (ISBN 978-92-2-330986-2 (imprimé), ISBN 978-92-2-330987-9 (web pdf), ISBN 978-92-2-330993-7 (epub), ISBN 978-92-2-330995-4 (mobi))

Données de catalogage du BIT

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

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

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

Les publications et les produits numériques du Bureau international du Travail peuvent être obtenus dans les principales librairies ou auprès des plates-formes de distribution numérique. On peut aussi se les procurer directement en passant commande auprès de ilo@turpin-distribution.com. Pour plus d'information, consultez notre site internet www.ilo.org/publns ou écrivez à l'adresse ilopubs@ilo.org.

Cette publication a été réalisée par le Service de production, impression et distribution des documents et publications (PRODOC) du BIT.
Création graphique, conception typographique, mise en pages, préparation de manuscrits, lecture et correction d'épreuves, impression, édition électronique et distribution.
PRODOC veille à utiliser du papier provenant de forêts gérées d'une façon qui est respectueuse de l'environnement et socialement responsable.

Code: DTP-CORR-WEI-MUS

Préface

La protection sociale et le droit à la sécurité sociale font partie intégrante du mandat de l'OIT depuis sa création en 1919. Depuis cette date, l'OIT aide ses Etats Membres à mettre en place des systèmes de protection sociale et à étendre progressivement leur couverture, conformément aux normes internationales relatives à la sécurité sociale et aux bonnes pratiques en la matière. Alors qu'il y a un siècle, peu de pays disposaient d'un système de protection sociale, ils en sont aujourd'hui pratiquement tous dotés et les efforts visant à étendre la couverture et les prestations sociales se poursuivent.

Depuis sa fondation, l'OIT a développé et adopté tout un ensemble de normes internationales qui établissent le cadre normatif du droit à la sécurité sociale. Complément des instruments internationaux relatifs aux droits humains, ce cadre normatif comprend à l'heure actuelle 16 normes de sécurité sociale à jour qui orientent les politiques nationales relatives à la protection sociale. La norme la plus récente, à savoir la recommandation (n° 202) sur les socles de protection sociale, 2012, traduit l'engagement tripartite mondial de garantir au minimum un niveau élémentaire de sécurité sociale à tous sous la forme d'un socle de protection sociale défini à l'échelle nationale et d'assurer progressivement une gamme de prestations plus large et un niveau de protection supérieur.

L'engagement de mettre en place des systèmes de sécurité sociale, y compris des socles, apparaît également dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030. L'Objectif de développement durable (ODD) 1.3 appelle notamment les pays à mettre en place des systèmes de protection sociale pour tous, y compris des socles adaptés au contexte national, afin de réduire et de lutter contre la pauvreté. L'importance de la protection sociale pour le développement durable se retrouve également dans plusieurs autres objectifs, notamment la couverture sanitaire universelle (ODD 3.8), l'égalité entre les sexes (ODD 5.4), l'accès à des emplois décents et la croissance économique (SDG 8.5) et une plus grande égalité (ODD 10.4). Les politiques de protection sociale protègent non seulement les particuliers des différents chocs qu'ils peuvent subir tout au long de leur cycle de vie, mais elles sont également déterminantes pour stimuler la demande intérieure et la productivité, favoriser la transformation structurelle des économies nationales et promouvoir le travail décent.

Au vu des objectifs ambitieux fixés pour 2030, le présent Rapport mondial sur la protection sociale dresse une évaluation exhaustive de l'état actuel des systèmes de protection sociale dans le monde, leur couverture, prestations et dépenses, en suivant une approche fondée sur le cycle de vie. Il met en relief les progrès accomplis en matière d'extension de

la protection sociale, ainsi que les lacunes qui restent à combler, et analyse les principaux obstacles à l'exercice du droit à la sécurité sociale. Se fondant sur la base de données sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database) et l'enquête sur la sécurité sociale du BIT (Social Security Inquiry – SSI) soumise aux pays Membres, le rapport présente une première estimation des indicateurs de couverture ventilés pour le suivi de l'indicateur 1.3.1 des ODD. Ce rapport présente des statistiques nationales complètes et approfondies sur différentes dimensions de la sécurité sociale et constitue donc une référence essentielle pour les décideurs politiques et pour quiconque s'intéresse au sujet.

Bien que la protection sociale soit au cœur du Programme de développement durable à l'horizon 2030, le droit à la sécurité sociale n'est pas encore une réalité pour les 71 pour cent de la population mondiale qui n'ont pas encore accès, ou seulement partiellement, à un système complet de protection sociale. Les pays vont manifestement devoir redoubler d'efforts en faveur de la réalisation de ce droit.

Dans le même temps, le monde est confronté à un certain nombre de défis fondamentaux tels que la transition démographique, le ralentissement de la croissance, les migrations, les conflits et les problèmes environnementaux. La structure de l'emploi évolue rapidement avec l'apparition de nouvelles formes de travail, une sécurité de l'emploi et une sécurité de revenu limitées, et une protection sociale inadéquate. L'insécurité de revenu grandissante, y compris parmi la classe moyenne, et le déficit de travail décent pèsent lourdement sur le sentiment de justice sociale et mettent en péril le contrat social implicite dans de nombreuses sociétés. Dans d'autres pays, les mesures d'assainissement budgétaire menacent les progrès à long terme accomplis dans la réalisation du droit humain à la sécurité sociale et d'autres droits fondamentaux.

Ces défis peuvent et doivent être résolus. Pour lutter contre le déficit de travail décent et réduire la vulnérabilité et l'insécurité, il est essentiel d'étendre la couverture sociale à ceux qui en sont exclus et d'adapter les systèmes de protection sociale aux nouvelles formes de travail et d'emploi.

Aujourd'hui, la protection sociale est un impératif irréfutable. Non seulement les mesures en ce sens assurent la mise en œuvre du droit humain à la sécurité sociale, mais elles sont également indispensables sur les plans économique et social. Des systèmes de protection sociale bien conçus contribuent à réduire la pauvreté et les inégalités tout en renforçant la cohésion sociale et la stabilité politique. Le rôle crucial que joue la protection sociale dans la croissance économique inclusive est mis en avant par les efforts audacieux accomplis dans des pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire d'Afrique, d'Asie, d'Amérique latine et des Caraïbes pour renforcer leur système de protection sociale. Les avancées dans la mise en place des systèmes de protection sociale, y compris des socles, démontrent que nos sociétés peuvent se permettre d'offrir au minimum un niveau élémentaire de sécurité sociale pour tous et d'étendre progressivement la gamme des prestations et le niveau de couverture de leur système de sécurité sociale.

J'espère que ce rapport constituera un outil précieux pour les professionnels et qu'il servira de ressource, fondée sur des données probantes, pour les décideurs politiques dans leurs efforts pour renforcer la protection sociale, promouvoir la justice sociale et favoriser le développement durable.



GUY RYDER
Directeur général du BIT

Remerciements

Ce rapport est le fruit du travail du Département de la protection sociale et des spécialistes en la matière du Bureau international du Travail (BIT). L'équipe a été dirigée et coordonnée par Isabel Ortiz, directrice du Département de la protection sociale du BIT, et Christina Behrendt, responsable de l'Unité des politiques sociales du département. Le document a bénéficié des contributions spéciales de collaborateurs du Département de la protection sociale (par ordre alphabétique): James Canonge, responsable adjoint des politiques de protection sociale; Jeronim Capaldo, ancien spécialiste en données et économétrie; Loveleen De, responsable adjointe en protection sociale; Fabio Durán Valverde, responsable de l'Unité de financement public, actuariat et statistiques; Victoria Giroud-Castiella, responsable adjointe en protection sociale; Aidi Hu, spécialiste en sécurité sociale – Asie; Kagisanyo Kelobang, analyste de la protection sociale; Quynh Anh Nguyen, responsable adjointe en politiques et recherche sur la protection sociale; Karuna Pal, responsable de l'Unité de programmation, partenariats et partage des connaissances; André Picard, responsable de l'Unité des services actuariels; Xenia Scheil-Adlung, coordinatrice principale des politiques en matière de santé; Emmanuelle Saint Pierre-Guilbault, spécialiste juridique en sécurité sociale; Valérie Schmitt, directrice adjointe; Maya Stern Plaza, juriste adjointe; Ippei Tsuruga, expert associé en politiques de protection sociale; Stefan Urban, expert associé en financement de la protection sociale; Clara van Panhuys, responsable adjointe en protection sociale; et Veronika Wodsak, experte en sécurité sociale.

Les collaborateurs des bureaux sous-régionaux de l'Organisation internationale du Travail (OIT) ont également apporté leur contribution (par ordre alphabétique): Pascal Annycke, spécialiste en sécurité sociale, Equipe d'appui technique de l'OIT au travail décent pour l'Afrique du Nord, Le Caire; Dramane Batchabi, spécialiste pour les activités de protection sociale, Equipe d'appui technique de l'OIT au travail décent pour l'Afrique centrale, Yaoundé; Fabio Bertranou, directeur de l'Equipe d'appui technique de l'OIT au travail décent pour le cône Sud de l'Amérique latine, Santiago; Joana Borges Henriques, experte technique en protection sociale, projet de l'OIT pour Cabo Verde; Theopiste Butare, ancien spécialiste technique principal en sécurité sociale, Equipe d'appui technique de l'OIT au travail décent pour l'Afrique de l'Ouest, Dakar; Pablo Casali, spécialiste en protection sociale et développement économique, Equipe

d'appui technique de l'OIT au travail décent pour le cône Sud de l'Amérique latine, Santiago; Nuno Cunha, spécialiste technique principal en protection sociale, Equipe d'appui technique de l'OIT au travail décent pour l'Asie orientale, l'Asie du Sud-Est et le Pacifique, Bangkok; Hiba Dbaibo, Bureau régional de l'OIT pour les Etats arabes, Beyrouth; Luis Frota, spécialiste en sécurité sociale, Equipe d'appui technique de l'OIT au travail décent pour l'Afrique de l'Est et l'Afrique australe, Pretoria; Kenichi Hirose, spécialiste principal en protection sociale, Equipe d'appui technique de l'OIT au travail décent pour l'Europe centrale et orientale, Budapest; Ursula Kulke, spécialiste principale en sécurité sociale, Bureau régional de l'OIT pour les Etats arabes, Beyrouth; Qingyi Li, administratrice de programme national, Bureau de pays de l'OIT pour la Chine et la Mongolie, Beijing; Hellen Magutu, coordinatrice nationale de projet, Bureau de pays de l'OIT pour le Kenya; Patience Matandiko, experte nationale de projet, Bureau de pays de l'OIT pour la Zambie, le Malawi et le Mozambique, Lusaka; Dampu Ndenzako, expert national de projet, Bureau de pays de l'OIT pour la République-Unie de Tanzanie, le Kenya, l'Ouganda et le Rwanda, Dar es-Salaam; Luca Pellerano, conseiller technique principal, Bureau de pays de l'OIT pour la Zambie, le Malawi et le Mozambique, Lusaka; Céline Peyron Bista, conseillère technique principale, Bureau régional de l'OIT pour l'Asie et le Pacifique, Bangkok; Marielle Phe Goursat, experte en protection sociale de la santé, Bureau de pays de l'OIT pour la Zambie, le Malawi et le Mozambique, Lusaka; Ariel Pino, spécialiste en protection sociale et santé et sécurité au travail (SST), Equipe d'appui technique de l'OIT au travail décent pour les Caraïbes, Port-d'Espagne; Markus Ruck, spécialiste principal en sécurité sociale, Equipe d'appui technique de l'OIT au travail décent pour l'Asie du Sud, New Delhi; Helmut Schwarzer, spécialiste en protection sociale et développement économique, Bureau de pays de l'OIT pour le Mexique et Cuba, Mexico; Sergio Velasco, spécialiste en sécurité sociale, Equipe d'appui technique de l'OIT au travail décent pour les pays andins, Lima; et Ruben Vicente Andres, expert en protection sociale – OIT Mozambique.

Il convient également de mentionner la participation au chapitre 2 et à la partie 3.2 sur la protection de la maternité de Laura Addati, spécialiste de la protection de la maternité et travail-famille du Service des questions de genre, de l'égalité et de la diversité (GED). Stefan Trömel, spécialiste principal des questions de personnes handicapées, et Jürgen Menze, expert des questions de l'intégration du handicap au sein du Service GED, ont participé à l'élaboration de la partie 3.5 sur les prestations d'invalidité. Anne Drouin, directrice du Programme mondial d'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles, Hiroshi Yamabana, conseillère principale en matière de politiques sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, et Cristina Lloret, actuaire et analyste politique adjointe, ont contribué à l'élaboration de la partie 3.4 sur la protection en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles. Kroum Markov, ancien spécialiste juridique du Département des normes internationales du travail du BIT, a apporté sa contribution pour le chapitre 4 sur les pensions.

Les travaux considérables de collecte et traitement des données, de la conception à la diffusion de l'Enquête du BIT sur la sécurité sociale, en passant par la collecte et la validation des données par pays, ainsi que l'élaboration de la base de données sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database) ont été supervisés par Isabel Ortiz, directrice du Département de la protection sociale, et réalisés par une équipe dirigée par Fabio Durán Valverde, chef de l'Unité de financement public, actuariat et statistiques du Département de la protection sociale du BIT. L'équipe était composée des collaborateurs suivants (par ordre alphabétique): Andrés Acuña

Ulate, actuaire de sécurité sociale; Jeronim Capaldo, ancien spécialiste en données et économétrie, aujourd'hui au Département de recherche du BIT; Luis Cotinguiba, responsable technique adjoint; Valeria Nesterenko, experte en protection sociale (statisticienne); ainsi que Vanessa Sampaio, consultante; Roshelle Wee Eng, consultante; et Zhiming Yu, stagiaire. Ces travaux ont été réalisés en étroite collaboration avec l'Association internationale de la sécurité sociale (AISS), sous la direction de Dominique La Salle, directeur du Service du développement de la sécurité sociale de l'AISS; Raúl Ruggia Frick, chef du Centre d'excellence; Shea McClanahan, ancienne gestionnaire de projet et responsable technique; et Roddy McKinnon, chargé des publications, de l'édition et de la gestion de la revue intitulée *International Social Security Review*. Rafael Diez de Medina, statisticien en chef/directeur du Département de statistique du BIT, et Stephen Kapsos, responsable de l'Unité de production et analyse des données du Département de statistique du BIT, ont fourni une aide précieuse concernant les estimations régionales et mondiales, afin qu'elles soient conformes aux autres objectifs de développement durable (ODD) faisant l'objet d'un suivi de la part du BIT. Il convient de remercier tout particulièrement l'équipe de Yongyi Min, responsable de l'Unité pour le suivi des ODD, division de la statistique du Département des affaires économiques et sociales (DAES) des Nations Unies, et tous les bureaux de statistiques nationales qui ont participé aux activités de collecte de données.

Le présent rapport a bénéficié des conseils et orientations de Deborah Greenfield, Directrice générale adjointe du BIT pour les politiques; Sangheon Lee, directeur par intérim du Département de la recherche du BIT; et James Howard, conseiller principal du Directeur général du BIT. Outre les contributions susmentionnées, le rapport a bénéficié des commentaires soumis par les collaborateurs d'autres départements techniques et bureaux régionaux de l'OIT, notamment Azita Berar Awad, directrice du Département des politiques de l'emploi du BIT; Deborah France-Massin, directrice du Bureau des activités pour les employeurs du BIT; Manuela Tomei, directrice du Département des conditions de travail et de l'égalité; Rafael Gijón, directeur adjoint du Bureau des activités pour les employeurs; Rie Vejs-Kjeldgaard, directrice régionale adjointe du Bureau régional de l'OIT pour l'Europe et l'Asie centrale; Youcef Ghellab, chef de l'Unité du dialogue social et du tripartisme, Département de la gouvernance et du tripartisme; Michelle Leighton, cheffe des migrations de main-d'œuvre du Département des conditions de travail et de l'égalité; Philippe Marcadent, chef du Service des marchés du travail inclusifs, des relations professionnelles et des conditions de travail, Département des conditions de travail et de l'égalité; Shauna Olney, cheffe du Service des questions de genre, de l'égalité et de la diversité, Département des conditions de travail et de l'égalité; Mariya Aleksynska, économiste et spécialiste du marché du travail, Département des conditions de travail et de l'égalité; Kofi Amekudzi, responsable technique, Département des conditions de travail et de l'égalité; Antonia Asenjo, économiste, Département de la recherche; Zulum Avila, responsable technique, Services de l'emploi, Département des politiques de l'emploi; Janine Berg, économiste principale et spécialiste du marché du travail, Département des conditions de travail et de l'égalité; Florence Bonnet, spécialiste du marché du travail, Département des conditions de travail et de l'égalité; Laura Brewer, spécialiste en politiques de développement des compétences et programmes pour l'emploi des jeunes, Département des politiques de l'emploi; Marva Corley-Coulibaly, économiste principale, Département de la recherche; Rishab Dhir, responsable technique, Département des conditions de travail et de l'égalité; Elizabeth Echeverria Manrique, chargée de recherche, Département de la recherche; Ekkehard Ernst, économiste principal, Département de la recherche; Verónica Escudero, Département de la recherche; Valeria Esquivel, spécialiste des

X

questions d'égalité entre hommes et femmes, Département des conditions de travail et de l'égalité; Takhmina Karimova, chargée de recherche, Département de la recherche; Samia Kazi Aoul, spécialiste des migrations professionnelles, Département des conditions de travail et de l'égalité; Vicky Leung, responsable technique, Département des politiques de l'emploi; Jürgen Menze, chargé des questions de l'intégration du handicap, Département des conditions de travail et de l'égalité; Henrik Møller, spécialiste des relations professionnelles, Bureau des activités pour les employeurs; David Mosler, responsable adjoint, bureau régional de l'OIT pour l'Europe et l'Asie centrale; Eric Oechslin, spécialiste principal des activités pour les employeurs, Equipe d'appui technique de l'OIT au travail décent pour l'Afrique du Nord, Le Caire; Martin Oelz, spécialiste principal pour l'égalité et la non-discrimination, Département des conditions de travail et de l'égalité; José Francisco Ortiz, administrateur de programme national, Equipe d'appui technique de l'OIT au travail décent pour l'Amérique centrale, Haïti, Panama et la République dominicaine; Clemente Pignatti, économiste, Département de la recherche; Ira Postolachi, chargée de recherche junior, Département de la recherche; Mikhail Pouchkin, spécialiste principal pour l'emploi, Equipe d'appui technique de l'OIT au travail décent pour l'Europe orientale et l'Asie centrale, Moscou; Catherine Saget, spécialiste technique principale et cheffe d'équipe, Département de la recherche du BIT; Dorothea Schmidt-Klau, cheffe de l'Unité de gestion et coordination, Département des politiques de l'emploi; Pelin Sekerler Richardi, chargée de recherche, Département de la recherche; Artiom Sici, chargé de mission en protection sociale, Equipe d'appui technique de l'OIT au travail décent pour l'Europe orientale et l'Asie centrale, Moscou; Steven Tobin, économiste principal, Département de la recherche du BIT; Mito Tsukamoto, économiste principale, Département des politiques de l'emploi; Sanchir Tugschimeg, responsable principal des relations (Asie), Bureau des activités pour les employeurs; ainsi que deux examinateurs anonymes.

Karuna Pal, responsable de l'Unité de programmation, partenariats et partage des connaissances, et Victoria Giroud-Castiella, responsable adjointe en protection sociale du Département de la protection sociale du BIT, ont coordonné les travaux d'édition, de traduction, de production, de publication et de diffusion du présent rapport. Nous tenons à remercier chaleureusement l'Unité de production des documents (PRODOC); Richelle van Snellenberg, Susana Cardoso et Stéphane Givkovic de la Bibliothèque du BIT; Martin Murphy, Adam Bowers, Chris Edgar, Jean-Luc Martinage et Edyta Radwillowicz du Département de communication; et toutes les autres personnes qui ont participé à l'élaboration de ce rapport.

Table des matières

Préface	v
Remerciements	vii
Sigles et acronymes	xxvii
Résumé analytique	xxxi
1. Introduction	1
1.1 Ne laisser personne de côté: la protection sociale dans le cadre du Programme de développement durable à l'horizon 2030	2
1.2 Les avancées dans la mise en place de systèmes de protection sociale ...	5
1.3 Assurer le suivi de la protection sociale dans la réalisation des ODD: la base de données du BIT sur la protection sociale dans le monde	10
1.4 Objectifs et structure du présent rapport	11
2. Protection sociale des enfants	13
2.1 Répondre aux besoins des enfants grâce à la protection sociale et réaliser les ODD relatifs à l'enfance	14
2.2 Types de régimes de protection sociale en faveur des enfants et des familles	16
2.3 Couverture effective: assurer le suivi de l'indicateur 1.3.1 des ODD pour les enfants	18
2.4 Dépenses liées à la protection sociale pour les enfants	20
2.5 Le rôle complémentaire des prestations en espèces et des services de garde des enfants	21
2.6 La protection sociale universelle pour promouvoir le bien-être des enfants et des familles	22
3. Protection sociale des femmes et des hommes en âge de travailler	25
3.1 Introduction: la quête de sécurité de revenu	25
3.2 Protection de la maternité	30
3.2.1 La protection de la maternité et les ODD	30

3.2.2	Les régimes de protection de la maternité	32
3.2.3	Couverture légale	33
3.2.4	Couverture effective: suivi de l'indicateur 1.3.1 des ODD pour les mères avec nouveau-nés	35
3.2.5	Adéquation des prestations de maternité au regard de la sécurité de revenu pendant le congé de maternité	36
3.2.6	Accès aux soins de santé maternelle	38
3.2.7	Pour une protection universelle de la maternité: perspectives et enjeux	39
3.3	Protection contre le chômage	44
3.3.1	Garantir la sécurité de revenu, appuyer les changements structurels de l'économie et réaliser les objectifs de développement durable	44
3.3.2	Types de régimes de protection contre le chômage	48
3.3.3	Couverture légale	50
3.3.4	Couverture effective: suivi de l'indicateur 1.3.1 des ODD, pour le chômage	52
3.3.5	Extension de l'aide aux personnes sans emploi: tendances mondiales	55
3.3.6	Renforcer le lien entre la protection contre le chômage, les politiques actives du marché du travail et les politiques macroéconomiques génératrices d'emploi	60
3.4	Protection en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles	62
3.4.1	Protection des travailleurs en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles	62
3.4.2	Types de régimes de protection en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles	65
3.4.3	Couverture effective	66
3.4.4	Adéquation des prestations	67
3.4.5	Evolution récente: extension de l'assurance accidents du travail et de maladies professionnelles	69
3.5	Prestations d'invalidité	73
3.5.1	Protéger les personnes handicapées et garantir l'emploi, la sécurité de revenu et l'autonomie	73
3.5.2	Types de régimes de prestations d'invalidité	75
3.5.3	Couverture effective: suivi de l'indicateur 1.3.1 des ODD pour les personnes lourdement handicapées	77
3.5.4	Parvenir à une protection universelle pour les personnes handicapées: difficultés et avancées récentes	77
4.	Protection sociale des femmes et des hommes âgés: les systèmes de protection vieillesse au service de la lutte contre la pauvreté	83
4.1	Objectifs de développement durable et sécurité de revenu pour les personnes âgées	84
4.2	Typologie des régimes de protection vieillesse	86
4.3	Couverture légale	87
4.4	Couverture effective: suivi de l'indicateur 1.3.1 des ODD pour les personnes âgées	88
4.5	Evolution du niveau de couverture de la population mondiale par les systèmes de protection vieillesse: vers une protection sociale universelle pour les personnes âgées	89
4.6	Dépenses de protection sociale pour les personnes âgées	94

4.7	Inégalités et persistance de l'écart entre les sexes dans l'accès des personnes âgées à la sécurité de revenu	96
4.8	L'adéquation des pensions pour assurer une véritable sécurité de revenu aux personnes âgées	98
4.8.1	Prévenir l'érosion de la valeur des pensions grâce à des ajustements réguliers	99
4.8.2	Réformer les systèmes de protection vieillesse dans le cadre de programmes d'assainissement budgétaire et de politiques d'austérité	100
4.9	Déprivatisation des régimes de protection vieillesse	103
4.9.1	Bilan de trois décennies de privatisation	103
4.9.2	Retour aux systèmes publics de protection vieillesse	107
4.10	Assurer la sécurité de revenu des personnes âgées: un défi permanent	108
5.	Vers la couverture sanitaire universelle	111
5.1	Conventions et normes internationales de l'OIT relatives à la protection de la santé: un cadre propice à la réalisation des objectifs de développement durable	112
5.2	Lacunes de la couverture sanitaire	114
5.2.1	Vers la couverture sanitaire universelle: écart entre les zones rurales et les zones urbaines aux échelons régional et mondial	114
5.2.2	Soins de longue durée: couverture mondiale et régionale	118
5.3	Potentiel de création d'emplois de l'investissement dans la couverture sanitaire universelle	121
5.4	Priorités d'action pour atteindre la couverture sanitaire universelle	124
5.4.1	Etendre la protection sociale et l'accès à la santé et aux soins de longue durée, et assurer une couverture universelle	125
5.4.2	Créer des emplois décents pour un nombre suffisant de travailleurs de la santé et des soins de longue durée	125
5.4.3	Mettre fin aux pratiques du travail non rémunéré des aidants familiaux pour combler le manque de praticiens de soins de longue durée et du bénévolat d'agents de santé locaux peu ou non qualifiés	126
5.5	Couverture sanitaire universelle: tendances récentes	126
6.	Suivi de l'évolution de la protection sociale: tendances régionales	131
6.1	Afrique	133
6.1.1	Défis et priorités de la protection sociale dans la région	133
6.1.2	Couverture effective de la protection sociale: suivi de l'indicateur 1.3.1 des ODD en Afrique	135
6.1.3	Dépenses de protection sociale, hors santé	143
6.1.4	Perspectives régionales	145
6.2	Amériques	145
6.2.1	Défis et priorités de la protection sociale dans la région	145
6.2.2	Couverture effective de la protection sociale: suivi de l'indicateur 1.3.1 des ODD dans la région Amériques	146
6.2.3	Tendances des dépenses de protection sociale, hors santé	150
6.2.4	Perspectives régionales	153
6.3	Etats arabes	153
6.3.1	Défis et priorités de la protection sociale dans la région	153
6.3.2	Couverture effective de la protection sociale	155
6.3.3	Tendances des dépenses de protection sociale, hors santé	161
6.3.4	Perspectives régionales	162

6.4	Asie et Pacifique	163
6.4.1	Défis et priorités de la protection sociale dans la région	163
6.4.2	Couverture effective de la protection sociale: suivi de l'indicateur 1.3.1 des ODD en Asie et Pacifique	165
6.4.3	Tendances des dépenses de protection sociale, hors santé	171
6.4.4	Perspectives régionales	172
6.5	Europe et Asie centrale	173
6.5.1	Défis et priorités de la protection sociale dans la région	173
6.5.2	Couverture effective de la protection sociale: suivi de l'indicateur 1.3.1 des ODD en Europe et en Asie centrale	175
6.5.3	Dépenses de protection sociale, hors santé	180
6.5.4	Perspectives régionales	181

**7. Suivi des progrès accomplis dans la protection sociale:
perspectives mondiales 183**

7.1	Progrès accomplis dans le développement des systèmes de protection sociale, y compris des socles de protection sociale	185
7.1.1	Suivi de l'indicateur 1.3.1 des ODD au niveau mondial	185
7.1.2	Constitution d'une base de connaissances statistiques sur la protection sociale pour le suivi des ODD	189
7.2	Sur la voie de la protection sociale universelle et de la réalisation des ODD	190
7.2.1	Étendre la protection sociale aux travailleurs de l'économie informelle et faciliter la transition vers l'économie formelle	191
7.2.2	Promouvoir des systèmes de protection sociale inclusifs, y compris des socles de protection sociale	192
7.2.3	Garantir des prestations adéquates	194
7.2.4	Faire face à l'évolution démographique	195
7.2.5	L'avenir du travail et de la protection sociale	197
7.2.6	Les reculs de l'austérité de court terme	199
7.2.7	Marge de manœuvre budgétaire pour la protection sociale même dans les pays les plus pauvres	203
7.2.8	La protection des migrants	206
7.2.9	Instaurer des systèmes de protection sociale dans les contextes de crise et de fragilité	207
7.2.10	Renforcer la dimension environnementale	208
7.3	Un partenariat mondial pour la protection sociale universelle	210

Annexes

I.	Glossaire	213
II.	Mesure de la couverture effective, de la couverture légale et des dépenses en matière de protection sociale	219
III.	Normes de l'OIT relatives à la sécurité sociale: caractéristiques principales et tableaux synoptiques	231
IV.	Tableaux statistiques	243

Références 451

Sources des données et des statistiques	467
---	-----

Liste des encadrés

1.1	Objectifs de développement durable et cibles faisant directement ou indirectement référence à la protection sociale	3
1.2	Le cadre normatif de l'OIT pour la mise en place de systèmes de protection sociale, socles compris	9
2.1	Normes internationales relatives aux prestations à l'enfance et aux familles	15
2.2	Prestations universelles à l'enfance en Mongolie	19
2.3	Parvenir à une protection sociale universelle pour les enfants au moyen d'une combinaison de régimes: le cas de l'Argentine	20
2.4	Une protection sociale adaptée à la situation des enfants	24
3.1	Normes internationales concernant la protection de la maternité	31
3.2	Protection de la maternité: régimes à financement collectif et dispositions relatives à la responsabilité de l'employeur	33
3.3	L'extension de la couverture en matière de protection de la maternité au moyen de l'assurance sociale: Afrique du Sud, Jordanie, République démocratique populaire lao, Rwanda et Territoire palestinien occupé	40
3.4	Extension de la couverture en matière de protection de la maternité au moyen de programmes d'assistance sociale non contributifs: Bangladesh, Ethiopie, Inde, Pérou, République-Unie de Tanzanie et Togo	41
3.5	Congé de paternité et congé parental: promouvoir l'implication du père	42
3.6	Atteindre la couverture universelle en combinant financement par les cotisations et financement par l'impôt: les exemples de l'Australie et de la Mongolie	43
3.7	Normes internationales relatives à la protection contre le chômage	45
3.8	Programme IAZAM en Malaisie: une approche intégrée en matière de réduction de la pauvreté	47
3.9	Promouvoir l'autonomisation des femmes avec le programme Benazir d'aide au revenu au Pakistan	47
3.10	Principaux types de régimes de protection contre le chômage	49
3.11	Dernières tendances en matière de protection contre le chômage, exemples sélectionnés	55
3.12	Mise à l'essai d'un revenu de base pour les demandeurs d'emploi	57
3.13	Extension de la protection contre le chômage dans les pays suivants: Afrique du Sud, Arabie saoudite, Cabo Verde, Jordanie, Koweït, République démocratique populaire lao, Maroc, Maurice et Viet Nam	58
3.14	Protection contre le chômage au Viet Nam	59
3.15	Normes internationales en matière de protection en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles	64
3.16	Des accidents industriels récents au Bangladesh et au Pakistan – les catastrophes du Rana Plaza et de l'usine Ali Enterprises – à la solution de sécurité sociale provisoire en cas d'accidents du travail	70
3.17	Prestations d'invalidité pour la protection du revenu: normes internationales	74
3.18	Vers l'universalité – Extension des prestations d'invalidité en espèces à caractère non contributif: Afrique du Sud, Argentine, Ethiopie, Ghana, Indonésie, Kirghizistan, Népal, Timor-Leste et Ukraine	78

3.19	Protection sociale et travail décent: un cercle vertueux	79
3.20	Coût de la vie supérieur et sous-estimation de la pauvreté des personnes handicapées	80
4.1	Normes internationales relatives aux pensions de vieillesse	85
4.2	Pensions sociales universelles: les exemples de l'Etat plurinational de Bolivie, du Botswana, du Lesotho, de la Namibie, de Timor-Leste et de Zanzibar (République-Unie de Tanzanie)	90
4.3	Protection sociale universelle des personnes âgées par la combinaison de régimes contributifs et non contributifs: Afrique du Sud, Argentine, Brésil, Cabo Verde, Chine, Kirghizistan, Maldives, Thaïlande, Trinité-et-Tobago	92
4.4	Mesurer le caractère adéquat des prestations de vieillesse	99
4.5	Dettes implicites des régimes de protection vieillesse	101
4.6	Normes internationales de sécurité sociale et organisation et financement des systèmes de sécurité sociale	104
4.7	La déprivatisation du régime de protection vieillesse en Hongrie	108
5.1	Conventions et recommandations de l'OIT et autres normes internationales à l'appui de la Couverture sanitaire universelle	113
5.2	Perspectives nationales sur les disparités rurales-urbaines et les inégalités en matière de protection de la santé: les cas du Cambodge et du Nigéria . .	117
5.3	Les soins de longue durée au Ghana	121
5.4	Couverture sanitaire universelle: Chine, Colombie, Rwanda et Thaïlande	127
6.1	Engagement de l'Afrique en faveur de l'extension de la protection sociale à tous	134
6.2	Dividende démographique et financement de la protection sociale en Afrique	134
6.3	Programme national de «bourses de sécurité familiale» (PNBSF) au Sénégal	137
6.4	Nouvelle prestation sociale pour les enfants vulnérables en Namibie	137
6.5	Nouvelle prestation de maternité au Rwanda	138
6.6	Nouveau régime d'assurance-chômage au Cabo Verde	139
6.7	Nouvelles initiatives de renforcement de la promotion de l'emploi en Afrique du Sud	139
6.8	Nouveau fonds d'indemnisation des travailleurs en République-Unie de Tanzanie	139
6.9	Nouvelles pensions universelles à Zanzibar (République-Unie de Tanzanie), au Kenya et en Ouganda	141
6.10	Régime de pensions non contributif au Cabo Verde	142
6.11	Afrique du Nord: les pensions de vieillesse indispensables à la justice sociale au lendemain du Printemps arabe	142
6.12	Extension de la sécurité sociale dans le Territoire palestinien occupé (TPO)	160
6.13	Engagement de l'ASEAN en faveur de l'extension de la protection sociale pour tous	163
6.14	Le vieillissement de la population en Asie	164

**Liste des encadrés
(suite)**

Liste des encadrés (suite)

6.15	Pensions universelles en Chine	169
6.16	Le modèle social européen affaibli par les réformes d'ajustement à court terme	174
7.1	Etendre la protection sociale et faciliter la transition vers l'économie formelle: la monotele de l'Uruguay	193
7.2	Enseignements tirés de l'utilisation de subventions énergétiques pour les systèmes de protection sociale	202
7.3	Efforts de redressement après l'épidémie d'Ebola	208
7.4	Un partenariat multipartite pour l'ODD 1.3	211

Liste des figures

1.	Indicateur 1.3.1 des ODD: couverture effective de la protection sociale, estimations mondiales et régionales, par groupes de population (en pourcentage)	xxxii
2.	Dépenses publiques de protection sociale, hors santé, dernières données disponibles (en pourcentage du PIB)	xxxiii
1.1	Vers des systèmes de sécurité sociale complets: nombre de branches prises en charge par les programmes de protection sociale régis par la législation, 1900-2015	6
1.2	Développement des programmes de protection sociale régis par la législation nationale par branche, avant 1900 et jusqu'après 2010 (pourcentage du nombre de pays)	7
1.3	Indicateur 1.3.1 des ODD: pourcentage de la population totale couverte par au moins une prestation de protection sociale (couverture effective), 2015	10
2.1	Aperçu des régimes de prestations à l'enfance et aux familles (prestations périodiques en espèces), par type de régime et de prestations, 2015 ou dernières données disponibles	17
2.2	Régimes de prestations en espèces à l'enfance et aux familles, par type de régime, 2015 ou dernières données disponibles	17
2.3	Indicateur 1.3.1 des ODD sur la couverture effective des enfants et des familles: pourcentage d'enfants et de ménages recevant des prestations à l'enfance et aux familles, par région, dernières données disponibles	19
2.4	Dépenses publiques en matière de protection sociale (hors santé) en faveur des enfants (pourcentage du PIB) et part des enfants âgés de 0 à 14 ans par rapport à la population totale (pourcentage), dernières données disponibles	21
3.1	Dépenses publiques de protection sociale (hors santé) en faveur des personnes en âge de travailler (en pourcentage du PIB) et part de la population en âge de travailler (15 à 64 ans) dans la population totale (en pourcentage), dernières données disponibles	27
3.2	Dépenses publiques de protection sociale (hors santé) en faveur des personnes en âge de travailler (en pourcentage du PIB), selon les niveaux de revenu, dernières données disponibles	28
3.3	Prestations de maternité en espèces, par type de régime, 2015-16	34

3.4	Couverture légale en matière de protection de la maternité: pourcentage des femmes employées légalement protégées en cas de perte de revenu pendant le congé de maternité, 2015 ou dernières données disponibles	34
3.5	Indicateur 1.3.1 des ODD sur la couverture effective des mères avec nouveau-nés: pourcentage des femmes ayant donné naissance qui bénéficient de prestations de maternité en espèces, par région, 2015 ou dernières données disponibles	35
3.6	Couverture effective en matière de protection de la maternité: pourcentage des femmes employées cotisant à des régimes de prestations de maternité en espèces ou ayant droit au versement de ces prestations, 2015 ou dernières données disponibles	36
3.7	Durée du congé de maternité rémunéré selon la législation nationale, 2015 ou dernières données disponibles (semaines)	37
3.8	Niveau de prestations de maternité en espèces en pourcentage des salaires antérieurs, 2015 ou dernières données disponibles	37
3.9	Couverture en matière de soins prénatals par région, dernières données disponibles (en pourcentage de naissances vivantes)	38
3.10	Naissances assistées par du personnel de santé qualifié, dernières données disponibles (en pourcentage)	39
3.11	Inégalités en matière d'accès aux services de soins de santé maternelle selon le quintile de richesse, sélection de pays, dernières données disponibles (en pourcentage)	39
3.12	Mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes) et naissances vivantes assistées par du personnel de santé qualifié (en pourcentage), 2015	40
3.13	Aperçu des régimes de protection contre le chômage, par type de régime et de prestations, 2015 ou dernières données disponibles	50
3.14	Régimes de protection contre le chômage, par type de régime, 2015 ou dernières données disponibles	51
3.15	Protection contre le chômage, couverture légale: pourcentage de la main d'œuvre couverte par des régimes de protection contre le chômage, dernières données disponibles	51
3.16	Prestations de chômage, couverture légale: pourcentage de travailleurs couverts par des régimes de protection contre le chômage par région, dernières données disponibles	52
3.17	Indicateur 1.3.1 des ODD sur la couverture effective des personnes au chômage: pourcentage de personnes au chômage bénéficiant de prestations de chômage en espèces, dernières données disponibles	53
3.18	Indicateur 1.3.1 des ODD sur la couverture effective des personnes au chômage: pourcentage de personnes au chômage bénéficiant de prestations de chômage en espèces, dernières données disponibles	53
3.19	Indicateur 1.3.1 des ODD sur la couverture effective des personnes au chômage: pourcentage des personnes au chômage bénéficiant de prestations en espèces (à caractère contributif ou non), dernières données disponibles	54

**Liste des figures
(suite)**

**Liste des figures
(suite)**

3.20	Indicateur 1.3.1 des ODD sur la couverture effective des personnes au chômage: pourcentage de personnes au chômage bénéficiant de prestations de chômage en espèces et part des chômeurs âgés de 16 à 64 ans risquant de basculer dans la pauvreté, sélection de pays européens, 2015	55
3.21	Régimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles, par type de régime, dernières données disponibles	65
3.22	Protection en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles, couverture effective: cotisants actifs à un régime en pourcentage de la population active, pays sélectionnés, 2015 ou dernières données disponibles	67
3.23	Taux de remplacement en cas d'invalidité permanente dans les régimes de protection en cas d'accidents du travail, sélection de pays, 2015 ou dernières données disponibles (en pourcentage)	68
3.24	Taux de remplacement en cas d'invalidité temporaire dans les régimes de protection en cas d'accidents du travail, sélection de pays, 2015 ou dernières données disponibles (en pourcentage)	68
3.25	Aperçu des régimes de prestations d'invalidité en espèces, par type de régime et de prestations, 2015	76
3.26	Régimes de prestations d'invalidité, par type de régime, 2015 ou dernières données disponibles	76
3.27	Indicateur 1.3.1 des ODD sur la couverture effective des personnes lourdement handicapées: pourcentage des personnes lourdement handicapées bénéficiant de prestations en espèces, par région, 2015 ou dernières données disponibles	77
3.28	Impact de l'ajustement des coûts liés à l'invalidité sur les taux de pauvreté enregistrés, pays sélectionnés (en pourcentages)	80
4.1	Vue d'ensemble des régimes de protection vieillesse, par type de régime et de prestations, 2015 ou dernières données disponibles	86
4.2	Couverture légale des pensions de vieillesse: pourcentage de la population en âge de travailler (15-64 ans) couverte par un régime de protection vieillesse contributif ou non contributif obligatoire, par région et type de régime, dernières données disponibles	87
4.3	Indicateur 1.3.1 des ODD pour la couverture effective des personnes âgées: proportion de bénéficiaires d'une pension parmi la population ayant atteint au moins l'âge légal de départ à la retraite, par région, dernières données disponibles	88
4.4	Couverture effective des pensions de vieillesse: cotisants actifs à des régimes de protection vieillesse en pourcentage de la main-d'œuvre et de la population en âge de travailler, par région, dernières données disponibles	89
4.5	Indicateur 1.3.1 des ODD pour la couverture effective des personnes âgées: proportion de la population ayant atteint au moins l'âge légal de départ à la retraite qui perçoit une pension de vieillesse, 2000 et 2010-2015	91
4.6	Indicateur 1.3.1 des ODD pour la couverture effective des personnes âgées: proportion de la population ayant atteint au moins l'âge légal de départ à la retraite qui perçoit une pension de vieillesse, comparaison entre 2000 et 2010-16 (en pourcentage)	93

**Liste des figures
(suite)**

4.7	Dépenses publiques de protection sociale (hors santé) consacrées aux pensions et autres prestations de vieillesse pour les personnes ayant atteint au moins l'âge légal de départ à la retraite (en pourcentage du PIB), et part de la population âgée (65 ans et plus) dans la population totale (en pourcentage), dernières données disponibles	94
4.8	Dépenses publiques de protection sociale consacrées aux pensions et autres prestations de vieillesse pour les personnes ayant atteint au moins l'âge légal de départ à la retraite (hors santé), par niveau de revenu, dernières données disponibles (en pourcentage du PIB)	95
4.9	Couverture effective des pensions de vieillesse: pourcentage de la main-d'œuvre cotisant à un régime de protection vieillesse, par sexe, dernières données disponibles	97
4.10	Indicateur 1.3.1 des ODD pour la couverture effective des personnes âgées: pourcentage de bénéficiaires d'une pension parmi la population ayant atteint au moins l'âge légal de départ à la retraite, par sexe, dernières données disponibles	97
4.11	Taux de remplacement moyens (au départ à la retraite) des régimes publics de protection vieillesse en 2013 et à l'horizon 2060, pays européens sélectionnés	100
5.1	Pourcentage de la population rurale mondiale qui n'est protégée ni par la législation ni par rattachement ni par une assurance-maladie, 2015	115
5.2	Déficit de couverture légale en zones urbaines et rurales par région, 2015 (en pourcentage de la population)	115
5.3	Pénurie mondiale de personnel de santé, zones rurales et zones urbaines	115
5.4	Populations rurales et urbaines privées d'accès aux services de santé à cause de la pénurie de personnel de santé (en pourcentage)	116
5.5	Dépenses nettes à la charge des patients dans les dépenses totales de santé de la population rurale, 2015	116
5.6	Déficits de couverture sanitaire et d'accès aux soins de santé dans les zones rurales et urbaines du Cambodge, 2015	118
5.7	Déficits de couverture sanitaire et d'accès aux soins de santé en zones rurales et urbaines au Nigéria, 2015	118
5.8	Répartition de la population mondiale âgée de plus de 65 ans, par région, 2013 (en pourcentage)	119
5.9	Soins de longue durée: déficit de couverture légale, 2015 (en pourcentage de la population)	120
5.10	Travailleurs du secteur des soins de longue durée et pénurie de personnel pour parvenir à la couverture universelle, par région, 2015	120
5.11	Population de plus de 65 ans privée de soins de longue durée faute de personnel, par région, 2015 (en pourcentage)	120
5.12	Déficit d'accès aux soins de santé lié au manque de personnel dans le secteur de la santé, selon le niveau de revenu des pays, 2014 (en pourcentage de la population totale)	122
5.13	Volume et composition des effectifs de la chaîne de valeur mondiale du secteur de la protection de la santé, 2016 (en pourcentage)	123

**Liste des figures
(suite)**

5.14	Potentiel actuel et futur d'emplois rémunérés et non rémunérés dans les professions médicales et non médicales pour parvenir à la couverture sanitaire universelle, en millions, secteurs public et privé, 2016 ou dernière année disponible	123
5.15	Potentiel d'emplois supplémentaires pour parvenir à la couverture sanitaire universelle d'ici à 2030, par région (en milliers)	124
6.1	Indicateur 1.3.1 des ODD: pourcentage de la population en Afrique couverte par au moins une prestation de protection sociale (couverture effective), 2015 ou dernières données disponibles	135
6.2	Indicateur 1.3.1 des ODD sur la couverture effective des enfants et des familles: pourcentage d'enfants et de ménages percevant des prestations à l'enfance et aux familles en espèces en Afrique, 2015 ou dernières données disponibles	136
6.3	Indicateur 1.3.1 des ODD sur la couverture effective des mères avec nouveau-nés: pourcentage de femmes ayant donné naissance percevant des prestations de maternité en espèces en Afrique, 2015 ou dernières données disponibles	137
6.4	Indicateur 1.3.1 des ODD sur la couverture effective des chômeurs: pourcentage de chômeurs percevant des prestations de chômage en espèces en Afrique, dernières données disponibles	138
6.5	Indicateur 1.3.1 des ODD sur la couverture effective des personnes lourdement handicapées: pourcentage de personnes lourdement handicapées percevant des prestations d'invalidité en espèces en Afrique, 2015 ou dernières données disponibles	140
6.6	Indicateur 1.3.1 des ODD sur la couverture effective des personnes âgées: pourcentage de la population ayant atteint au moins l'âge légal de départ à la retraite percevant une pension de vieillesse en Afrique, dernières données disponibles	140
6.7	Indicateur 1.3.1 des ODD sur la couverture effective des groupes de population vulnérables: pourcentage de personnes vulnérables percevant des prestations non contributives en espèces en Afrique, 2015 ou dernières données disponibles	143
6.8	Dépenses publiques de protection sociale en Afrique, hors santé, dernières données disponibles (en pourcentage du PIB)	143
6.9	Composition des dépenses de protection sociale, hors santé, en Afrique, dernières données disponibles (en pourcentage du PIB)	144
6.10	Indicateur 1.3.1 des ODD: pourcentage de la population couverte par au moins une prestation de protection sociale dans la région Amériques (couverture effective), 2015 ou dernières données disponibles	147
6.11	Indicateur 1.3.1 des ODD sur la couverture effective des enfants et des familles: pourcentage d'enfants et de ménage percevant des prestations à l'enfance et aux familles en espèces dans la région Amériques, 2015 ou dernières données disponibles	147
6.12	Indicateur 1.3.1 des ODD sur la couverture effective des mères avec nouveau-nés: pourcentage de femmes ayant donné naissance percevant des prestations de maternité en espèces dans la région Amériques, 2015 ou dernières données disponibles	148

**Liste des figures
(suite)**

6.13	Indicateur 1.3.1 des ODD sur la couverture effective des chômeurs: pourcentage de chômeurs percevant des prestations de chômage en espèces dans la région Amériques, dernières données disponibles	148
6.14	Indicateur 1.3.1 des ODD sur la couverture effective des personnes lourdement handicapées: pourcentage de personnes lourdement handicapées percevant des prestations d'invalidité en espèces dans la région Amériques, 2015 ou dernières données disponibles	149
6.15	Indicateur 1.3.1 des ODD sur la couverture effective des personnes âgées: pourcentage de la population ayant au moins l'âge légal de départ à la retraite percevant une pension de vieillesse dans la région Amériques, dernières données disponibles	149
6.16	Indicateur 1.3.1 des ODD sur la couverture effective des groupes de population vulnérables: pourcentage de personnes vulnérables percevant des prestations en espèces, à caractère non contributif, dans la région Amériques, 2015 ou dernières données disponibles	150
6.17	Dépenses publiques de protection sociale, hors santé, dans la région Amériques, dernières données disponibles (en pourcentage du PIB)	151
6.18	Composition des dépenses de protection sociale hors santé dans la région Amériques, dernières données disponibles (en pourcentage du PIB)	152
6.19	Pensions de vieillesse, couverture effective: pourcentage de la main-d'œuvre cotisant à un régime de pension dans les Etats arabes, sélection de pays, dernières données disponibles	157
6.20	Indicateur 1.3.1 des ODD sur la couverture effective des personnes âgées: pourcentage de la population ayant au moins l'âge légal de départ à la retraite percevant une pension de vieillesse dans les Etats arabes, sélection de pays, dernières données disponibles	158
6.21	Dépenses publiques de protection sociale, hors santé, dans les Etats arabes, sélection de pays, dernières données disponibles (en pourcentage du PIB)	161
6.22	Composition des dépenses de protection sociale, hors santé, dans les Etats arabes, pays sélectionnés, dernières données disponibles (en pourcentage du PIB)	162
6.23	Indicateur 1.3.1 des ODD: pourcentage de la population couverte par au moins une prestation de protection sociale dans la région Asie et Pacifique (couverture effective), 2015 ou dernières données disponibles	165
6.24	Indicateur 1.3.1 des ODD sur la couverture effective des enfants et des familles: pourcentage d'enfants et de ménages percevant des prestations à l'enfance et aux familles en espèces dans la région Asie et Pacifique, 2015 ou dernières données disponibles	166
6.25	Indicateur 1.3.1 des ODD sur la couverture effective des mères avec nouveau-nés: pourcentage de femmes ayant donné naissance percevant des prestations de maternité en espèces dans la région Asie et Pacifique, 2015 ou dernières données disponibles	167
6.26	Indicateur 1.3.1 des ODD sur la couverture effective des chômeurs: pourcentage de chômeurs percevant des prestations de chômage en espèces dans la région Asie et Pacifique, dernières données disponibles	167

**Liste des figures
(suite)**

6.27	Indicateur 1.3.1 des ODD sur la couverture effective des personnes lourdement handicapées: pourcentage de personnes lourdement handicapées percevant des prestations d'invalidité en espèces dans la région Asie et Pacifique, 2015 ou dernières données disponibles	168
6.28	Chine: extension de la couverture des pensions de vieillesse, 2001-2013 . . .	169
6.29	Indicateur 1.3.1 des ODD sur la couverture effective des personnes âgées: pourcentage de la population ayant au moins l'âge légal de départ à la retraite percevant une pension de vieillesse dans la région Asie et Pacifique, dernières données disponibles	170
6.30	Indicateur 1.3.1 des ODD sur la couverture effective des groupes de population vulnérables: pourcentage de personnes vulnérables percevant des prestations en espèces, à caractère non contributif, dans la région Asie et Pacifique, 2015 ou dernières données disponibles . . .	170
6.31	Dépenses publiques de protection sociale, hors santé, en Asie et Pacifique, dernières données disponibles (en pourcentage du PIB)	171
6.32	Composition des dépenses de protection sociale, hors santé, en Asie et Pacifique, dernières données disponibles (en pourcentage du PIB)	172
6.33	Indicateur 1.3.1 des ODD: pourcentage de la population couverte par au moins une prestation de protection sociale (couverture effective) en Europe et Asie centrale, 2015 ou dernières données disponibles	175
6.34	Indicateur 1.3.1 des ODD sur la couverture effective des enfants et des familles: pourcentage d'enfants et de ménages percevant des prestations à l'enfance et aux familles en espèces en Europe et Asie centrale, 2015 ou dernières données disponibles	176
6.35	Indicateur 1.3.1 des ODD sur la couverture effective des mères avec nouveau-nés: pourcentage de femmes ayant donné naissance percevant des prestations de maternité en espèces en Europe et Asie centrale, 2015 ou dernières données disponibles	177
6.36	Indicateur 1.3.1 des ODD sur la couverture effective des chômeurs: pourcentage de chômeurs percevant des prestations de chômage en espèces en Europe et Asie centrale, 2015 ou dernières données disponibles	178
6.37	Indicateur 1.3.1 des ODD sur la couverture effective des personnes lourdement handicapées: pourcentage de personnes lourdement handicapées percevant des prestations d'invalidité en espèces en Europe et Asie centrale, 2015 ou dernières données disponibles	178
6.38	Indicateur 1.3.1 des ODD sur la couverture effective des personnes âgées: pourcentage de la population ayant au moins l'âge légal de départ à la retraite percevant une pension de vieillesse en Europe et Asie centrale, dernières données disponibles	179
6.39	Indicateur 1.3.1 des ODD sur la couverture effective des groupes de population vulnérables: pourcentage de personnes vulnérables percevant des prestations non contributives en espèces en Europe et Asie centrale, 2015 ou dernières données disponibles	180
6.40	Dépenses publiques de protection sociale, hors santé, en Europe et Asie centrale, dernières données disponibles (en pourcentage du PIB)	181
6.41	Composition des dépenses de protection sociale, hors santé, en Europe et Asie centrale, dernières données disponibles (en pourcentage du PIB) . . .	182

	Liste des figures (suite)
7.1 Indicateur 1.3.1 des ODD: couverture effective de la protection sociale, estimations mondiales et régionales, par groupes de population (en pourcentage)	186
7.2 Dépenses publiques de protection sociale, hors santé, dernières données disponibles (en pourcentage du PIB)	187
7.3 Extension de la couverture de la sécurité sociale aux travailleurs indépendants et aux travailleurs des microentreprises: nombre d'entreprises enregistrées dans le système de la monotaxe et d'assurés en Uruguay, 2006-2013	193
7.4 Pensions à caractère non contributif en pourcentage du seuil de pauvreté national, pour une personne seule, dernières données disponibles	195
7.5 Répartition de la population par groupe d'âge d'après des estimations et des projections, 1950-2050 (en pourcentage)	196
7.6 Nombre de pays réduisant leurs dépenses publiques en pourcentage du PIB, 2008-2020	200

Liste des tableaux

2.1 Les nouvelles mesures de protection sociale en faveur des enfants et des familles (sélection), 2014-2017	23
4.1 Méthodes d'indexation	100
4.2 Réformes des régimes de protection vieillesse signalées par des gouvernements (compression), 2010-2016	102
4.3 Pensions de vieillesse: réformes paramétriques, pays sélectionnés, 2013-2017	102
5.1 Dépenses nettes à la charge des patients en pourcentage des dépenses totales de santé dans les zones rurales et les zones urbaines de pays sélectionnés, 2015	117
5.2 Principaux modes d'organisation et de financement des soins de longue durée	119
5.3 Déficits de soins de longue durée à combler pour atteindre une couverture universelle au Ghana	121
5.4 Part de la population de plus de 65 ans qui acquitte des frais nets pour les soins de longue durée (à domicile et en établissement), pays sélectionnés, 2015	122
5.5 Mesures de protection de la santé annoncées, pays sélectionnés, 2014-2017	128
6.1 Régimes de protection sociale pour les travailleurs du secteur privé dans les Etats arabes	155
6.2 Structure schématique de la protection sociale dans les Etats arabes	156
6.3 Taux d'accumulation pour le calcul des pensions et des montants maximaux des pensions, sélection de pays (en pourcentage)	157
6.4 Protection contre les accidents du travail et les maladies professionnelles, couverture légale: pourcentage de la main-d'œuvre couverte par des régimes de protection contre les accidents du travail et les maladies professionnelles, sélection de pays	158
7.1 Principales mesures d'ajustement présentées par région, 2010-2015 (nombre de pays)	201

**Liste des tableaux
(suite)**

AII.1	Les multiples dimensions de la couverture: exemples de questions et d'indicateurs	221
AII.2	Comparaison des différentes définitions utilisées pour mesurer les dépenses de protection sociale	224
AII.3	Groupes régionaux	226
AII.4	Groupes de revenu	227
AII.5	Groupes régionaux utilisés dans les régressions	228
AII.6	Variables de pondération pour chaque indicateur	228
AII.7	Couverture des données sous-jacente aux agrégats mondiaux et régionaux (part de la population régionale pour laquelle des données ont été transmises)	229
AIII.1	Exigences principales: normes de l'OIT relatives à la sécurité sociale – protection de la santé	233
AIII.2	Exigences principales: normes de l'OIT relatives à la sécurité sociale – indemnités de maladie	234
AIII.3	Exigences principales: normes de l'OIT relatives à la sécurité sociale – indemnités de chômage	235
AIII.4	Exigences principales: normes de l'OIT relatives à la sécurité sociale – pensions de vieillesse	236
AIII.5	Exigences principales: normes de l'OIT relatives à la sécurité sociale – protection en cas d'accident du travail et de maladies professionnelles	237
AIII.6	Exigences principales: normes de l'OIT relatives à la sécurité sociale – allocations familiales et prestations à l'enfance	238
AIII.7	Exigences principales: normes de l'OIT relatives à la sécurité sociale – protection de la maternité	239
AIII.8	Exigences principales: normes de l'OIT relatives à la sécurité sociale – prestations d'invalidité	240
AIII.9	Exigences principales: normes de l'OIT relatives à la sécurité sociale – prestations de survivants	241
B.1	Ratification des conventions, à jour, de l'OIT concernant la sécurité sociale	245
B.2	Aperçu des systèmes nationaux de sécurité sociale	250
B.3	Couverture de protection sociale effective (indicateur 1.3.1 des ODD), dernières données disponibles	260
B.4	Prestations à l'enfance et aux familles: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale et couverture de protection sociale effective (indicateur 1.3.1 des ODD pour les enfants et les familles avec enfants)	268
B.5	Maternité: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale et couverture de protection sociale effective (indicateur 1.3.1 des ODD pour les mères avec nouveau-nés)	277
B.6	Chômage: indicateurs de couverture effective. Chômeurs effectivement indemnisés, de 2000 à l'année des dernières données disponibles (indicateur 1.3.1 des ODD pour les chômeurs)	298
B.7	Accidents du travail et maladies professionnelles: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale	312

B.8	Prestations d'invalidité: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale et couverture de protection sociale effective (indicateur 1.3.1 des ODD pour les personnes lourdement handicapées)	331
B.9	Pensions de vieillesse: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale	340
B.10	Régimes de pensions de vieillesse non contributifs: caractéristiques et indicateurs principaux	382
B.11	Couverture vieillesse effective: cotisants actifs	393
B.12	Couverture vieillesse effective: bénéficiaires d'une pension de vieillesse (indicateur 1.3.1 des ODD pour personnes âgées)	398
B.13	Déficits en matière de couverture sanitaire universelle dans les zones rurales et urbaines (estimations à l'échelle mondiale, régionale et nationale)	404
B.14	Déficits de l'ODD à combler au titre de la couverture universelle des soins de longue durée	413
B.15	Situation actuelle de l'emploi dans le secteur de la santé et potentiel en matière d'emploi des investissements dans la couverture sanitaire universelle d'ici à 2030, estimations mondiales	421
B.16	Dépenses publiques de protection sociale, de 1995 à l'année des dernières données disponibles (en pourcentage du PIB)	434
B.17	Dépenses publiques de protection sociale par garantie (en pourcentage du PIB)	442

**Liste des tableaux
(suite)**

Sigles et acronymes

AFD	Agence française de développement
AISS	Association internationale de la sécurité sociale
APD	Aide publique au développement
ASACR	Association sud-asiatique pour la coopération régionale
ASEAN	Association des nations de l'Asie du Sud-Est
BAD	Banque asiatique de développement
BCG	Vaccin Bacille Calmette-Guérin (contre la rougeole, la rubéole et les oreillons)
BID	Banque interaméricaine de développement
BIT	Bureau international du Travail
BM	Banque mondiale
BPS	Institut de sécurité sociale (Uruguay)
BRICS	Brésil, Fédération de Russie, Inde, Chine et Afrique du Sud
CAE	Communauté d'Afrique de l'Est
CARICOM	Communauté des Caraïbes
CCG	Conseil de coopération du Golfe
CCNUCC	Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques
CDAA	Communauté de développement de l'Afrique australe
CEACR	Commission d'experts de l'OIT pour l'application des conventions et recommandations
CEDEAO	Communauté économique des Etats de l'Afrique de l'Ouest
CEPALC	Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes des Nations Unies
CESAO	Commission économique et sociale des Nations Unies pour l'Asie occidentale
CESAP	Commission économique et sociale pour l'Asie et le Pacifique
CESCR	Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies
CIDE	Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant

CIF/OIT	Centre international de formation de l'OIT
CMP	Programme d'aide financière à l'enfance (Mongolie)
CNPS	Centre national de pensions sociales (Cabo Verde)
CRPD	Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées
CSU	Couverture sanitaire universelle
DCT	Vaccin contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos
DFID	Département du développement international (Royaume-Uni)
DOCO	Bureau de coordination des activités de développement des Nations Unies
DUDH	Déclaration universelle des droits de l'homme, 1948
EAC	Communauté d'Afrique de l'Est
EAU	Emirats arabes unis
EOBI	Institut des pensions de vieillesse des salariés (Pakistan)
ETI	Incitation fiscale à l'emploi
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture
FMI	Fonds monétaire international
GES	gaz à effet de serre
GNUD	Groupe des Nations Unies pour le développement
HCDH	Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme
HCR	Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
ILOSTAT	Base de données de l'OIT sur les statistiques du travail
LAC	Amérique latine et Caraïbes
LEAP	Programme de transfert social en espèces et de lutte contre la pauvreté (Ghana)
MEDC	Mécanisme élargi de crédit (FMI)
MERCOSUR	Marché commun du Sud
MGNREGS	Loi nationale de garantie de l'emploi rural, 2005 (Inde)
MISSOC	Système d'information mutuelle sur la protection sociale (Commission européenne)
NATLEX	Base de données de l'OIT sur le droit du travail, la sécurité sociale et les droits de la personne
NSIS	Régime national d'assurance sociale (Bangladesh)
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
ODD	Objectif de développement durable
ODI	Institut pour le développement outremer (Royaume-Uni)
OEV	Orphelins et enfants vulnérables
OIT	Organisation internationale du Travail
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
PAM	Programme alimentaire mondial
PCAD	Plan-cadre des Nations Unies pour le développement
PIB	Produit intérieur brut

PIDESC	Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, 1966
PNBSF	Programme national de bourses de sécurité familiale (Sénégal)
PNUAD	Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
PPA	Parité de pouvoir d'achat
PSNP	Programme de filet de sécurité productif (Ethiopie)
PSSC	Organisme palestinien de la sécurité sociale
RDC	République démocratique du Congo
RNB	Revenu national brut
RUB	Revenu universel de base
RSSB	Conseil de la sécurité sociale (Rwanda)
SASSA	Agence de sécurité sociale de l'Afrique du Sud
SESPROS	Système européen de statistiques intégrées de la protection sociale
SESSI	Institution de sécurité sociale pour les employés du Sindh (Pakistan)
SOCR	Base de données sur les bénéficiaires de prestations sociales (OCDE)
SOCISO	Organisation de la sécurité sociale (Malaisie)
SOCX	Base de données sur les dépenses sociales (OCDE)
SPI	Indice de la protection sociale
SPIAC-B	Conseil de coopération interinstitutions pour la protection sociale
SPF-I	Initiative pour un socle de protection sociale des Nations Unies
SSA	Administration de la sécurité sociale (Etats-Unis)
SSI	Enquête du BIT sur la sécurité sociale
TCE	transferts conditionnels en espèces
TPO	Territoire palestinien occupé
TVA	Taxe sur la valeur ajoutée
UA (C)	Union africaine (Commission)
UCA	Allocation universelle à l'enfance (Argentine)
UE	Union européenne
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
UNDRIP	Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones, 2007
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
UNRISD	Institut de recherche des Nations Unies pour le développement social
UNSSC	Ecole des cadres du système des Nations Unies
UNWPP	Perspectives de la population mondiale des Nations Unies
USAID	Agence des Etats-Unis pour le développement international
VPO	Vaccin antipoliomyélitique oral
WCF	Fonds d'indemnisation des travailleurs (Tanzanie)
ZSSF	Caisse de sécurité sociale (Zanzibar)
ZUPS	Régime de pensions universelles (Zanzibar)

Résumé analytique

La protection sociale, ou la sécurité sociale, est un droit humain. Elle se définit par un ensemble de politiques et de programmes visant à réduire et prévenir la pauvreté et la vulnérabilité tout au long du cycle de vie. La protection sociale inclut les prestations à l'enfance et aux familles, les prestations de maternité, de chômage, d'accidents du travail et de maladies professionnelles, de maladie, de vieillesse et d'invalidité et les prestations aux survivants. Elle comprend également la protection de la santé. Les systèmes de protection sociale couvrent tous ces domaines grâce à une combinaison de régimes contributifs (assurance sociale) et non contributifs, financés par l'impôt, y compris les régimes d'assistance sociale.

La protection sociale est essentielle pour parvenir à un développement durable, promouvoir la justice sociale et garantir le droit humain de toutes et de tous à la sécurité sociale. Les mesures adoptées en la matière sont donc indispensables aux stratégies de développement nationales visant à réduire la pauvreté et la vulnérabilité tout au long du cycle de vie, et à favoriser une croissance durable et inclusive par l'augmentation du revenu des ménages, la stimulation de la productivité, du développement humain et de la demande intérieure, et la promotion de la transformation structurelle de l'économie et du travail décent.

Les objectifs de développement durable (ODD), adoptés en 2015 à l'Assemblée générale des Nations Unies, témoignent de l'engagement commun des États à «mettre en place des systèmes et mesures de protection sociale pour tous, adaptés au contexte national, y compris des socles» pour réduire et prévenir la pauvreté (ODD 1.3). Par cet engagement en faveur de

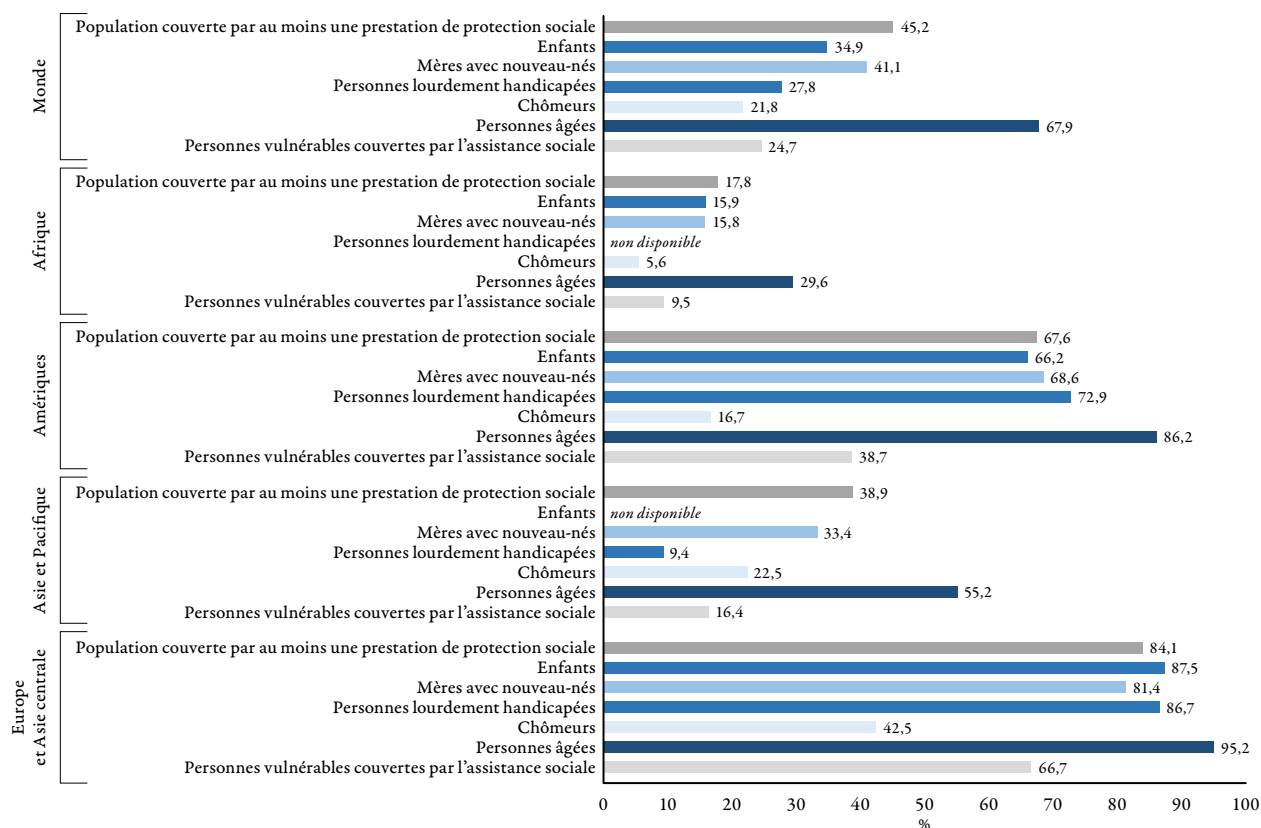
l'universalité, les pays réaffirment l'accord mondial sur l'extension de la sécurité sociale formalisé par la recommandation (n° 202) sur les socles de protection sociale adoptée en 2012 par les représentants des gouvernements et des organisations de travailleurs et d'employeurs de tous les pays.

Ce rapport phare du BIT donne une vue d'ensemble des dernières tendances concernant les systèmes de protection sociale, y compris les socles de protection sociale. L'état actuel de la protection sociale y est analysé suivant le cycle de vie, de l'enfance à la vieillesse, en passant par la vie active des femmes et des hommes. Fondé sur les données les plus récentes, le présent rapport offre une large palette d'informations sur la couverture, les prestations et les dépenses publiques liées à la protection sociale à l'échelle mondiale, régionale et nationale. De nouvelles estimations y sont présentées concernant la couverture sociale effective: elles permettent d'assurer un suivi complet des systèmes de protection sociale, y compris des socles, et d'établir une base de référence pour 2015 dans le cadre de l'indicateur 1.3.1 des ODD.

Points essentiels:

- Malgré d'importants progrès dans l'extension de la protection sociale dans de nombreuses régions du monde, le droit humain à la sécurité sociale n'est pas encore une réalité pour la majeure partie de la population mondiale. Seuls 45 pour cent de la population mondiale sont effectivement couverts par au moins une prestation de protection sociale, laissant 55 pour cent, soit 4 milliards d'êtres humains, sans protection (figure 1).

Figure 1. Indicateur 1.3.1 des ODD: couverture effective de la protection sociale, estimations mondiales et régionales, par groupes de population (en pourcentage)



Note: *Population couverte par au moins une prestation de protection sociale (couverture effective)*: proportion de la population totale qui bénéficie d'au moins une prestation en espèces contributive ou non contributive, ou cotise activement à au moins un régime de sécurité sociale.

Enfants: ratio enfants/ménage bénéficiant de prestations à l'enfance/aux familles en espèces sur le nombre total d'enfants/ménage avec des enfants.

Mères avec nouveau-nés: ratio de femmes bénéficiant de prestations de maternité en espèces sur le nombre de femmes ayant donné naissance au cours de la même année.

Personnes lourdement handicapées: ratio de personnes bénéficiant de prestations d'invalidité en espèces sur le nombre de personnes lourdement handicapées.

Chômeurs: ratio de bénéficiaires de prestations de chômage en espèces sur le nombre de chômeurs.

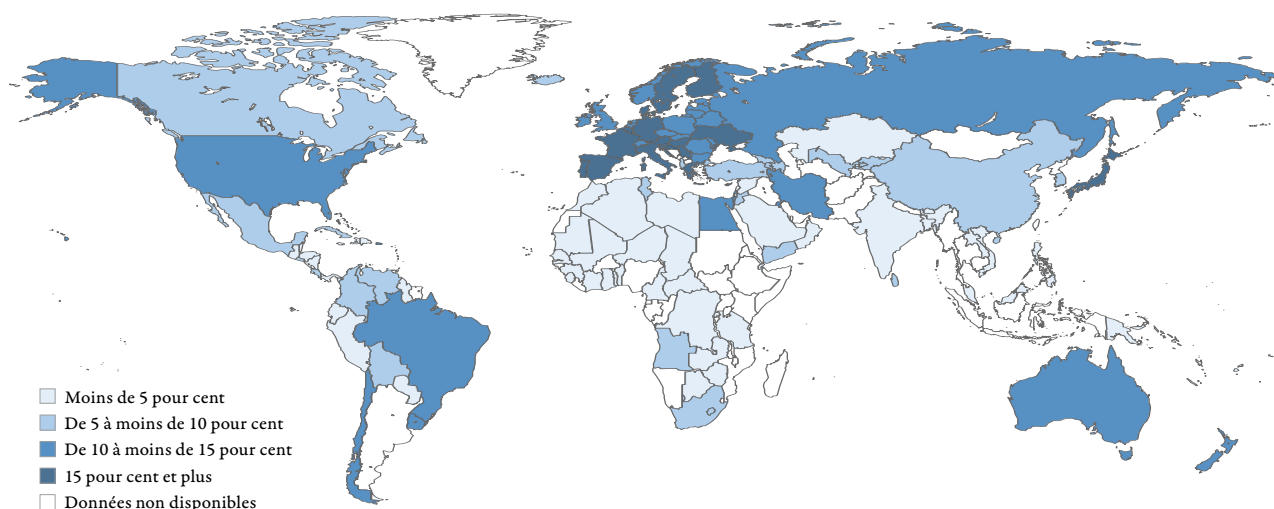
Personnes âgées: ratio de personnes ayant dépassé l'âge légal de la retraite bénéficiant d'une pension de vieillesse sur le nombre de personnes ayant atteint l'âge légal de départ à la retraite (contributive et non contributive).

Personnes vulnérables couvertes par l'assistance sociale: ratio des bénéficiaires de l'assistance sociale sur le nombre total de personnes vulnérables (soit tous les enfants et adultes qui ne sont pas couverts par des prestations contributives et les personnes ayant dépassé l'âge légal de la retraite qui ne bénéficient pas de prestations contributives (pensions)).

Source: BIT, base de données sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database), d'après l'enquête sur la sécurité sociale; ILOSTAT; sources nationales.

- Les estimations du BIT montrent également que seulement 29 pour cent de la population mondiale est couverte par des systèmes complets de sécurité sociale comprenant une gamme complète de prestations, allant des allocations familiales aux pensions de vieillesse, tandis qu'une grande majorité – 71 pour cent, soit 5,2 milliards de personnes – n'est que partiellement, voire pas du tout, protégée.
- Les lacunes en matière de couverture sont liées à un sous-investissement notable dans la protection sociale, notamment en Afrique, en Asie et dans les Etats arabes (figure 2).
- L'absence de protection sociale expose la population à la pauvreté, aux inégalités et à l'exclusion sociale tout au long du cycle de vie et constitue donc un obstacle majeur au développement économique et social.
- Les ODD préconisent la protection sociale universelle. Les pays ont notamment la responsabilité de garantir à tous au minimum un niveau élémentaire de sécurité sociale, un socle de protection sociale, dans le cadre de leur système de protection sociale. Si de nombreux pays ont déjà atteint une protection universelle, il convient d'intensifier les efforts pour étendre la couverture et garantir des prestations adéquates.

Figure 2. Dépenses publiques de protection sociale, hors santé, dernières données disponibles (en pourcentage du PIB)



Source: BIT, base de données sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database), d'après l'enquête sur la sécurité sociale.

Protection sociale des enfants

Les transferts en faveur des enfants et des familles, en espèces ou en nature, sont essentiels à la réalisation des droits des enfants, car ils leur évitent de sombrer dans la pauvreté, préviennent la mortalité infantile, contribuent à leur développement harmonieux et à leur bien-être, améliorent leur accès aux biens et services essentiels et réduisent le travail des enfants. La protection sociale permet donc aux enfants de réaliser leur plein potentiel et de bénéficier d'un niveau de vie suffisant.

Points essentiels:

- Seuls 35 pour cent des enfants dans le monde ont véritablement accès à une protection sociale, même si les chiffres varient considérablement d'une région à l'autre. Près de deux tiers des enfants, soit 1,3 milliard, ne sont pas couverts. La plupart d'entre eux vivent en Afrique ou en Asie.
- En moyenne, 1,1 pour cent du PIB est alloué aux prestations à l'enfance et aux familles pour les enfants de 0 à 14 ans, ce qui révèle un manque d'investissement notable en faveur des enfants et affecte non seulement leur bien-être global et leur épanouissement sur le long terme, mais aussi le développement économique et social futur du pays dans lequel ils vivent.
- Les transferts en espèces pour les enfants se sont multipliés au cours des dernières décennies dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, et un certain nombre de pays ont atteint une couverture sociale universelle pour les enfants (Argentine,

Brésil, Chili et Mongolie). Cependant, le niveau de la couverture et le montant des prestations restent souvent insuffisants dans de nombreux pays.

- Dans le cadre de mesures d'assainissement budgétaire, un certain nombre de pays réduisent la protection sociale des enfants, et réservent souvent les prestations à l'enfance aux personnes les plus pauvres, privant ainsi de nombreux enfants vulnérables d'une protection adéquate. Des efforts doivent être mis en œuvre pour répondre de manière adéquate aux besoins des enfants et de leur famille, et étendre la couverture et les prestations conformément à la cible 1.3 des ODD.

Protection sociale des femmes et des hommes en âge de travailler: prestations de maternité, d'invalidité et de chômage, protection en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles

La protection sociale, qu'il s'agisse de la protection de la maternité, des prestations de chômage, d'une protection en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles ou de prestations d'invalidité, est un élément essentiel de la sécurité du revenu des femmes et des hommes en âge de travailler. Ces différents régimes participent au lissage des revenus et à la demande globale, au renforcement du capital humain et à la promotion de l'emploi décent et productif. La protection sociale facilite également les changements structurels de l'économie et du marché du travail et contribue à une croissance durable et inclusive.

Points essentiels:

- La couverture de protection sociale des personnes en âge de travailler reste limitée. Malgré les répercussions positives de l'aide aux femmes enceintes sur le développement, seulement 41,1 pour cent des mères de nouveau-nés reçoivent une prestation de maternité, alors que 83 millions de mères ne sont toujours pas couvertes.
- Seulement 21,8 pour cent des travailleurs sans emploi bénéficient de prestations de chômage, ce qui laisse 152 millions de travailleurs sans emploi sans couverture.
- Seule une minorité de la main-d'œuvre mondiale a effectivement accès à une protection en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles.
- Les dernières données du BIT révèlent que, dans le monde, seulement 27,8 pour cent des personnes lourdement handicapées reçoivent une prestation d'invalidité.
- Les estimations de dépenses montrent que seulement 3,2 pour cent du PIB mondial est alloué à des mesures publiques de protection sociale visant à assurer une sécurité de revenu aux personnes en âge de travailler, même si celles-ci représentent une grande part de la population mondiale.
- L'Ukraine et l'Uruguay ont réussi à mettre en place une couverture de la maternité effective et universelle, et d'autres pays en développement comme l'Afrique du Sud, l'Argentine, la Colombie et la Mongolie ont accompli d'importants progrès. En outre, le Brésil, le Chili et la Mongolie ont instauré des programmes de prestations d'invalidité universelles. La couverture reste cependant insuffisante et inadéquate dans de nombreux pays.
- Dans le cadre de mesures d'assainissement budgétaire ou de politiques d'austérité, un certain nombre de pays réduisent la protection des hommes et des femmes en âge de travailler, et réservent les prestations aux personnes pauvres, laissant ainsi de nombreuses personnes sans protection au moment où elles en ont le plus besoin.
- A la lumière des difficultés rencontrées récemment sur le marché et dans le monde du travail, telles que le chômage et le sous-emploi persistants, l'omniprésence d'emplois précaires et informels, ainsi que la hausse de la pauvreté des travailleurs, les systèmes de protection sociale, et notamment les socles, sont essentiels pour garantir une sécurité de revenu

adéquate et un emploi décent, surtout lorsqu'il existe une bonne coordination entre ces mesures et les politiques en matière d'emploi, de salaires et d'impôts.

Protection sociale des femmes et des hommes âgés

Les pensions pour les femmes et les hommes âgés sont la forme de protection sociale la plus répandue au monde et représentent un élément clé de la cible 1.3 des ODD.

Points essentiels:

- Dans le monde, 68 pour cent de personnes ayant atteint l'âge de la retraite reçoivent une pension de vieillesse. Ce chiffre s'explique par l'extension des régimes de pension contributifs et non contributifs dans de nombreux pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire.
- Un certain nombre de pays sont parvenus à mettre en place une couverture universelle de la retraite. C'est le cas de l'Afrique du Sud, de l'Argentine, du Bélarus, l'Etat plurinational de Bolivie, du Botswana, de Cabo Verde, de la Chine, de la Géorgie, du Kirghizistan, du Lesotho, des Maldives, de Maurice, de la Mongolie, de la Namibie, de l'Ouzbékistan, des Seychelles, du Swaziland, du Timor-Leste, de Trinité-et-Tobago, de l'Ukraine et de Zanzibar (République-Unie de Tanzanie). D'autres pays en développement comme l'Arménie, l'Azerbaïdjan, le Brésil, le Chili, le Kazakhstan, la Thaïlande et l'Uruguay ne sont quant à eux pas loin d'y parvenir.
- Cependant, le niveau des prestations est souvent faible et ne suffit pas à sortir les personnes âgées de la pauvreté. De nombreux pays ont encore des difficultés à instaurer des pensions de retraite adéquates.
- En moyenne, les dépenses allouées aux pensions de retraite et autres prestations pour les personnes âgées représentent 6,9 pour cent du PIB. Ce chiffre varie considérablement d'une région à l'autre.
- Dans de nombreux pays, les mesures d'assainissement budgétaire ou d'austérité continuent de mettre en péril l'adéquation des pensions à long terme. Dans un contexte de vieillissement démographique, il convient de maintenir un bon équilibre entre la durabilité et l'adéquation des prestations.
- On observe une tendance nette à la déprivatisation des régimes de pension. Les politiques de privatisation

n'ont en effet pas eu les effets escomptés, et des pays comme l'Argentine, l'Etat plurinational de Bolivie, la Hongrie, le Kazakhstan et la Pologne rétablissent des systèmes publics fondés sur la solidarité.

Vers une couverture sanitaire universelle

Une couverture sanitaire universelle, offrant au minimum un accès effectif aux soins de santé essentiels, y compris à une prise en charge de longue durée, est primordiale pour atteindre les ODD, notamment la cible 3.

Points essentiels:

- Les estimations du BIT montrent que le droit à la santé n'est pas encore une réalité dans de nombreuses régions du monde, notamment en milieu rural, où 56 pour cent de la population n'a pas de couverture sanitaire, contre 22 pour cent en milieu urbain.
- Il faudrait embaucher 10 millions de professionnels de la santé pour atteindre une couverture sanitaire universelle et garantir la sécurité de la population, notamment en cas de maladie hautement contagieuse comme Ebola. Le déficit de 7 millions de professionnels qualifiés en milieu rural et le déficit élevé des dépenses de santé par habitant creusent ces inégalités entre la ville et la campagne. Un accès équitable à une prise en charge de qualité et un financement solidaire sont des éléments essentiels à l'extension de la couverture sanitaire.
- Ce sont les personnes âgées pouvant difficilement prendre soin d'elles-mêmes en raison de leur état physique ou mental qui ont le plus besoin d'une prise en charge des soins de longue durée; 48 pour cent de la population mondiale vit aujourd'hui dans des pays qui n'offrent pas une telle prise en charge, et les femmes sont touchées de façon disproportionnée. Egalement une grande partie des 46,3 pour cent des personnes âgées dans le monde sont exclus en raison de conditions de ressources particulièrement restrictives qui limitent ces services aux personnes pauvres. Seulement 5,6 pour cent de la population mondiale vit dans des pays dont la législation nationale prévoit une prise en charge des soins de longue durée pour l'ensemble de la population.
- Face au vieillissement démographique, les soins de longue durée doivent être dûment pris en compte

par les politiques publiques. Actuellement, le déficit de personnel est comblé par 57 millions de «bénévoles» dans le monde, qui accompliraient à eux seuls l'essentiel du travail. La plupart de ces aidants sont des femmes qui prennent soin d'un membre de leur famille de façon informelle.

- Des millions d'emplois pourraient être créés pour pallier ce déficit de personnel de soin qualifié, estimé à 13,6 millions à l'échelle mondiale. Il convient de déployer d'importants efforts pour améliorer les conditions de travail de nombreux professionnels de la santé et des soins, notamment en matière de droit du travail et d'indemnisation, pour transformer ce travail non rémunéré en emplois décents et contribuer au plein emploi et à une croissance inclusive.

Suivi des progrès en matière de protection sociale: tendances régionales

Les tendances observées en matière de couverture de protection sociale (indicateur 1.3.1 des ODD) varient considérablement d'une région à l'autre et même d'un pays à l'autre au sein d'une même région.

- En Afrique, malgré les progrès notables accomplis concernant l'extension de la protection sociale, seulement 17,8 pour cent de la population reçoit au moins une prestation sociale en espèces, et la couverture varie sensiblement d'un pays à l'autre. Grâce à la multiplication des efforts visant à étendre la protection des personnes âgées, 29,6 pour cent d'entre elles reçoivent désormais une pension. Des pays comme le Botswana, le Cabo Verde, le Lesotho, Maurice et la Namibie ont atteint ou sont sur le point d'atteindre une couverture universelle. Cependant, des lacunes importantes persistent concernant les enfants, les mères avec nouveau-nés, les travailleurs au chômage, les personnes handicapées et les personnes vulnérables. La mise en place de socles de protection sociale est donc une priorité urgente en Afrique.
- Dans la région Amériques, 67,6 pour cent de la population est effectivement couverte par au moins une prestation en espèces, en grande partie grâce à l'extension, depuis quelques dizaines d'années, des systèmes de protection sociale. Plus de deux tiers des enfants, des femmes enceintes, des mères avec nouveau-nés et des personnes âgées sont couverts par des prestations en espèces. En revanche, les personnes handicapées et au chômage sont moins bien couvertes. Certains pays sont parvenus à mettre en

place une couverture universelle ou quasi universelle pour les enfants (Argentine, Brésil et Chili), pour les mères avec nouveau-nés (Canada, Uruguay), pour les personnes handicapées (Brésil, Chili, Etats-Unis et Uruguay) ou pour les personnes âgées (Argentine, Etat plurinational de Bolivie, Canada, Etats-Unis et Trinité-et-Tobago). Les pays de la région doivent cependant redoubler d'efforts pour combler les lacunes en matière de couverture, renforcer les socles de protection sociale et améliorer l'adéquation des prestations.

- Dans les Etats arabes, l'évaluation de la couverture effective de protection sociale est en partie entravée par l'absence de données. La couverture des régimes de pensions de vieillesse reste limitée: elle atteindrait 27,4 pour cent et ne devrait pas évoluer du fait de la faible part de cotisants actifs (32,9 pour cent) au sein de la main-d'œuvre. Quelques avancées ont cependant été enregistrées dans la région: l'introduction d'un régime d'assurance sociale pour les travailleurs du secteur privé dans le territoire palestinien occupé, la mise en place de régimes d'assurance-chômage en Arabie saoudite, à Bahreïn et au Koweït et l'amélioration de la couverture pour la protection de la maternité en Irak et en Jordanie. L'extension des socles de protection sociale aux populations vulnérables reste cruciale dans la région, compte tenu de l'ampleur des besoins sociaux et de l'emploi informel dans certains pays.
- Dans la région de l'Asie et du Pacifique, seulement 38,9 pour cent de la population est réellement couverte par au moins une prestation en espèces, même si des progrès notables ont été accomplis dans le renforcement des systèmes de protection sociale et dans la mise en place de socles. De profondes lacunes persistent cependant en ce qui concerne les prestations à l'enfance et aux familles, la protection de la maternité, la protection en cas de chômage et les prestations d'invalidité. Il convient toutefois de noter que certains pays sont parvenus à mettre en place une couverture universelle pour les enfants (Australie, Mongolie), ont étendu la couverture de protection de la maternité (Bangladesh, Inde, Mongolie) ou ont introduit des régimes de pension non contributifs en vue d'une couverture universelle des personnes âgées (Chine, Mongolie, Nouvelle-Zélande et Timor-Leste). L'inadéquation des prestations reste cependant préoccupante.
- En Europe et en Asie centrale, du fait de systèmes de protection sociale, y compris de socles, relativement

complets et matures, 84,1 pour cent de la population de la région a accès à au moins une prestation sociale en espèces. D'après les estimations régionales en matière de couverture, les prestations en espèces à l'enfance et aux familles, de maternité, d'invalidité et de vieillesse atteignent une couverture d'au moins 80 pour cent. Dans plusieurs pays, cette couverture est universelle. Cependant, il y a lieu de se préoccuper des lacunes persistantes en matière de couverture dans les domaines de la protection en cas de chômage et des personnes vulnérables, ainsi que de l'adéquation des pensions et autres prestations en raison de la transition démographique et des mesures d'austérité budgétaire à court terme.

Tendances mondiales et perspectives d'évolution

Les gouvernements du monde entier ont convenu de réaliser, d'ici à 2030, des progrès importants dans la mise en œuvre de systèmes universels de protection sociale, y compris de socles, adaptés au contexte national, dans le cadre du programme des ODD.

- Si près de la moitié de la population mondiale était couverte par au moins une prestation sociale en 2015 (référence de la cible 1.3 des ODD), de nombreux pays ont fortement progressé vers le renforcement de leur système de protection sociale, y compris des socles visant à garantir au minimum un niveau élémentaire de sécurité sociale pour tous. Il faudra cependant poursuivre les efforts pour s'assurer que le droit à la sécurité sociale devienne une réalité pour toutes et pour tous.
- Le niveau global des dépenses publiques allouées à la protection sociale doit être augmenté pour étendre la couverture de la protection sociale, notamment dans les pays africains, asiatiques et dans les Etats arabes où le manque d'investissement en la matière est flagrant.
- Si l'extension de la couverture est un objectif fondamental, il ne faut pas pour autant perdre de vue que les prestations doivent être adéquates pour sortir la population de la pauvreté et de l'insécurité, ce qui n'est pas encore toujours le cas.
- Il est essentiel d'étendre la couverture de la protection sociale aux acteurs de l'économie informelle et de faciliter leur transition vers l'économie formelle afin de promouvoir le travail décent et de prévenir la

pauvreté. L'extension de la couverture sociale peut se faire de multiples façons, mais la plus courante combine des régimes contributifs et non contributifs.

- La mise en œuvre de systèmes de protection sociale inclusifs passe également par leur adaptation pour répondre aux problèmes de transition démographique, de l'évolution du monde du travail, de la migration, de contextes fragiles et d'environnement.
- L'austérité à court terme ou les mesures d'assainissement budgétaire menacent le développement à long terme. Les réformes ont souvent un objectif budgétaire de réduction des coûts, ignorant les conséquences sociales négatives en matière de couverture et d'adéquation des prestations et mettant ainsi en péril les progrès vers la réalisation des ODD. Il convient de redoubler d'efforts pour éviter que les politiques d'assainissement budgétaire déstabilisent les importantes avancées enregistrées jusqu'à présent.
- Même les pays les plus pauvres disposent d'une certaine marge de manœuvre budgétaire. Un grand nombre de solutions existent pour générer des ressources pour la protection sociale. Les pays doivent impérativement se mobiliser davantage pour rechercher toutes les possibilités de financement en vue d'atteindre les ODD et d'accroître leur développement national en favorisant les emplois décents et la protection sociale.
- La protection sociale universelle bénéficie de l'action concertée des agences des Nations Unies «Unis dans l'action», et elle est soutenue par les efforts communs des institutions internationales, régionales, sous-régionales et nationales compétentes et de leurs partenaires sociaux, notamment par l'intermédiaire du Partenariat mondial pour la protection sociale universelle.

POINTS CLÉS

- La protection sociale, ou la sécurité sociale, est un droit humain. Elle se définit par un ensemble de politiques et de programmes visant à réduire et à prévenir la pauvreté et la vulnérabilité tout au long du cycle de vie. La protection sociale comprend les prestations à l'enfance et aux familles, la protection de la maternité, les aides aux chômeurs, les prestations en cas d'accident du travail et de maladies professionnelles, les prestations en cas de maladie, la protection de la santé, les prestations de vieillesse, les prestations d'invalidité et les prestations aux survivants. Les systèmes de protection sociale interviennent dans tous ces domaines stratégiques en combinant des régimes contributifs (assurance sociale) et des régimes non contributifs financés par l'impôt, dont l'assistance sociale.
- Les dirigeants du monde ont adopté les objectifs de développement durable (ODD) en 2015. L'ODD 1.3 engage les pays à mettre en place des systèmes de protection sociale pour tous adaptés à chaque pays, y compris des socles de protection sociale, en vue de réduire et prévenir la pauvreté. Cet engagement réaffirme l'accord mondial sur l'extension de la sécurité sociale qu'a concrétisé l'adoption, par les représentants des travailleurs, des employeurs et des gouvernements de tous les pays, de la recommandation (n° 202) sur les socles de protection sociale, 2012.
- La protection sociale est une priorité du développement du fait de son impact social et économique positif. Elle est un élément fondamental des stratégies nationales de promotion du développement humain, de la stabilité politique et de la croissance inclusive. Elle garantit aux populations la sécurité du revenu et l'accès effectif aux services de santé et à d'autres services sociaux, ainsi que la capacité de tirer parti des perspectives économiques. En augmentant le revenu des ménages, ces politiques jouent un rôle essentiel dans la stimulation de la demande intérieure, la transformation structurelle des économies nationales, la promotion du travail décent et d'une croissance inclusive et durable. Elles créent également un environnement propice à la création d'entreprises durables.
- Pourtant, la protection sociale n'est pas encore une réalité pour la majeure partie de la population mondiale, malgré les avancées des dernières années. De nombreux pays à revenu faible et intermédiaire ont mis en place des systèmes de protection sociale et étendu leur couverture (45 pour cent de la population mondiale est maintenant protégée dans au moins une branche de la protection sociale), mais la majorité (55 pour cent) de cette population mondiale reste non protégée. Néanmoins, seuls 29 pour cent de la population mondiale ont accès à des systèmes complets de sécurité sociale, tandis que 71 pour cent sont couverts partiellement, voire pas du tout. →

POINTS CLÉS (suite)

- L'exclusion de la protection sociale est inacceptable, car l'absence de protection rend les populations vulnérables aux conséquences financières des chocs survenant à toutes les étapes du cycle de vie tels que la maladie, la maternité, la vieillesse, ou encore la pauvreté ou l'exclusion sociale. Cette absence de protection sociale constitue également un frein majeur au développement économique et social, et contribue à l'existence de niveaux élevés et persistants de pauvreté, d'inégalité et d'insécurité économique.
- D'ici à 2030, les gouvernements se sont engagés à accomplir des progrès significatifs dans la mise en place de systèmes de protection sociale pour tous, adéquats et adaptés au contexte national, y compris des socles de protection sociale, dans le cadre du programme de développement durable. Les Etats sont légalement tenus de protéger et de promouvoir les droits de l'homme, dont le droit à la protection sociale ou à la sécurité sociale. De nombreux pays ont fait des progrès considérables dans le renforcement de leurs systèmes de protection sociale et la mise en place des socles de protection sociale adaptés à la situation nationale pour garantir à tous une sécurité sociale de base. Dans de nombreux pays, ce processus a été efficace et inclusif grâce à un vaste dialogue national entre les gouvernements, les partenaires sociaux et d'autres parties prenantes en vue de définir la voie à suivre pour l'extension de la protection sociale.
- Le présent rapport fournit les dernières données pour mesurer les progrès accomplis dans la réalisation de l'ODD 1.3. Les informations présentes dans ce rapport reposent sur la base de données du BIT sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database), qui fournit des statistiques détaillées à l'échelle des pays et des indicateurs clés concernant plusieurs dimensions des systèmes de protection sociale.

1.1 Ne laisser personne de côté: la protection sociale dans le cadre du Programme de développement durable à l'horizon 2030

Les dirigeants du monde ont adopté les ODD en septembre 2015 aux Nations Unies. Le Programme de développement durable à l'horizon 2030 est riche de potentialités pour la population mondiale: d'ici à 2030, le monde aura accompli d'importants progrès en faveur du développement durable et de la justice sociale, économique et environnementale (Nations Unies, 2017a; UNRISD, 2016).

Les premiers rapports mondiaux sur les progrès accomplis dans la réalisation des ODD montrent cependant qu'il reste encore un long chemin à parcourir pour réaliser ces objectifs, en particulier pour toucher les populations qui risquent d'être laissées de côté (Nations Unies, 2017b, 2017c).

La protection sociale est essentielle à la réalisation des ODD, à la promotion de la justice sociale et à la réalisation du droit humain à la sécurité sociale pour tous¹.

De par sa contribution aux aspects sociaux et économiques du développement durable, la protection sociale est présente, directement ou indirectement, dans au moins 5 des 17 ODD (voir encadré 1.1). Elle contribue également au pilier environnemental grâce à son rôle de facilitateur de la «transition juste» vers une économie et une société vertes. La protection sociale joue donc un rôle essentiel dans l'accélération des progrès en vue de la réalisation des ODD (Kaltenborn, 2015; Nations Unies, 2017c; UNRISD, 2016).

La protection sociale, ou la sécurité sociale, est définie comme l'ensemble des politiques et des programmes visant à réduire et à prévenir la pauvreté et la vulnérabilité tout au long du cycle de vie. La protection sociale est divisée en neuf branches principales: les prestations à l'enfance et aux familles, la protection de la maternité, les aides aux chômeurs, les prestations en cas d'accident du travail et de maladies professionnelles, les prestations en cas de maladie, la protection de la santé, les prestations de vieillesse, les prestations d'invalidité et les prestations aux survivants. Les systèmes de

¹ Déclaration universelle des droits de l'homme, 1948 (articles 22 et 25); Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, 1966 (articles 9 et 11); Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (articles 11 et 14); Convention relative aux droits de l'enfant (articles 26 et 27); Convention relative aux droits des personnes handicapées (article 28). Voir aussi CESCR, 2008.



Cible 1.3 des ODD: «Mettre en place des systèmes et mesures de protection sociale pour tous, adaptés au contexte national, y compris des socles de protection sociale, et faire en sorte que, d'ici à 2030, une part importante des pauvres et des personnes vulnérables en bénéficient».

Indicateur 1.3.1: Proportion de la population bénéficiant de socles ou systèmes de protection sociale, par sexe et par groupes de population (enfants, chômeurs, personnes âgées, personnes handicapées, femmes enceintes et nouveau-nés, victimes d'un accident du travail, pauvres et personnes vulnérables).

protection sociale traitent tous les aspects en combinant des régimes contributifs (assurance sociale) et une assistance sociale non contributive, financée par l'impôt.

Les systèmes de protection sociale sont essentiels, non seulement pour réduire la pauvreté, mais aussi pour empêcher que les gens ne basculent (ou ne retombent) dans la pauvreté tout au long du cycle de vie (par exemple, Bastagli et coll., 2016; réseau consultatif sur la pauvreté chronique (Chronic Poverty Advisory Network), 2014). C'est un élément essentiel de tout cadre stratégique visant à ne laisser personne de côté (cible 1.3 des ODD). Cette cible met surtout en évidence l'engagement mondial en vue de mettre en place des socles de protection sociale en tant qu'éléments fondamentaux du système de protection sociale de chaque pays, d'assurer à tous une sécurité sociale de base et d'étendre la couverture de la protection sociale à ceux qui en étaient exclus jusqu'à présent. Ces socles de protection sociale sont essentiels pour réduire et prévenir la pauvreté, la vulnérabilité et l'exclusion sociale en garantissant au moins une sécurité élémentaire de revenu et un accès effectif aux soins de santé tout au long de la vie, conformément à la recommandation (n° 202) sur les socles de protection sociale, 2012 (Nations Unies, 2014; Nations Unies, à paraître).

Les systèmes de protection sociale contribuent également à la réalisation d'objectifs en matière de santé, notamment par la mise en place d'une couverture sanitaire universelle, en garantissant une protection financière dans le domaine de la santé, et en assurant l'accès à des services de soins de santé essentiels et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et abordables pour tous (cible 3.8 des ODD). Pour parvenir à une couverture universelle de la santé, il faut absolument s'engager dans la réalisation des ODD (OMS, 2017), y compris concernant la réduction des inégalités en matière de santé (Deaton, 2013).

Encadré 1.1 Objectifs de développement durable et cibles faisant directement ou indirectement référence à la protection sociale



Cible 1.3 – Mettre en place des **systèmes et mesures de protection sociale pour tous**, adaptés au contexte national, **y compris des socles de protection sociale**, et faire en sorte que, d'ici à 2030, une part importante des pauvres et des personnes vulnérables en bénéficient.



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



Cible 5.4 – **Faire une place aux soins et travaux domestiques non rémunérés et les valoriser**, par l'apport de services publics, d'infrastructures et de politiques de protection sociale et la promotion du partage des responsabilités dans le ménage et la famille, en fonction du contexte national.



Cible 8.5 – D'ici à 2030, **parvenir au plein emploi productif et garantir à toutes les femmes et à tous les hommes**, y compris les jeunes et les personnes handicapées, un travail décent et un salaire égal pour un travail de valeur égale (la protection sociale est un des quatre piliers du travail décent).



Cible 10.4 – **Adopter des politiques**, notamment sur les plans budgétaire, salarial et dans le domaine de **la protection sociale**, et **parvenir progressivement à une plus grande égalité**.

La contribution de la protection sociale à l'égalité des sexes est reconnue, notamment en ce qui concerne la reconnaissance et la valorisation des soins et travaux domestiques non rémunérés (cible 5.4 des ODD). En plus de la prestation de services et la mise en place d'infrastructures de soins publics, les systèmes de protection sociale peuvent jouer un rôle majeur dans la redistribution des responsabilités en matière de soins et la reconnaissance et la valorisation du travail non rémunéré. La protection sociale comprend un éventail de politiques en matière de soins dans les domaines suivants: protection de la maternité, dispositions sur le congé de paternité et le congé parental, services de garde et d'éducation des jeunes enfants, prise en charge des personnes âgées (BIT, 2016a; ONU Femmes, 2015).

La protection sociale est également indispensable pour promouvoir le travail décent et la croissance inclusive (cible 8.5 des ODD). En tant que l'un des quatre piliers du travail décent, la protection sociale contribue à la promotion de l'emploi, favorise une plus grande productivité du travail et les investissements dans le capital et les capacités humains, et stabilise la demande globale durant les grandes crises économiques (BIT, 2014a). Alors que le monde est en proie à des niveaux élevés de chômage, de sous-emploi et d'informalité, les systèmes de protection sociale s'adaptent pour garantir la protection des revenus et faciliter l'accès à la santé, à l'éducation et à l'emploi décent, y compris pour les personnes dans des emplois précaires et informels (BIT, 2017a, 2016b, 2013a). De ce fait, la protection sociale peut également avoir une incidence positive sur la productivité, le développement économique local et la croissance inclusive (Alderman et Yemtsov, 2013; Davis et coll., 2016; Lee et Torm, 2017), ainsi que sur la demande globale (Atkinson, 1999), et favoriser ainsi la croissance économique inclusive et le progrès social.

Les politiques de protection sociale constituent aussi une composante importante des politiques visant à endiguer et à réduire les inégalités, y compris les inégalités de revenu (cible 10.4 des ODD). Avec les politiques fiscales, les systèmes de protection sociale font partie des canaux de redistribution du revenu et jouent également un rôle primordial dans la réduction des inégalités non liées aux revenus, notamment des inégalités dans l'accès à la santé et à l'éducation. Des études récentes ont montré la contribution significative de la protection sociale dans la réduction des inégalités en Asie (CESAP, 2015) et en Amérique latine (López-Calva et Lustig, 2010; Ocampo et Gómez-Arteaga, 2016) et dans la promotion d'une croissance inclusive (FMI, 2014a; Ostry, Berg et Tsangarides, 2014).

En outre, la protection sociale contribue à la réalisation d'autres ODD, notamment à l'élimination de la faim en favorisant la sécurité alimentaire et l'accès à une nutrition améliorée (ODD 2), en favorisant l'accès à une éducation de qualité (ODD 4), à l'eau potable et à l'assainissement (ODD 6) et à l'énergie propre à un coût abordable (ODD 7). En contribuant aux investissements dans les ressources humaines, en favorisant l'emploi productif et en facilitant le changement structurel de l'économie, les systèmes de protection sociale contribuent également à la construction d'une infrastructure résiliente, la promotion d'une industrialisation durable qui profite à tous et la promotion de l'innovation (ODD 9). Ces systèmes participent également à la

création de villes et d'établissements humains ouverts à tous, sûrs, résilients et durables en assurant la sécurité de revenu et l'accès aux services sociaux pour les résidents (ODD 11, cibles 11.1 et 11.5); à l'établissement de modes de consommation et de production durables en permettant aux populations de planifier et d'éviter les comportements nuisibles à l'environnement (ODD 12); à l'adoption en urgence de mesures pour lutter contre les changements climatiques en fournissant une aide au revenu aux ménages touchés par leurs répercussions ou en instaurant des «politiques vertes» qui conduiront à l'élimination progressive de certaines industries (ODD 13, cible 13.3); et à la conservation de l'environnement en appliquant des mesures compensatoires de sécurité de revenu pour réduire l'exploitation des ressources maritimes et terrestres (ODD 14 et 15). Les systèmes de protection sociale sont également un élément clé des politiques qui favorisent l'avènement de sociétés pacifiques et ouvertes à tous, car ils contribuent notamment à la mise en place d'institutions efficaces, responsables et transparentes qui gèrent et encadrent les régimes de protection sociale (ODD 16, cible 16.6); assurent une sécurité élémentaire de revenu et facilitent l'accès aux perspectives d'emploi et à la formation des chômeurs et des jeunes. La mise au point de bon nombre d'indicateurs liés au renforcement des moyens de mise en œuvre et à la revitalisation des partenariats mondiaux pour la réalisation des objectifs de développement durable (ODD 17) a été favorisée par l'élaboration de systèmes et de socles de protection sociale, avec le soutien technique et financier de partenaires externes, de la coopération Sud-Sud et triangulaire en vue de partager les innovations, et de s'y adapter, par le développement de partenariats multipartites et par le développement de capacités nationales visant à produire des données statistiques sur la couverture de la protection sociale.

Malgré des avancées significatives concernant l'extension de la couverture de la protection sociale dans de nombreuses régions du monde, les progrès dans la mise en place de systèmes et de socles de protection sociale sont encore trop lents. Si l'on souhaite réaliser les objectifs du Programme de développement durable à l'horizon 2030, les efforts doivent être intensifiés aux échelles nationales et mondiale pour exploiter pleinement le rôle primordial des systèmes de protection sociale dans la promotion du développement socio-économique (BIT, 2014a), de sociétés inclusives, d'investissements plus efficaces dans le capital humain et les capacités humaines, et pour promouvoir un changement en profondeur (UNRISD, 2016).

1.2 Les avancées dans la mise en place de systèmes de protection sociale

L'intérêt qui s'est manifesté au cours des deux ou trois dernières décennies pour la mise en place de systèmes de protection sociale dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire marque le dernier chapitre de l'histoire, vieille d'un siècle, de l'établissement de la protection sociale. Depuis le début du XX^e siècle, des progrès significatifs ont été accomplis dans ce domaine. Depuis les premières mesures prises dans un certain nombre de pays pionniers, le monde a vu les systèmes de protection sociale se constituer à un rythme impressionnant. A l'heure actuelle, la plupart des pays ont mis en place des systèmes régis par la législation nationale couvrant l'ensemble ou la plupart des domaines stratégiques de la protection sociale, même si dans certains cas ils ne couvrent qu'une minorité de la population (voir figure 1.1). Malgré des progrès encourageants, de grandes lacunes subsistent dans certaines régions d'Asie et d'Afrique.

La mise au point de cadres législatifs nationaux et l'extension de la couverture légale sont un aspect essentiel de l'élaboration de systèmes de protection sociale fondés sur les droits de l'homme (CESCR, 2008; HCDH, 2012a). Cependant, l'extension de la couverture légale ne garantit par elle-même ni la couverture effective de la population ni l'amélioration de la qualité et du niveau des prestations². En fait, l'extension de la couverture effective est considérablement inférieure à celle de la couverture légale, en raison de problèmes de mise en œuvre et d'application, du manque de coordination des politiques et de la faiblesse des capacités institutionnelles pour garantir l'effectivité des prestations et des services. Il est donc essentiel d'assurer le suivi simultané de la couverture légale et de la couverture effective, comme nous le ferons tout au long du présent rapport, dans la mesure où les données disponibles le permettent.

La mise en place de systèmes de protection sociale est généralement progressive quant aux domaines pris en charge et à la couverture de la population. Les pays ont tendance à mettre en place leurs systèmes l'un après l'autre, en fonction du contexte et de leurs priorités. Dans bien des cas, ils ont donné la priorité à la branche des accidents du travail et maladies professionnelles, puis ont introduit les pensions de vieillesse, les prestations

d'invalidité et aux survivants, puis les prestations de maladie, de santé et de maternité. Ils ont généralement mis en place les prestations à l'enfance et aux familles, et les prestations de chômage en dernier (voir figure 1.2).

En ce qui concerne la couverture de la population, les pays ont tendance à donner la priorité aux deux groupes se situant aux extrémités de l'échelle des revenus, avec des mécanismes différents.

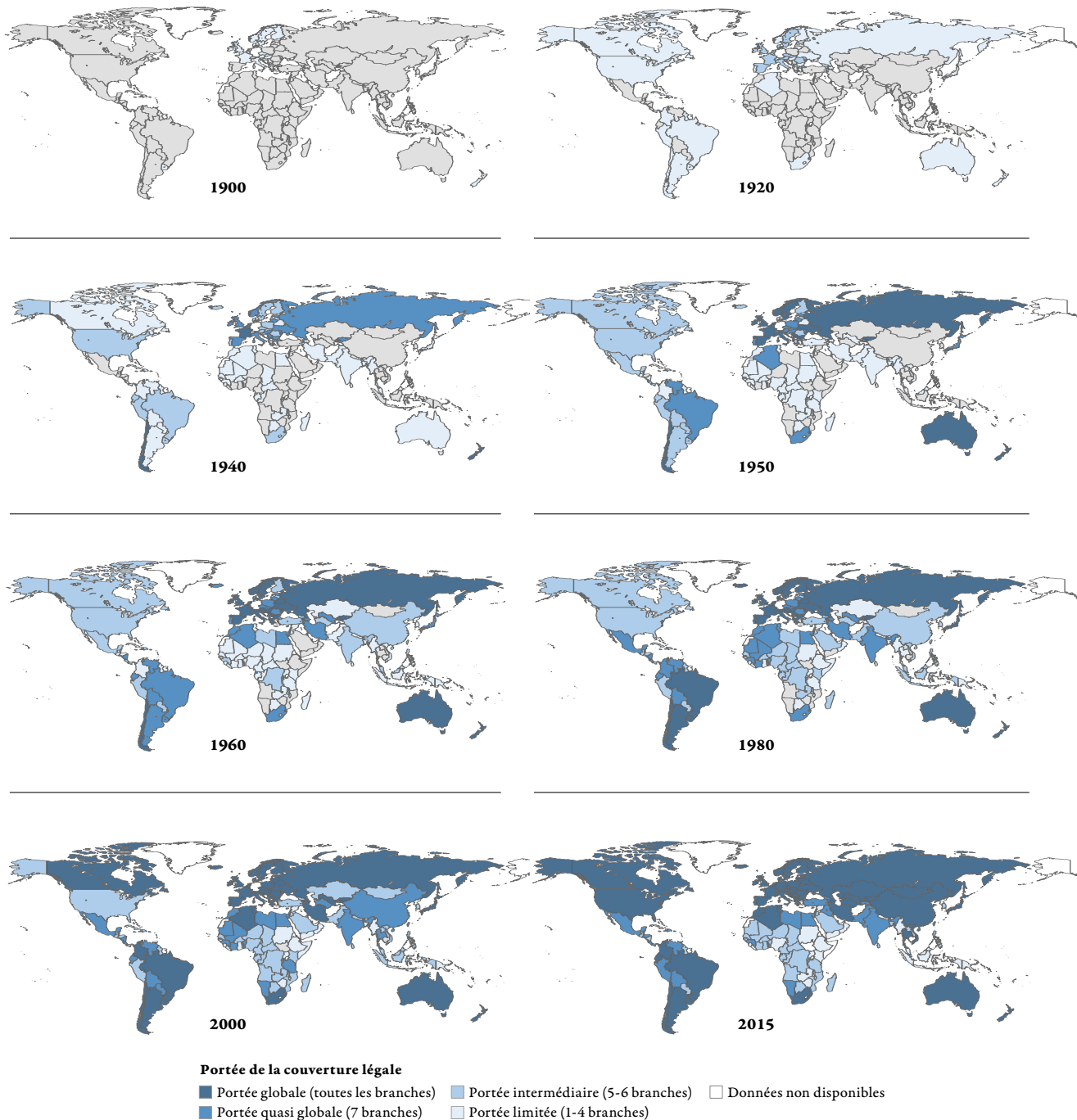
D'une part, l'introduction de régimes contributifs (à savoir l'assurance sociale) concerne généralement d'abord les salariés des secteurs public et privé, en particulier ceux qui ont une relation de travail stable et exercent un emploi à plein temps³, ces régimes étant censés être ensuite progressivement étendus à d'autres catégories de travailleurs. Pourtant, cette extension, en particulier à ceux qui exercent des emplois salariés instables et aux travailleurs indépendants, n'est pas automatique, car elle nécessite l'adaptation des mécanismes aux besoins et à la situation de ces catégories de travailleurs, notamment ceux dont les salaires sont faibles et irréguliers, et dont les capacités contributives sont limitées.

D'autre part, les pays se concentrent sur la mise en place de mécanismes non contributifs (principalement financés par l'impôt) sous la forme d'une assistance sociale destinée à répondre aux besoins des personnes vivant dans la pauvreté. Dans bien des cas, ces mécanismes ciblent les personnes les plus vulnérables ou en situation de pauvreté extrême, mais en excluant souvent une part significative des intéressés (Barrientos, 2013; Brown, Ravallion et Van De Walle, 2016; Kidd, Gelders et Bailey-Athias, 2017). Souvent, ces dispositifs sont provisoires, prennent la forme de programmes pilotes pour des zones géographiques limitées, et ne disposent pas d'assises juridiques et financières stables, ce qui affecte négativement leur capacité de servir aux plus nécessaires des prestations prévisibles et transparentes, avec de sérieuses lacunes en matière de couverture. Ils jouent néanmoins un rôle important dans l'amélioration de la situation des bénéficiaires. Bon nombre de gouvernements reconnaissent l'importance d'inscrire les programmes de sécurité sociale dans un cadre législatif national solide, ce qui permet de préciser les droits et les obligations des particuliers, d'améliorer la prévisibilité et l'adéquation des prestations, de renforcer les capacités institutionnelles, de promouvoir la transparence et

² Pour plus de détails sur les concepts «couverture légale» et «couverture effective» et leur mode d'évaluation, voir annexe II.

³ Ce type d'emploi continu, à plein temps et s'inscrivant dans une relation directe de subordination entre employeur et salarié, est communément qualifié de «relation d'emploi typique» (BIT, 2016b, p. 7). A l'inverse, les relations d'emploi atypiques prennent les formes suivantes: travail temporaire; travail à temps partiel; travail intérimaire et autres relations d'emploi multipartites; relation de travail déguisée et emploi juridiquement indépendant mais économiquement dépendant (BIT, 2015a).

Figure 1.1 Vers des systèmes de sécurité sociale complets: nombre de branches prises en charge par les programmes de protection sociale régis par la législation, 1900-2015

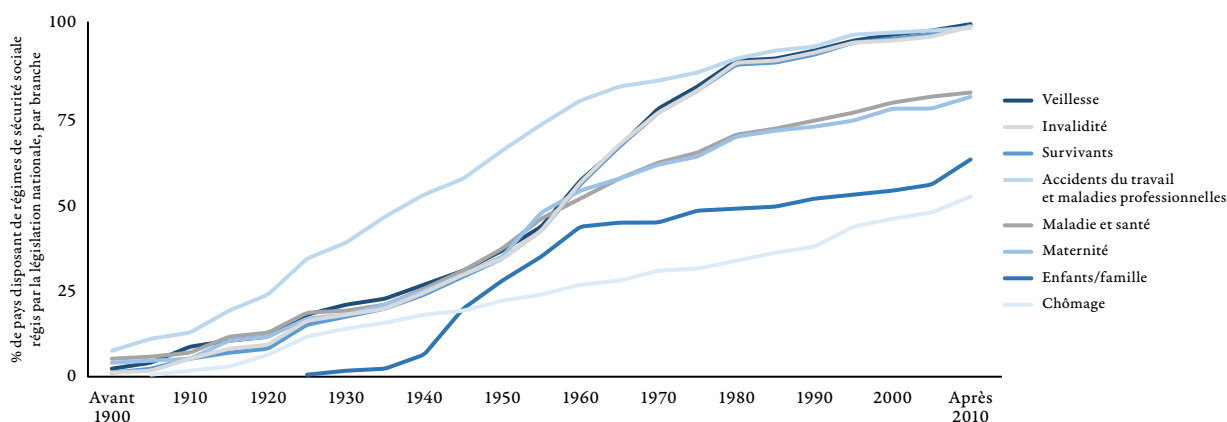


Note: Branches prises en compte: maladie, chômage, vieillesse, accidents du travail et maladies professionnelles, familles et enfance, maternité, invalidité et handicap, et survivants. La date d'adoption de la première loi a servi de référence pour l'élaboration de ces cartes.

Sources: BIT, base de données sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database); AISS/SSA Social Security Programs Throughout the World (les programmes de sécurité sociale dans le monde). Voir aussi annexe IV, tableau B.2.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourcelid=54616>.

Figure 1.2 Développement des programmes de protection sociale régis par la législation nationale par branche, avant 1900 et jusqu'après 2010 (pourcentage du nombre de pays)



Note: Branches prises en compte: soins de santé, maladie, chômage, vieillesse, accidents du travail et maladies professionnelles, famille et enfance, maternité, handicap et invalidité, survivants, telles que définies dans la convention (n° 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952.

Sources: BIT, base de données sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database); AISS/SSA, Social Security Programs Throughout the World (les programmes de sécurité sociale dans le monde).

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=54617>.

la responsabilité, d'établir des dispositifs de lutte contre la corruption et de doter le financement d'une assiette plus stable et régulière.

L'extension de la protection sociale se faisant aux deux extrémités de l'échelle des revenus, les personnes en situation intermédiaire manquent souvent de protection. Dans de nombreux pays en développement, il s'agit des travailleurs de l'économie informelle et, dans certains cas, des travailleurs de la classe moyenne émergente (Schlogl et Sumner, 2014). Le manque de protection des catégories intermédiaires freine considérablement le développement économique et social, car il peut maintenir les populations dans la pauvreté et entraver leur ascension. L'extension de la couverture à tous au moyen de mécanismes appropriés est donc une priorité absolue.

Il est aujourd'hui largement reconnu que les politiques de protection sociale favorisent le développement économique et social à court terme et à long terme, en assurant la sécurité de revenu, un accès effectif aux soins de santé et à d'autres services sociaux et la possibilité de saisir les occasions économiques. Elles jouent un rôle clé dans la stimulation de la demande intérieure, l'appui à la transformation structurelle des économies nationales, la promotion du travail décent et d'une croissance inclusive et durable. Si le rôle que jouent les systèmes de protection sociale dans la stabilité économique et la productivité est reconnu depuis longtemps

dans les pays à revenu élevé, leur contribution au développement économique et social a longtemps été sous-estimée, mais elle est aujourd'hui entièrement admise. Par conséquent, il se forme un consensus mondial sur l'importance capitale de mettre en place des systèmes de protection sociale cohérents et efficaces, qui figure dans les cadres stratégiques des grandes organisations internationales et multilatérales (par exemple, FAO, 2017; BIT, 2012a; OCDE, 2009a; UNICEF, 2012a; OMS, 2010; Banque mondiale, 2012), l'objectif étant de créer des systèmes de protection sociale inclusifs et durables qui soient étroitement coordonnés avec les autres politiques sociales et économiques.

Il est impossible de parvenir à une croissance durable et équitable en l'absence de politiques de protection sociale solides qui garantissent, pour le moins, une sécurité sociale de base à toutes les personnes dans le besoin au moyen de l'établissement d'un socle de protection sociale défini à l'échelle nationale et de l'accroissement progressif de la couverture et du niveau de la protection sociale. L'adoption de la recommandation (n° 202) sur les socles de protection sociale, 2012, de l'OIT constitue une avancée décisive dans la mise en application du droit humain à la sécurité sociale (Nations Unies, 2017a), car elle reconnaît le rôle tridimensionnel de la sécurité sociale comme un droit humain universel, une nécessité économique et une nécessité sociale⁴. La recommandation renvoie à la stratégie d'extension

⁴ Le lecteur trouvera des ressources utiles sur le sujet, en consultant la plateforme commune en ligne sur la protection sociale et les droits de l'homme, à l'adresse <http://www.socialprotection-humanrights.org>.

bidimensionnelle de l'OIT, qui fournit des orientations claires sur le développement futur de la sécurité sociale dans les 187 Etats Membres, notamment:

- assurer la protection universelle de la population en garantissant au moins la sécurité élémentaire de revenu et l'accès aux soins de santé essentiels (socles nationaux de protection sociale: dimension horizontale); et
- garantir progressivement l'extension du champ de la protection conférée et l'élévation de son niveau, conformément aux orientations données par les normes de l'OIT relatives à la sécurité sociale (dimension verticale).

De même que les autres normes internationales, le cadre normatif de l'OIT en matière de sécurité sociale (voir encadré 1.2) oriente le développement et l'évolution continue des systèmes nationaux, socles compris, de protection sociale.

Au cours des dernières années, de nombreux pays ont nettement étendu la couverture de la protection sociale, renforcé leurs systèmes de protection sociale et mis en place des socles de protection sociale efficaces. Nombre d'entre eux ont atteint une couverture universelle ou quasi universelle dans différents domaines grâce à une combinaison de régimes et de programmes non contributifs et contributifs. Par exemple, une couverture universelle ou quasi universelle, assortie d'un niveau de protection élémentaire au moins pour la branche des pensions de vieillesse, a été mise en place dans plus de 20 pays et territoires de toutes régions, y compris l'Afrique du Sud, l'Etat plurinational de Bolivie, le Botswana, le Brésil, le Cabo Verde, la Chine, la Géorgie, le Kosovo, le Lesotho, les Maldives, la Mongolie, la Namibie, le Népal, la Thaïlande, le Timor-Leste, Trinité-et-Tobago, l'Ukraine et Zanzibar (République Unie de Tanzanie). Pour les prestations à l'enfance et de maternité, l'Argentine et la Mongolie combinent les prestations d'assurance sociale et d'assistance sociale pour parvenir à une couverture universelle⁵. L'impact positif de l'extension progressive de la couverture de la sécurité sociale sur le bien-être de la population est avéré dans de nombreux pays (Afrique du Sud, Brésil, Cabo

Verde, Chine, Ghana, Inde, Mexique, Mozambique et Thaïlande) et a contribué, en conjonction avec les politiques économiques, du marché du travail et de l'emploi, à favoriser le développement économique et social et la croissance inclusive.

Pourtant, en réponse aux pressions budgétaires et à la lenteur de la reprise après la crise mondiale, un certain nombre de gouvernements ont cherché à réduire les dépenses publiques, et par là même la couverture ou les niveaux de prestations. Dans de nombreux pays, ces mesures d'assainissement budgétaire⁶ ont ralenti les progrès vers la réalisation du droit humain à la sécurité sociale et des autres droits de l'homme (Ortiz et coll., 2015; HCDH, 2013); elles ont aussi limité la capacité des systèmes de protection sociale de favoriser la reprise socio-économique. La réalisation des ODD, en particulier ceux liés à la protection sociale, exigera des efforts concertés de la part des parties prenantes nationales, et le dialogue social devrait jouer un rôle essentiel pour garantir une avancée viable et durable. Une participation efficace rend possibles une transparence et une responsabilité accrues, le partage des informations et des connaissances et l'échange d'opinions, et constitue donc l'une des conditions préalables à la bonne gouvernance des régimes de protection sociale. Cette participation rappelle également le Programme de développement durable à l'horizon 2030, comme en témoignent particulièrement les ODD 16 et 17.

Aujourd'hui, malgré les grandes avancées dans l'extension de la protection sociale, le droit humain fondamental à la sécurité sociale n'est pas respecté dans la grande majorité de la population mondiale. Les nouvelles estimations du BIT présentées dans ce rapport montrent que seulement 45 pour cent de la population mondiale bénéficie d'une protection efficace au moyen d'un système de protection sociale dans au moins une branche, et que les chiffres varient fortement d'une région à l'autre (voir figure 1.3). Malgré les progrès considérables accomplis dans l'extension de la couverture, la majorité de la population mondiale, soit 55 pour cent, n'est toujours pas protégée.

Une part encore plus limitée de la population mondiale a accès à des systèmes complets de protection sociale. Les données les plus récentes montrent qu'en

⁵ Pour plus d'informations, consulter le site du Partenariat mondial pour une protection sociale universelle (Global Partnership for Universal Social Protection). Ce partenariat, lancé par la Banque mondiale et l'OIT, rassemble l'Union africaine, la FAO, la Commission européenne, Helpage International, l'IADB, l'OCDE, Save the Children, PNUD-IPC, l'UNICEF, etc., ainsi que les coopérations allemande, belge, finnoise et française. Disponible à l'adresse <http://www.social-protection.org/gimi/gess/NewYork.action?id=34#>.

⁶ Aux fins du présent rapport, l'assainissement budgétaire correspond au large éventail de mesures d'ajustement adoptées pour réduire les déficits et l'accumulation de dettes publiques. On les dénomme aussi souvent politiques d'austérité.

Encadré 1.2 Le cadre normatif de l'OIT pour la mise en place de systèmes de protection sociale, socles compris

Depuis sa création en 1919, l'OIT a joué un rôle majeur dans la mise au point d'un cadre normatif défini à l'échelle internationale pour orienter l'établissement, le développement et le maintien de systèmes de sécurité sociale partout dans le monde, et elle est devenue la référence mondiale dans ce domaine¹. Elaborées et adoptées, en vertu du mandat de l'Organisation, par ses mandants tripartites – gouvernements et représentants des employeurs et des travailleurs de tous les Etats Membres de l'OIT –, les conventions et recommandations qui composent ce cadre sont sans égal: elles établissent les normes que se fixent les Etats, en s'appuyant sur les bonnes pratiques et les innovations, en vue d'assurer une protection sociale renforcée et élargie dans toutes les régions du monde. Dans le même temps, elles sont fondées sur la notion qu'il n'existe pas de modèle unique et parfait pour la sécurité sociale; au contraire, il appartient à chaque société de développer le meilleur moyen de garantir la protection requise. En conséquence, elles offrent un éventail d'options et se prêtent à une application souple, grâce à une combinaison de prestations contributives et non contributives, de régimes généraux et professionnels, d'assurance obligatoire et volontaire et de diverses méthodes d'administration des prestations, qui visent toutes à assurer un niveau global de protection adapté aux besoins de chaque pays.

Le cadre normatif de la sécurité sociale de l'OIT complète et spécifie les dispositions relatives au droit à la sécurité sociale qui figurent dans les instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme. Ce cadre est composé de huit conventions et huit recommandations à jour. Les instruments les plus importants sont la convention (n° 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952, et la recommandation (n° 202) sur les socles de protection sociale, 2012².

La convention n° 102, établie de longue date, considère les neuf éventualités classiques de la sécurité sociale (soins médicaux, maladie, chômage, vieillesse, accidents du travail et maladies professionnelles, responsabilités familiales, maternité, invalidité, survivants) regroupées en un seul instrument complet et juridiquement contraignant.

La recommandation n° 202, plus récente, fournit des orientations en vue de combler les lacunes en matière de sécurité sociale et de parvenir à une couverture universelle grâce à l'établissement progressif et au maintien de systèmes de sécurité sociale complets. Elle invite les Etats à assurer de toute urgence une couverture universelle garantissant des niveaux minima de protection grâce à la mise en place de

socles de protection sociale; et à assurer progressivement des niveaux de protection plus élevés. Les socles nationaux de protection sociale devraient comporter des garanties élémentaires de sécurité sociale assurant l'accès effectif aux soins de santé essentiels et une sécurité élémentaire de revenu permettant aux personnes de vivre dans la dignité tout au long du cycle de vie. Ils devraient comporter au moins les garanties élémentaires suivantes:

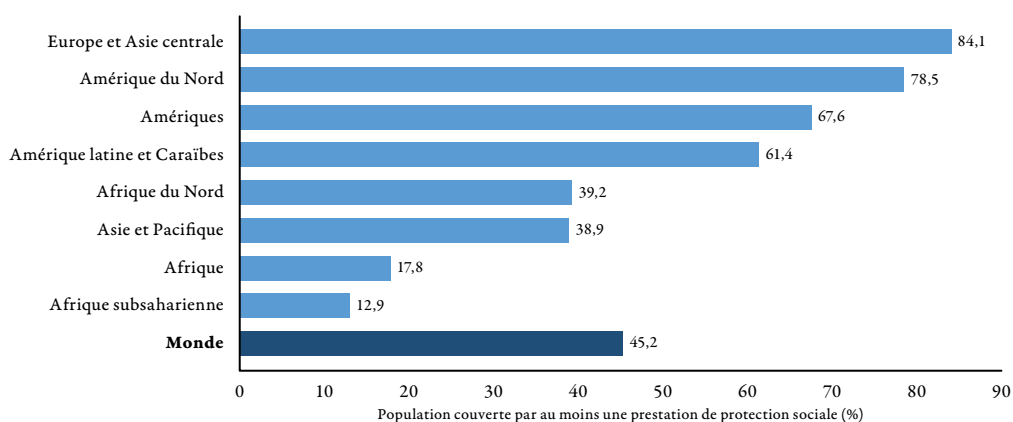
- accès aux soins de santé essentiels, y compris les soins de maternité;
- sécurité élémentaire de revenu pour les enfants;
- sécurité élémentaire de revenu pour les personnes d'âge actif qui sont dans l'incapacité de gagner un revenu suffisant, en particulier dans les cas de maladie, de chômage, de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

En complément des normes existantes, la recommandation n° 202 prévoit une approche intégrée et cohérente de la protection sociale tout au long du cycle de vie, souligne le principe d'universalité de la protection au moyen de socles de protection sociale définis à l'échelle nationale et exprime l'engagement à les étendre progressivement, qu'il s'agisse des prestations ou des personnes couvertes. Elle vise donc à garantir que tous les membres de la société bénéficient au moins d'une sécurité sociale de base tout au long de leur vie, pour assurer leur santé et leur dignité. La pauvreté, la vulnérabilité et l'exclusion sociale sont définies comme des domaines prioritaires, dans le but précis de réduire la pauvreté le plus tôt possible. La recommandation préconise des systèmes dirigés à l'échelle nationale, adaptés à la situation du pays, révisés en fonction des besoins de la population et incluant la participation de toutes les parties prenantes. Elle est novatrice, en ce sens qu'elle contient des orientations sur le suivi en vue d'aider les pays à évaluer leurs progrès en matière de protection renforcée et à améliorer les performances de leurs systèmes de sécurité sociale.

Conformément à son mandat, en vertu de la Déclaration de l'OIT sur la justice sociale pour une mondialisation équitable (2008) et suivant les directives fournies dans les normes internationales du travail (et en particulier sur la sécurité sociale), l'OIT encourage un dialogue social efficace pour établir et maintenir les systèmes de sécurité sociale, dont les socles de protection sociale. Ce dialogue est généralement mis en place suivant la méthode du dialogue national fondé sur des évaluations.

¹ Les normes de l'OIT relatives à la sécurité sociale, ainsi que les autres normes et les instruments relatifs aux droits de l'homme pertinents, figurent dans un recueil récemment publié (voir BIT, 2017b). ² La convention n° 102 a été ratifiée à ce jour par 55 pays, dont les derniers en date sont l'Argentine (2016), le Brésil (2009), la République dominicaine (2016), le Honduras (2012), la Jordanie (2014), la Roumanie (2009), Saint-Vincent-et-les Grenadines (2015), le Tchad (2015), l'Ukraine (2016) et l'Uruguay (2010); elle propose des orientations à l'ensemble des 187 Etats Membres de l'OIT. Les recommandations de l'OIT ne sont pas ouvertes à la ratification.

Figure 1.3 Indicateur 1.3.1 des ODD: pourcentage de la population totale couverte par au moins une prestation de protection sociale (couverture effective), 2015



Note: La couverture correspond à la somme du nombre de personnes protégées par des régimes contributifs et du nombre de bénéficiaires de prestations contributives et non contributives, exprimée en pourcentage de la population totale. Les estimations régionales et mondiales sont pondérées en fonction de la population. La protection de la santé n'est pas incluse dans le cadre de l'indicateur 1.3.1 relatif aux ODD. Les données concernant les autres régions ne sont pas suffisantes pour permettre de réaliser des estimations régionales. Voir aussi l'annexe II.

Sources: BIT, base de données sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database), d'après l'enquête sur la sécurité sociale (SSI); base de données ILOSTAT et sources nationales. Voir aussi annexe IV, tableau B.3.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=54618>.

2015 seulement 29 pour cent des personnes en âge de travailler et leur famille avaient accès à de tels systèmes. Cela signifie que près de trois quarts de la population mondiale, soit 71 pour cent, ne bénéficient pas d'une protection sociale complète. Bien des personnes qui ne sont pas suffisamment protégées vivent dans la pauvreté, ce qui, malgré des progrès significatifs, affecte encore 10,7 pour cent de la population mondiale, soit 767 millions de personnes (Banque mondiale, 2016a)⁷. Pour beaucoup, cette absence de protection est à la fois une cause et une conséquence du manque d'emploi décent et de la pauvreté des travailleurs. En 2016, la pauvreté des travailleurs concernait 29,4 pour cent de la main-d'œuvre mondiale, soit 783 millions de personnes (BIT, 2017a)⁸, dont la majorité travaille dans l'économie informelle⁹.

1.3 Assurer le suivi de la protection sociale dans la réalisation des ODD: la base de données du BIT sur la protection sociale dans le monde

Ce rapport est fondé sur la base de données du BIT sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database), qui fournit des statistiques détaillées à l'échelle des pays sur plusieurs dimensions des systèmes de sécurité sociale ou de protection sociale, y compris des indicateurs clés, à l'intention des décideurs, des représentants des organisations internationales et des chercheurs, notamment pour le suivi des ODD par les Nations Unies (Nations Unies, 2017b, 2017c).

La plupart des données provenant de la base de données du BIT sur la protection sociale dans le monde sont collectées dans le cadre de l'enquête sur la sécurité sociale du BIT (Social Security Inquiry – SSI), une étude administrative régulièrement soumise aux gouvernements et complétée par les données internationales

⁷ Cette estimation est fondée sur le seuil de pauvreté de 1,90 dollar (PPA) par habitant.

⁸ Cette estimation est fondée sur le seuil de pauvreté de 3,10 dollars (PPA) par habitant.

⁹ L'économie informelle désigne toutes les activités économiques des travailleurs ou des unités économiques qui – en droit ou en pratique – ne sont pas couvertes ou sont insuffisamment couvertes par des dispositions formelles. Les travailleurs de l'économie informelle ne sont généralement pas suffisamment couverts par la protection sociale, voire pas du tout. En effet, l'absence de couverture de la protection sociale est parfois un critère d'identification de l'emploi informel. Dans le même temps, l'extension de la couverture de la protection sociale aux travailleurs de l'économie informelle permet de parer à certains risques qui enferment les travailleurs en situation d'emploi informel (comme l'absence de couverture santé) et d'appuyer la transition vers une activité formelle, telle qu'énoncée dans la recommandation (n° 204) sur la transition de l'économie informelle vers l'économie formelle, 2015 (BIT, 2013a, 2017b).

existantes. L'édition 2016 de la SSI est une mise à jour du questionnaire précédent, adaptée pour mieux illustrer les derniers ODD. Les questionnaires et le manuel SSI sont disponibles en ligne (BIT, 2016c)¹⁰. L'enquête du BIT sur la sécurité sociale est la principale source de données mondiales sur la protection sociale.

Ces données ayant été publiées depuis les années 1940 sous diverses formes, la base de données du BIT sur la protection sociale dans le monde complète les données tirées de l'enquête sur la sécurité sociale, dans la mesure du possible et de manière cohérente, avec un certain nombre d'autres sources de données internationales et régionales, notamment l'Observatoire de la sécurité sociale de l'Association internationale de la sécurité sociale (AISS) et les Programmes de la sécurité sociale dans le monde (profils des pays de la sécurité sociale)¹¹ qui servent de source d'information principale pour calculer les chiffres relatifs à la couverture légale. Les autres sources sont les suivantes: la base de données sur l'indice de la protection sociale (SPI) de la Banque asiatique de développement (BAD); la Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CECLAC) et d'autres commissions régionales des Nations Unies; l'Office de statistique de la Commission européenne (Eurostat), notamment le Système européen de statistiques intégrées de la protection sociale (SESPROS) d'Eurostat; le Système d'information mutuelle sur la protection sociale (MISSOC); la base de données sur les dépenses sociales (SOCX) de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE); les bases de données de la Banque mondiale en matière de retraite et ASPIRE; et l'Observatoire mondial de la santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et les comptes nationaux de la santé¹².

La base de données du BIT sur la protection sociale dans le monde s'appuie également sur les rapports officiels nationaux et d'autres sources, qui reposent en grande partie sur des données administratives, et sur les données d'enquête provenant d'un éventail de sources, y compris les enquêtes nationales sur les revenus et les dépenses des ménages, les enquêtes sur la main-d'œuvre et les enquêtes démographiques et sanitaires, dans la mesure où elles comprennent des variables sur la protection sociale.

Depuis sa première édition¹³, le *Rapport mondial sur la protection sociale* a été conçu comme un outil en vue de faciliter le suivi de l'état de la protection sociale dans le monde. En tant que ressource statistique complète en matière de protection sociale, il comprend un ensemble de tableaux détaillés dans l'annexe statistique (annexe IV)¹⁴ du présent rapport, et d'autres encore qui figurent sur un site spécifique¹⁵. Ce rapport est également destiné à contribuer aux efforts collectifs à l'échelle nationale et internationale¹⁶ visant à assurer la disponibilité de statistiques de haute qualité sur la sécurité sociale, notamment pour aider les Etats Membres de l'OIT à assurer le suivi et la révision de leur socle de protection sociale et de leur système de sécurité sociale, à garantir leur efficacité et leur efficience pour répondre aux besoins de leur population en matière de protection sociale (Nations Unies, 2017c).

1.4 Objectifs et structure du présent rapport

Compte tenu des objectifs ambitieux qui devront être atteints d'ici à 2030, le présent rapport dresse un bilan de l'état actuel des systèmes de protection sociale dans le monde au regard de la construction de systèmes de

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

¹¹ Disponible à l'adresse <https://www.issa.int/fr/country-profiles> [31 mai 2017], AISS et SSA (2015; 2016; 2017a; 2017b).

¹² La liste des bases de données utilisées aux fins du présent rapport est fournie en fin de bibliographie.

¹³ Le premier rapport de la série a été publié sous le titre *World Social Security Report* (Rapport sur la sécurité sociale dans le monde) (BIT, 2010a). Le suivant a été publié sous le titre *World Social Protection Report* (Rapport sur la protection sociale dans le monde) (BIT, 2014a) pour illustrer l'intérêt grandissant concernant les questions relatives à la protection sociale dans de nombreuses régions du monde, et à l'échelle internationale.

¹⁴ L'annexe statistique (annexe IV) du présent rapport inclut deux séries de tableaux. Les tableaux A1 à A12 fournissent des indicateurs clés démographiques, économiques et sociaux, et sont disponibles en ligne; les tableaux B1 à B17, portant plus précisément sur la protection sociale, sont également inclus dans la version imprimée. Tous les documents sont disponibles à l'adresse <http://www.social-protection.org/gimi/gess/ShowTheme.do?tid=3985>.

¹⁵ Voir <http://www.social-protection.org/gimi/gess/ShowTheme.action?id=4457>.

¹⁶ Des efforts sont en cours dans le cadre du Conseil de coopération interinstitutions pour la protection sociale (SPIAC-B) en vue de renforcer la collaboration entre les agences internationales spécialisées dans le domaine des statistiques sur la protection sociale et de définir des documents d'orientation pour les acteurs nationaux (Bonnet et Tessier, 2013; BIT et coll., 2013). Ce travail vise à poursuivre les efforts de la communauté internationale et à convenir d'un ensemble d'indicateurs clés dans le domaine des statistiques sur la protection sociale, tel qu'énoncé dans la Résolution concernant l'élaboration des statistiques de la sécurité sociale, adoptée par la neuvième Conférence internationale des statisticiens du travail en 1957, qui continue de fournir des orientations pertinentes pour approfondir la mise au point de statistiques sur la sécurité sociale à l'échelle nationale.

protection sociale définis à l'échelle nationale, socles compris. Ce rapport présente une évaluation de la couverture de la protection sociale dans le monde, met en évidence les progrès accomplis dans l'amélioration de la protection sociale et l'identification des lacunes restantes en matière de couverture, et fait état des difficultés à surmonter pour progresser dans le respect du droit à la sécurité sociale pour tous. Par conséquent, aux fins du présent rapport, il est fait référence à l'importance de mettre en place un cadre de droits relatifs aux systèmes de protection sociale.

Ce rapport sert également de référence pour le suivi des cibles des ODD liées à la protection sociale, en particulier l'indicateur 1.3.1. Comme la précédente (BIT, 2014a), cette édition reprend l'approche décrite dans la recommandation n° 202, et la structure de ses chapitres respecte le cycle de vie (chapitres 2 à 4), la protection de la santé étant traitée séparément au chapitre 5¹⁷. Le chapitre 2 porte essentiellement sur la protection sociale des enfants, en particulier sur les prestations à l'enfance et aux familles, et traite également de la complémentarité importante entre les transferts en espèces et les services de soins. Le chapitre 3 traite des régimes et des programmes garantissant la sécurité de revenu pour les personnes en âge de travailler et se penche sur

la protection de la maternité (section 3.2), la protection contre le chômage (section 3.3), la protection contre les accidents du travail et les maladies professionnelles (section 3.4) et les prestations d'invalidité (section 3.5). Le chapitre 4 porte sur la sécurité de revenu pour les personnes âgées et met particulièrement l'accent sur les pensions de vieillesse¹⁸. Le chapitre 5 traite du rôle important de la couverture sanitaire universelle en vue de la réalisation des ODD, et met l'accent sur les inégalités entre les zones urbaines et rurales, les soins de longue durée et l'importance pour la création d'emploi de parvenir à une couverture universelle de la santé. Le chapitre 6 est consacré aux tendances et aux évolutions récentes dans les différentes régions du monde et le chapitre 7 conclut sur le suivi de la protection sociale à l'échelle mondiale, y compris une évaluation des difficultés et des possibilités que présente l'extension de la protection sociale pour tous en vue de réaliser les ODD.

Les annexes du présent rapport comprennent un bref glossaire des termes clés utilisés dans le rapport (annexe I), une description des méthodologies appliquées (annexe II), un tableau récapitulatif des principales dispositions des normes de l'OIT relatives à la sécurité sociale (annexe III), et les tableaux statistiques (annexe IV).

¹⁷ Ainsi, les dimensions horizontale et verticale de l'extension de la sécurité sociale (BIT, 2012b) sont traitées de manière intégrée dans chaque chapitre.

¹⁸ L'assistance sociale générale ne fait pas l'objet d'une section distincte, mais est abordée tout au long du rapport.

POINTS CLÉS

- Les systèmes de protection sociale, en particulier les socles de protection sociale, sont essentiels pour: sortir les enfants de la pauvreté, ainsi qu'améliorer leur santé et leur bien-être général; prévenir la mortalité infantile et faciliter l'accès des enfants aux biens et services qui leur sont nécessaires tels qu'une alimentation nutritive, des services de santé, d'éducation et de soins; réduire le travail des enfants; garantir que les enfants réalisent ainsi leur plein potentiel et sortent du cercle vicieux de la pauvreté et de la vulnérabilité. En outre, la protection sociale joue un rôle clé dans la réalisation des droits de l'enfant à la sécurité sociale et à un niveau de vie suffisant.
- Pour un grand nombre d'enfants, ces besoins ne sont pas satisfaits. Dans le monde entier, près de 5,9 millions d'enfants de moins de 5 ans meurent chaque année. La plupart de ces décès sont liés à des causes évitables; près de la moitié sont attribuables à la malnutrition; et plus de 161 millions d'enfants de moins de 5 ans souffrent d'un retard de croissance. Le fait d'être exposé à la pauvreté pendant l'enfance peut avoir des répercussions sur toute la vie, et même de courtes périodes de privation de nourriture peuvent compromettre le développement à long terme des enfants. Les estimations montrent que près de la moitié des 900 millions de personnes extrêmement pauvres dans le monde sont des enfants.
- Les chiffres relatifs à la couverture effective pour l'indicateur 1.3.1 des ODD montrent que 35 pour cent des enfants dans le monde bénéficient de prestations de protection sociale, et qu'il existe des disparités régionales importantes: s'ils sont 87 pour cent en Europe et en Asie centrale et 66 pour cent dans les Amériques à bénéficier de prestations, ils ne sont que 28 pour cent en Asie et 16 pour cent en Afrique.
- L'extension des transferts en espèces en faveur des enfants marque une évolution positive. Parmi les pays qui ont accompli de grands progrès vers la mise en place d'une couverture universelle de protection sociale figurent l'Argentine, le Brésil, le Chili et la Mongolie. Pourtant, dans de nombreux pays, les programmes de protection sociale pour les enfants restent affaiblis par une couverture limitée, l'insuffisance des niveaux de prestations, la fragmentation et la faiblesse des institutions.
- Les données de 139 pays sur les dépenses de protection sociale pour les enfants âgés de 0 à 14 ans montrent qu'en moyenne 1,1 pour cent du PIB est consacré aux prestations à l'enfance; il existe ici aussi de grandes disparités régionales, ce pourcentage allant de 0,1 en Afrique du Nord et dans les Etats arabes à 2,5 en Europe.
- Malgré ces avancées considérables, certains pays qui mènent des politiques d'assainissement budgétaire réduisent les allocations, ce qui se traduit souvent par un ciblage plus étroit des prestations aux enfants vers les plus pauvres, et prive des enfants vulnérables de leur droit légitime à la protection sociale. Des efforts s'imposent pour éviter que les politiques d'assainissement budgétaire à court terme n'entravent les avancées dans ce domaine.

2.1 Répondre aux besoins des enfants grâce à la protection sociale et réaliser les ODD relatifs à l'enfance

Malgré les progrès importants accomplis au cours des dernières décennies, de nombreuses familles, et surtout les enfants, souffrent encore de la pauvreté, de l'exclusion sociale et du manque d'accès aux biens et services nécessaires. Pour les enfants, le manque d'accès à une nutrition adaptée, à une éducation et à des environnements sains est particulièrement néfaste, car il provoque des dégâts irréversibles sur leur développement et leur bien-être mental et physique.

La pauvreté est multidimensionnelle et souvent les privations se renforcent mutuellement: mauvaise santé; malnutrition; stress; faible niveau d'instruction; violence; mauvais traitements; négligence; soins insuffisants; manque de logements adéquats, d'assainissement et d'eau potable ou de perspectives d'apprentissage; travail des enfants; et soins et travaux domestiques lourds non rémunérés se chevauchent souvent (Nations Unies, à paraître). Les mesures monétaires de la pauvreté ne rendent pas bien compte des privations multiples que les enfants peuvent connaître, même lorsqu'ils vivent au-dessus d'un certain seuil monétaire.

Les droits et les besoins de l'enfant sont abordés dans le cadre du Programme de développement durable à l'horizon 2030 et figurent dans plusieurs ODD, y compris ceux relatifs à la pauvreté (ODD 1), la faim (ODD 2), la santé (ODD 3), l'éducation (ODD 4), l'égalité des sexes (ODD 5), au travail décent (ODD 8), aux inégalités (ODD 10), aux villes durables (ODD 11) et à des sociétés pacifiques et inclusives (ODD 16) (UNICEF, 2016a).

La protection sociale des enfants est essentielle pour réduire et prévenir la pauvreté chez les enfants et contribuer aux cibles 1.2 et 1.3 des ODD, en particulier en ce qui concerne la garantie d'un niveau de protection élémentaire pour tous dans le cadre de socles de protection sociale définis à l'échelle nationale. Les enfants représentent une part disproportionnée de la population extrêmement pauvre dans le monde: alors que les enfants de moins de 18 ans représentent 34 pour cent de la population totale dans les pays à revenu intermédiaire et faible, ils représentent 46 pour cent de la population vivant avec moins de 1,90 dollar par jour (UNICEF,

2016b). Les enfants qui grandissent dans la pauvreté ont moins la possibilité de réaliser leur plein potentiel, car leurs perspectives sont limitées comparées à celles de leurs pairs. L'Afrique est la région la plus touchée et, si les tendances actuelles se poursuivent, 9 enfants sur 10 vivront en situation de pauvreté extrême en Afrique subsaharienne d'ici à 2030 (*ibid.*). Aujourd'hui, plus de deux tiers des enfants africains sont privés d'au moins deux de leurs besoins fondamentaux (de Milliano et Plavgo, 2014). Dans le monde entier, près 5,9 millions d'enfants de moins de 5 ans meurent chaque année, pour la plupart de causes évitables¹. Près de la moitié des décès sont attribuables à la dénutrition. Malgré quelques progrès, la malnutrition affecte encore des millions d'enfants: 155 millions d'enfants de moins de 5 ans voient ainsi leur croissance entravée et leur avenir compromis (UNICEF, OMS et Banque mondiale, 2017). Les estimations de 2012 montrent que près de la moitié des 900 millions de personnes vivant en situation de pauvreté extrême sont des enfants (UNICEF, 2016b). La pauvreté et la vulnérabilité sont aussi à l'origine de la nutrition inadéquate et de l'insécurité alimentaire (cibles 2.1 et 2.2 des ODD). Pendant les mille premiers jours de la vie d'un enfant, c'est-à-dire de la conception jusqu'à l'âge de 2 ans, une nutrition inadéquate provoque des dommages irréversibles sur le développement et la santé physique et mentale des enfants. La cachexie et le retard de croissance comptent parmi les principales préoccupations à cet égard².

Cependant, la pauvreté chez les enfants est également préoccupante dans les pays à revenu élevé. Par exemple, le risque de paupérisation concerne 21,1 pour cent des enfants de l'Union européenne, contre 16,3 pour cent des adultes (UNICEF, 2016b). En Europe, la pauvreté infantile augmente depuis la crise financière et économique mondiale dans plusieurs pays (y compris en Belgique, en Bulgarie, en Espagne, en Estonie, en France, en Grèce, en Hongrie, au Luxembourg, à Malte, au Portugal, en Roumanie, en Slovaquie, en Slovénie, en Suède et en République tchèque (UNICEF, 2017), en raison des effets conjugués des faibles taux d'emploi et des mesures d'austérité (Cantillon et coll., 2017; BIT, 2014a; Ortiz et Cummins, 2012). Les enfants vivent autrement que les adultes les situations de vulnérabilité, de pauvreté et de risque. Dans la petite enfance, lorsque l'impact des privations est le plus grave, ils dépendent

¹ UNICEF: *Child Mortality Estimates*, 2015. Disponible à l'adresse: www.data.unicef.org/topic/child-survival/under-five-mortality.

² Cependant, la cible 2.2 des ODD comprend à la fois les enfants en surpoids et en sous-poids, l'obésité étant une préoccupation sérieuse dans les pays à revenu élevé puisqu'elle concerne en moyenne, en 2014-15, 15,3 pour cent des enfants âgés de 11 à 15 ans dans 41 pays de l'OCDE (UNICEF, 2016a, 2017).

Encadré 2.1 Normes internationales relatives aux prestations à l'enfance et aux familles

Le cadre juridique des Nations Unies relatif aux droits de l'homme contient un certain nombre de dispositions énonçant les différents droits des enfants, qui s'inscrivent dans leur droit à la protection sociale. Il s'agit notamment: du droit à la sécurité sociale, qui doit être accordé en tenant compte des ressources et de la situation de l'enfant et des personnes responsables de son entretien¹; du droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé et son bien-être; et du droit à une aide et à une assistance spéciales².

La Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant (CIDE) énonce que: «Les Etats parties reconnaissent à tout enfant le droit de bénéficier de la sécurité sociale, y compris les assurances sociales, et prennent les mesures nécessaires pour assurer la pleine réalisation de ce droit en conformité avec leur législation nationale» (article 26). Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC) exige que les Etats accordent une protection et une assistance aussi larges que possible à la famille, en particulier l'entretien et l'éducation des enfants à charge³.

Les normes relatives à la sécurité sociale de l'OIT complètent ce cadre et fournissent des orientations aux pays sur la manière de donner effet aux droits divers qui font partie du droit des enfants à la protection sociale. La partie VII de la convention (n° 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952, établit des normes minimales pour l'attribution de prestations aux familles (ou à l'enfance) sous la forme d'une prestation en espèces périodique ou de prestations en nature (nourriture, vêtements, logement, vacances ou assistance ménagère) ou une combinaison des deux, attribuées pour l'entretien des enfants. L'objectif fondamental des prestations aux familles doit donc être de veiller au bien-être des enfants et d'assurer la stabilité économique de leur famille.

Comme le précise la Commission d'experts pour l'application des conventions et recommandations, ces normes exigent que les prestations aux familles soient accordées pour chaque enfant de la famille

et à tous les enfants, tant qu'ils reçoivent une formation scolaire ou professionnelle à plein temps et ne perçoivent pas de revenu suffisant, tel que régi par la législation nationale. Elles doivent être fixées à un niveau directement déterminé par le coût réel de l'entretien d'un enfant et doivent en représenter une part substantielle. Les allocations familiales au taux minimum doivent être accordées sans conditions de ressources. Les prestations supérieures au taux minimum peuvent être soumises à des conditions de ressources. En outre, toutes les prestations doivent être ajustées et tenir compte de l'évolution du coût d'entretien des enfants ou du coût général de la vie (BIT, 2011b, paragr. 184 à 186).

La recommandation n° 202 de l'OIT renforce et élargit le cadre normatif visant à assurer une protection universelle. La sécurité de revenu pour les enfants est l'une des garanties élémentaires de la sécurité sociale constituant un socle national de protection sociale et doit assurer «l'accès à l'alimentation, à l'éducation, aux soins et à tous autres biens et services nécessaires» (paragr. 5 b)). Bien que la garantie soit définie au niveau national, la recommandation fournit des orientations claires quant au niveau approprié: le niveau minimum de revenu devrait permettre de vivre dignement et devrait être suffisant pour assurer un accès effectif à un ensemble de biens et services nécessaires, et correspondre aux seuils nationaux de pauvreté et à d'autres seuils comparables (paragr. 8 b)). Quant à l'universalité de la protection, la recommandation stipule que la garantie élémentaire de la sécurité sociale doit s'appliquer au moins à tous les résidents et enfants, tels que définis par la législation nationale et sous réserve des obligations internationales existantes (paragr. 6), c'est-à-dire aux dispositions respectives de la CIDE, du PIDESC et d'autres instruments pertinents. Adoptant une approche largement axée sur les résultats, la recommandation n° 202 prévoit un large éventail d'instruments politiques visant à assurer la sécurité de revenu pour les enfants, y compris les prestations à l'enfance et aux familles (soit l'objet de ce chapitre).

¹ Déclaration universelle des droits de l'homme, 1948 (DUDH), article 22; Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, 1966 (PIDESC), article 9; Convention relative aux droits de l'enfant (CIDE), article 26. ² DUDH, article 25 (1) et (2). ³ PIDESC, article 10 (1).

entièrement des personnes responsables de leur prise en charge et ne peuvent absolument pas se débrouiller seuls. Leur dépendance envers les adultes les rend également plus vulnérables à la violence ou à d'autres formes de mauvais traitements et d'exploitation, telles que le travail des enfants, la traite, le mariage forcé, la grossesse chez les adolescentes et d'autres pratiques traditionnelles abusives, comme les mutilations génitales féminines. Même à l'adolescence, ils n'ont souvent aucun droit de s'exprimer et grandissent dans le cadre

d'institutions, juridiques et culturelles, traditionnelles au sein desquelles les droits et les besoins des enfants ne sont pas prioritaires.

Les systèmes de protection sociale jouent également un rôle clé dans la promotion de l'égalité entre les sexes et la répartition des activités de soins et des travaux domestiques non rémunérés (cible 5.4 des ODD), qui est l'une des causes profondes des inégalités en matière de possibilités et de résultats. Dès le plus jeune âge, les filles réalisent la majorité des travaux domestiques

et des soins non rémunérés (Muñoz Boudet et coll., 2012). Les enquêtes du BIT dans 33 pays montrent que les filles âgées de 7 à 14 ans sont beaucoup plus susceptibles que les garçons de réaliser les tâches ménagères, ce qui inclut souvent la prise en charge de frères et sœurs plus jeunes ou de membres adultes de la famille qui en ont besoin (BIT, 2016a). Cette division du travail entre les sexes à un stade précoce de la vie se retrouve dans la vie adulte des femmes et établit fermement la division inégale des soins et des travaux domestiques (*ibid.*). L'offre de services de garde d'enfants, abordables et de qualité, permettrait à de nombreuses filles de se libérer de la charge consistant à s'occuper de leurs jeunes frères et sœurs. La réalisation du droit des enfants à la sécurité sociale, à un niveau de vie suffisant, à la santé, à l'éducation et aux soins, et la réalisation des objectifs du Programme 2030 ne seront possibles que grâce à la mise en place d'un cadre politique propice qui accorde la priorité aux besoins et aux exigences des enfants. Les normes internationales qui encadrent les prestations à l'enfance et aux familles (voir encadré 2.1) constituent une composante essentielle de ce cadre politique.

Compte tenu de l'état préoccupant du bien-être des enfants dans le monde, les politiques de protection sociale sont des outils puissants pour fournir une assistance immédiate aux enfants pauvres et à leur famille. Les dispositions de protection sociale peuvent enclencher des cercles vertueux d'amélioration des capacités génératrices de revenus des parents, lorsque les ménages entreprennent des activités plus risquées, mais aussi plus rémunératrices. En garantissant une source de revenu stable et prévisible, les prestations de protection sociale permettent aux ménages d'éviter d'avoir recours à des stratégies d'adaptation préjudiciables, telles que le retrait de leurs enfants de l'école, la réduction des dépenses alimentaires ou la vente d'actifs de production en cas de crise. Étant donné qu'en fin de compte les enfants sont dépendants de leur famille, l'éventail des politiques et des instruments politiques disponibles pour améliorer la sécurité de revenu et la protection sociale des enfants est très large.

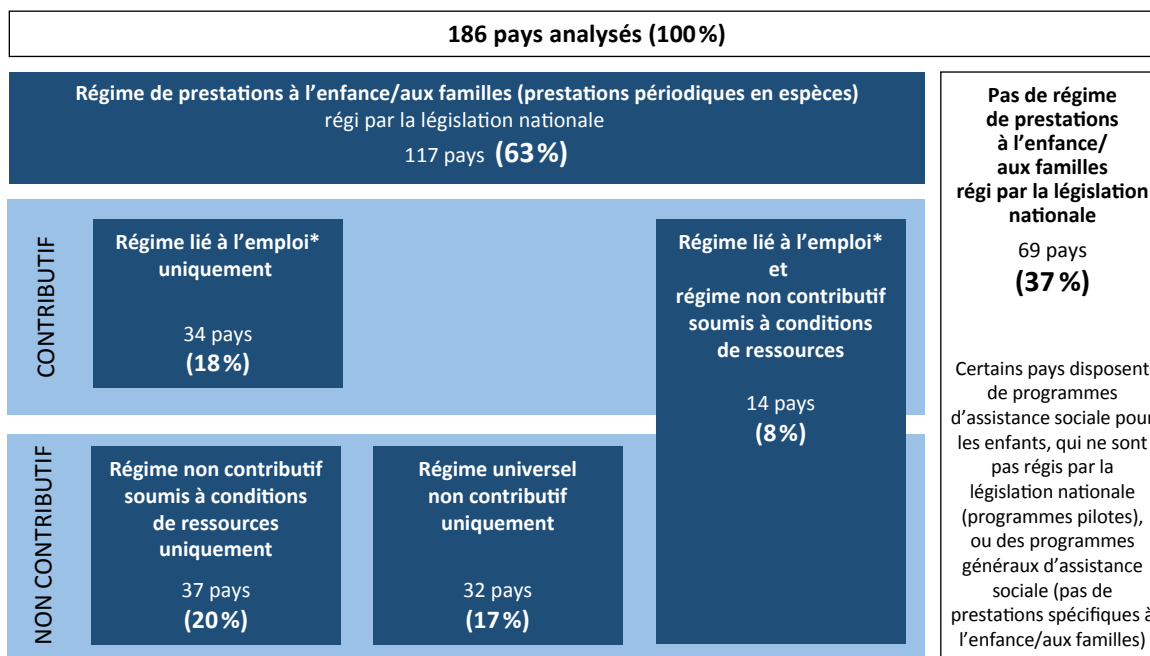
2.2 Types de régimes de protection sociale en faveur des enfants et des familles

Dans le cadre des systèmes de protection sociale, les enfants et les familles peuvent bénéficier d'un large éventail d'interventions. Les interventions spécialement conçues pour les enfants comprennent notamment:

- les prestations en espèces à l'enfance et aux familles universelles ou ciblées, soumises à conditions ou non, contributives ou non contributives/financées par l'impôt;
- les programmes d'alimentation scolaire, de vaccination ou de santé, et d'autres transferts en espèces tels que la distribution gratuite d'uniformes et de manuels scolaires;
- les exemptions de frais pour certains services, tels que les services de soins de santé ou de garde des enfants;
- les prestations de sécurité sociale aux mères, pères et autres responsables de la prise en charge pendant la durée d'un congé pour enfant à charge (prestations de congé parental ou autre congé en cas d'enfant malade ou invalide);
- les services de garde, d'éducation de la petite enfance et d'éducation jusqu'à l'âge minimum d'accès à l'emploi, conformément à la législation nationale;
- les réductions d'impôts pour les familles avec des enfants.

En mettant en lumière les programmes de prestations en espèces en faveur des familles et des enfants, les figures 2.1 et 2.2 donnent un aperçu des différents types de programmes de prestations périodiques en espèces à travers le monde. Plus d'un tiers (69 pays) des 186 pays disposant de données ne bénéficient pas de prestations à l'enfance ou aux familles régies par la législation nationale (bien qu'il existe parfois dans ces pays des programmes d'assistance sociale sans fondement juridique ou d'autres programmes contribuant à la sécurité de revenu pour les enfants). Sur les 117 pays bénéficiant d'un régime de prestations à l'enfance et aux familles, 34 ont promulgué des dispositions législatives uniquement pour les travailleurs en situation d'emploi formel. La plupart de ces pays sont en Afrique. Toutefois, il est peu probable que les programmes limités aux travailleurs exerçant un emploi formel atteignent les enfants les plus vulnérables. Un nombre similaire de pays (37) ne fournissent que des prestations non contributives et soumises à conditions de ressources. Ces régimes ne couvrent qu'une part réduite de la population et les recherches ont montré qu'ils excluent de grands groupes de la population, et ne couvrent généralement pas les familles qui en ont le plus besoin (Kidd, Gelders et Barley-Athias, 2017). Au total, 14 pays combinent des régimes non contributifs liés à l'emploi et soumis à des conditions de ressources, et seulement 32 pays (surtout

Figure 2.1 Aperçu des régimes de prestations à l'enfance et aux familles (prestations périodiques en espèces), par type de régime et de prestations, 2015 ou dernières données disponibles

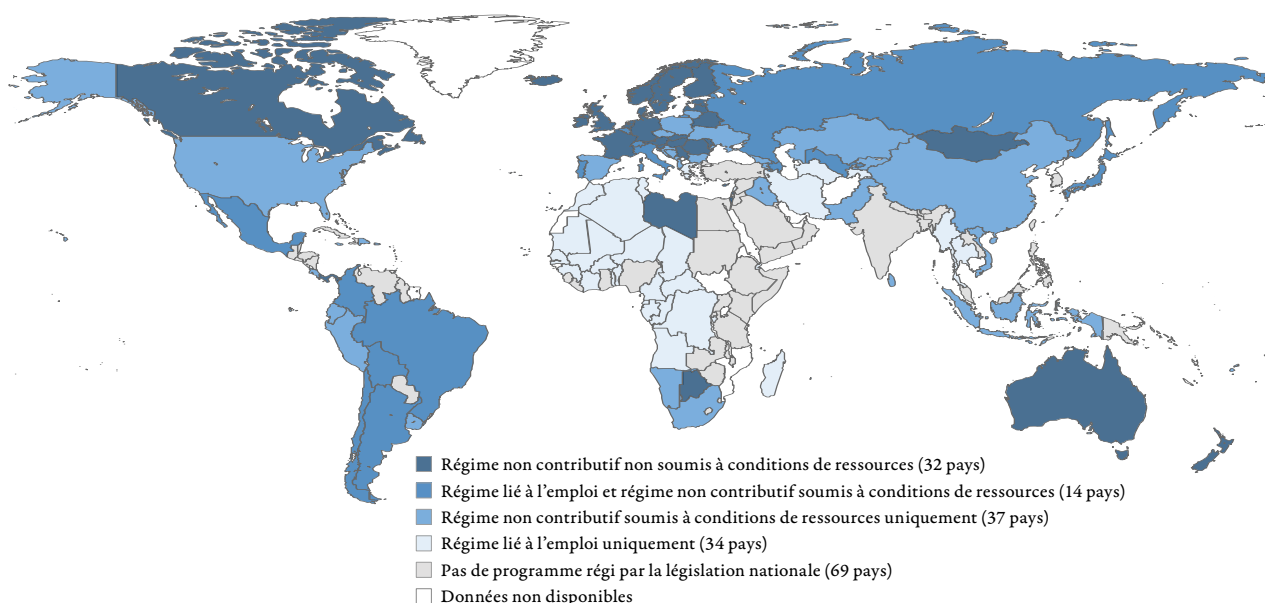


* Les régimes liés à l'emploi comprennent ceux qui sont financés par les cotisations des employeurs et des travailleurs, ainsi que ceux qui sont financés exclusivement par les employeurs. Certains régimes liés à l'emploi sont soumis à des conditions de ressources. La part est exprimée en pourcentage du nombre total de pays pour lequel les données sont disponibles.

Sources: BIT, base de données sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database); AISS/SSA Social Security Programs Throughout the World (les programmes de sécurité sociale dans le monde); Commission européenne, Système d'information mutuelle sur la protection sociale (MISSOC). Voir aussi annexe IV, tableau B.4.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourcelid=54621>.

Figure 2.2 Régimes de prestations en espèces à l'enfance et aux familles, par type de régime, 2015 ou dernières données disponibles



Sources: BIT, base de données sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database); AISS/SSA Social Security Programs Throughout the World (les programmes de sécurité sociale dans le monde); Commission européenne, Système d'information mutuelle sur la protection sociale (MISSOC). Voir aussi annexe IV, tableau B.4.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourcelid=54622>.

en Europe) servent des prestations en espèces universelles et non contributives à l'enfance ou aux familles. Cependant, la réalisation des ODD, en particulier l'objectif 1 relatif à la pauvreté et l'objectif 2 relatif à la faim, mais aussi ceux concernant la santé et l'éducation (objectifs 3 et 4), dépend de la capacité des régimes et des programmes à atteindre les ménages pauvres et vulnérables.

Ce chapitre (et les figures 2.1 et 2.2) porte essentiellement sur les programmes régis par la législation nationale, parce qu'ils ont généralement un financement et des institutions plus stables, qu'ils garantissent une couverture de plein droit et qu'ils octroient le droit aux prestations aux personnes et aux ménages remplissant les conditions. En plus de ces régimes, de nombreux pays disposent de divers programmes proposant une assistance (en espèces ou en nature) aux enfants dans le besoin, mais qui ne sont pas (encore) régis par la législation nationale. Il s'agit notamment de programmes pilotes ou temporaires, souvent limités à certaines régions ou à certains districts, et mis en place par le gouvernement, des donateurs, des ONG ou des organisations caritatives.

La figure 2.1 porte principalement sur les transferts en espèces, bien que bon nombre d'interventions consistent en des prestations en nature, telles que les repas scolaires ou l'accès aux services. Les programmes d'alimentation scolaire sont la forme la plus courante de prestations en espèces: ils existent dans 131 pays sur les 157 disposant de données (Banque mondiale, 2015). D'après les estimations du Programme alimentaire mondial des Nations Unies, au moins 368 millions d'enfants sont nourris quotidiennement à l'école (PAM, 2013). Les programmes d'alimentation scolaire peuvent contribuer à la réalisation de plusieurs ODD et améliorer la nutrition (ODD 2), l'éducation (ODD 4), l'égalité entre les sexes (ODD 5) et, en favorisant l'achat de produits alimentaires locaux, promouvoir l'économie (ODD 8) (PAM, 2017).

Les prestations en espèces de protection sociale et l'accès effectif aux services sont souvent directement liés et se renforcent mutuellement, en particulier en ce qui concerne les soins de santé, les services de garde d'enfants ou les services d'éducation. Ce sont des éléments indispensables pour réduire les inégalités et favoriser l'inclusion sociale, surtout parce que les enfants issus de ménages à faible revenu ont généralement beaucoup moins de chances d'accéder aux services d'éducation et de santé (CESAP, 2015). D'autres services jouent également un rôle crucial. Par exemple, le système d'enregistrement des naissances est un service essentiel en tant

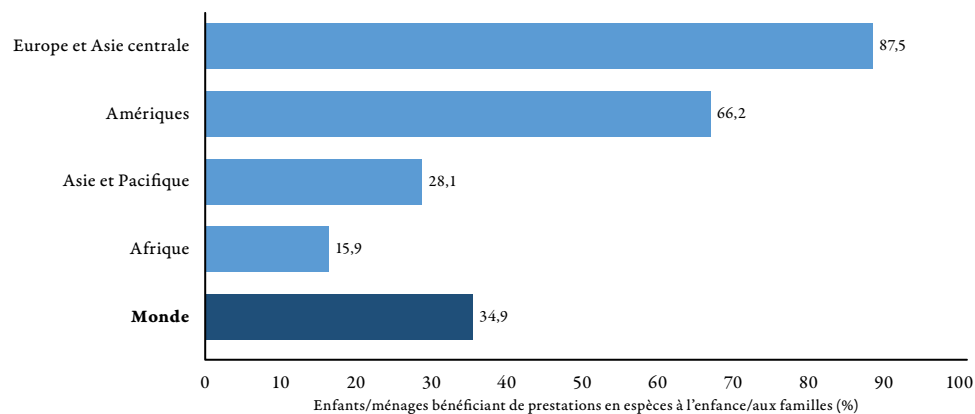
que tel, mais aussi parce qu'il est souvent une condition préalable à la réalisation d'autres droits et à l'accès aux prestations et services de protection sociale. Pour les adolescents, l'accès aux services de santé sexuelle est un facteur clé qui détermine leurs perspectives d'avenir.

La section 2.5 de ce chapitre traitera de la complémentarité des prestations en espèces et de l'accès à des services de garde d'enfants de qualité, qui jouent un rôle important, et favorisent, d'une part, l'activité économique des femmes dans des emplois de qualité, et contribuent ainsi à réduire la pauvreté infantile et, d'autre part, favorisent le développement de l'enfant et la réduction du travail des enfants.

2.3 Couverture effective: assurer le suivi de l'indicateur 1.3.1 des ODD pour les enfants

Comme susmentionné, l'existence d'un large éventail d'interventions peut avoir des répercussions positives sur le bien-être de l'enfant, mais il convient d'accorder une attention particulière à la multiplication des programmes de transferts en espèces non contributifs dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire au cours des deux dernières décennies (Bastagli et coll., 2016). Quelque 130 pays disposent actuellement d'au moins un programme de transfert en espèces non contributif et non conditionnel. Cependant, les niveaux de couverture et de prestations restent souvent limités. Par exemple, tandis que 40 des 48 pays africains ont adopté de tels programmes (Cirillo et Tebaldi, 2016), la figure 2.3 montre que la couverture des enfants bénéficiant d'une prestation en espèces spécifique reste faible en Afrique subsaharienne – seulement 13,1 pour cent seraient couverts – et largement inférieure à la moyenne mondiale de 34,9 pour cent. Les taux de couverture varient considérablement selon les régions et les sous-régions: les pays à revenu élevé comme l'Australie, le Canada et la Nouvelle-Zélande, ainsi que les pays d'Europe du Nord et occidentale, enregistrent des taux de couverture élevés supérieurs à 95 pour cent. Certains pays à revenu élevé et intermédiaire en Europe orientale et méridionale couvrent plus de 85 pour cent des enfants et les pays d'Amérique latine en moyenne plus de 70 pour cent, alors que les chiffres n'atteignent que 29 pour cent en Amérique centrale. La couverture en Asie oscille entre 10,8 pour cent en Asie orientale et 43,9 pour cent en Asie centrale. Le taux de couverture moyen de 65,5 pour cent pour l'Océanie comprend l'Australie

Figure 2.3 Indicateur 1.3.1 des ODD sur la couverture effective des enfants et des familles: pourcentage d'enfants et de ménages recevant des prestations à l'enfance et aux familles, par région, dernières données disponibles



Note: Ratio d'enfants/ménages recevant des prestations à l'enfance sur le nombre total d'enfants/ménages ayant des enfants (voir annexe II). Estimations régionales et mondiales pondérées par le nombre d'enfants. Les données relatives aux autres régions ne sont pas suffisantes pour pouvoir établir des estimations régionales.

Sources: BIT, base de données sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database), d'après l'enquête sur la sécurité sociale; base de données ILOSTAT; sources nationales. Voir aussi annexe IV, tableaux B.3 et B.4.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=54623>.

Encadré 2.2 Prestations universelles à l'enfance en Mongolie

En 2005, le gouvernement de la Mongolie a introduit le Programme d'aide financière à l'enfance (Child Money Programme – CMP), un transfert en espèces conditionnel, axé sur la pauvreté, dont le but est de réduire la pauvreté au lendemain de la transition économique et sociale. Les conditions requises comprenaient des critères sociaux et sanitaires, ainsi que des obligations en matière de scolarité. Lors de la mise en œuvre, des problèmes ont été rencontrés: des prestations ont été versées en faveur des personnes non pauvres et les personnes pauvres ont été exclues (Hodges et coll., 2007). En juillet 2006, le gouvernement a converti le programme en régime universel servant des prestations à tous les enfants de moins de 18 ans et, en même temps, a introduit une nouvelle prestation pour les nouveau-nés et augmenté le montant des prestations. Une étude de Hodges et coll. (2007) montre que le CMP initialement prévu réduisait les chiffres sur la pauvreté infantile de près de 4 points de pourcentage (de 42,2 à 38,5 pour cent) et réduisait l'écart de pauvreté chez les enfants de près de 2 points de pourcentage, à supposer que les prestations à l'enfance reçues aient augmenté les dépenses réelles des ménages d'un montant équivalent. La prestation universelle à l'enfance et, en particulier, le montant accru de la prestation introduit en 2006 ont réduit les chiffres sur la pauvreté de 10 points de pourcentage (à 27,4 pour cent) et l'écart de pauvreté de 5,5 points de pourcentage (à 7,1 pour cent).

En 2010, le CMP a été abandonné à la suite d'une réforme du système de protection sociale. En octobre

2012, le nouveau parlement a réintroduit le CMP après avoir adopté le Plan d'action du gouvernement (2012-2016) qui mettait en évidence les engagements sociaux du gouvernement. La prestation était universelle et concernait tous les enfants jusqu'à l'âge de 18 ans. L'Enquête socio-économique auprès des ménages de 2014 a révélé que le CMP contribuait à réduire le taux de pauvreté de 12 pour cent et l'écart de pauvreté de 21 pour cent. Par conséquent, la pauvreté monétaire a été considérablement réduite, plus encore si l'on ne tient compte que des enfants (BIT, 2016d).

En août 2016, le gouvernement fraîchement élu a annoncé la réintroduction du ciblage dans le cadre du CMP. En conséquence, seulement 60 pour cent des enfants ont bénéficié du CMP en novembre 2016. L'accord de prêt triennal du FMI approuvé par la suite dans le cadre du Mécanisme élargi de crédit (MEDC) impose des conditions en matière d'assainissement budgétaire qui comprennent des étapes pour renforcer et mieux cibler le filet de sécurité sociale (FMI, 2017a). Cependant, en juillet 2017, compte tenu de l'amélioration des indicateurs budgétaires, le gouvernement a rétabli le critère d'universalité du CMP et intégré le programme à la loi sur la protection sociale. Dans un contexte instable tel que celui-ci, la ratification de la convention (n° 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952, garantirait le maintien du système de protection sociale en Mongolie, y compris du Programme d'aide financière à l'enfance (CMP).

Source: Partenariat mondial pour la protection sociale universelle, 2016a.

Encadré 2.3 Parvenir à une protection sociale universelle pour les enfants au moyen d'une combinaison de régimes: le cas de l'Argentine

L'Argentine progresse vers une couverture universelle des prestations à l'enfance grâce à une combinaison de mesures. En plus des allocations familiales contributives existantes (AFC) et des déductions d'impôts disponibles pour les travailleurs à revenu élevé ayant des enfants, l'Allocation universelle pour enfant (Asignación Universal por Hijo – AUH) a été introduite en 2009 en réponse aux effets de la crise mondiale et dans le but de consolider plusieurs programmes de transferts non contributifs pour les familles ayant des enfants.

Par l'intermédiaire de l'AUH, les prestations à l'enfance ont été étendues aux familles de travailleurs au chômage, informels, domestiques et indépendants participant au régime simplifié de paiement de l'impôt et des cotisations pour les petits cotisants (*monotributo*). Le régime semi-conditionnel de l'AUH sert des prestations pour les enfants jusqu'à l'âge de 18 ans (sans limite d'âge en cas d'invalidité) et jusqu'à cinq enfants par famille, à condition que les bénéficiaires remplissent des critères de santé

(vaccination pour les enfants de moins de 5 ans) et d'éducation (assiduité scolaire).

Les trois composantes du programme de prestations aux familles en 2014 ont permis d'atteindre 84,6 pour cent des enfants et des adolescents de moins de 18 ans. Tandis que les régimes des allocations CFA et de la déduction d'impôts ont favorisé 53,3 pour cent de cette population, le régime AUH a servi des prestations à 46,8 pour cent de cette même population. Ensemble, ces prestations représentent près de 1,04 pour cent du PIB, duquel l'AUH représente 0,5 pour cent.

Une évaluation des répercussions des transferts aux familles pour les enfants sur l'indigence et la pauvreté a conclu que l'indigence serait réduite de près de 65 pour cent et la pauvreté globale de 18 pour cent (Bertranou et Maurizio, 2012). D'après cette étude, l'AUH couvre 70 pour cent des enfants et des adolescents pauvres; en comptant les prestations contributives et non contributives, près de 80 pour cent des enfants sortent de la pauvreté.

Source: Partenariat mondial pour la protection sociale universelle (2016b).

20

et la Nouvelle-Zélande, dont les taux de couverture sont supérieurs à 99 pour cent, et les pays restants ne couvrent que 14 pour cent des enfants.

En outre, la conception des régimes varie considérablement au regard des niveaux de prestations, des critères d'éligibilité, des procédures d'inscription et de l'efficacité administrative globale. La grande question est de savoir si les programmes doivent cibler les ménages pauvres ou être universels; les conséquences des prestations universelles sur l'homme et la pauvreté sont nettement plus marquées, car les programmes ciblés subissent généralement des erreurs en matière d'inclusion et d'exclusion (Kidd, Gelders et Bailey-Athias, 2017), ce qui explique pourquoi la Mongolie (voir encadré 2.2) a choisi de verser des prestations universelles à l'enfance. D'autres pays, comme l'Argentine (voir encadré 2.3), le Brésil et le Chili, combinent plusieurs régimes pour parvenir à une couverture universelle.

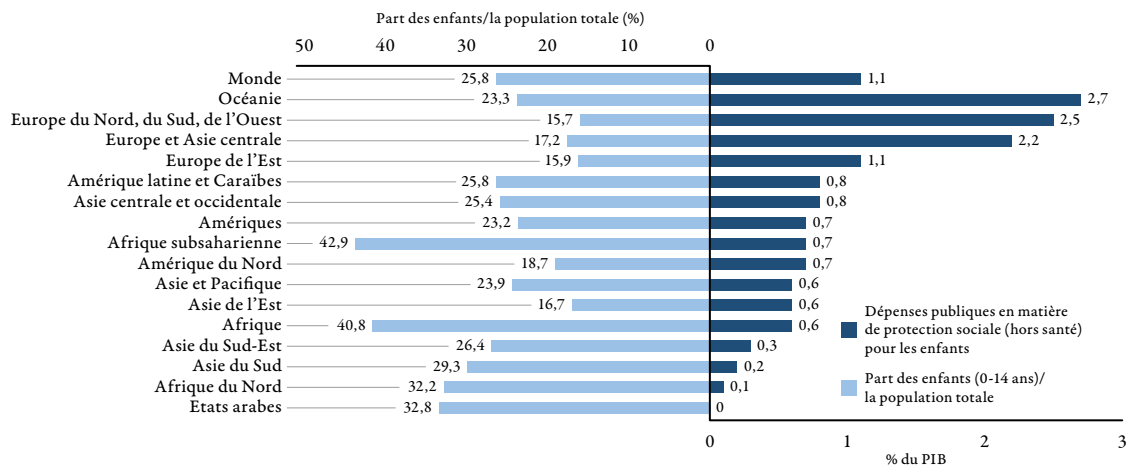
2.4 Dépenses liées à la protection sociale pour les enfants

Fournir une protection sociale adéquate revient à allouer aux enfants et aux familles des ressources suffisantes. Pourtant, actuellement, les pays ne consacrent en moyenne que 1,1 pour cent du PIB à la protection sociale des enfants (hors dépenses de santé), et les

montants varient considérablement selon les pays et les régions, comme le montre la figure 2.4. Si l'Europe, l'Asie centrale et l'Océanie consacrent plus de 2 pour cent du PIB aux prestations en faveur des enfants, les ratios de dépenses restent bien inférieurs à 1 pour cent du PIB dans la plupart des autres régions du monde. Selon les estimations régionales pour l'Afrique, les Etats arabes, l'Asie du Sud et du Sud-Est, les niveaux de dépenses sont inférieurs à 0,7 pour cent du PIB, bien que les enfants représentent une plus grande part de la population dans ces régions. Les niveaux de dépenses en Afrique subsaharienne semblent particulièrement faibles si l'on tient compte du fait que 43 pour cent de sa population sont des enfants âgés de 0 à 14 ans.

Les niveaux élevés de pauvreté chez les enfants et les autres indicateurs du bien-être, y compris la mortalité infantile ainsi que la sous-alimentation et la malnutrition mentionnées ci-dessus, indiquent clairement que le niveau de ressources allouées à la protection sociale des enfants est insuffisant. Cette observation vaut également lorsque l'on considère que les autres dépenses publiques en matière d'éducation, de soins de santé ou les mesures de protection sociale autres que les prestations à l'enfance et aux familles contribuent aussi à l'amélioration de la situation des enfants. Les faibles niveaux de dépenses dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, parmi lesquels bon nombre ne versent aucune prestation à

Figure 2.4 Dépenses publiques en matière de protection sociale (hors santé) en faveur des enfants (pourcentage du PIB) et part des enfants âgés de 0 à 14 ans par rapport à la population totale (pourcentage), dernières données disponibles



Sources: BIT, base de données sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database), d'après l'enquête sur la sécurité sociale. Voir aussi annexe IV, tableau B.17.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=54624>.

l'enfance, sont particulièrement inquiétants puisque les perspectives de développement sont compromises. Il est peu probable que les ODD liés à l'enfance susmentionnés puissent être réalisés si les ressources investies dans la protection sociale des enfants ne sont pas intensifiées.

2.5 Le rôle complémentaire des prestations en espèces et des services de garde des enfants

L'existence, tant pour les femmes que pour les hommes, de prestations adaptées en matière de congé parental et de garde des enfants, y compris dans le cas d'enfants malades et invalides, ainsi que de services de garde d'enfants et d'éducation de la petite enfance est essentielle pour garantir la sécurité de revenu et le bien-être des enfants. Les mesures adoptées par les employeurs pour faciliter le partage du travail et des responsabilités familiales pour les parents ayant des enfants ont également un rôle crucial (BIT, 2016a). Cet ensemble de mesures est particulièrement important pour faciliter l'activité économique productive des femmes et promouvoir en même temps la répartition égale du travail non rémunéré de garde des enfants entre les femmes et les hommes. Ces deux aspects sont essentiels pour rompre le cycle des inégalités entre les sexes qui condamnent les femmes à occuper des emplois informels, peu rémunérés et sans protection sociale, tant lorsqu'elles sont en

âge de travailler que plus âgées (Alfers, 2016; Moussié, 2016). Un autre déterminant important du bien-être des enfants et des femmes est le service de prestations de maternité (chapitre 3.2). A l'heure actuelle, 134 pays investissent des ressources publiques dans les services de garde pour enfants avant l'école primaire. Les entreprises se sont également rendu compte des avantages que présentaient les structures de garde d'enfants: réduction de l'absentéisme, de la rotation du personnel et des accidents du travail, et augmentation de la production journalière des travailleuses (BIT, 2016a; Nations Unies, 2016a).

Le fait de devoir gagner un revenu tout en menant des activités non rémunérées de garde et de soins oblige souvent les femmes à occuper les emplois les plus vulnérables, atypiques ou informels. Cette situation nuit tant aux femmes qui travaillent qu'aux enfants qui ne sont pas pris en charge correctement: dans 53 pays en développement, 35,5 millions d'enfants de moins de 5 ans seraient privés de la surveillance d'un adulte pendant au moins une heure par jour (Samman, Presler-Marshall et Jones, 2016). Ce sont souvent les frères et sœurs plus âgés qui s'occupent des plus jeunes, ce qui signifie qu'ils ne peuvent pas aller à l'école. Dans d'autres cas, les femmes qui travaillent, notamment les vendeuses ambulantes, les travailleuses agricoles, les ramasseuses de déchets, les travailleuses domestiques ou les porteuses, emmènent les enfants avec elles et compromettent ainsi leur sécurité de revenu et leur productivité, tout en créant un environnement dangereux ou sous-optimal pour les enfants.

En général, la tâche de s'occuper des enfants, lourde et inégalement répartie, affecte les stratégies de subsistance, les perspectives d'emploi, la croissance économique et la réduction durable de la pauvreté, et a donc une incidence sur la réalisation des ODD liés à la pauvreté (ODD 1), aux inégalités (ODD 10), à l'égalité des sexes (ODD 5) et au travail décent (ODD 8). En revanche, les investissements dans des services de qualité en matière de garde et d'éducation de la petite enfance assortis de programmes d'alimentation, ainsi que dans des prestations suffisantes en matière de congé parental, pour les femmes et les hommes, augmentent la participation des femmes à la main-d'œuvre, crée des emplois, améliore le développement des enfants comme la réussite scolaire, et encourage la scolarisation des aînés (BIT, 2016a).

2.6 La protection sociale universelle pour promouvoir le bien-être des enfants et des familles

L'extension de la couverture effective et légale des enfants est une tendance positive à l'échelle mondiale. Bien que l'universalité soit en général caractéristique des pays à revenu élevé, plusieurs pays en développement ont également atteint une couverture universelle, ou presque, en matière de protection sociale des enfants, comme l'Argentine, le Brésil, le Chili et la Mongolie. D'autres continuent d'étendre rapidement la leur, comme l'Afrique du Sud, l'Etat plurinational de Bolivie et l'Uruguay (voir chapitre 6). Année après année et dans toutes les régions, des gouvernements annoncent la mise en place de transferts en espèces à l'intention des enfants (tableau 2.1). Malgré des avancées considérables, il reste que, sous l'effet des politiques d'assainissement budgétaire, un certain nombre de pays réduisent les allocations, les prestations à l'enfance étant plus étroitement concentrées sur les populations pauvres, ce qui prive les enfants vulnérables de leur droit légitime à la protection sociale. Un certain nombre de mesures d'ajustement récentes sont présentées au tableau 2.1. Il faudra poursuivre les efforts afin que l'ajustement budgétaire à court terme n'entrave pas les progrès accomplis.

De nombreuses mesures d'assainissement à court terme consistent à réduire les crédits des régimes et programmes non contributifs, tels que les transferts en espèces pour les enfants et les familles. En conséquence, la pauvreté augmente chez les enfants en Europe (Cantillon et coll., 2017; UNICEF, 2017), et, à moins que ces mesures ne soient reconsidérées, la vulnérabilité des enfants risque également d'augmenter dans les pays

en développement. Les mesures d'austérité ou d'assainissement budgétaire mal conçues menacent non seulement le droit des enfants à la sécurité (CIDE, article 26), mais aussi les droits à l'alimentation, à la santé, à l'éducation et à d'autres biens et services essentiels (Nations Unies, 2011). Il importe que les ajustements à court terme ne compromettent pas les gains à long terme; d'autres solutions existent (Ortiz et coll., 2015) et les choix politiques doivent favoriser le bien-être des enfants.

En raison du lien direct entre le bien-être des enfants et la situation socio-économique du ménage dans lequel ils vivent, les mécanismes de protection sociale, même ceux qui ne sont pas explicitement axés sur les enfants, comme les pensions de vieillesse ou les revenus provenant de programmes de travaux publics, peuvent améliorer la capacité d'un ménage de prendre en charge ses enfants et d'accéder aux services essentiels (BIT, 2013b). Les interventions de protection sociale sont bénéfiques pour les enfants, et ce à plusieurs égards. De nombreuses études ont montré que des régimes de protection sociale – allocations familiales, pensions sociales, prestations de congé parental et de garde des enfants (surtout si les deux parents en profitent), programmes d'alimentation scolaire, programmes de garde d'enfants et d'éducation de la petite enfance – ont des répercussions positives dans plusieurs domaines: pauvreté, nutrition des enfants, fréquentation et résultats scolaires, état de santé, travail des enfants (Bastagli et coll., 2016; BIT, 2016a, 2013b). Les transferts en espèces améliorent également l'accès aux services, en particulier aux services de santé. La recherche a également montré que les dispositions relatives à la conception et à la mise en œuvre sont importantes. Afin d'optimiser les effets sur les enfants, toutes les interventions de protection sociale doivent respecter les principes énoncés dans la Déclaration commune sur une protection sociale adaptée aux enfants (Joint Statement on Advancing Child-sensitive Social Protection), publiée en 2009 par une coalition d'agences des Nations Unies, d'organismes donateurs bilatéraux et d'ONG internationales (voir encadré 2.4).

Certaines tendances à l'œuvre dans le monde aggravent la vulnérabilité des enfants, et annihilent parfois les progrès en matière de développement. C'est le cas, par exemple, au Moyen-Orient, en Afrique du Nord et dans d'autres régions touchées par des conflits. Le changement climatique, la dégradation de l'environnement, les catastrophes naturelles (sécheresses ou inondations), l'urbanisation et les migrations sont aussi des facteurs qui ont une incidence sur le bien-être des enfants et renforcent les besoins en matière de protection sociale.

Tableau 2.1 Les nouvelles mesures de protection sociale en faveur des enfants et des familles (sélection), 2014-2017

Pays	Année	Mesure (telle qu'annoncée par les médias)
Extension de la protection sociale		
Fidji	2016	Dotation renforcée pour le ministère de l'Enfance dans le budget 2016-17.
Ghana	2016	Le ministère de l'Égalité hommes-femmes, de l'Enfance et de la Protection sociale (MoGCSP) et USAID ont signé un mémorandum d'accord dans le cadre duquel USAID fournira 3 millions de dollars pour améliorer l'adoption et le placement en famille d'accueil pour les enfants au Ghana.
Inde	2017	Extension à l'échelle nationale des programmes de transferts conditionnels en espèces pour les femmes enceintes et allaitantes dans le cadre du programme de prestations en cas de maternité: transfert en espèces de 6000 roupies versé en trois fois – en début de grossesse, à la date d'accouchement en milieu hospitalier, et trois mois après l'accouchement si l'enfant est enregistré et a été vacciné (BCG, OPV et DCT 1 et 2).
Nouvelle-Zélande	2016	Les taux de prestations aux familles ayant des enfants augmenteront de 25 dollars par semaine après impôts; augmentation du crédit d'impôt Working for Families; augmentation de l'assistance en faveur des enfants.
Philippines	2016	Le gouvernement a obtenu un prêt de 450 millions de dollars de la Banque mondiale à l'appui du projet «4P» (Pantawid Pamilyang Pilipino Program).
Suède	2016	Les parents pourront bénéficier d'un congé parental rémunéré de 480 jours.
Mesures d'austérité ou d'ajustement		
Australie	2016	Le Parlement fédéral a approuvé un projet de loi omnibus qui comprend 20 mesures de réduction des coûts, y compris des réductions de primes pour les bébés.
Inde	2017	Le gouvernement va limiter le programme de prestations de maternité à un seul enfant (contrairement à ce qui avait été précédemment annoncé en janvier 2017).
Irlande	2016	Le paiement aux familles monoparentales a donné lieu à des changements concernant l'admissibilité et les seuils de revenu, ce qui a provoqué l'arrêt des paiements à certains bénéficiaires.
Mongolie	2016	Réintroduction du ciblage dans le cadre du Programme d'aide financière à l'enfance (CMP). En conséquence, 60 pour cent des enfants en ont bénéficié en novembre 2016, et les paiements pour les 40 pour cent restants sont reportés jusqu'au 1 ^{er} janvier 2019 (voir encadré 2.2).
Royaume-Uni	2016	La loi sur la réforme du bien-être et le travail de 2016 limite la prestation universelle pour deux enfants accordée aux ménages comptant au moins deux enfants, ce qui signifie qu'aucun soutien supplémentaire ne sera accordé aux enfants nés après avril 2017 dans les familles qui feront la demande d'un nouveau crédit d'impôt. En outre, l'élément familial de 545 livres par an du crédit universel est supprimé, tout comme l'allocation familiale de logement de 17,45 livres par semaine.
Suède	2016	Abolition de la prestation municipale pour la garde d'enfants.
Ukraine	2014	Alors que l'Ukraine versait des prestations à l'enfance et pour la naissance relativement élevées à toutes les familles, dans le cadre des mesures d'austérité, la prestation pour les enfants de moins de 3 ans n'est plus disponible que pour les familles à revenu faible et n'est plus liée au minimum de subsistance.

Source: BIT: Social Protection Monitor; Bradshaw et Hirose (2016).

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=54783>.

Aujourd'hui, près de 160 millions d'enfants, pour la plupart en Afrique et en Asie, vivent dans des régions affectées par la sécheresse ou la sécheresse extrême, et plus d'un demi-milliard d'enfants vivent dans des zones où le risque d'inondations est très élevé, principalement en Asie (UNICEF, 2015a, p. 11). Le changement climatique augmente la fréquence des crises telles que les inondations, les sécheresses, les vagues de chaleur et d'autres phénomènes météorologiques extrêmes. Les enfants sont particulièrement vulnérables aux conséquences de ces crises qui se traduisent par des mauvaises récoltes et la perte de moyens de subsistance, le dysfonctionnement des systèmes d'alimentation en eau et la contamination des réserves d'eau qui entraînent

des épidémies de maladies vectorielles et d'origine alimentaire, et l'insécurité alimentaire. Les effets pour les enfants sont préjudiciables: une sous-alimentation non traitée au cours des deux premières années de la vie peut entraîner un retard de croissance irréversible. Les maladies diarrhéiques sont une cause majeure de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans. Le réchauffement climatique peut également favoriser la propagation de maladies dues aux fortes températures telles que le paludisme, le choléra, la méningite à méningocoque, la dengue ou la maladie de Lyme (*ibid.*). Des températures élevées peuvent également permettre au paludisme et à d'autres maladies de se déplacer dans de nouvelles régions qui, jusqu'à présent, n'étaient pas affectées par

Encadré 2.4 Une protection sociale adaptée à la situation des enfants

La Déclaration commune sur une protection sociale adaptée aux enfants (DFID et coll., 2009) prévoit que la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes de protection sociale adaptés aux enfants doivent viser à :

- éviter les effets négatifs sur les enfants, et réduire ou atténuer les risques sociaux et économiques qui affectent directement la vie des enfants;
- intervenir le plus tôt possible lorsque les enfants sont en danger, afin d'empêcher tout préjudice ou dommage irréversible;
- tenir compte des risques et des vulnérabilités liés à l'âge et au sexe des enfants tout au long du cycle de vie;
- atténuer les effets des traumatismes, de l'exclusion et de la pauvreté sur les familles, et reconnaître que les familles qui élèvent des enfants ont besoin d'un appui pour garantir l'égalité des chances;
- prendre des dispositions spéciales pour atteindre les enfants particulièrement vulnérables et exclus, y compris les enfants privés d'une prise en charge

familiale, et ceux qui sont marginalisés dans leur propre famille ou communauté en raison de leur sexe, invalidité, ethnicité, maladie (VIH-SIDA) ou d'autres facteurs;

- tenir compte des mécanismes et de la dynamique au sein des ménages qui risquent d'affecter le ciblage des enfants, en accordant une attention particulière à l'équilibre du pouvoir entre les hommes et les femmes au sein du ménage et dans la communauté;
- inclure les idées et les opinions des enfants, des personnes chargées de leur prise en charge et des jeunes dans la compréhension et la conception des systèmes et programmes de protection sociale.

La déclaration commune (DFID et coll., 2009) a été publiée par le Département du développement international du Royaume-Uni (DFID), HelpAge International, Hope & Homes for Children, l'Institut des études pour le développement, le BIT, l'Institut de développement d'outre-mer, Save the Children UK, le PNUD, l'UNICEF et la Banque mondiale.

Source: DFID et coll. (2009), tel que résumé dans BIT (2014a).

des maladies «tropicales». Les opérations de secours d'urgence, mais aussi les systèmes de santé et les autres infrastructures doivent être renforcés et conçus de manière à pouvoir faire face à ces situations d'urgence.

Les familles pauvres seront les plus touchées par les catastrophes, car leur capacité à faire face à ces risques est plus limitée. Les personnes pauvres sont souvent les premières à utiliser les sources d'eau insalubres et les aliments impropres à la consommation, à sauter des repas ou à retirer les enfants de l'école. Les enfants des peuples autochtones et ceux qui vivent dans des ménages issus de minorités ethniques risquent encore davantage de souffrir de la pauvreté à différents niveaux: ils sont moins susceptibles d'être scolarisés, les cas de travail des enfants parmi les enfants des peuples autochtones y sont beaucoup plus fréquents, et les niveaux de pauvreté monétaire plus élevés (BIT, 2017c).

En cas de crise humanitaire – causée par un conflit ou une catastrophe naturelle –, une stratégie d'adaptation

consiste à migrer, à l'intérieur du pays ou à l'étranger. Au cours des dernières décennies, le nombre de catastrophes, ainsi que les déplacements et les migrations de la population qu'elles entraînent, ne cesse d'augmenter. Les enfants sont souvent particulièrement affectés par ces déplacements, non seulement en raison des risques pour leur santé physique déjà mentionnés, mais aussi parce que les familles peuvent être séparées pendant les déplacements et parce que le fait de migrer n'est pas sans danger et peut provoquer des troubles mentaux, tels que le syndrome de stress post-traumatique. Bien qu'aucune donnée ne soit encore disponible sur la vague récente de migrations, les recherches sur les générations précédentes montrent que les enfants qui grandissent dans des ménages ayant immigré dans les pays européens sont systématiquement exposés à de plus forts risques de pauvreté monétaire, d'interruption et d'abandon scolaire, ce qui affecte également leur entrée sur le marché du travail (Bruckauf, Chzhen et Toczydłowska, 2016).

Protection sociale des femmes et des hommes en âge de travailler

3

3.1 Introduction: la quête de sécurité de revenu

POINTS CLÉS

- La protection sociale revêt une importance capitale pour garantir une sécurité de revenu aux femmes et aux hommes en âge de travailler, qui est essentielle au bien-être des particuliers et des familles et à la réalisation des ODD, y compris l'ODD 1.3 et l'ODD 8 sur le travail décent et la croissance économique.
- Si le marché du travail constitue la source principale de sécurité de revenu durant la vie active, la protection sociale joue elle aussi un rôle crucial, car elle lisse les revenus et la demande globale, protège et renforce le capital humain et les capacités humaines, et par là même facilite la transformation structurelle des économies et contribue à une croissance inclusive.
- En garantissant la sécurité de revenu en cas de chômage, d'accident du travail et de maladies professionnelles, d'invalidité, de maladie et de maternité, ainsi que de revenu insuffisant ou d'autres besoins, les systèmes de protection sociale aident les femmes, les hommes et leurs familles à s'adapter aux répercussions financières des événements de la vie, à trouver et garder un emploi décent et productif et à accéder aux soins de santé ainsi qu'à d'autres services.
- A l'échelle mondiale, 3,2 pour cent du PIB sont alloués aux dépenses publiques de protection sociale non liées à la santé et destinées à garantir la sécurité de revenu durant la vie active; à l'échelle régionale, les niveaux varient considérablement, de 0,6 pour cent en Asie du Sud-Est à 6,6 pour cent en Europe occidentale.
- Dans le monde, seulement 21,8 pour cent des chômeurs ont droit à des prestations de chômage et seule une minorité de la main-d'œuvre mondiale est protégée en cas d'accident du travail et de maladies professionnelles. De nouvelles estimations montrent également que 27,8 pour cent des personnes gravement handicapées perçoivent effectivement des prestations d'invalidité, 41,1 pour cent des femmes enceintes perçoivent une prestation de maternité, et qu'il existe de grandes différences entre les régions.
- Les tendances observées reflètent les progrès accomplis en matière d'extension de la protection sociale des femmes et des hommes en âge de travailler; certains pays en développement atteignent une couverture universelle effective en matière de protection de la maternité (Ukraine, Uruguay) ou de prestations d'invalidité (Brésil, Chili, Mongolie et Uruguay).
- Les systèmes de protection sociale, socles compris, seront d'autant plus efficaces et durables qu'ils sont étroitement coordonnés avec les politiques en matière d'emploi, de marché du travail, de salaires et de fiscalité.

La protection sociale revêt une importance capitale pour garantir une certaine sécurité de revenu aux femmes et aux hommes en âge de travailler¹, sécurité essentielle au bien-être des particuliers et des familles et à la réalisation des ODD, y compris l'ODD 8 sur le travail décent et la croissance économique.

La majorité des personnes en âge de travailler sont économiquement actives et tirent généralement leurs moyens de subsistance d'activités rémunératrices, qu'il s'agisse d'emplois formels ou informels, et que l'activité puisse être ou non considérée comme du travail décent². Qu'elles soient ou non économiquement actives, les personnes en âge de travailler ont des besoins spécifiques en matière de protection sociale. Des politiques efficaces pour répondre à ces besoins sont essentielles non seulement pour réaliser leur droit à la sécurité sociale, mais aussi pour garantir l'efficacité du marché du travail, ainsi que le développement économique et social en général. Les besoins sont généralement répartis en trois grandes catégories:

- la nécessité de remplacer le revenu perdu temporairement ou définitivement pour cause de chômage, d'accident du travail et de maladies professionnelles, d'invalidité, de maladie ou de maternité;
- la nécessité d'une aide au revenu ou d'autres mesures de protection sociale lorsque le revenu ne suffit pas à éviter la pauvreté ou l'exclusion sociale;
- la nécessité d'un appui pour rétablir la capacité de gain après la survenue d'une des éventualités énumérées ci-dessus et pour faciliter le retour à l'emploi.

Pendant leur vie active, la plupart des gens recherchent la sécurité de revenu, en premier lieu, par l'activité sur le marché du travail. La sécurité de revenu dépend fortement du niveau, de la répartition et de la stabilité des salaires et autres revenus issus du travail; elle est donc fortement influencée par les choix politiques et par la législation adoptée et appliquée dans plusieurs

domaines, dont certains sont particulièrement pertinents pour la sécurité de revenu: marché du travail et emploi, protection de l'emploi, salaires (y compris les salaires minima) et négociation collective, politiques actives du marché du travail, soutien aux travailleurs ayant des responsabilités familiales et professionnelles, égalité hommes-femmes au travail. Des cadres politiques et juridiques efficaces dans ces domaines sont essentiels pour garantir un travail décent. Cependant, les tendances récentes du marché du travail et de l'emploi, telles que les taux élevés de chômage, de sous-emploi et d'emploi précaire et informel, ainsi que la diminution des salaires réels et l'augmentation du nombre de travailleurs pauvres, ont accentué les pressions pour que les systèmes de protection sociale garantissent la sécurité de revenu des personnes en âge de travailler (par exemple, BIT, 2016b, 2017h, 2017a; Berg, 2015a).

À la lumière de ces observations, il est très clair que la sécurité de revenu ne peut pas être atteinte par le seul moyen des systèmes de protection sociale. Les politiques de protection sociale doivent être coordonnées avec des politiques bien conçues pour surmonter les difficultés rencontrées dans les domaines de l'emploi, du marché du travail et des salaires, en vue d'atténuer les charges excessives imposées aux systèmes nationaux de protection sociale et de leur permettre de travailler de manière plus efficace et efficiente.

C'est aussi l'approche adoptée dans la recommandation n° 202, qui insiste sur le fait que les socles nationaux de protection sociale doivent garantir, au minimum, la «sécurité élémentaire de revenu, se situant au moins à un niveau minimal défini à l'échelle nationale, pour les personnes d'âge actif qui sont dans l'incapacité de gagner un revenu suffisant, en particulier dans les cas de maladie, de chômage, de maternité et d'invalidité» (paragr. 5 c)). Tout en soulignant les liens vers d'autres domaines politiques, elle met également en avant la responsabilité des pays de mettre en œuvre, compte tenu du contexte national, la combinaison la

¹ L'âge actif est défini au sens large comme la tranche d'âge pendant laquelle la plupart des personnes sont économiquement actives, ou souhaitent le devenir, ce qui renvoie à l'approche fondée sur le cycle de vie de la recommandation (n° 202) sur les socles de protection sociale, 2012, sachant que, dans de nombreux contextes, les femmes et les hommes continuent d'être économiquement actifs, par choix ou par nécessité, jusqu'à un âge avancé (voir chapitre 4). Les limites supérieures et inférieures de «l'âge actif» dépendent fortement des contextes nationaux, sont définis par la législation et la pratique nationales, et dépendent souvent de la durée de la scolarité et de l'âge légal de départ à la retraite. Aux fins de la comparabilité des indicateurs statistiques, le présent rapport se conforme à la pratique internationale établie en considérant la tranche d'âge de 15 à 64 ans, mais cela ne signifie pas que toutes les personnes appartenant à cette tranche d'âge peuvent ou doivent correspondre à une notion spécifique de «travail» ou «d'activité».

² Le travail décent a été défini par l'OIT et approuvé par la communauté internationale comme étant un travail productif que les femmes et les hommes exercent dans des conditions de liberté, d'équité, de sécurité et de dignité humaine. Le travail décent revêt les caractéristiques suivantes: emploi productif et correctement rémunéré; sécurité sur le lieu de travail et protection sociale pour les travailleurs et leurs familles; possibilités de développement personnel et d'intégration sociale; liberté d'expression et d'organisation et possibilité pour les travailleurs de participer aux décisions qui les concernent; égalité de chances et de traitement pour tous.

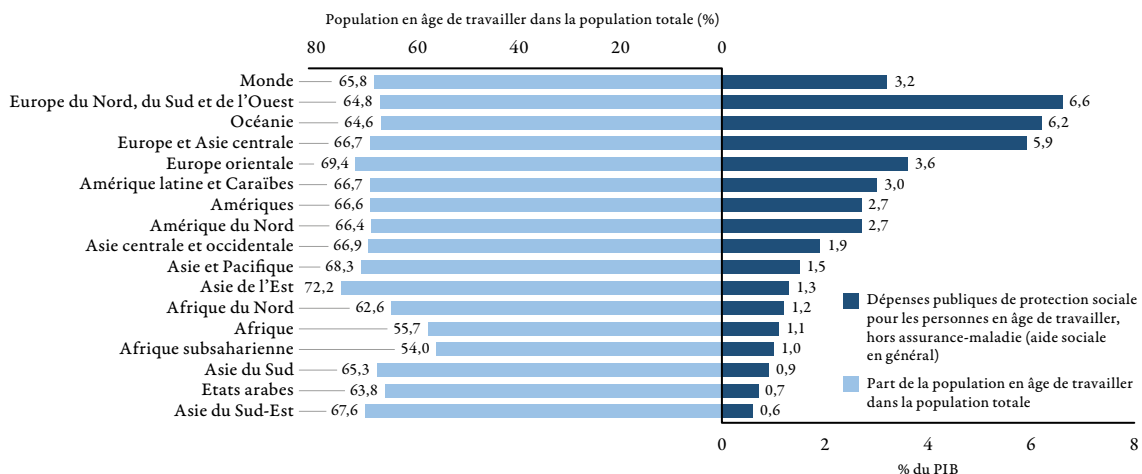
plus efficace et efficiente possible de prestations et de régimes (régimes de prestations universelles, d'assurance sociale, d'assistance sociale, d'impôt négatif sur le revenu, régimes publics d'emploi et régimes d'aide à l'emploi). La plupart des régimes contributifs protègent les personnes (et leurs ayants droit) qui ont été économiquement actives dans le passé, mais ne perçoivent plus, définitivement ou temporairement, de revenu de leur travail, à la suite de la survenue d'une de ces éventualités: perte de l'emploi actuel (prestations de chômage); maladie, invalidité sévère à plus long terme ou décès provoqués par un accident ou une maladie professionnelle (prestations en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle); circonstances qui ne sont pas directement liées au travail (prestations générales de maladie, d'invalidité et de survivants) ou encore grossesse, accouchement et responsabilités familiales (prestations de maternité, de paternité ou parentales, prestations à l'enfance ou aux familles).

Toutefois, ces régimes ne couvrent pas toujours les situations et les besoins de toutes les personnes (et de leurs ayants droit) qui sont économiquement actives, mais pas dans le secteur formel, ou bien qui ne sont pas correctement couvertes; ou encore dont le revenu tiré de l'emploi est trop faible pour les empêcher, elles et leurs familles, de basculer dans la pauvreté (travailleurs pauvres); ou enfin qui n'ont tout simplement aucun revenu, car elles ont été sans emploi ou sous-employées pendant trop longtemps pour avoir droit aux prestations, sans perspective d'amélioration de cette situation,

et ce même à long terme (BIT, 2013a; 2016b). Pour ces catégories en particulier, les régimes et les programmes non contributifs sont essentiels afin de combler les lacunes en matière de couverture et garantir au moins un niveau élémentaire de protection. Cependant, notamment dans les pays à revenu faible et intermédiaire, la couverture limitée, l'insuffisance des niveaux de prestations, la faiblesse des capacités institutionnelles et l'insuffisance et l'instabilité des financements qui caractérisent les programmes existants sont souvent problématiques. Par conséquent, la majorité des personnes en âge de travailler dans ces pays ne bénéficient pas d'une protection sociale qui leur permettrait d'assurer leurs fragiles moyens de subsistance en tant que travailleurs et entrepreneurs, ainsi que de s'affranchir durablement de la pauvreté et de la vulnérabilité (Behrendt, 2017; BIT, 2011b).

Bien que ce chapitre soit principalement axé sur les prestations en espèces, il convient de noter que les prestations en nature, en particulier les soins de santé et autres services sociaux, jouent un rôle majeur dans la sécurité de revenu pour les personnes en âge de travailler. Le rôle de la prestation de soins de santé (voir chapitre 5 pour plus de détails) est particulièrement important à cet égard: les personnes qui bénéficient d'un accès effectif à des services de santé publics de qualité ou qui sont protégées financièrement par une assurance maladie (sociale) abordable bénéficieront d'une sécurité de revenu plus élevée que celles qui risquent de devoir prendre en charge directement des coûts élevés

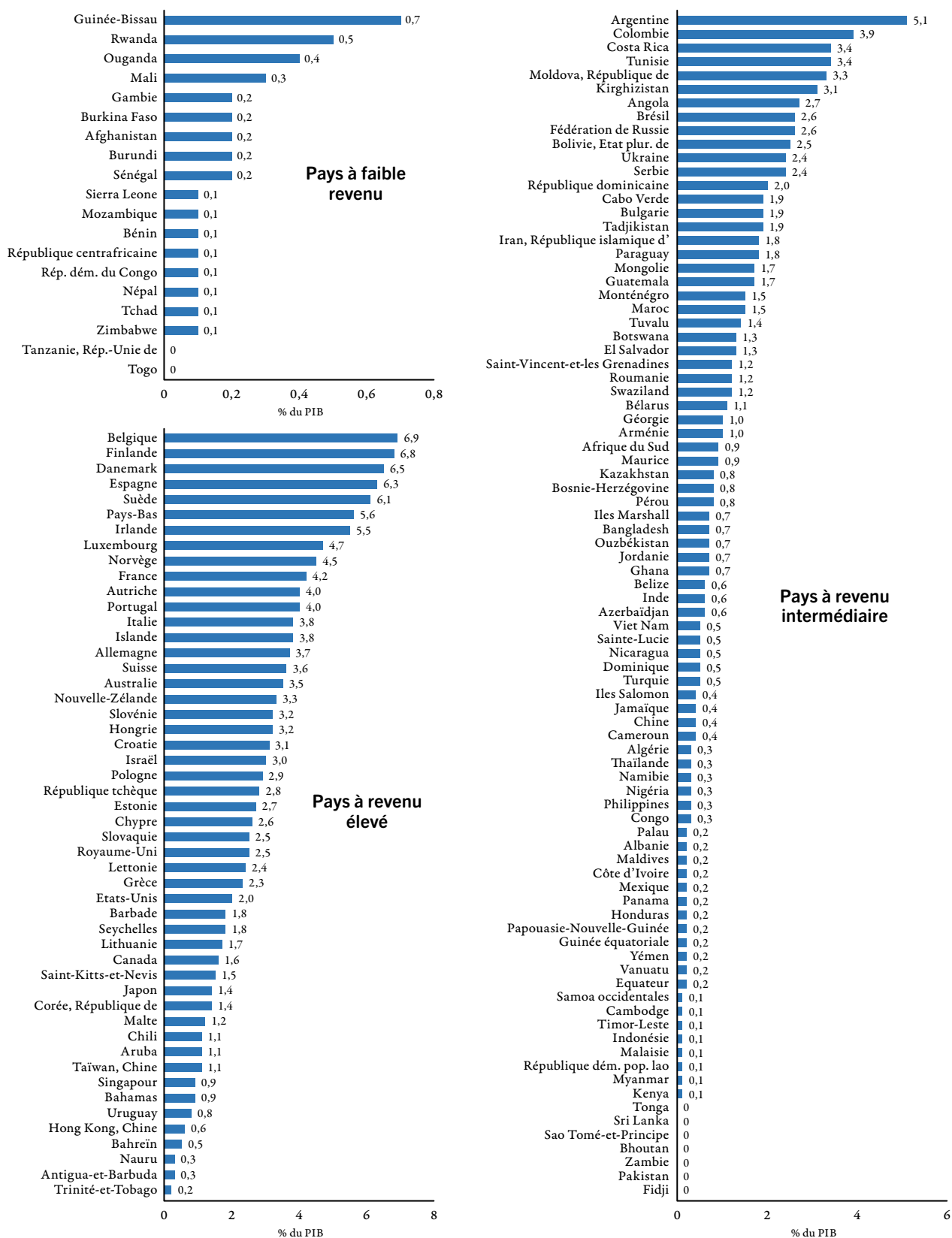
Figure 3.1 Dépenses publiques de protection sociale (hors santé) en faveur des personnes en âge de travailler (en pourcentage du PIB) et part de la population en âge de travailler (15 à 64 ans) dans la population totale (en pourcentage), dernières données disponibles



Source: BIT, base de données sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database), d'après l'enquête sur la sécurité sociale. Voir annexe IV, tableau B.17.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourcelid=54625>.

Figure 3.2 Dépenses publiques de protection sociale (hors santé) en faveur des personnes en âge de travailler (en pourcentage du PIB), selon les niveaux de revenu, dernières données disponibles



Source: BIT, base de données sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database), d'après l'enquête sur la sécurité sociale. Voir annexe IV, tableau B.17.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=54626>.

de soins de santé. L'existence d'autres services sociaux et de prestations en nature ayant une valeur monétaire, y compris les services d'éducation et de soins, peut également réduire considérablement les besoins en matière de revenu. La prestation de services tels que les services d'emploi, les programmes de développement des compétences, les structures de garde d'enfants et les services de soins de longue durée peut également avoir une incidence sur la capacité des personnes à s'engager dans un emploi rémunéré, et des répercussions importantes pour la sécurité de revenu, en particulier pour les femmes (Martinez Franzoni et Sánchez-Ancochea, 2015).

A l'échelle mondiale, près d'un tiers des dépenses publiques totales de protection sociale hors santé, qui représentent 3,2 pour cent du PIB, sont consacrées à des prestations aux personnes en âge de travailler (figures 3.1 et 3.2)³. Il s'agit notamment des prestations de maternité, de chômage, d'accidents du travail et de maladies professionnelles, d'invalidité et de l'assistance sociale générale. Dans ce chiffre global, les variations régionales sont marquées, de 0,6 pour cent en Asie du Sud-Est et 0,7 pour cent dans les États arabes à 6,6 pour cent en Europe septentrionale, méridionale et occidentale. Alors que les dépenses publiques de protection sociale (hors santé) des personnes en âge de travailler représentent près d'un tiers des dépenses globales de protection sociale hors santé en Europe occidentale, elles représentent environ la moitié de cette catégorie de dépenses en Amérique latine et au Moyen-Orient.

En Afrique, cette proportion est plus faible – environ un quart –, ce qui s'explique en partie par une moindre part de la population en âge de travailler dans la population totale, mais aussi par le manque d'attention accordée au développement de programmes de protection sociale pour les personnes en âge de travailler.

La suite de ce chapitre est divisée en quatre sections, portant respectivement sur les domaines de la sécurité sociale les plus pertinents pour les personnes en âge de travailler, à savoir:

- la protection de la maternité (section 3.2);
- la protection contre le chômage (section 3.3);
- la protection en cas d'accident du travail et de maladies professionnelles (section 3.4); et
- les prestations d'invalidité (section 3.5).

Dans chacun de ces sous-chapitres, on examinera les régimes contributifs et non contributifs, en tenant compte du fait que la couverture universelle est souvent rendue possible grâce à une combinaison des différents types de régimes, pour permettre l'extension de la couverture de protection sociale aux personnes ayant ou non des capacités contributives. L'accès aux prestations de santé et de maladie, dont les répercussions sont importantes sur la sécurité de revenu pendant la vie active, fera l'objet du chapitre 5. Ensemble, ces régimes contribuent à la mise en place de systèmes nationaux de protection sociale, socles compris.

³ Sont également incluses les dépenses consacrées aux programmes généraux de l'assistance sociale, qui représentent 0,8 pour cent du PIB à l'échelle mondiale (2,7 pour cent en Amérique latine).

3.2 Protection de la maternité

POINTS CLÉS

- La protection de la maternité est un élément central des politiques transformatrices prévues dans le cadre du Programme de développement durable à l'horizon 2030 et essentiel à la réalisation de plusieurs objectifs de développement durable (ODD), notamment les objectifs 1, 2, 3, 4, 5, 8 et 10.
- La protection de la maternité garantit la sécurité de revenu pour les femmes enceintes, les mères avec nouveau-nés et leurs familles, ainsi que l'accès effectif à des soins de santé maternelle et infantile de qualité. Elle favorise également l'égalité en matière d'emploi et dans la profession.
- Dans le monde, 45 pour cent des femmes employées sont couvertes par la loi dans le cadre de régimes obligatoires de prestations de maternité en espèces, mais les chiffres varient considérablement d'une région à l'autre.
- Les nouvelles estimations concernant la couverture effective de l'indicateur 1.3.1 des ODD montrent que seulement 41,1 pour cent des mères avec nouveau-nés dans le monde bénéficient d'une prestation de maternité, mais seulement 15,8 pour cent en Afrique. Ce manque de sécurité de revenu en fin de grossesse et après la naissance oblige de nombreuses femmes, surtout celles qui évoluent dans le secteur informel, à continuer de travailler en fin de grossesse ou à retourner au travail prématurément, ce qui représente des risques considérables pour leur santé et celle de leurs enfants.
- L'extension significative des dispositions relatives au congé de maternité rémunéré et des prestations de maternité à caractère non contributif est l'un des meilleurs moyens d'améliorer la sécurité de revenu et l'accès aux soins de santé maternelle et infantile pour les femmes enceintes et les mères de nouveau-nés, en particulier pour les femmes en situation de pauvreté.
- L'objectif de couverture universelle effective de maternité a été atteint en Ukraine et en Uruguay, et d'autres pays en développement comme l'Afrique du Sud, l'Argentine, la Colombie et la Mongolie ont accompli des progrès significatifs. Cependant, des lacunes importantes subsistent, en matière de couverture et de niveau des prestations, dans d'autres parties du monde. Garantir l'accès universel à des soins de santé maternelle de qualité doit être une priorité, en particulier dans les pays où l'économie informelle représente un pourcentage élevé de l'emploi.
- Une protection adéquate de la maternité, ainsi qu'un congé paternel et parental rémunéré, confèrent aux mères et aux pères des responsabilités en tant que soutiens de famille et éducateurs, et contribuent à un partage plus équitable des responsabilités en matière de prise en charge, conformément à la cible 5.4 des ODD sur l'égalité entre les sexes.

30

3.2.1 La protection de la maternité et les ODD

La protection de la maternité est un élément essentiel des politiques visant à prévenir et réduire la pauvreté et la vulnérabilité, promouvoir la santé, la nutrition et le bien-être des mères et de leurs enfants, atteindre l'égalité des sexes au travail et promouvoir un travail décent pour les femmes et les hommes. Bien que des progrès significatifs aient été accomplis, notamment grâce à l'attention accordée à la santé maternelle et infantile dans le cadre des objectifs du millénaire pour le développement (OMD 4 et 5), plus de 830 femmes seraient

décédées par jour en 2015 en raison de complications survenues pendant la grossesse ou la naissance de l'enfant (OMS, 2017).

Compte tenu des importantes lacunes et difficultés auxquelles sont confrontées les femmes (pauvreté, inégalités, accès à la santé maternelle et infantile), les engagements sexospécifiques relatifs à la protection sociale restent inscrits dans les objectifs de développement durable à l'horizon 2030, en particulier les objectifs relatifs à l'éradication de la pauvreté (ODD 1), l'amélioration de la nutrition et l'éradication de la faim (ODD 2), la réduction de la mortalité maternelle et

Encadré 3.1 Normes internationales concernant la protection de la maternité

La communauté internationale a longtemps considéré la protection de la maternité comme une condition préalable essentielle à la réalisation des droits des femmes et à l'égalité des sexes. Le droit des femmes à la protection de la maternité est inscrit dans certains instruments fondamentaux relatifs aux droits de l'homme. La Déclaration universelle des droits de l'homme, 1948, stipule notamment que la maternité et l'enfance ont droit à une aide et à 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 bénéficier d'une protection spéciale pendant une période de temps raisonnable avant et après la naissance des enfants, y compris d'un congé rémunéré ou d'un congé accompagné de prestations de sécurité sociale adéquates. La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, 1979, recommande de prendre des mesures spéciales pour garantir la protection de la maternité, établi comme un droit essentiel dans tous les domaines de la convention.

L'OIT est à l'origine de l'établissement de normes internationales sur la protection de la maternité, puisqu'elle a adopté la première norme internationale sur le sujet l'année même de sa fondation: la convention (n° 3) sur la protection de la maternité, 1919. Depuis, un certain nombre d'instruments progressistes ont été adoptés pour répondre à l'augmentation constante du taux d'activité des femmes dans la plupart des pays. Les normes actuelles de l'OIT en matière de protection de la maternité fournissent des orientations précises pour mener à l'échelle nationale des politiques et des actions afin que les femmes puissent concilier leurs rôles reproductif et productif. A cette fin, les normes visent à garantir que les femmes bénéficient d'un congé de maternité adéquat et de mesures de protection du revenu et de la santé, qu'elles ne subissent aucune discrimination fondée sur la maternité, qu'elles bénéficient de temps de pause pour allaiter et qu'elles ne soient pas tenues d'effectuer un travail préjudiciable à leur santé ou à celle de leur enfant. Afin de protéger la situation des femmes sur le marché du travail, les normes de protection de la maternité de l'OIT exigent spécifiquement que des prestations en espèces soient versées par des systèmes fondés sur la solidarité et la mutualisation des risques – assurance sociale obligatoire ou financement public –, tout en limitant strictement la responsabilité éventuelle des employeurs quant au coût direct des prestations. Dans le même temps, l'objectif de ces normes est de faire en sorte que les femmes accèdent à des soins et des services de santé maternelle adaptés pendant la grossesse, l'accouchement et leurs suites.

La convention (n° 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952 (partie VIII) établit des

normes minimales quant à la couverture des régimes de protection de la maternité et à l'octroi de prestations en espèces pendant le congé de maternité, afin de remédier au problème de suspension des gains pendant cette période (voir annexe III, tableau AIII.7). La convention définit également les soins médicaux qui doivent être fournis gratuitement à tous les stades de la maternité, afin de préserver, rétablir ou améliorer la santé des femmes protégées et leur capacité de travailler et de répondre à leurs besoins personnels. Les soins de santé maternelle doivent être disponibles non seulement pour les femmes participant à un programme de protection de la maternité, mais aussi pour les épouses des hommes couverts par ces régimes, également sans frais.

La convention (n° 183) sur la protection de la maternité, 2000, et la recommandation (n° 191) qui l'accompagne, sont les normes de l'OIT les plus récentes en matière de protection de la maternité. Elles définissent des normes supérieures et plus complètes sur la couverture de la population, la protection de la santé, le congé de maternité et le congé en cas de maladie ou de complications, les prestations en espèces, la protection de l'emploi et la non-discrimination, ainsi que l'allaitement maternel.

La recommandation n° 202 préconise que ces prestations soient assurées dans le cadre des garanties élémentaires de sécurité sociale, qui constituent les socles de protection sociale. Cela comprend l'accès aux soins de santé essentiels, y compris les soins de maternité, incluant un ensemble de biens et de services nécessaires, ainsi que la sécurité élémentaire de revenu pour les personnes d'âge actif dans l'incapacité de gagner un revenu suffisant, en particulier en cas de maternité. Les soins médicaux de maternité doivent répondre à des critères de disponibilité, d'accessibilité, d'acceptabilité et de qualité (CESCR, 2000); ils doivent être gratuits pour les personnes les plus vulnérables; et les conditions d'accès ne doivent pas être de nature à créer des difficultés ou augmenter le risque de pauvreté pour les personnes nécessitant des soins de santé. Les prestations en espèces doivent être suffisantes pour permettre aux femmes et à leurs enfants de vivre dans la dignité et d'échapper à la pauvreté. Les prestations de maternité doivent être octroyées au moins à tous les résidents, dans le but de garantir une protection universelle. L'appel à l'extension progressive de la protection de la maternité à tous les travailleurs de l'économie informelle est une nouvelle fois souligné dans la recommandation (n° 204) concernant la transition de l'économie informelle vers l'économie formelle, 2015. Plusieurs régimes peuvent être utilisés pour parvenir à une telle couverture, notamment les régimes universels, l'assurance sociale, l'assistance sociale et autres transferts sociaux, ainsi que les prestations en espèces ou en nature.

infantile (ODD 3), l'accès à l'éducation (ODD 4), l'égalité entre les sexes et l'autonomisation des femmes (ODD 5), la promotion d'une croissance inclusive et du travail décent (ODD 8) et la réduction des inégalités (ODD 10). Du point de vue de la protection sociale, il est primordial de garantir la sécurité de revenu pendant la période critique se situant avant et après la naissance, ainsi que l'accès aux soins de santé maternelle (BIT, 2010b; 2014c).

Les prestations de maternité en espèces qui remplacent totalement ou partiellement le revenu des femmes durant le dernier stade de la grossesse et après la naissance, ou garantissent au moins un revenu essentiel, revêtent une importance capitale pour le bien-être des femmes enceintes, des mères de nouveau-nés et de leurs familles. L'absence de sécurité de revenu pendant la phase finale de la grossesse et après la naissance oblige de nombreuses femmes, en particulier celles qui évoluent dans le secteur informel, à continuer de travailler en fin de grossesse ou à retourner au travail prématurément, ce qui représente des risques considérables pour leur santé et celle de leurs enfants. Les femmes de l'économie informelle sont particulièrement vulnérables aux risques d'insécurité de revenu et de mauvaise santé en raison de la discrimination, de conditions de travail dangereuses, de revenus souvent insuffisants et instables n'offrant qu'un accès limité à la liberté d'association, et du manque de représentation dans la négociation collective (BIT, 2016a).

Les soins de santé maternelle sont une autre composante fondamentale de la protection de la maternité. Ils se définissent comme l'accès effectif à des soins et services médicaux adéquats pendant la grossesse, l'accouchement et leurs suites, pour garantir la santé des mères et des enfants. Comme pour les soins de santé en général (chapitre 5), l'absence de protection effective quant aux soins de santé maternelle ne met pas uniquement en danger la santé des femmes et des enfants, mais expose également les familles à un risque de pauvreté considérablement accru.

Selon les normes de l'OIT (voir encadré 3.1), la protection de la maternité comprend non seulement la sécurité de revenu et l'accès aux soins de santé, mais aussi le droit à l'interruption des activités professionnelles, au repos et à la récupération au moment de la naissance. Cela garantit la protection des droits des femmes au travail pendant et après la période de maternité, au moyen de mesures de prévention des risques, de protection des femmes contre des conditions et des

environnements de travail malsains et dangereux, de sauvegarde de l'emploi, de protection contre les discriminations et les licenciements, et de retour à l'emploi après un congé de maternité sous certaines conditions qui tiennent compte de leur situation particulière et de leurs besoins spécifiques (allaitement) (BIT, 2010b; 2014a; 2014b). Ainsi, dans le but de parvenir à l'égalité de chances et de traitement entre les femmes et les hommes, la protection de la maternité tient compte des circonstances et des besoins particuliers des femmes, qui peuvent alors devenir des membres productifs de la société tout en élevant leur famille (BIT, 2014c; 2016a). L'existence de congés de paternité et parentaux rémunérés est un corollaire important des politiques de protection de la maternité, qui contribue à un partage plus équitable des responsabilités familiales (BIT, 2016a, 2014b).

3.2.2 Les régimes de protection de la maternité

Les prestations de maternité en espèces sont servies par des régimes à financement collectif – assurance sociale, prestations universelles ou assistance sociale – régis par la législation nationale relative à la sécurité sociale dans 141 des 192 pays pour lesquels des informations sont disponibles (voir figure 3.3). Les régimes d'assurance sociale constituent la grande majorité de ces programmes; ils sont en vigueur dans 138 pays, parmi lesquels 7 proposent également des régimes d'assistance sociale⁴. Au total, 50 autres pays – la plupart en Afrique ou en Asie – ont des dispositions dans leur législation du travail qui fixent une période obligatoire de congé de maternité et énoncent la responsabilité de l'employeur pour le paiement du salaire des femmes (ou un pourcentage de celui-ci) pendant cette période (voir encadré 3.2). Trois pays autorisent les femmes à prendre un congé de maternité non rémunéré, mais ne prévoient pas dans leur législation le remplacement de leur revenu.

La plupart des régimes de prestations de maternité en espèces et des dispositions relatives à la responsabilité de l'employeur ne concernent que les femmes occupant un emploi formel, en particulier celles qui répondent aux conditions d'éligibilité requises pour les régimes contributifs. Ces critères sont souvent désavantageux pour les travailleurs dont les cotisations sont irrégulières ou faibles, en particulier les travailleurs indépendants, les travailleurs à temps partiel et ceux dans d'autres formes d'emploi atypiques. Par exemple, dans

⁴ Pour plus d'informations sur les régimes en vigueur, voir annexe IV, tableau B.5.

Encadré 3.2 Protection de la maternité: régimes à financement collectif et dispositions relatives à la responsabilité de l'employeur

Les prestations de maternité en espèces peuvent être versées par l'intermédiaire de différents types de régimes, à savoir les régimes contributifs (assurance sociale), non contributifs, généralement financés par l'impôt (assistance sociale et régimes universels), les dispositions relatives à la responsabilité de l'employeur ou une combinaison de ces modalités. Les régimes à financement collectif, au moyen de cotisations d'assurance, de l'impôt ou des deux, reposent sur les principes de solidarité et de mutualisation des risques et, par conséquent, garantissent une répartition plus équitable des coûts et de la responsabilité de la reproduction. Les dispositions relatives à la responsabilité de l'employeur, en revanche, obligent les employeurs à assumer directement les coûts économiques de la maternité, ce qui constitue souvent une double charge (salaire des femmes pendant le congé de maternité et coûts de leur remplacement), même si les employeurs peuvent souscrire une assurance commerciale pour compenser ces responsabilités. Même si, individuellement, certaines travailleuses obtiennent une indemnisation appropriée en vertu de ces dispositions, pour éviter de s'acquitter des coûts connexes et échapper aux difficultés financières qu'ils pourraient entraîner dans le cas d'une petite entreprise ou en période d'instabilité, les employeurs sont parfois tentés d'adopter des pratiques qui privent les femmes de la sécurité de revenu à laquelle elles devraient avoir droit. Les discriminations contre les femmes en âge de procréer, à l'embauche, puis en cours d'emploi, ainsi que le non-paiement

de l'indemnisation due par l'employeur sont plus fréquentes en l'absence de mécanismes collectifs de financement de la protection de la maternité. La pression à laquelle sont confrontées les femmes pour reprendre le travail au détriment de leur santé ou de celle de leur enfant est également plus répandue lorsque les employeurs doivent assumer les coûts relatifs au congé de maternité.

Afin de protéger la situation des femmes sur le marché du travail, la convention (n° 183) sur la protection de la maternité, 2000, accorde une préférence à l'assurance sociale obligatoire ou aux programmes publics assurant le versement de prestations en espèces aux femmes pendant le congé de maternité, et limite ainsi la responsabilité individuelle de l'employeur consistant à payer directement des prestations à des cas très limités¹. Lorsqu'une femme ne répond pas aux conditions d'éligibilité pour les prestations de maternité, la convention n° 183 exige le versement de prestations adéquates financées par les fonds d'assistance sociale, sous conditions de ressources.

Les prestations de maternité financées collectivement sont finalement le moyen le plus efficace d'assurer un revenu aux femmes pendant le congé de maternité. Ces dernières années, plusieurs pays ont entamé une transition des dispositions relatives à la responsabilité de l'employeur vers des prestations de maternité financées collectivement. Cette tendance représente une avancée pour la promotion de l'égalité de traitement entre hommes et femmes sur le marché du travail.

¹ D'après l'article 6, paragraphe 8 de la convention n° 183: «L'employeur ne doit pas être tenu personnellement responsable du coût direct de toute prestation financière de ce genre, due à une femme qu'il emploie, sans y avoir expressément consenti, à moins: a) que cela ait été prévu par la pratique ou par la législation en vigueur dans l'Etat Membre avant l'adoption de la présente convention par la Conférence internationale du Travail; ou b) qu'il en soit ainsi convenu ultérieurement au niveau national par le gouvernement et les organisations représentatives d'employeurs et de travailleurs».

certaines pays, les cotisations de la sécurité sociale correspondent à un taux fixe (souvent autour de 20 pour cent) du salaire élémentaire de référence, qui est généralement supérieur au revenu moyen des travailleurs indépendants (BIT, à paraître, a). Par conséquent, de nombreuses femmes de l'économie formelle et informelle qui ne sont pas considérées comme étant éligibles à ces programmes, ou qui ne répondent pas à ces conditions, finissent par ne bénéficier d'aucun appui.

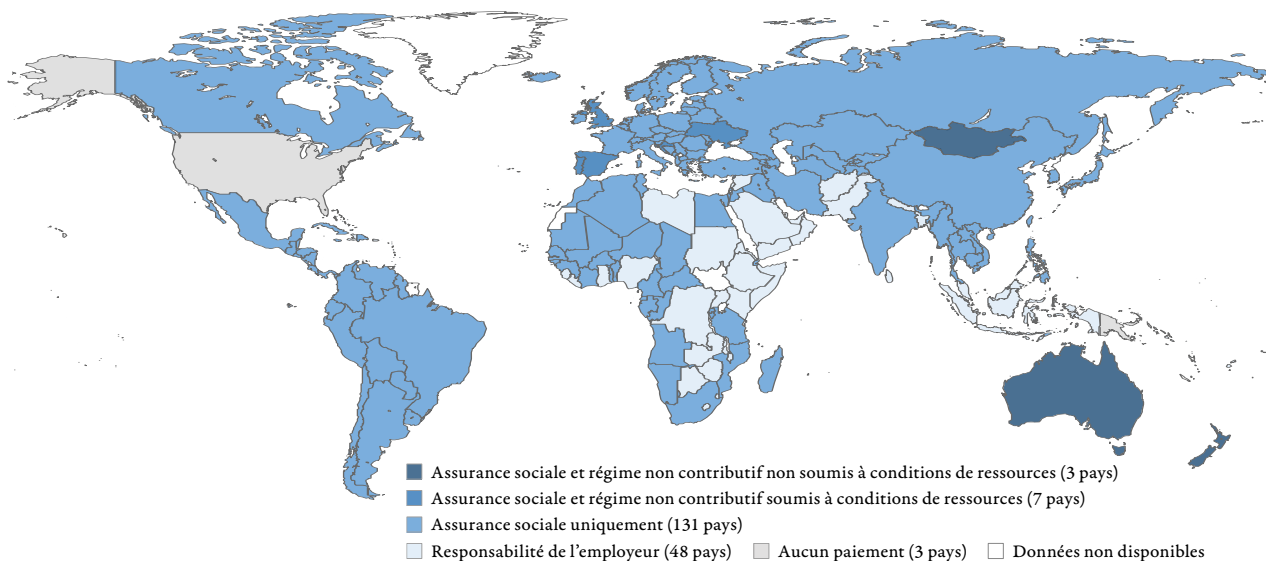
Certaines femmes occupant un emploi informel peuvent bénéficier de prestations à caractère non contributif, telles que des programmes de transferts en espèces visant à améliorer les résultats en matière de nutrition et de santé pour les femmes enceintes, les mères de jeunes enfants et leurs enfants. Cependant, ces prestations ciblent généralement les personnes les plus vulnérables, sont souvent assorties de conditions comportementales

strictes, et fonctionnent souvent selon le schéma traditionnel de la répartition du travail rémunéré pour les hommes et des travaux domestiques et responsabilités en matière de soins non rémunérés pour les femmes (BIT, 2016a, 2016e).

3.2.3 Couverture légale

Dans le monde, la grande majorité des travailleuses ne sont toujours pas protégées contre la perte de revenu en cas de maternité. Au total, 45 pour cent des femmes employées bénéficient d'une couverture obligatoire conformément à la législation, et ont donc légalement le droit de bénéficier de prestations en espèces périodiques en remplacement de leur revenu pendant leur congé de maternité. Seuls 42 pays approchent d'une couverture

Figure 3.3 Prestations de maternité en espèces, par type de régime, 2015-16



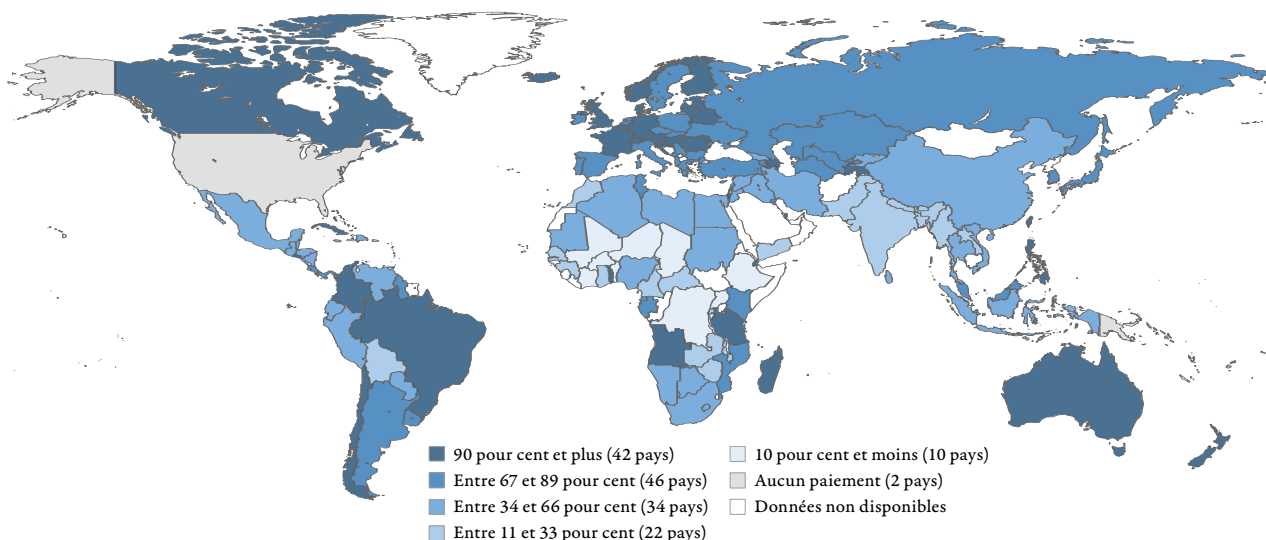
Note: Aux Etats-Unis, il n'existe pas de programme national. Dans le cadre de la loi sur le congé familial et médical (1993), le congé de maternité n'est pas rémunéré, en règle générale. Cependant, sous réserve de certaines conditions, une femme pourra utiliser ses congés payés accumulés (vacances, raisons personnelles, maladie ou congé médical rémunéré) pour bénéficier partiellement ou totalement du congé auquel elle a droit conformément à cette loi. Les Etats peuvent servir des prestations en espèces. De plus, les employeurs peuvent proposer un congé de maternité rémunéré dans le cadre des prestations liées à l'emploi. Les chiffres entre parenthèses correspondent au nombre de pays dans chaque catégorie.

Source: BIT, base de données sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database); AISS/SSA, Social Security Programs Throughout the World (les programmes de sécurité sociale dans le monde). Voir aussi annexe IV, tableau B.5.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourcelid=54627>.

34

Figure 3.4 Couverture légale en matière de protection de la maternité: pourcentage des femmes employées légalement protégées en cas de perte de revenu pendant le congé de maternité, 2015 ou dernières données disponibles

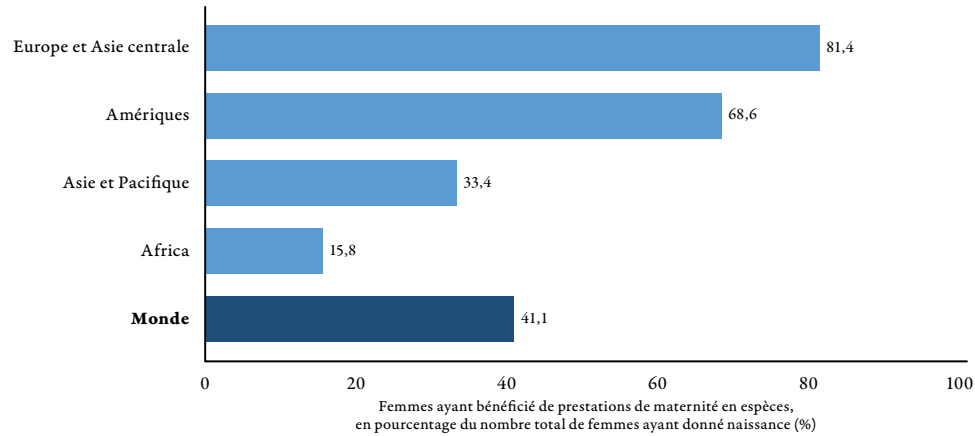


Note: La couverture légale fait référence à la législation en matière de sécurité sociale, aussi bien qu'au droit du travail. Les chiffres entre parenthèses correspondent au nombre de pays de chaque catégorie.

Source: BIT, base de données sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database); AISS/SSA, Social Security Programs Throughout the World (les programmes de sécurité sociale dans le monde); Commission européenne, Système d'information mutuelle sur la protection sociale (MISSOC). Voir aussi annexe IV, tableau B.5.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourcelid=54628>.

Figure 3.5 Indicateur 1.3.1 des ODD sur la couverture effective des mères avec nouveau-nés: pourcentage des femmes ayant donné naissance qui bénéficient de prestations de maternité en espèces, par région, 2015 ou dernières données disponibles



Note: La proportion des femmes ayant donné naissance et bénéficiant de prestations de maternité est calculée selon le ratio du nombre de femmes bénéficiant des prestations de maternité/nombre de femmes ayant donné naissance la même année (estimations d'après les taux de fertilité en fonction de l'âge ou le nombre de naissances vivantes ajusté en fonction de la part de naissances de jumeaux ou de triplés). Estimations régionales et mondiales pondérées en fonction du nombre de femmes ayant donné naissance. Les données relatives aux autres régions ne sont pas suffisantes pour produire des estimations régionales. Voir aussi annexe II.

Source: BIT, base de données sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database), d'après l'enquête sur la sécurité sociale; base de données ILOSTAT; UNWPP; sources nationales. Voir aussi annexe IV, tableaux B.3 et B.5.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=54629>.

universelle, avec plus de 90 pour cent des travailleuses jouissant du droit aux prestations de maternité obligatoires (voir figure 3.4). Dans le même temps, dans 10 pays, dont la plupart en Afrique subsaharienne, moins de 10 pour cent des travailleuses sont légalement couvertes. Pourtant, à moins que ces dispositions légales ne soient pas mises en œuvre et appliquées de manière adéquate, les femmes accèdent parfois difficilement aux prestations auxquelles elles ont droit.

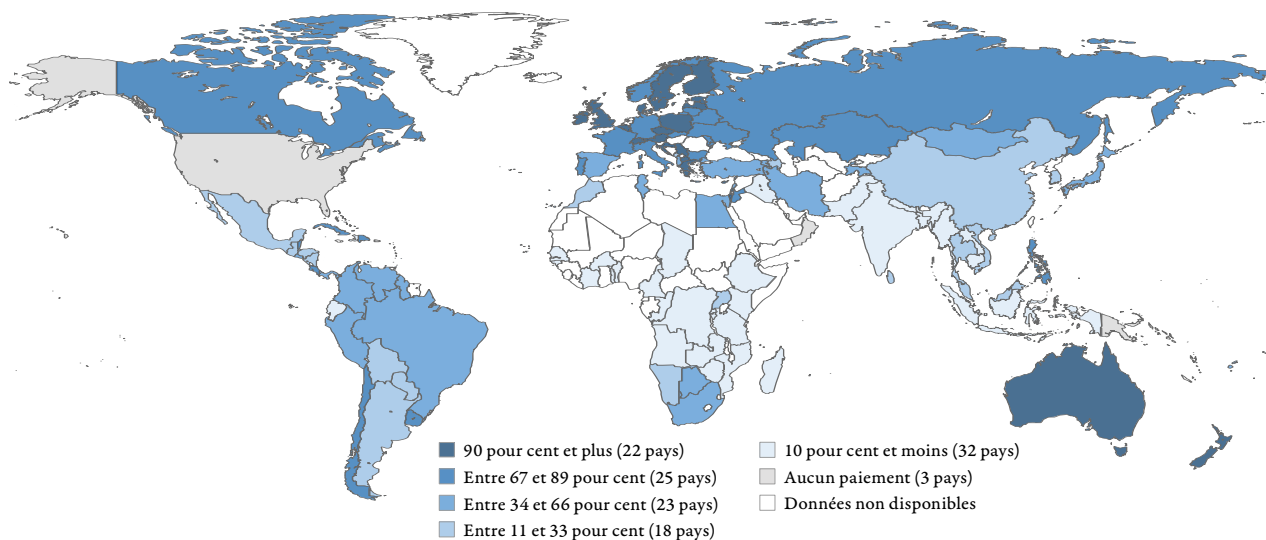
3.2.4 Couverture effective: suivi de l'indicateur 1.3.1 des ODD pour les mères avec nouveau-nés

En ce qui concerne la couverture effective des prestations de maternité, les nouvelles estimations du BIT pour l'indicateur 1.3.1 des ODD montrent que seulement 41,1 pour cent des femmes avec nouveau-nés bénéficient d'une prestation à caractère contributif ou non contributif, et que les chiffres varient considérablement d'une région à l'autre. Alors que plus de 80 pour cent des femmes ayant accouché bénéficient d'une prestation de maternité en Europe et en Asie centrale, ce n'est le cas que de 16 pour cent des femmes en âge de procréer en Afrique (voir figure 3.5).

L'insuffisance de couverture s'explique en grande partie par la prévalence de l'emploi informel et l'absence de mécanismes appropriés pour couvrir les femmes hors du marché de l'emploi formel. Comme l'indique un indicateur supplémentaire de la couverture effective, seule une minorité de femmes employées contribuent à l'assurance sociale ou sont protégées par l'intermédiaire de prestations en espèces à caractère non contributif (voir la figure 3.6).

La couverture universelle de maternité est caractéristique des pays à revenu élevé. L'universalité de la couverture effective de maternité a également été réalisée en Mongolie, en Ukraine et en Uruguay, tandis que d'autres pays en développement, notamment l'Afrique du Sud, l'Argentine et la Colombie ont accompli des progrès considérables. Parmi les 123 pays disposant de données, seuls 22 pays fournissent une couverture effective proche d'une couverture universelle à plus de 90 pour cent des travailleuses, la plupart en Europe; 25 pays couvrent entre 67 et 89 pour cent des femmes, 23 pays entre 33 et 66 pour cent; 18 pays entre 11 et 33 pour cent; 32 pays, moins de 10 pour cent; et, dans 3 pays, le congé de maternité n'est pas rémunéré (figure 3.6). Le chapitre 6 présente les données nationales et régionales.

Figure 3.6 Couverture effective en matière de protection de la maternité: pourcentage des femmes employées cotisant à des régimes de prestations de maternité en espèces ou ayant droit au versement de ces prestations, 2015 ou dernières données disponibles



Note: Les chiffres entre parenthèses correspondent au nombre de pays de chaque catégorie.

Sources: BIT, base de données sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database), d'après l'enquête sur la sécurité sociale; base de données ILOSTAT; sources nationales.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourcelid=54630>.

3.2.5 Adéquation des prestations de maternité au regard de la sécurité de revenu pendant le congé de maternité

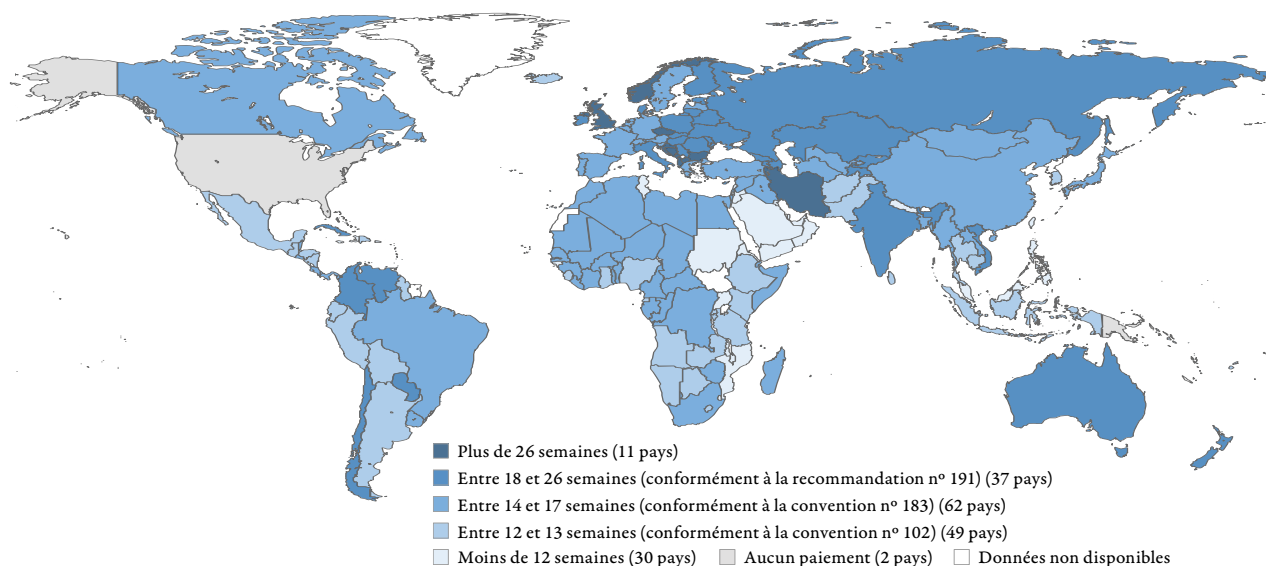
L'adéquation des prestations en espèces fournies pendant le congé de maternité pour répondre aux besoins des mères et de leurs bébés peut être évaluée au regard de la durée et du montant. Pour que les femmes se rétablissent complètement après la naissance de l'enfant, 99 pays sur 192 proposent au moins 14 semaines de congé de maternité rémunéré, conformément aux normes de la convention n° 183; 37 pays proposent entre 18 et 26 semaines; et 11 pays plus de 26 semaines (voir figure 3.7). Dans 49 pays, la durée du congé de maternité rémunéré est de 12 à 13 semaines, conformément à la norme minimale établie dans la convention n° 102. Dans 30 pays, le congé de maternité assorti de prestations en espèces est inférieur à 12 semaines.

Le niveau de la prestation de maternité en espèces, calculé par rapport à la proportion du salaire antérieur des femmes pour un nombre minimal de semaines de congé de maternité rémunéré, varie considérablement d'un pays à l'autre (figure 3.8). Dans 73 pays (sur un total de 192), les femmes ont droit à un congé de maternité rémunéré correspondant au moins aux deux tiers de leur salaire régulier pour une durée minimale de 14 semaines, conformément au seuil de référence

prescrit dans la convention n° 183. Dans 26 pays, les femmes peuvent bénéficier de 100 pour cent de leur salaire régulier pendant au moins 18 semaines, conformément à la norme la plus élevée établie dans la recommandation n° 191. Six autres pays servent des prestations à taux fixe (salaire minimum). Dans un grand nombre de pays (52), les femmes ont donc le droit de bénéficier de prestations inférieures à 67 pour cent des salaires antérieurs pour un minimum de 12 à 13 semaines, ce qui est inférieur au minimum prescrit dans la convention n° 183, mais répond encore aux exigences minimales de la convention n° 102. Dans 32 pays, la prestation en espèces correspond à moins de 45 pour cent du salaire antérieur, ou la période de congé de maternité rémunéré est de 12 semaines ou plus.

Plusieurs pays ont prolongé la durée du congé de maternité rémunéré dans leur législation, à la suite de l'adoption de la convention n° 183 en 2000. Bien qu'ils ne l'aient pas encore ratifiée, la Chine, la Colombie et Malte respectent désormais les exigences minimales relatives au niveau de prestations fixé par cette convention, et plusieurs pays (Bangladesh, Chili, Inde, République bolivarienne du Venezuela et Viet Nam) le dépassent. D'autres pays (Finlande, Irlande) ont augmenté le taux minimal des niveaux de prestations et des mécanismes d'indexation.

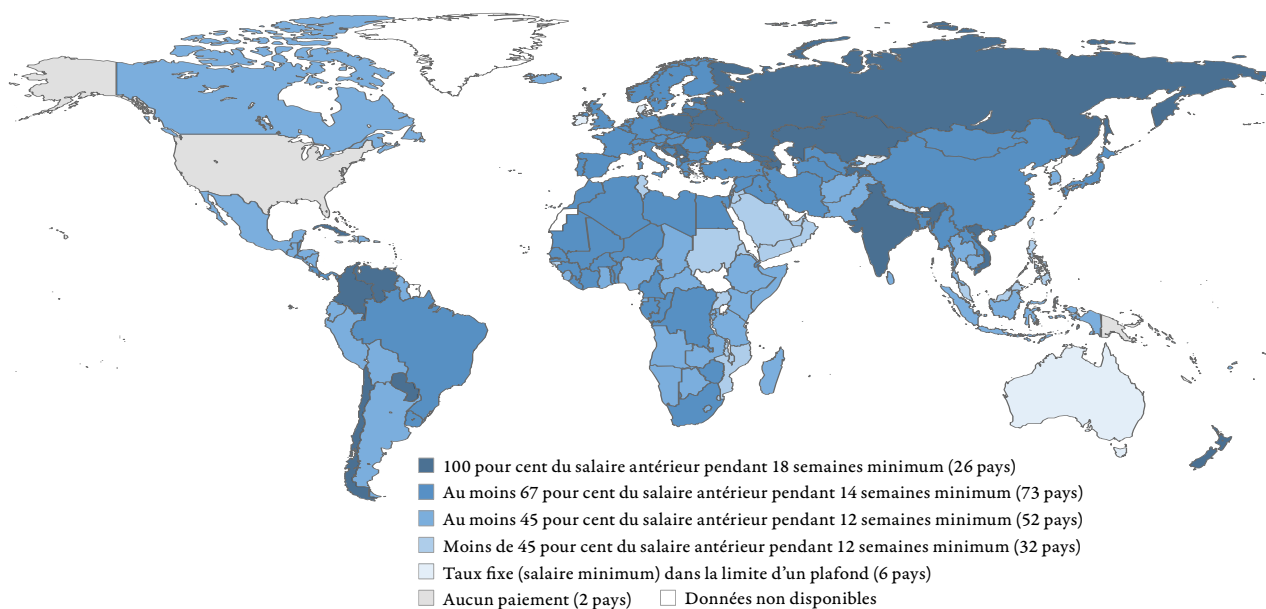
Figure 3.7 Durée du congé de maternité rémunéré selon la législation nationale, 2015 ou dernières données disponibles (semaines)



Sources: BIT, base de données sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database); AISS/SSA, Social Security Programs Throughout the World (les programmes de sécurité sociale dans le monde). Voir aussi annexe IV, tableau B.5.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=54631>.

Figure 3.8 Niveau de prestations de maternité en espèces en pourcentage des salaires antérieurs, 2015 ou dernières données disponibles



Note: Si le niveau des prestations de maternité évolue pendant le congé de maternité (par exemple, s'il passe de 100 pour cent du salaire antérieur pendant les quatre premières semaines à 80 pour cent pendant les semaines suivantes), la figure montre le niveau moyen pendant la durée totale du congé de maternité. Les chiffres entre parenthèses correspondent au nombre de pays de chaque catégorie.

Source: BIT, base de données sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database); AISS/SSA, Social Security Programs Throughout the World (les programmes de sécurité sociale dans le monde). Voir aussi annexe IV, tableau B.5.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=54632>.

3.2.6 Accès aux soins de santé maternelle

L'accès effectif à des soins et services de santé prénatals et postnatals gratuits, ou au moins abordables et adaptés pour les femmes enceintes et les mères de nouveau-nés constitue un élément essentiel de la protection de la maternité. La réduction de la mortalité maternelle et infantile est mise en lumière dans les cibles 3.1 et 3.2 des ODD, ainsi que dans la cible 5.6⁵. L'accès aux soins de santé maternelle est étroitement lié à l'accès aux soins de santé en général (voir ODD 3.8 et chapitre 5).

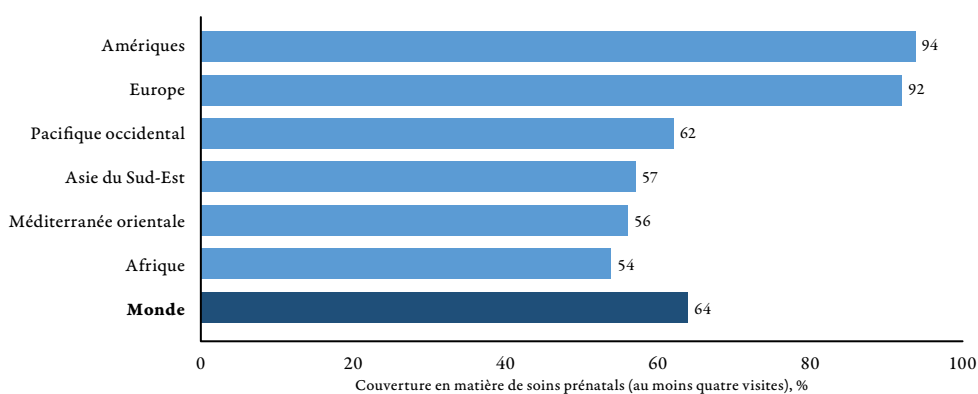
Bien que des progrès remarquables aient été accomplis dans de nombreux pays en matière de réduction de la mortalité maternelle et infantile, certains pays rencontrent encore de grandes difficultés dans ce domaine (OMS, 2017). Malgré les avancées significatives, l'accès effectif aux soins prénatals est encore loin d'être universel dans de nombreuses régions du monde (voir figure 3.9). Selon les dernières données disponibles, moins de deux tiers des femmes enceintes bénéficient des quatre consultations recommandées dans un établissement de santé avant la naissance de l'enfant.

Alors que la proportion de naissances assistées par du personnel de santé qualifié augmente à l'échelle mondiale grâce à des investissements accrus dans les systèmes de santé et à un plus grand intérêt politique accordé à la santé maternelle et infantile, près de la moitié de toutes les naissances en Afrique ne

bénéficient pas du niveau d'assistance médicale requis, ce qui contribue aux niveaux inacceptables de mortalité maternelle et infantile (voir figure 3.10).

La couverture santé est un déterminant essentiel de l'accès aux soins de santé maternelle. L'accès aux soins prénatals est élevé lorsque la majorité de la population bénéficie de la protection de la santé, mais plus faible lorsqu'une grande partie de cette population n'est pas protégée (BIT, 2014a). Lorsque l'accès effectif aux soins de santé n'est pas universel, les privations économiques se traduisent souvent par des privations en matière de santé (voir chapitre 5). En ce qui concerne l'accès aux soins de santé maternelle, des inégalités importantes subsistent entre les zones urbaines et les zones rurales et entre les groupes les plus riches et les plus pauvres de la population (Nawal, Sekher et Goli, 2013). Par exemple, au Népal ou au Sénégal, plus de 80 pour cent des femmes dans le quintile le plus riche sont assistées par du personnel de santé qualifié, contre moins d'un tiers dans le quintile le plus pauvre (voir figure 3.11). Le manque de personnel de santé qualifié et la médiocrité des conditions de travail aggravent les lacunes en matière de couverture. Des inégalités aussi durables ont des effets désastreux sur la santé maternelle et infantile, et des conséquences à long terme souvent néfastes sur la réduction de la pauvreté, l'égalité entre les sexes et l'autonomisation économique des femmes.

Figure 3.9 Couverture en matière de soins prénatals par région, dernières données disponibles (en pourcentage de naissances vivantes)



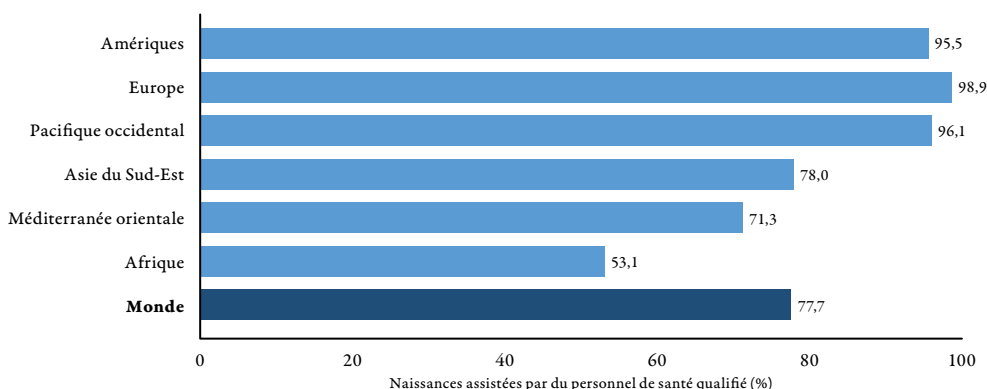
Note: La mesure des soins prénatals est exprimée en pourcentage des femmes âgées de 15 à 49 ans qui ont donné naissance à un enfant vivant dans une période donnée et ont bénéficié de soins prénatals fournis par du personnel de santé qualifié (docteurs, infirmières ou sages-femmes) au moins quatre fois durant leur grossesse. La classification régionale est conforme à la classification de l'OMS.

Source: Observatoire mondial de la santé de l'OMS, plusieurs années.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=54633>.

⁵ Une part importante de la mortalité maternelle est liée aux avortements risqués. L'accès à la santé génésique et aux droits en la matière est une composante essentielle des soins postnatals pour les femmes, en vue de garantir des grossesses espacées, de réduire globalement la fertilité, et ainsi de réduire la pauvreté et d'atteindre l'égalité entre hommes et femmes au travail.

Figure 3.10 Naissances assistées par du personnel de santé qualifié, dernières données disponibles (en pourcentage)

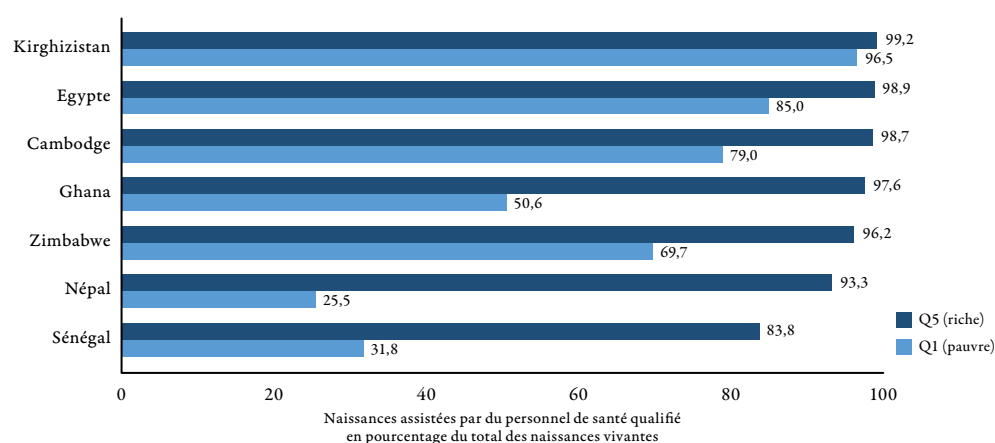


Note: La classification régionale est conforme à la classification de l'OMS.

Sources: Observatoire mondial de la santé de l'OMS, plusieurs années; sources nationales.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=54634>.

Figure 3.11 Inégalités en matière d'accès aux services de soins de santé maternelle selon le quintile de richesse, sélection de pays, dernières données disponibles (en pourcentage)



Notes: Les inégalités en matière d'accès aux services de santé maternelle sont exprimées en pourcentage des naissances assistées par du personnel de santé qualifié par rapport au nombre total des naissances vivantes durant la même période, au cours des deux ou trois années précédant l'enquête.

Source: Calculs réalisés par le BIT d'après l'Observatoire mondial de la santé de l'OMS.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=54635>.

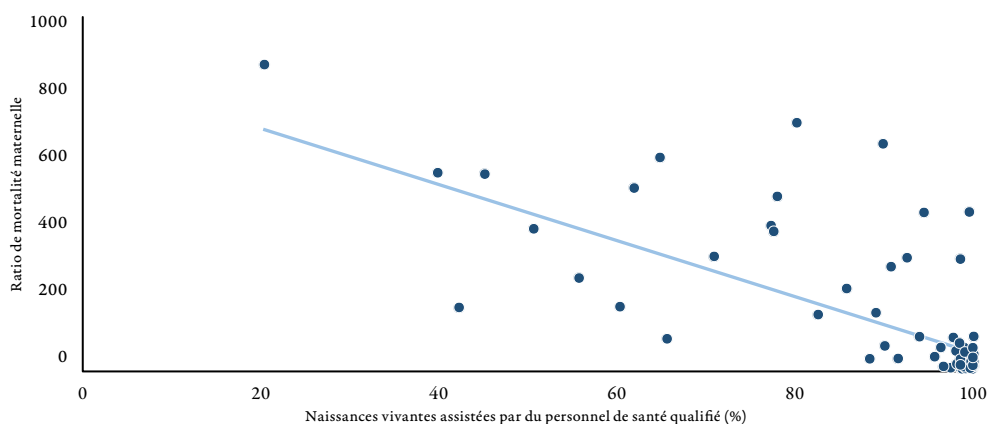
L'existence de services de soins maternels de qualité (mesurée en se référant au pourcentage des naissances supervisées par du personnel qualifié) est associée à des taux de mortalité maternelle plus faibles (voir figure 3.12). En outre, les éléments de preuve disponibles suggèrent que la sécurité de revenu contribue également au bien-être des femmes enceintes, des mères de nouveau-nés et de leurs enfants. Les pays dont le niveau de couverture est plus élevé pour les prestations de maternité obtiennent généralement de meilleurs résultats concernant les taux de mortalité maternelle (BIT, 2014a). Ces résultats justifient d'adopter une approche globale de la protection de la maternité qui

combine les soins de santé maternelle et la sécurité de revenu, complétée par des mesures de sécurité et de santé au travail, comme il est précisé dans les normes relatives à la protection de la maternité de l'OIT.

3.2.7 Pour une protection universelle de la maternité: perspectives et enjeux

La protection effective de la maternité est l'un des piliers de la protection sociale contribuant à l'amélioration de la vie des mères et de leurs enfants, à l'amélioration des résultats en matière de santé et de nutrition et à l'égalité

Figure 3.12 Mortalité maternelle (pour 100000 naissances vivantes) et naissances vivantes assistées par du personnel de santé qualifié (en pourcentage), 2015



Note: Données disponibles pour 83 pays.

Source: D'après les données de l'Observatoire mondial de la santé (OMS).

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourcelid=54636>.

40

entre hommes et femmes. La garantie de la protection de la maternité à toutes les femmes permet non seulement de réaliser les droits fondamentaux des femmes et des enfants, mais il s'agit aussi d'un investissement dans le capital humain de chaque pays. Pourtant, à l'échelle mondiale, les femmes ne bénéficient pas encore assez d'un niveau adéquat de protection de la maternité, pour ce qui est de l'accès aux soins maternels et de la garantie de la sécurité de revenu.

L'extension de la couverture en matière de protection de la maternité aux femmes qui n'étaient pas protégées auparavant contribue à l'amélioration de la sécurité

de revenu pendant une période critique de la vie. De telles réformes peuvent être effectuées grâce à la mise en œuvre d'une combinaison de mesures décrites ci-après.

Le remplacement des mécanismes complets ou partiels relatifs à la responsabilité de l'employeur par des mécanismes d'assurance sociale à financement collectif est une étape essentielle pour renforcer l'efficacité de la protection de la maternité et supprimer les obstacles à l'emploi des femmes (voir encadré 3.3). Certains pays, comme la Jordanie, s'éloignent de la responsabilité totale de l'employeur (BIT, 2014a, 2016a). D'autres, comme l'Afrique du Sud, étendent la couverture des

Encadré 3.3 L'extension de la couverture en matière de protection de la maternité au moyen de l'assurance sociale: Afrique du Sud, Jordanie, République démocratique populaire lao, Rwanda et Territoire palestinien occupé

Au cours des dernières années, plusieurs pays ont procédé à l'extension de la couverture relative aux prestations de maternité au moyen de l'assurance sociale.

En **Afrique du Sud**, la protection de la maternité et la protection contre le chômage ont été étendues aux travailleurs domestiques et saisonniers en 2003. Cinq ans plus tard, 633 000 travailleurs domestiques étaient enregistrés et 324 000 bénéficiaient de prestations.

Le régime de l'assurance sociale de **Jordanie** fournit une couverture de la maternité depuis 2011 aux travailleuses du secteur privé; elle est financée par les cotisations de l'employeur à hauteur de 0,75 pour cent des revenus imposables. Grâce à ce régime, les femmes assurées bénéficient d'un congé de maternité rémunéré à hauteur de 100 pour cent du salaire antérieur pendant dix semaines maximum.

Sources: BIT (2014b; 2016a; 2016b) et sources nationales.

En **République démocratique populaire lao**, les travailleurs informels ont la possibilité d'être couverts par la loi sur la sécurité sociale de 2014 sur la base du volontariat, mais la couverture effective est jusqu'ici limitée.

La loi de protection de la maternité du **Rwanda** (2016) étend la durée du congé de maternité rémunéré à 12 semaines avec un salaire complet, dont la moitié est maintenant versée par un nouveau régime d'assurance maternité géré par le Conseil de sécurité sociale du Rwanda et financé par une cotisation à hauteur de 0,6 pour cent du salaire, équitablement répartie entre l'employé et l'employeur (voir encadré 6.5).

Dans le **Territoire palestinien occupé**, la loi sur la sécurité sociale adoptée en 2016 introduira un régime complet d'assurance sociale comprenant la couverture de la maternité.

Encadré 3.4 Extension de la couverture en matière de protection de la maternité au moyen de programmes d'assistance sociale non contributifs: Bangladesh, Ethiopie, Inde, Pérou, République-Unie de Tanzanie et Togo

Certains pays ont établi des programmes de transferts en espèces pour les femmes enceintes et les mères de nouveau-nés.

Au **Bangladesh**, le programme d'allocation de maternité pour les mères allaitantes en situation de pauvreté (MAP – *Maternity Allowance Programme for Poor Lactating Mothers*) introduit en 2008 fournit un appui ponctuel aux femmes pauvres âgées de plus de 20 ans dans les zones rurales pendant leur première ou deuxième grossesse d'un montant de 350 taka par mois (près de 4,50 dollars) pour une période de deux ans. Le programme MAP couvrait 220 000 femmes pendant la période 2014-15 et représentait un coût de 0,01 pour cent du PIB. En outre, les allocations pour les mères allaitantes ayant un faible revenu dans les zones urbaines couvraient environ 100 000 femmes pour la même période et un coût de 0,0045 pour cent du PIB.

Le programme de filet de sécurité productif de l'**Ethiopie** (PSNP – *Productive Safety Net Programme*) verse aux femmes enceintes en situation d'insécurité alimentaire et ménages pauvres, quel que soit leur statut d'emploi, des prestations en espèces après six mois de grossesse et pendant les dix premiers mois suivant la naissance. Les femmes sont ainsi dispensées de participer aux travaux publics, et ce programme pourrait être assimilé à un congé de maternité rémunéré. Cependant, sur le terrain, les femmes ont plusieurs fois déclaré qu'elles continuaient à travailler pendant leur grossesse, car elles craignaient la perte de leur droit aux prestations à la suite de l'interruption de leur activité.

En **Inde**, le programme Indira Gandhi Matritva Sahyog Yojana (IGMSY), lancé en 2010 dans 53 districts pilotes, vise à améliorer le statut sanitaire et nutritionnel des femmes et de leurs enfants. Les femmes enceintes et allaitantes âgées de 19 ans et plus, quel que soit leur statut d'emploi, reçoivent des prestations de maternité en espèces pour leurs deux

premières grossesses. Un transfert en espèces égal à 91,50 dollars est versé en trois fois aux femmes inscrites qui respectent des critères particuliers (examens médicaux pour la mère et l'enfant, allaitement maternel exclusif, vaccinations et participation à des séances de conseils en matière de santé). Les transferts en espèces équivalent à près de 40 jours de perte de travail sur la base du salaire minimum.

Au **Pérou**, le programme de transferts conditionnels en espèces JUNTOS introduit en 2005 fournit des transferts en espèces aux femmes enceintes, aux enfants et aux adolescents en situation de pauvreté extrême jusqu'à l'âge de 19 ans. Ils reçoivent 200 soles tous les deux mois sous certaines conditions: les femmes enceintes doivent se rendre à des consultations prénatales, les enfants doivent se soumettre à des examens médicaux et aller à l'école. En 2014, le programme JUNTOS a touché 753 638 ménages.

Le programme de transferts en espèces en faveur des enfants vulnérables dans le nord du **Togo** fournit tous les mois des prestations en espèces non conditionnelles aux ménages vulnérables pour prévenir et contrôler la malnutrition infantile. Les personnes qui sont éligibles sont les femmes enceintes (d'au moins trois mois), les enfants pendant les 24 premiers mois de leur vie et les enfants souffrant de grave malnutrition jusqu'à l'âge de 5 ans. Les bénéficiaires sont encouragés à participer à des séances de formation nutritionnelle et à veiller à ce que leurs enfants bénéficient d'une éducation et de soins de santé.

En **République-Unie de Tanzanie**, le Fonds d'action sociale (TASAF) verse des transferts en espèces aux femmes enceintes à hauteur de 6 dollars tous les deux mois à condition qu'elles se rendent à quatre examens médicaux prénatals ou à des séances d'information sur la santé et la nutrition tous les deux mois, en fonction de la disponibilité des services, et présentent régulièrement leurs enfants à des visites médicales de contrôle.

Sources: BIT (à paraître, a; 2016a, d'après BIT (2014a; 2014b; 2014c); Cirillo et Tebaldi (2016); Fultz et Francis (2013).

mécanismes d'assurance sociale existants à d'autres catégories de travailleurs.

L'introduction ou l'extension de prestations de maternité à caractère non contributif, financées par l'impôt ou dans certains cas, des subventions extérieures, est l'un des meilleurs moyens d'assurer la protection de la maternité pour les femmes qui ne font pas partie de l'emploi formel ou celles de l'économie formelle qui ne peuvent pas prétendre aux prestations à caractère contributif à cause de la forme et des conditions de leur relation de travail (BIT, 2014d; 2016a). Les prestations à caractère non contributif ne sont généralement pas directement associées à une interruption de l'emploi

sous la forme d'un congé de maternité, mais poursuivent l'objectif plus large consistant à fournir aux femmes enceintes et aux mères avec nouveau-nés une prestation en espèces prévisible durant la dernière phase de la grossesse et après l'accouchement (voir encadré 3.4). Elles constituent donc une source importante de sécurité de revenu pendant la période de la naissance en l'absence de prestations à caractère contributif. De nombreux programmes mettent l'accent sur l'amélioration des résultats en matière de santé et de nutrition, de la conception aux premières années de l'enfant. Ces programmes ciblent généralement les femmes enceintes et les enfants jusqu'à l'âge de 2 ans («1 000 premiers jours») des ménages en

Encadré 3.5 Congé de paternité et congé parental: promouvoir l'implication du père

Bien que la protection de la maternité soit directement liée au rôle biologique des femmes, en particulier en ce qui concerne le temps de récupération postaccouchement et l'allaitement maternel exclusif, la plupart des soins nécessaires à un nouveau-né peuvent être répartis entre les deux parents. Les mères et les pères ont des rôles essentiels dans l'éducation et les interactions avec les enfants. La participation accrue des pères n'a pas seulement des effets positifs sur la santé des enfants et la relation parent-enfant, mais elle contribue également à l'égalité hommes-femmes à la maison et au travail.

De nombreux pays ont donc réformé leur politique relative au congé parental pour favoriser l'implication des pères dans l'éducation en introduisant un congé

de paternité ou en rallongeant le congé existant, ainsi qu'en mettant en place des mesures incitatives visant à promouvoir le congé parental pour les hommes. En 1994, seuls 40 pays présentaient des dispositions légales relatives au congé de paternité. En 2015, le droit au congé de paternité était prévu dans au moins 94 pays sur les 170 disposant de données. Le Myanmar et l'Uruguay, par exemple, ont prolongé leur congé de paternité payé par l'assurance sociale. La République islamique d'Iran a introduit un congé obligatoire de deux semaines pour les pères en 2013. Les autres pays qui ont récemment introduit ou prolongé un congé de paternité rémunéré sont l'Etat plurinational de Bolivie, la République démocratique populaire lao, le Mexique, le Nicaragua, le Paraguay et le Portugal.

Source: d'après BIT (2016a).

situation d'insécurité alimentaire, et combinent souvent des prestations en espèces avec des visites de soins prénatals et postnatals, des compléments alimentaires et des séances d'information sur l'allaitement maternel et la nutrition. Certains programmes visent clairement à accroître l'acceptation des méthodes de planification familiale et à réduire le nombre de mariages d'enfants. Les prestations ne sont généralement versées qu'à des femmes répondant à des conditions d'âge, et seulement pour un certain nombre de grossesses. Nombre d'entre eux ciblent les familles à faible revenu ou en situation d'insécurité alimentaire, et sont financés par le budget du gouvernement, parfois même avec une aide extérieure. De plus, de nombreux programmes existants ne sont pas (encore) régis par la législation nationale et n'établissent donc ni un fondement juridique et financier stable pour le programme ni une définition claire des critères d'éligibilité et des paniers de prestations.

Bien que ces programmes liés à la nutrition contribuent dans une certaine mesure à la sécurité de revenu, bien souvent le niveau et la fréquence des prestations en espèces ne suffisent pas à garantir une protection adéquate contre la précarité économique et les difficultés en matière de santé pour les femmes et leurs enfants pendant toute la période critique. Pour garantir au moins un niveau minimal de sécurité de revenu, il faut tenir compte de plusieurs besoins, notamment en matière de nourriture, logement, soins de santé, transports, vêtements, garde des enfants et autres soins non rémunérés, ainsi que de la perte de revenu des femmes autour de la période de la naissance. Il a été prouvé que les objectifs en matière de sécurité alimentaire et de nutrition ne peuvent être atteints que si les transferts en espèces

sont suffisamment élevés pour couvrir non seulement les besoins alimentaires, mais aussi les besoins essentiels non alimentaires (Devereux, 2015). En d'autres termes, si les programmes de transferts en espèces axés sur la nutrition en faveur des femmes pauvres et en situation d'insécurité alimentaire contribuent également à la sécurité de revenu pour elles-mêmes et leurs enfants pendant et après la grossesse, les niveaux de transferts en espèces doivent être suffisamment élevés pour couvrir aussi les besoins essentiels non alimentaires et soulager les femmes de la pression qu'elles subissent pour s'engager dans des activités rémunérées et non rémunérées à un stade avancé de leur grossesse ou revenir trop tôt après la naissance.

En outre, les programmes de transferts en espèces doivent tenir compte de l'évolution de la répartition du travail rémunéré, des travaux domestiques non rémunérés et des responsabilités en matière de soins (BIT, 2016a). En attribuant aux femmes la responsabilité principale de respecter les exigences des programmes de transferts conditionnels en espèces, elles sont constamment perçues comme les seules personnes responsables de la santé et de l'éducation des enfants (Fultz et Francis, 2013; Molyneux, 2007). Les transferts conditionnels en espèces visant à améliorer la santé et le statut nutritionnel des enfants immédiatement après la naissance (idéalement pendant la période du congé de maternité conformément à la convention n° 183) doivent donc tenir compte du fait que les mères et les pères ont chacun des responsabilités en tant que soutiens de famille et éducateurs (voir encadré 3.5) et inclure des modalités de mise en œuvre et des services, tels que des services de garde de qualité et abordables et des activités de sensibilisation qui remettent

Encadré 3.6 Atteindre la couverture universelle en combinant financement par les cotisations et financement par l'impôt: les exemples de l'Australie et de la Mongolie

Pour atteindre une couverture universelle, certains pays combinent financement par les cotisations et financement par l'impôt.

En **Australie**, le régime national de congé parental rémunéré, mis en place en 2011, établit le droit à 18 semaines de congé parental rémunéré financé par l'Etat sur la base du salaire minimum national pour les parents actifs éligibles (mères et pères). Le régime est soumis à des conditions de ressources (peu strictes). Associé au «baby bonus» qui est également versé aux parents qui ne travaillent pas et soumis à des conditions de ressources plus strictes, le régime du congé parental atteint une couverture universelle.

En **Mongolie**, les employées du secteur formel sont obligatoirement couvertes par l'assurance sociale et bénéficient d'un taux de remplacement de 100 pour cent de leur salaire couvert pendant quatre mois. Les éleveuses, les travailleuses autonomes et les travailleuses de l'économie informelle peuvent rejoindre

le régime sur la base du volontariat et recevoir des prestations de maternité pendant quatre mois à un taux de remplacement de 70 pour cent de leur salaire de référence après avoir cotisé pendant douze mois. En outre, les prestations de maternité en espèces versées dans le cadre du régime de protection sociale sont fournies à toutes les femmes enceintes et les mères de nourrissons, qu'elles aient ou non cotisé au régime d'assurance sociale et quels que soient leur statut d'emploi ou leur nationalité. La prestation, équivalente à près de 20 dollars par mois (2015) est versée à partir du cinquième mois de grossesse pendant douze mois. Les soins de maternité sont assurés par le système de soins de santé universel (financé l'impôt). Une nouvelle loi, adoptée en juin 2017 (en vigueur dès le 1^{er} janvier 2018) prolonge le versement des prestations jusqu'à trois ans après la naissance, pour les femmes qui ont interrompu leurs activités pour s'occuper de leurs enfants.

Sources: Partenariat mondial pour la protection sociale universelle (2016a); BIT (2016a, 2016b) et sources nationales.

en question la répartition traditionnelle du travail rémunéré et des soins non rémunérés et encouragent la reconnaissance générale, la réduction et la réorganisation de cette répartition des tâches entre les femmes et les hommes (BIT, 2016a). Enfin, les conditions imposées ne doivent pas induire des charges et des coûts supplémentaires pour accéder à des prestations souvent très faibles, qui risquent de limiter l'éligibilité des femmes. Il est possible que les femmes ne puissent tout simplement pas se permettre de payer des frais de transport ou de passer du temps dans les salles d'attente si le transfert n'offre pas de compensation suffisante et qu'elles renoncent à leurs prestations (Dasgupta, Sandhya et Mukherjee, 2012). Il faut absolument en tenir compte pour parvenir à une répartition plus équitable des responsabilités en matière de soins, conformément à l'objectif 5.4 des ODD sur l'égalité entre les sexes. Les recherches du BIT soulignent que la plupart des interventions liées à la question hommes-femmes dans le cadre des programmes de transferts en espèces ont pour objectif principal de briser le cycle intergénérationnel de la pauvreté, en particulier pour les filles défavorisées, mais qu'elles ont moins réussi à promouvoir l'autonomisation économique des femmes par l'emploi ou des moyens de subsistance durables. Ces recherches mettent aussi en évidence les difficultés rencontrées dans le cadre du renforcement de l'autonomisation économique des femmes au moyen de mesures ciblées visant à remédier au problème du manque de temps chez les femmes et

à redistribuer les responsabilités en matière de soins non rémunérés entre les femmes et les hommes, et entre les familles et l'Etat. Le cas du programme Progresa/Oportunidades/Prospera du Mexique montre que des services liés à l'emploi associés à des services de garde et à d'autres services sociaux, soit dans le cadre du programme, soit dans le cadre d'autres initiatives, comme les garderies (*estancias infantiles*), permettent de multiplier les effets positifs du programme et d'accroître la participation des femmes à la main-d'œuvre (Orozco Corona et Gammage, 2017).

Souvent, la couverture universelle et l'adéquation des niveaux de prestations pour la protection de la maternité pourront être atteintes grâce à la combinaison de mécanismes contributifs et non contributifs (voir encadré 3.6). Une coordination efficace de ces mécanismes au sein du système de protection sociale est essentielle pour garantir au moins un niveau élémentaire de sécurité de revenu pour les travailleuses en cas de maternité et faciliter leur accès aux soins de santé maternelle et infantile. Ces éléments sont décisifs pour: la mise en place d'un socle de protection sociale pour tous faisant partie intégrante du système national de sécurité sociale de chaque pays et de l'éventail complet des politiques relatives aux soins; la réalisation des objectifs plus généraux de promotion de la santé et du bien-être des mères et de leurs enfants; l'égalité hommes-femmes au travail et la promotion du travail décent pour les femmes et les hommes.

3.3 Protection contre le chômage

POINTS CLÉS

- Les régimes de protection contre le chômage assurent un revenu aux chômeurs pendant une durée déterminée et peuvent être mis sur pied au moyen de l'assurance ou de l'assistance en cas de chômage ou de programmes de garantie d'emploi, complétés par des programmes de garantie minimale de revenu. Ces régimes sont importants pour garantir la sécurité de revenu des travailleurs au chômage ou sous-employés et à leurs familles; ils contribuent ainsi à prévenir la pauvreté et l'informalisation et apporter du soutien face aux changements structurels de l'économie.
- Dans le monde, seulement 38,6 pour cent de la main-d'œuvre est légalement couverte par des prestations de protection contre le chômage, en grande partie en raison des niveaux élevés d'emploi informel et du manque de régimes de protection contre le chômage.
- La couverture effective pour l'indicateur 1.3.1 des ODD est encore plus faible: seulement 21,8 pour cent des chômeurs du monde entier reçoivent effectivement des prestations de chômage. En outre, les différences entre les régions sont considérables: de 42,5 pour cent des chômeurs en Europe et en Asie centrale à tout juste plus de 22 pour cent dans la région Asie et Pacifique, 16,7 pour cent dans la région Amériques et seulement 5,6 pour cent en Afrique.
- Si un certain nombre de pays à revenu élevé ont étendu la couverture de la protection contre le chômage et majoré les prestations, d'autres ont réduit la protection, souvent du fait de politiques d'austérité. Au cours des dernières années, plusieurs pays à revenu intermédiaire et à faible revenu ont accompli des progrès dans le renforcement de leurs politiques de protection contre le chômage, mis en place des régimes d'assurance-chômage et élargi leur champ d'application, et les ont combinés avec des mesures de promotion de l'emploi et d'autres politiques du marché du travail dans un cadre cohérent.
- Lorsque le niveau d'emploi informel est élevé, il faut s'efforcer de prendre des mesures novatrices qui combinent des prestations de chômage en espèces et des régimes de garantie d'emploi, des programmes de formation ou de reconversion, ou un appui à l'entrepreneuriat. Une coordination efficace avec les politiques de l'emploi est nécessaire pour que les prestations de chômage atteignent pleinement leur potentiel.

44

3.3.1 Garantir la sécurité de revenu, appuyer les changements structurels de l'économie et réaliser les objectifs de développement durable

L'objectif principal des régimes de protection contre le chômage est de garantir la sécurité de revenu en cas de perte d'emploi ou de manque d'offres d'emploi; cela peut se faire au moyen de l'assurance/assistance en cas de chômage, de programmes de garantie d'emploi ou d'autres programmes publics d'emploi, ou de programmes de garantie de revenu minimum. De plus, les mesures de protection contre le chômage visent à faciliter le retour à l'emploi et l'accès à des emplois décents et productifs grâce aux programmes de promotion de l'emploi, au développement des compétences et aux mesures de soutien à l'entrepreneuriat. Ce double objectif des régimes de protection contre le chômage est au cœur de la convention (n° 168) sur la promotion de

l'emploi et la protection contre le chômage, 1988 (voir encadré 3.7). La plupart des régimes fournissent des services d'emploi ou établissent un lien entre ces services, notamment en matière d'adéquation de l'offre et de la demande d'emploi, d'appui, de conseils et d'orientation, ainsi que des services visant à améliorer, mettre à jour et développer les compétences (BIT, 2014a; Peyron Bista et Carter, 2017).

En proposant un remplacement de revenu en cas de perte de salaire et pour en atténuer l'impact, les régimes de protection contre le chômage jouent un rôle fondamental et empêchent les particuliers de basculer dans la pauvreté en cas de chômage (Carter, Bédard et Peyron Bista, 2013), ce qui contribue à l'accélération des progrès en faveur de la réalisation des ODD d'ici à 2030. La protection contre le chômage peut réduire efficacement la vulnérabilité des ménages en atténuant l'impact de la perte d'emploi. Etant donné que ces régimes fournissent un soutien financier temporaire

Encadré 3.7 Normes internationales relatives à la protection contre le chômage

L'application du droit à la sécurité sociale inscrit dans divers instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme exige une protection sociale effective en cas de chômage. Le chômage est reconnu dans la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 comme l'une des éventualités que les systèmes nationaux de sécurité sociale doivent couvrir (article 25 (1)). Les droits à des prestations en espèces ou en nature, et à leur maintien, sans discrimination, et la garantie d'une protection contre le chômage, entre autres, font partie du droit à la sécurité sociale tel qu'énoncé dans le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels de 1966 (article 9) (voir également CESCR, 2008, paragraphes 2 et 16).

Les conventions et les recommandations de l'OIT adoptent une approche globale de la protection contre le chômage en établissant des normes qui prévoient des prestations en espèces et des services durant les périodes de chômage impliquant une suspension des revenus; elles proposent ainsi des conseils pratiques pour la mise en œuvre du droit à la sécurité sociale. Leur objectif est double: s'assurer que les particuliers bénéficient d'une sécurité de revenu malgré la perte de revenus subie à cause du chômage et aider les bénéficiaires à trouver un emploi productif et librement choisi.

La convention (n° 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952, exige le service de prestations en espèces aux personnes au chômage capables de travailler et disponibles pour le travail, mais dans l'impossibilité d'obtenir un emploi convenable. Elle établit des critères de référence qualitatifs et quantitatifs qui doivent être remplis au minimum pour: 1) garantir la couverture d'une part substantielle de la population; 2) garantir que le montant des prestations en espèces représente au moins un certain pourcentage du salaire antérieur des bénéficiaires et soit donc jugé suffisant pour remplacer le revenu ou permettre aux bénéficiaires et à leurs familles de bénéficier d'un niveau de vie et de santé décent (voir annexe III); et 3) s'assurer que les prestations en espèces sont fournies pendant une période assez longue pour atteindre leurs objectifs.

La convention (n° 168) sur la promotion de l'emploi et la protection contre le chômage, 1988, augmente le niveau et étend la portée de la protection qui doit être accordée aux chômeurs. Outre le chômage complet, elle couvre le chômage partiel (réduction temporaire du nombre d'heures de travail) et la suspension temporaire du travail, ainsi

que le travail à temps partiel pour les personnes à la recherche de travail à plein temps. Elle exige également la fourniture de prestations sociales à certaines catégories de personnes qui n'ont jamais été, ou ne sont plus, sans emploi ou couvertes par des régimes de protection contre le chômage (nouveaux entrants sur le marché du travail, travailleurs indépendants). La convention n° 168 étend la portée de l'aide qui doit être proposée aux chômeurs, préconise la combinaison de prestations en espèces et de mesures de promotion des possibilités additionnelles d'emploi et d'aide à l'emploi (services d'emploi, formation et orientation professionnelles), et accorde la priorité aux personnes défavorisées. La recommandation n° 176 qui l'accompagne indique, à propos de la notion d'emploi convenable pour les personnes qui en recherchent un, des critères à prendre en compte: l'âge du chômeur, son ancienneté dans sa profession antérieure, l'expérience acquise, la durée du chômage et l'état du marché du travail.

La recommandation (n° 202) sur les socles de protection sociale, 2012, aide les pays à définir et garantir une sécurité élémentaire de revenu, à un niveau minimum défini à l'échelle nationale et dans le cadre d'un socle national de protection sociale à toutes les personnes en âge de travailler dans l'incapacité de bénéficier d'un revenu suffisant pour cause de chômage. Cette garantie doit être prévue au moins pour tous les résidents et octroyée grâce à divers moyens (régimes universels, assurance sociale, assistance sociale, impôt négatif sur le revenu ou programmes publics d'emploi et d'aide à l'emploi). Dans le même esprit que celui de la convention n° 168, elle recommande que la conception et la mise en œuvre des garanties du socle de protection sociale combinent des mesures préventives, promotionnelles et actives; qu'elles favorisent l'activité économique productive et l'emploi formel grâce à des politiques du marché du travail et des politiques de promotion de l'éducation, de la formation professionnelle, des compétences productives et de l'employabilité; et qu'elles soient bien coordonnées avec d'autres politiques qui renforcent l'emploi formel, la création de revenus, l'éducation, l'alphabétisation, la formation professionnelle, les compétences et l'employabilité, réduisent la précarité, et favorisent la sécurité du travail, l'entrepreneuriat et la durabilité des entreprises dans un cadre favorable au travail décent.

aux travailleurs au chômage, ils peuvent également jouer un rôle crucial et éviter aux travailleurs au chômage de basculer dans l'informalité (Florez et Perales, 2016; BIT, 2014a).

En outre, les régimes de protection contre le chômage qui associent une aide au revenu à des politiques actives du marché du travail⁶ peuvent également accroître le potentiel salarial tout au long de la vie en améliorant le capital humain grâce au développement des compétences et des capacités (BIT, 2016f). Les régimes de protection contre le chômage favorisent une meilleure adéquation entre l'offre et la demande d'emploi, elle-même associée à des salaires plus élevés et à une plus longue période d'emploi, dont les effets positifs compensent une légère augmentation de la durée du chômage (BIT, 2016b; Tatsiramos, 2014)⁷. Les employeurs sont donc plus susceptibles de trouver des candidats possédant les compétences et les capacités adéquates, ce qui contribue à l'augmentation de la productivité (Acemoglu et Shimer, 2000). De plus, les régimes de protection contre le chômage permettent aux employeurs de s'adapter de manière souple aux changements technologiques, puisqu'il est plus facile pour les travailleurs d'accepter la cessation d'un contrat (Peyron Bista et Carter, 2017). La protection contre le chômage est donc bénéfique pour les employeurs et l'économie dans son ensemble et contribue à faciliter la participation au marché du travail, à promouvoir un travail productif et décent et à prévenir et réduire la pauvreté, à court terme et à long terme, tel que prévu par les cibles 1.3 et 8.5 des ODD.

En soutenant la mobilité et la reconversion des travailleurs sur le marché du travail, les régimes de prestations de chômage appuient également la transformation structurelle de l'économie vers des niveaux de productivité plus élevés (Behrendt, 2013; Berg et Salerno, 2008; BIT, 2011b), y compris la transition juste vers des économies écologiquement durables (BIT, 2016b). La protection contre le chômage peut faciliter le développement et la mise à niveau des capacités productives des populations et constitue donc un outil efficace pour

éviter la détérioration des compétences et sauvegarder le capital humain de la nation, et accroître ainsi les performances macroéconomiques. En outre, en cas de crise économique majeure, telle que la crise mondiale en 2008 et 2009, l'aide au revenu peut non seulement lisser les revenus individuels, mais aussi la consommation globale et contribuer ainsi à la reprise économique après la crise (BIT, 2014a).

Bien que la protection contre le chômage soit essentielle pour fournir une aide au revenu et à l'emploi, un grand nombre de pays ne disposent pas encore de régimes efficaces de protection contre le chômage. Bon nombre des programmes de prestations de chômage disponibles sont contributifs et plutôt adaptés à la protection des travailleurs ayant un emploi formel. Dans les pays à haut niveau d'informalité et de vulnérabilité, en particulier pour les chômeurs de longue durée, les travailleurs sous-employés⁸, pauvres et ceux qui ne sont pas formellement salariés, les régimes d'assurance-chômage ne garantissent pas nécessairement une couverture large et une protection suffisante. Dans ce contexte, les programmes d'assistance sociale et les autres programmes actifs du marché du travail financés par l'Etat peuvent jouer un rôle important (Peyron Bista et Carter, 2017). Ces politiques comprennent des régimes de garantie d'emploi et d'autres programmes publics d'emploi, ainsi que des programmes qui combinent les transferts en espèces, l'appui au développement des compétences et la création d'emplois et de perspectives d'entrepreneuriat (voir encadrés 3.8 et 3.9) (BIT, 2014a).

Des mesures peuvent envisager l'extension de la couverture des régimes contributifs d'assurance sociale à un plus grand nombre de travailleurs, y compris ceux dont la forme d'emploi est atypique (BIT, 2016b; à paraître, b). Ces mesures comprennent l'ajustement des seuils d'éligibilité aux prestations; l'extension des périodes de cotisation pour permettre une interruption de l'activité sur le marché du travail; l'autorisation d'une flexibilité de paiement des cotisations; l'introduction de subventions pour les cotisations; et la simplification des procédures administratives. Dans les

⁶ Les politiques actives du marché du travail incluent traditionnellement plusieurs types d'interventions: *a*) faire correspondre l'offre et la demande d'emploi; *b*) améliorer et adapter les compétences des demandeurs d'emploi; *c*) attribuer des subventions à l'emploi; et *d*) créer des emplois, soit directement dans le secteur public ou au moyen de subventions dans le secteur privé (BIT, 2016f).

⁷ Au Brésil par exemple, les services de l'emploi augmentent la probabilité pour les travailleurs au chômage de trouver un emploi formel (Ramos, 2002). De même au Mexique, les services de l'emploi aident les hommes au chômage à trouver un emploi plus rapidement, avec une rémunération et des conditions meilleures (Flores Lima, 2010). Une étude récente sur la Colombie montre que la participation au service public d'emploi augmente la probabilité de trouver un emploi formel (Pignatti, 2016).

⁸ Tel que défini par l'OIT, le sous-emploi caractérise une situation où le salarié n'atteint pas le plein emploi au sens de la convention (n° 122) sur la politique de l'emploi, 1964. Le sous-emploi caractérise une situation qui ne remplit pas les objectifs suivants: *a*) un travail aussi productif que possible; et *b*) le libre choix de l'emploi par les travailleurs, ceux-ci ayant toutes possibilités d'acquérir les qualifications nécessaires pour occuper l'emploi qui leur convient le mieux et d'utiliser, dans cet emploi, leurs compétences et autres qualifications.

Encadré 3.8 Programme 1AZAM en Malaisie: une approche intégrée en matière de réduction de la pauvreté

En Malaisie, le programme Akhiri Zaman Miskin (1AZAM) vise à responsabiliser les ménages à faible revenu et à réduire la pauvreté dans le cadre des efforts déployés par le gouvernement pour atteindre le statut d'économie à revenu élevé d'ici à 2020.

Le programme prévoit: des transferts en espèces pour les plus nécessiteux; des services de placement professionnel, de formation, d'aide à l'entrepreneuriat; l'aide à la création de petites entreprises agricoles grâce à la fourniture de semences, d'équipement et de machines; l'aide à la création de petites entreprises de services grâce à des prêts, de la formation et des conseils, en particulier par des entrepreneuses; et des services d'assurance et

de logement pour les ménages à faible revenu. En 2012, 63 147 ménages pauvres étaient inscrits au programme 1AZAM et 3 100 femmes entrepreneuses ont été formées.

Le programme suit une approche intégrée de l'autonomisation économique et sociale des ménages à faible revenu, en étroite collaboration avec les ministères chargés de la mise en œuvre des politiques de développement rural, de transport public urbain et d'éducation, ainsi que des organisations non gouvernementales (ONG), les communautés et d'autres parties prenantes. Des efforts supplémentaires doivent néanmoins être accomplis pour améliorer la gestion et le ciblage du programme.

Sources: d'après Peyron Bista et Carter (2017); sources nationales.

Encadré 3.9 Promouvoir l'autonomisation des femmes avec le programme Benazir d'aide au revenu au Pakistan

Le gouvernement du Pakistan a lancé le programme Benazir d'aide au revenu en 2008 pour atténuer les effets négatifs d'une crise alimentaire et de l'inflation. Le programme vise les ménages en situation de pauvreté, en particulier dans les régions isolées. Il vise l'autonomisation des ménages, l'amélioration de leur niveau de vie et l'investissement dans la formation à long terme du capital humain, en particulier pour les femmes, par l'éducation, la formation professionnelle et le travail indépendant.

Une prestation mensuelle en espèces s'accompagne d'un ensemble intégré de services:

- prêts sans intérêt aux femmes pour le lancement de leur entreprise (Waseela-e-Haq);
- un an de formation professionnelle gratuite aux femmes bénéficiaires ou aux personnes désignées, visant à susciter leur indépendance économique par le renforcement des capacités et le perfectionnement professionnel (Waseela-e-Rozgar);
- assurance-maladie et assurance-vie fournissant un appui en espèces en cas de décès du soutien de

famille et pour couvrir les frais d'hospitalisation, les soins de grossesse, les soins de jour et les tests diagnostiques, afin de garantir l'accès aux soins de santé et de réduire le fardeau financier qui pèse sur les groupes marginalisés (Waseela-e-Sehat);

- allocation à l'enfance pour les enfants de 5 à 12 ans (Waseela-e-Taleem).

Le programme Benazir d'aide au revenu vise à contribuer à l'autonomisation sociale et économique des femmes en leur accordant la priorité pour les transferts mensuels en espèces et d'autres prestations telles que l'assurance, la formation professionnelle et la microfinance. Plus de 15 millions de femmes ont obtenu une carte d'identité nationale dans le cadre du programme, y compris près de 500 000 femmes dans les régions les moins développées sur le plan économique. Pour encourager l'inclusion financière des bénéficiaires, le programme a mis en place la carte de débit Benazir et les services bancaires par téléphone.

D'après BAD (2009); Peyron Bista et Carter (2017); sources nationales.

pays où une grande partie de la main-d'œuvre évolue dans le secteur informel, la complémentarité des prestations de chômage de l'assurance sociale, des régimes non contributifs et des politiques actives du marché du travail financées par l'impôt général est cruciale pour combler les lacunes et assurer au moins un niveau élémentaire de sécurité de revenu en cas de chômage (BIT, 2016b). Les régimes non contributifs peuvent empêcher les personnes les plus vulnérables, y compris celles qui

ont épuisé leurs prestations d'assurance-chômage, de basculer dans la pauvreté et ont donc le potentiel de réduire progressivement les inégalités et d'encourager une répartition équitable des richesses économiques, conformément à la cible 10.4 des ODD. En outre, la coordination renforcée des régimes de protection contre le chômage avec d'autres politiques de sécurité sociale et des services d'emploi, ainsi que des mécanismes de prestation améliorés, sont présentés comme étant des outils

essentiels pour atteindre les personnes pauvres et vulnérables (Peyron Bista et Carter, 2017).

La protection contre le chômage n'est pas uniquement efficace pour protéger les revenus et promouvoir l'emploi. Des régimes et des politiques de protection contre le chômage bien conçus peuvent également promouvoir l'égalité hommes-femmes et l'autonomisation des femmes. En effet, la cible 5.4 des ODD souligne le rôle que la protection sociale peut jouer dans la reconnaissance et la valorisation des soins et des travaux domestiques non rémunérés grâce à la fourniture de services publics, d'infrastructures et de politiques de protection sociale. Dans des pays comme la Thaïlande et le Viet Nam, par exemple, les régimes contributifs d'assurance-chômage couvrent proportionnellement plus de femmes que d'hommes, en particulier dans l'industrie manufacturière. Les régimes d'assurance-chômage dans les pays en développement peuvent donc promouvoir l'égalité hommes-femmes. De plus, des programmes publics d'emploi bien conçus ont des répercussions importantes sur les femmes (BIT, 2014d). En Inde, le régime national de garantie de l'emploi rural Mahatma Gandhi a non seulement augmenté la participation des femmes à la main-d'œuvre, mais a aussi, dans certains cas, renforcé l'autonomie des femmes au sein même des ménages, grâce à des salaires plus élevés que n'en fournissent d'autres perspectives d'emploi en milieu rural (Ehmke, 2015). Les autres programmes peuvent inclure des investissements dans l'extension des services communautaires sociaux, qui ont un fort potentiel de création d'emplois pour les femmes. S'ils sont bien conçus, ces programmes peuvent également proposer des services tels que des services de garderie et de crèche pour les enfants. Cependant, les programmes doivent être conçus de manière à ne pas perpétuer les inégalités hommes-femmes. Par exemple, il a été prouvé qu'au Pérou le programme de travaux publics Construyendo Perú augmente les possibilités d'emploi des femmes, mais souvent au prix d'une qualité d'emploi plus faible (Escudero et Mourelo, 2016). L'élaboration de régimes de protection contre le chômage doit absolument répondre aux besoins spécifiques des femmes en matière de protection sociale, et tenir compte des éventualités

spécifiques les concernant, telle que la maternité⁹. Dans ce contexte, l'extension de la couverture aux femmes au moyen d'une combinaison de programmes contributifs et non contributifs, y compris des programmes publics d'emploi, peut garantir une protection adéquate, tandis que la fourniture de services publics et d'infrastructures de haute qualité est essentielle pour accroître la participation des femmes au marché du travail (BIT, 2016a). Cependant, les programmes publics d'emploi doivent être conçus de manière à éviter les répercussions négatives involontaires sur les femmes, comme l'aggravation du manque de temps chez les femmes et le partage inégal des responsabilités en matière de soins (Holmes, Sadana and Rath, 2010).

3.3.2 Types de régimes de protection contre le chômage

Les prestations de protection contre le chômage sont fournies par l'intermédiaire de différents types de régimes, ou de combinaisons de régimes (figure 3.13 et encadré 3.10).

A l'heure actuelle, moins de la moitié (98) des 203 pays pour lesquels des données sont disponibles disposent d'un régime de protection contre le chômage régi par la législation nationale (figure 3.13). Dans 92 d'entre eux, les prestations de protection contre le chômage sont des *prestations périodiques en espèces* pour les personnes au chômage répondant aux conditions d'attribution prescrites. L'assurance sociale publique est de loin le mécanisme le plus couramment utilisé pour fournir un remplacement régulier du revenu. Dans certains pays, les mécanismes contributifs sont complétés par l'assistance sociale. Quelques pays, y compris la Tunisie et Hong-kong (Chine), ont récemment mis en place des régimes de prestations de chômage à caractère non contributif. Parmi les 105 pays où il n'existe aucun régime de prestations de chômage régi par la législation nationale, 50 prévoient une indemnité de départ pour les travailleurs couverts par le code du travail, ce qui offre un niveau de protection limité à certains travailleurs.

⁹ Compte tenu du caractère formel et contributif de la majorité des programmes de protection sociale, les femmes ont souvent des difficultés à accéder à une protection adéquate contre le chômage, et ce pour plusieurs raisons. Premièrement, les femmes occupent généralement des emplois informels ou indépendants, ce qui limite leur accès à l'assurance-chômage, voire les en prive complètement, selon le contexte national. Deuxièmement, lorsqu'elles occupent un emploi formel, leurs niveaux de prestations ont tendance à être plus faibles en raison de l'irrégularité des périodes de cotisation, souvent liées aux responsabilités en matière de maternité et de soins pour les enfants et les personnes âgées. Troisièmement, les politiques publiques plus générales sont souvent conçues de manière à imposer un double fardeau aux femmes, et perpétuent ainsi les stéréotypes fondés sur l'appartenance à l'un ou l'autre sexe (BIT, 2017d).

Encadré 3.10 Principaux types de régimes de protection contre le chômage

Les régimes contributifs de prestations de chômage. Ils existent le plus souvent sous la forme de l'assurance sociale (*assurance-chômage*), et reposent sur le financement collectif et la mutualisation du risque de chômage. Les prestations constituent un remplacement partiel des salaires antérieurs, sous la forme de paiements périodiques pour une durée déterminée. Le régime est financé par les cotisations versées par les employeurs, ou prises en charge par les employeurs et les salariés ou, dans certains cas, par le gouvernement. Ils couvrent habituellement les travailleurs du secteur formel, au nom desquels des cotisations régulières peuvent être prélevées¹. Dans la plupart des régimes, les conditions d'ouverture des droits aux prestations de chômage sont liées à la perte involontaire de l'emploi. Cependant, dans certains pays (et, curieusement, certains pays en développement où les systèmes d'inspection du travail ont moins de capacités), les travailleurs au chômage bénéficient de prestations même lorsqu'ils quittent leur emploi volontairement et sans motif valable². La nature et le niveau des prestations, la durée d'attribution des prestations et les obligations en matière de recherche d'emploi diffèrent considérablement.

Les régimes non contributifs de prestations de chômage. Souvent dénommés assistance chômage, ces régimes sont généralement financés, au moins en partie, par l'impôt et ont tendance à offrir un niveau de prestations inférieur à celui des régimes d'assurance, à l'intention des travailleurs au chômage qui ne peuvent pas prétendre aux prestations de l'assurance-chômage en raison d'une période insuffisante de cotisation ou parce qu'ils ont épuisé leurs droits à ces prestations.

Les régimes de garantie d'emploi s'apparentent, à certains égards, à l'assistance chômage. Ils ouvrent un droit à l'emploi dans des programmes de travaux publics aux travailleurs pauvres en milieu rural et comptent parmi les options stratégiques qui peuvent être utilisées pour améliorer la sécurité de revenu et l'employabilité des travailleurs pauvres. Le régime de ce type le plus important et le plus étudié est le régime national de garantie d'emploi rural Mahatma Gandhi en Inde. L'Éthiopie a également mis en place un programme à grande échelle, le Programme de filet de sécurité productifs qui, même s'il ne garantit pas légalement de revenu, combine des travaux publics et des prestations en nature (nourriture) et en espèces. Le Programme élargi de travaux publics de l'Afrique du Sud (Expanded Public Works Programme – EPWP) vise à garantir la sécurité de revenu en proposant du travail temporaire aux chômeurs dans quatre secteurs (infrastructures publiques, environnement, secteurs non étatiques et sociaux), et permet ainsi de remédier aux problèmes structurels lorsque les marchés ne créent pas suffisamment d'emplois.

Ces trois modèles de prestations de chômage sont conformes aux principes énoncés dans les normes de l'OIT relatives à la sécurité sociale et à la protection contre le chômage, qui stipulent que les risques

doivent être mutualisés et que le versement des cotisations doit être organisé en conséquence. Dans le cadre de ces régimes, les régimes d'assurance-chômage sont très efficaces sur le plan de la mutualisation des risques fondée sur la solidarité et de leur potentiel d'action en tant que stabilisateurs automatiques dans les économies nationales. Ces prestations sont aussi dans presque tous les cas combinées avec des mesures visant à faciliter le retour rapide à l'emploi ou la mise à niveau des compétences, qui sont des éléments représentatifs de la combinaison du remplacement du revenu et de la promotion de l'emploi au cœur de la convention n° 168 et des recommandations n° 176 et n° 202 (voir encadré 3.7).

Certains pays utilisent d'autres types de dispositions qui ne sont pas entièrement conformes aux principes énoncés dans les normes de l'OIT. Les **comptes d'épargne chômage individuels** (parfois nommés à tort *comptes d'épargne de l'assurance-chômage*) sont considérés par certains comme des instruments se substituant aux régimes contributifs de l'assurance-chômage. Ils exigent que les particuliers, principalement les travailleurs ayant un emploi formel, accumulent leur épargne dans des comptes individuels qui fourniront un flux de revenu en cas de chômage. Toutefois, il manque à ces systèmes d'épargne un élément crucial en matière de conception, à savoir la mutualisation des risques; l'épargne doit être suffisamment élevée pour compenser les pertes de revenus. Ils ne confèrent donc qu'une protection limitée à ceux qui ont du mal à constituer une épargne suffisamment élevée, à cause de leur rythme de travail, tels que les travailleurs temporaires et saisonniers, les travailleurs des secteurs économiques en déclin, les jeunes travailleurs. Comme le chômage est beaucoup plus fréquent chez les personnes à faible revenu, les niveaux de prestations et de couverture des comptes d'épargne individuels en cas de chômage sont généralement faibles (OCDE, 2010; Peyron Bista et Carter, 2017).

Dans bien des pays, les **indemnités de départ** sont la seule forme de compensation de revenu disponible pour les travailleurs dans certaines formes d'emploi formel qui ont été volontairement ou involontairement licenciés. Ce type de compensation est fourni par l'employeur sous la forme de versements forfaitaires proportionnels au salaire antérieur des travailleurs, ce qui représente une forme de salaire différé ou d'épargne forcée plutôt qu'une forme de mutualisation des risques sociaux. Ces indemnités ne facilitent pas vraiment le retour au travail des chômeurs, et ne sont pas favorables aux employeurs qui peuvent avoir besoin d'effectuer des changements structurels dans leurs entreprises; de plus elles représentent un lourd fardeau financier pour les employeurs qui rencontrent des difficultés économiques³. Si les indemnités de départ conduisent à une plus grande stabilité de l'emploi, car, pour les éviter, les employeurs ont tendance à limiter les licenciements en période de récession, elles peuvent également décourager →

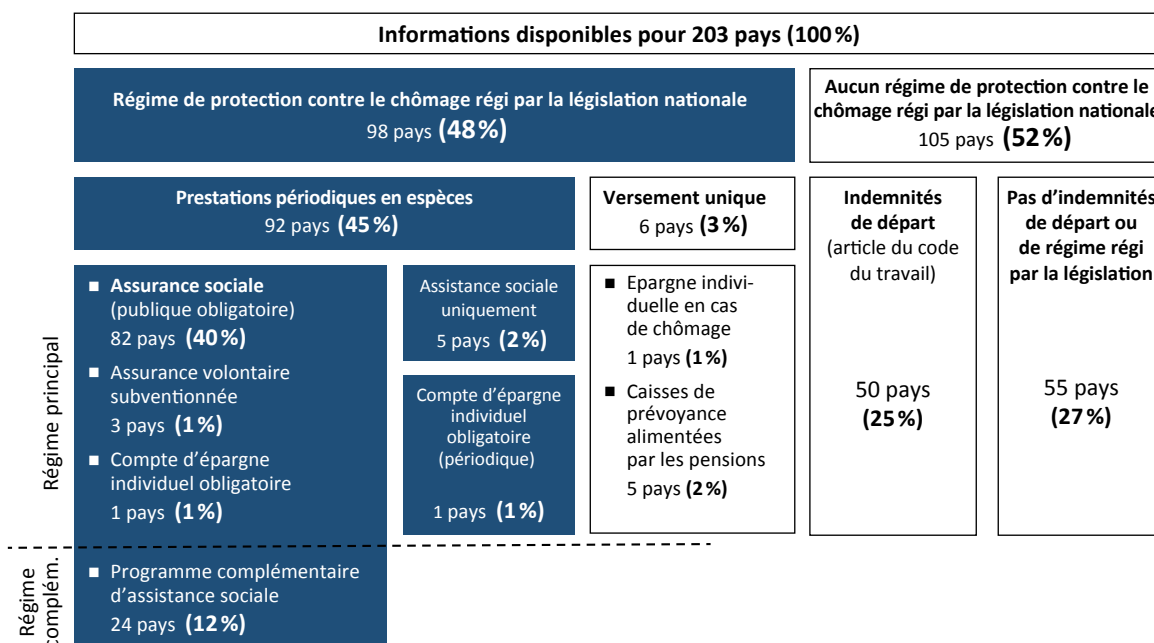
Encadré 3.10 (suite)

les nouveaux recrutements en période de croissance, ce qui entraîne l’allongement des périodes de chômage et des difficultés pour les jeunes à trouver un premier emploi (Carter, 2016; Nagler, 2013). Pour

cette raison, les prestations de chômage fondées sur les principes de l’assurance sociale sont plus favorables à la transformation structurelle de l’économie que les indemnités de départ.

¹ Alors que dans la plupart des pays l’assurance-chômage est obligatoire, des régimes volontaires de protection contre le chômage existent dans plusieurs pays scandinaves, où la protection contre le chômage est traditionnellement assurée par des syndicats et complétée par des régimes non contributifs. ² Le chômage involontaire exclut les cas où un salarié quitte délibérément son travail, sans motif valable (harcèlement, démission forcée) ou lorsqu’il provoque intentionnellement son licenciement (BIT, 2010a). ³ En conséquence, l’indemnité de départ versée par l’employeur peut être retardée, voire supprimée en période de flux financiers négatifs. Son paiement réel dépend souvent non seulement de la situation financière de l’employeur, mais aussi de la capacité du salarié d’en exiger le paiement, ce qui est souvent problématique en raison de procédures judiciaires longues et coûteuses (Kuddo, Robalino et Weber, 2015).

Figure 3.13 Aperçu des régimes de protection contre le chômage, par type de régime et de prestations, 2015 ou dernières données disponibles



Note: Les régimes présentés ne s'excluent pas mutuellement. Dans de nombreux pays, l'assurance-chômage existe en parallèle de l'assistance en cas de chômage, des indemnités de départ et des programmes publics d'emploi. Les pays classés dans la catégorie «indemnité de départ» ne disposent d'aucun programme de prestations de chômage régi par la législation nationale. De plus, il convient de noter que les indemnités de départ n'incluent pas les indemnités de licenciement collectif. La part est exprimée en pourcentage du nombre total de pays (203 countries = 100 pour cent).

Sources: BIT, base de données sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database); AISS/SSA, Social Security Programs Throughout the World (les programmes de sécurité sociale dans le monde); Commission européenne, Système d'information mutuelle sur la protection sociale (MISSOC). Voir aussi annexe IV, tableau B.6.

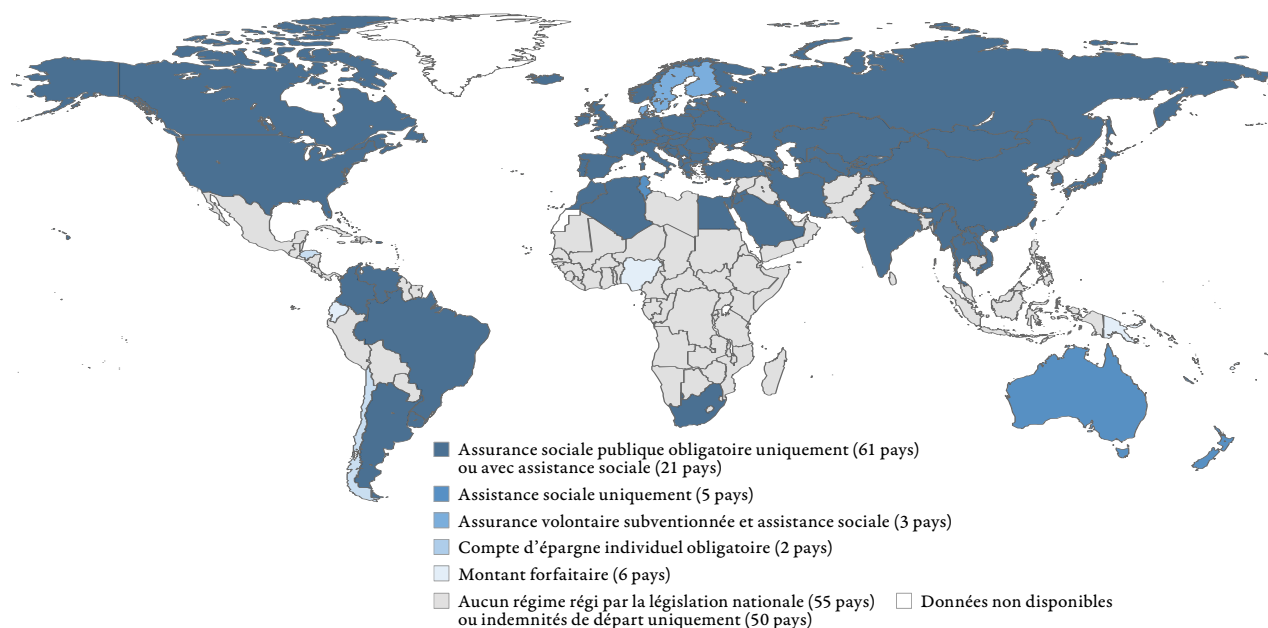
Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=54637>.

Alors que la plupart des régimes contributifs ou non contributifs de prestations de chômage se trouvent dans les pays à revenu élevé, un nombre croissant de pays à revenu intermédiaire (Cabo Verde, Jordanie, République démocratique populaire lao et Maroc) en a récemment introduit (figure 3.14).

3.3.3 Couverture légale

Près de 38,6 pour cent de la main-d’œuvre mondiale bénéficie d’une protection contre le chômage et de la couverture de régimes obligatoires contributifs, non contributifs ou de garantie d’emploi, en vertu de la législation nationale (voir figures 3.15 et 3.16). De plus, 0,9 pour cent de la main-d’œuvre mondiale est

Figure 3.14 Régimes de protection contre le chômage, par type de régime, 2015 ou dernières données disponibles

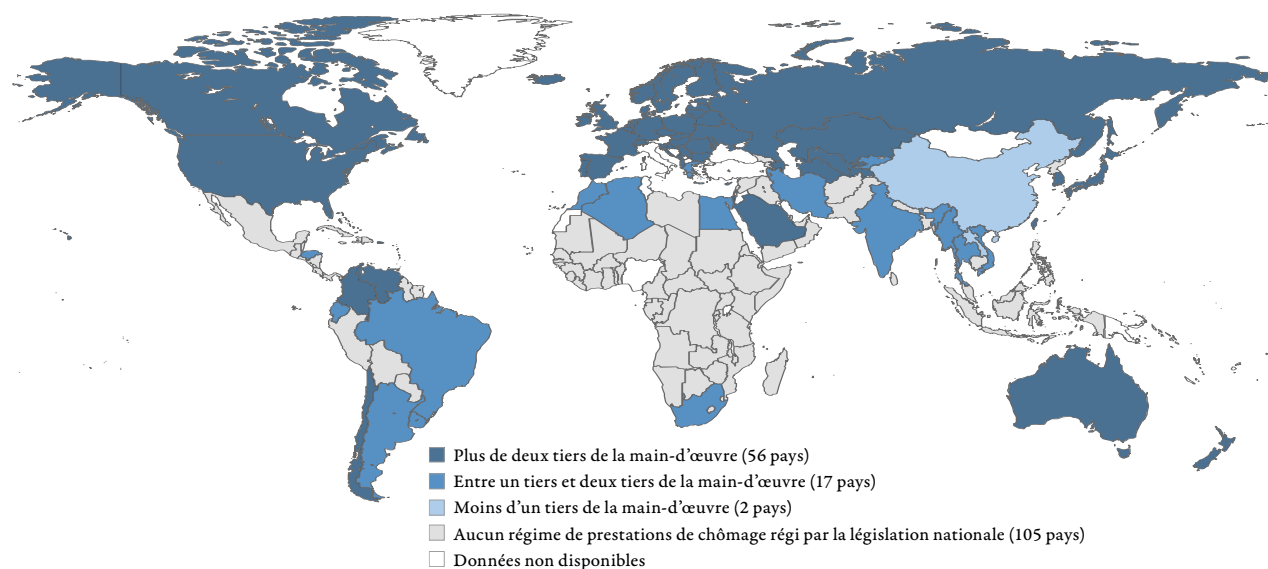


Note: Les chiffres entre parenthèses correspondent au nombre de pays de chaque groupe. Les informations sur le type de programme par pays sont disponibles à l'annexe IV, tableau B.6.

Sources: BIT, base de données sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database); AISS/SSA, Social Security Programs Throughout the World (les programmes de sécurité sociale dans le monde). Voir aussi annexe IV, tableau B.6.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=54638>.

Figure 3.15 Protection contre le chômage, couverture légale: pourcentage de la main d'œuvre couverte par des régimes de protection contre le chômage, dernières données disponibles

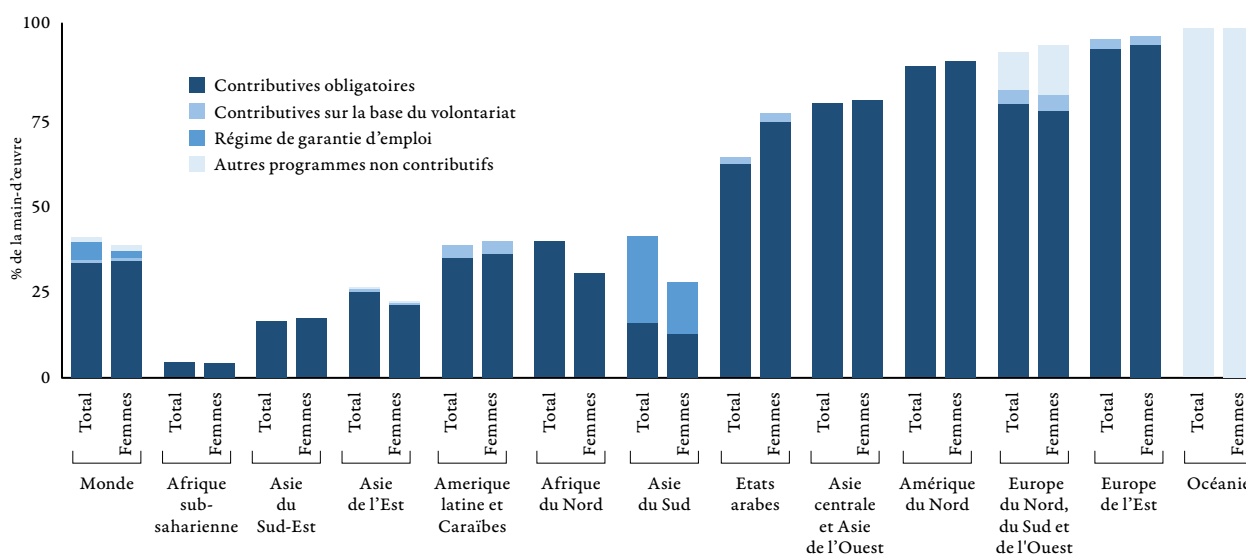


Note: Les chiffres entre parenthèses correspondent au nombre de pays de chaque groupe.

Sources: BIT, base de données sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database); AISS/SSA, Social Security Programs Throughout the World (les programmes de sécurité sociale dans le monde); base de données ILOSTAT; textes législatifs nationaux et sources statistiques nationales.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=54639>.

Figure 3.16 Prestations de chômage, couverture légale: pourcentage de travailleurs couverts par des régimes de protection contre le chômage par région, dernières données disponibles



Note: Les estimations régionales et mondiales sont pondérées en fonction de la main-d'œuvre.

Sources: BIT, base de données sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database); AISS/SSA, Social Security Programs Throughout the World (les programmes de sécurité sociale dans le monde); base de données ILOSTAT, et données statistiques nationales pour la quantification des groupes légalement couverts.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourcelid=54640>.

potentiellement couverte par des régimes volontaires contributifs¹⁰. La couverture légale varie de 4,2 pour cent en Afrique subsaharienne à environ 15,9 pour cent en Asie du Sud-Est; 24,8 pour cent en Asie de l'Est; 33,8 pour cent en Amérique latine et aux Caraïbes; 38,4 pour cent en Afrique du Nord; 39,7 pour cent en Asie du Sud¹¹; 60,4 pour cent dans les Etats arabes; 77,6 pour cent en Asie centrale et occidentale; et plus de 80 pour cent en Europe, en Océanie et en Amérique du Nord.

Dans certaines régions, les femmes sont moins susceptibles d'être légalement couvertes, car elles sont surreprésentées dans l'emploi à temps partiel, temporaire ou informel (Bonnet, 2015; BIT, 2017d). Par exemple, en Asie de l'Est, seulement 21 pour cent de la main-d'œuvre féminine est couverte par la loi, contre 24,8 pour cent de la main-d'œuvre totale et, en Afrique du Nord, seulement 29,3 contre 38,4.

3.3.4 Couverture effective: suivi de l'indicateur 1.3.1 des ODD, pour le chômage

La couverture effective du chômage est essentielle pour garantir la sécurité de revenu. L'indicateur de couverture effective (indicateur 1.3.1 des ODD) est mesuré en rapportant le nombre de bénéficiaires réels de prestations de chômage au nombre de chômeurs à un moment donné¹².

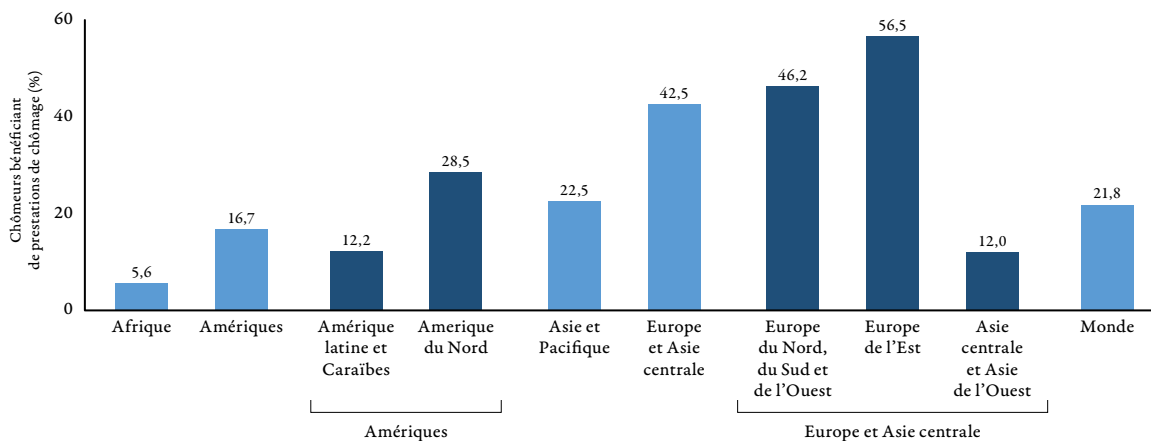
Dans le monde entier, seulement 21,8 pour cent des chômeurs reçoivent des prestations de chômage, tandis que les 78,2 pour cent restants ne bénéficient d'aucune aide au revenu. Cependant, les chiffres varient considérablement selon les régions et les pays (voir figures 3.17 et 3.18). Alors que 42,5 pour cent des chômeurs bénéficient de prestations de chômage (y compris de prestations à caractère non contributif) en Europe et en Asie centrale, ils ne sont que 22,5 pour cent dans la

¹⁰ Souvent, la couverture volontaire prévue par la législation ne se traduit pas par une couverture réelle, et ce pour plusieurs raisons.

¹¹ Cela inclut une estimation de la couverture légale du régime de garantie d'emploi en Inde, qui représente 24,4 pour cent, d'après une estimation de la part d'adultes en activité ou au chômage dans la main-d'œuvre rurale totale.

¹² Il convient de noter que les indicateurs relatifs à la couverture légale et à la couverture effective ne sont pas strictement comparables, car ils se rapportent à deux dimensions différentes de la couverture et à différentes populations de référence (dénominateurs). L'indicateur de couverture légale est égal au nombre de personnes ayant droit, en vertu de la législation, aux prestations de chômage exprimé en pourcentage de la main-d'œuvre totale. L'indicateur de couverture effective est égal au nombre de personnes bénéficiant de prestations de chômage exprimé en pourcentage du nombre de personnes actuellement au chômage.

Figure 3.17 Indicateur 1.3.1 des ODD sur la couverture effective des personnes au chômage: pourcentage de personnes au chômage bénéficiant de prestations de chômage en espèces, dernières données disponibles

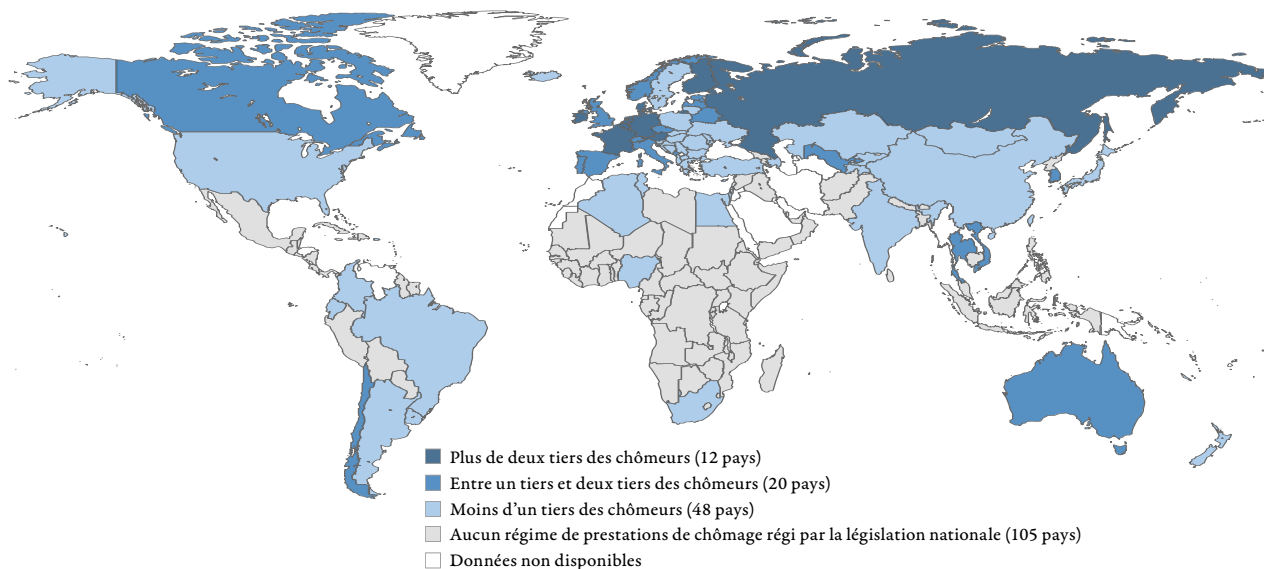


Notes: Les données sur le nombre de chômeurs bénéficiant de prestations de chômage ont été collectées auprès des régimes nationaux de chômage de la sécurité sociale. Les estimations régionales et mondiales ont été pondérées par le nombre de chômeurs. Voir aussi annexe II.

Sources: BIT, base de données sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database); AISS/SSA, Social Security Programs Throughout the World (les programmes de sécurité sociale dans le monde); OCDE, base de données sur les dépenses sociales SOCR; base de données ILOSTAT; sources nationales. Voir aussi annexe IV, tableaux B.3 et B.6.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=54641>.

Figure 3.18 Indicateur 1.3.1 des ODD sur la couverture effective des personnes au chômage: pourcentage de personnes au chômage bénéficiant de prestations de chômage en espèces, dernières données disponibles



Notes: Données pour la période 2012-2015. Les chiffres entre parenthèses correspondent au nombre de pays de chaque catégorie. Voir aussi annexe II.

Sources: BIT, base de données sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database), d'après l'enquête sur la sécurité sociale; OCDE, base de données sur les dépenses sociales SOCR; base de données ILOSTAT; sources nationales. Voir aussi annexe IV, tableaux B.3 et B.6.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=54642>.

région Asie et Pacifique, 16,7 pour cent dans la région Amériques et seulement 5,6 pour cent en Afrique. Bien que l'absence de régime de protection de chômage, en particulier dans les pays où le niveau d'emploi informel est élevé, soit certainement la raison principale de la faible couverture à l'échelle mondiale, d'autres facteurs entrent en jeu, notamment la longueur des périodes de cotisation préalables¹³ et la limitation de la durée des prestations.

Dans de nombreux pays qui disposent de régimes de prestations de chômage, le nombre de chômeurs bénéficiant réellement de prestations en espèces périodiques est encore relativement faible (voir figures 3.17 à 3.19)¹⁴. Sur les 96 pays dotés de l'un ou l'autre type de régime, seulement 11 offrent une couverture à plus des deux tiers des chômeurs, tandis que dans 48 pays moins d'un tiers des chômeurs perçoivent effectivement des prestations de chômage. Les raisons éventuelles à l'origine de ce faible ratio de couverture comprennent: l'exclusion de certains groupes de travailleurs de la couverture légale, tels que les travailleurs domestiques ou à temps partiel; une proportion élevée de chômeurs de longue durée qui ont épuisé leurs droits aux prestations; ou une forte proportion de chômeurs qui ne remplissent pas les conditions. Dans certains cas, les prestations de chômage peuvent ne pas être réclamées si, par exemple, les niveaux de prestations sont trop faibles ou si le fait de bénéficier de prestations entraîne une stigmatisation. Un niveau élevé d'activité informelle peut aussi expliquer ce faible ratio, en particulier sous la forme de travail non déclaré lorsque les travailleurs perçoivent leur salaire en espèces de manière informelle, «de la main à la main». En cas de chômage, ces travailleurs censés être légalement couverts, ne le sont pas effectivement.

Couverture étendue et sécurité de revenu seront associées à condition que le niveau des prestations soit suffisant. Comme le montre la figure 3.20 pour les pays d'Europe, les prestations de chômage ont un rôle clé dans la réduction de la pauvreté chez les chômeurs.

¹³ Les conventions n° 102 et n° 168 exigent toutes les deux que la période de stage ne soit pas plus longue que nécessaire pour empêcher les abus. Les pays exigent généralement 6 ou 12 mois de cotisations avant de pouvoir bénéficier de prestations. La Mongolie est le pays le plus exigeant, avec 24 mois de cotisations, dont les 9 derniers doivent être continus, ce qui exclut les personnes ayant des contrats de travail saisonniers ou temporaires (Carter, Bédard et Peyron Bista, 2013).

¹⁴ Certaines personnes non couvertes par les régimes de prestations de chômage peuvent toutefois bénéficier d'autres prestations, telles que les prestations de l'assistance sociale.

Figure 3.19 Indicateur 1.3.1 des ODD sur la couverture effective des personnes au chômage: pourcentage des personnes au chômage bénéficiant de prestations en espèces (à caractère contributif ou non), dernières données disponibles

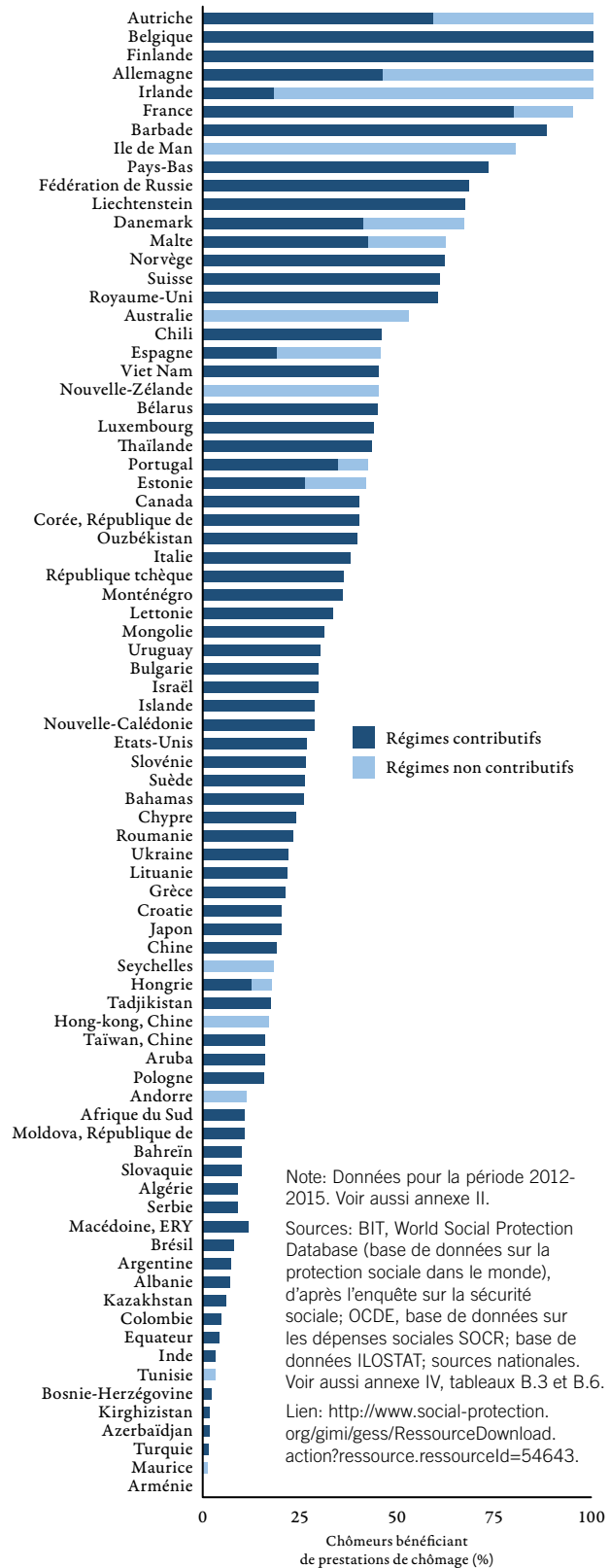
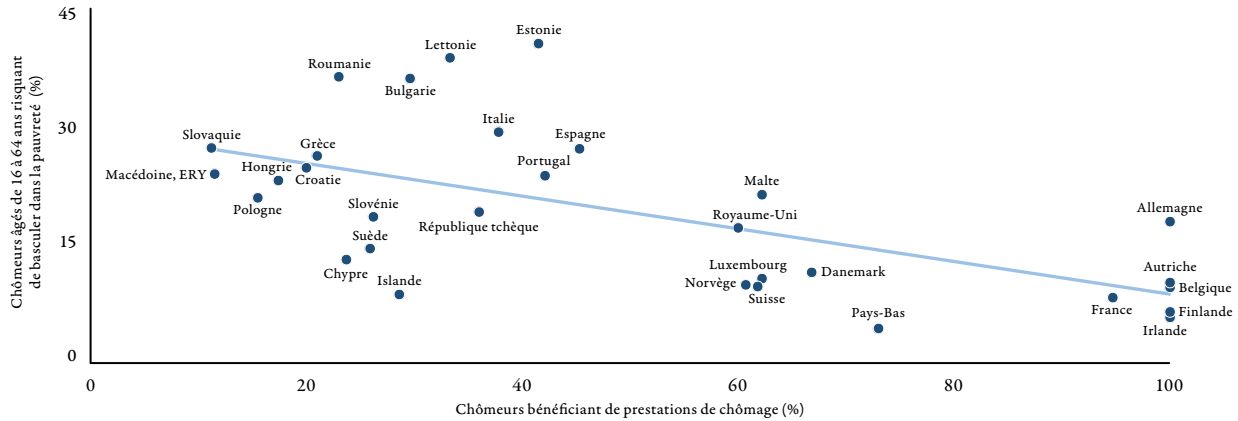


Figure 3.20 Indicateur 1.3.1 des ODD sur la couverture effective des personnes au chômage: pourcentage de personnes au chômage bénéficiant de prestations de chômage en espèces et part des chômeurs âgés de 16 à 64 ans risquant de basculer dans la pauvreté, sélection de pays européens, 2015



Note: Calculs fondés sur le seuil de pauvreté de 40 pour cent du revenu équivalent médian des ménages, ce qui est inférieur au seuil qu'utilise l'Union européenne pour identifier les personnes risquant de basculer dans la pauvreté (60 pour cent du revenu médian).

Sources: EUROSTAT, Statistiques sur le revenu et les conditions de vie; sources diverses. Voir annexe IV, tableau B.6.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=54644>.

3.3.5 Extension de l'aide aux personnes sans emploi: tendances mondiales

Au cours des dernières années, de nombreux pays à revenu élevé ont mis en place une série de mesures pour étendre les prestations de chômage et élargir la portée de la protection dans le cadre des régimes de prestations de chômage en combinant des prestations de chômage en espèces et des mesures telles que le développement de compétences, la formation et d'autres politiques actives du marché du travail. D'autre part, de nombreux pays

ont réduit le niveau de protection des chômeurs, souvent à cause de mesures d'assainissement budgétaire (voir encadré 3.11).

Malgré les difficultés considérables que comporte la mise en œuvre des régimes de protection du chômage, plusieurs pays à revenu intermédiaire et à faible revenu ont récemment institué des régimes visant à protéger les chômeurs et les travailleurs sous-employés contre la pauvreté, l'insécurité de revenu et le risque de basculer dans l'emploi informel.

Encadré 3.11 Dernières tendances en matière de protection contre le chômage, exemples sélectionnés

De nombreux pays continuent de réformer leurs programmes de protection du chômage. Les tendances divergent: alors que certains pays élargissent la protection du chômage, d'autres réforment leurs systèmes, la plupart du temps à cause de mesures d'assainissement budgétaire. D'après les médias, les mesures ci-après ont été prises en considération.

Le Brésil prévoit d'instaurer un fonds compensatoire en cas de licenciement sans motif valable, fondé sur les cotisations de l'employeur à hauteur de 3,2 pour cent de la rémunération mensuelle des travailleurs domestiques. En outre, l'assurance-chômage

pour les travailleurs ruraux qui perdent leur emploi sans motif valable doit être introduite.

L'Irlande prévoit d'offrir 500 places supplémentaires pour le régime social rural (Rural Social Scheme), un programme public d'emploi qui offre des revenus supplémentaires aux agriculteurs à faible revenu et aux pêcheurs qui ne peuvent pas subvenir à leurs besoins (2017).

La loi de 2016 sur la réforme et le bien-être social du Royaume-Uni gèle les prestations pour les personnes en âge de travailler pendant quatre ans, à compter d'avril 2016.

Sources: BIT, Social Protection Monitor; AISS, Observatory Country Profiles, 2017.

Consolider les résultats dans les pays à revenu élevé

Étendre la couverture de la protection contre le chômage, élever le niveau et la durée des prestations.

Plusieurs pays à revenu élevé élargissent l'accès aux prestations de chômage existantes ou récemment mises en place. Certains pays, comme l'Autriche¹⁵, ont étendu leur couverture en assouplissant les conditions de stage; d'autres, comme le Canada, en réduisant les délais de carence. La plupart des pays étendent la couverture aux travailleurs qui étaient précédemment exclus, tels que les travailleurs en emploi atypique en Allemagne et au Japon, les travailleurs indépendants en Grèce¹⁶ et en Italie, et les jeunes en France¹⁷. D'autres pays (Danemark¹⁸, Italie¹⁹) étendent leur couverture aux personnes qui ont épuisé leurs droits ou élargissent les prestations et permettent aux bénéficiaires de conserver leurs droits en cas de travail à court terme ou temporaire (Danemark, Portugal, Espagne). D'autres encore introduisent des incitations financières pour soutenir l'employabilité et le retour au travail (France²⁰), ou augmentent le niveau des prestations ou le montant maximal de l'allocation (France, Estonie²¹, Suède). Dans les pays de l'OCDE, les taux de remplacement nets médians ont augmenté pendant la période 2001-2014 pour les personnes au chômage depuis moins de douze mois, mais ont diminué pour les chômeurs de longue durée (OCDE, 2017a). En Finlande, un projet pilote permet d'étudier la possibilité de remplacer les prestations de chômage de base par un revenu de base (voir encadré 3.12).

Plusieurs pays (Grèce, Hongrie) ont lancé des programmes publics d'emploi. En garantissant un flux de

revenus temporairement prévisible pour les chômeurs et les travailleurs sous-employés, ces programmes peuvent compléter les instruments de protection sociale fondés sur le cycle de vie (OCDE, 2009b).

En réponse aux problèmes de chômage auxquels sont confrontés les jeunes, de nombreux pays (Danemark, Irlande, Royaume-Uni et Suède) continuent d'intensifier leurs efforts pour fournir une aide à la recherche d'emploi, à la formation et à la reconversion, et mettre en place des mesures pour accroître l'employabilité. Ces programmes, visant à lutter contre le chômage des jeunes, comprennent des mesures destinées à améliorer la qualité des systèmes d'apprentissage, de la formation professionnelle et d'autres programmes de transition entre l'école et le travail; à fournir des conseils en matière d'orientation professionnelle ou du mentorat; et à promouvoir l'acquisition d'une expérience professionnelle (Programme de garantie pour la jeunesse de l'UE). Certains pays (Espagne, Italie, Slovénie, République tchèque) assouplissent les conditions d'exigibilité aux prestations de chômage pour les jeunes ou leur donnent explicitement accès à des régimes. Les programmes publics d'emploi et les subventions salariales temporaires (Estonie, France, Lettonie) sont également des instruments essentiels de la transition des politiques passives vers des politiques actives du marché du travail ciblant les jeunes.

Pressions pour réduire la protection contre le chômage. Alors que dans de nombreux pays la couverture et les niveaux de protection du chômage ont augmenté ces dernières années, des mesures ont aussi été prises pour réduire la protection contre le chômage, du fait des politiques d'austérité (voir encadré 3.13). Il s'agit notamment de mesures visant à: durcir les conditions d'attribution des prestations de chômage (Belgique²²,

¹⁵ En Autriche, les périodes de perception des allocations familiales ouvrent droit aux prestations de chômage.

¹⁶ La Grèce est l'un des premiers pays à avoir étendu la couverture aux travailleurs indépendants. L'allocation de chômage de 360 euros par mois sera versée pendant trois à neuf mois. Les personnes qui ont payé des cotisations sociales pendant trois ans, disposaient d'un revenu personnel annuel de 20 000 euros maximum pendant les deux années précédant la période de chômage ou d'un revenu familial annuel de 30 000 euros maximum peuvent bénéficier de l'allocation (AISS et SSA, 2017b). Dans d'autres pays, les principales difficultés pour la mise en œuvre de ces régimes concernent la définition précise de l'activité, des cotisations trop lourdes et le risque moral.

¹⁷ La protection contre le chômage est étendue aux jeunes âgés de 18 à 25 ans qui étaient précédemment exclus du revenu de solidarité active (RSA).

¹⁸ Au Danemark, la réforme des prestations de chômage en 2015 a prévu d'en allonger la durée maximale de deux à trois ans, le financement étant assuré par une réduction des prestations réservées aux diplômés (OCDE, 2016).

¹⁹ L'Italie a étendu la couverture en attribuant, sous conditions de ressources, une aide au revenu aux travailleurs ayant épuisé leurs droits aux allocations de chômage, ou bien qui ont des enfants, ou encore qui sont proches de l'âge de départ à la retraite.

²⁰ Pour soutenir le retour à l'emploi, la France a introduit une allocation dénommée prime d'activité. Elle permet aux chômeurs de continuer à toucher leurs allocations lorsqu'ils trouvent un nouvel emploi durant leur période d'indemnisation. Les groupes cibles sont les personnes âgées et les travailleurs peu qualifiés ayant des contrats de courte durée ou d'intérim.

²¹ Le plafond et le niveau minimal de prestations de l'assurance-chômage, ainsi que le taux des prestations de chômage ont été légèrement relevés.

²² Par un ajustement des conditions d'âge, la Belgique a durci les conditions d'attribution relatives aux régimes spéciaux de prestations de chômage pour les travailleurs à l'approche de l'âge de départ à la retraite, ainsi qu'aux allocations de chômage pour les jeunes.

Encadré 3.12 Mise à l'essai d'un revenu de base pour les demandeurs d'emploi

En Finlande, un projet pilote de revenu de base, de deux ans, vise à évaluer la possibilité de remplacer certaines prestations de base de la sécurité sociale, y compris les prestations de base de chômage et de santé, ainsi que certaines allocations parentales ou de réadaptation, par un revenu de base mensuel de 560 euros attribué sans conditions de ressources à

Source: d'après KELA (2016).

2 000 bénéficiaires d'indemnités de chômage, âgés de 25 à 58 ans et tirés au sort.

Les résultats de l'expérience donneront un aperçu de l'efficacité du revenu de base en termes de retour à l'activité et de simplification administrative, par comparaison avec le système actuel.

Danemark, Estonie²³, Grèce, Hongrie et République tchèque); allonger la période de cotisation ouvrant droit aux prestations de chômage (France); augmenter le seuil de rémunération (Finlande); réduire la durée maximale de l'indemnisation (Finlande²⁴ et Pays-Bas²⁵); et réduire le niveau des prestations (Espagne, Finlande, Grèce, et Lettonie).

Dans de nombreux pays, la tendance est au renforcement du lien entre l'aide au revenu et les politiques actives du marché du travail en durcissant les conditions et les obligations des demandeurs d'emploi. Dans le cadre de nombreux régimes, notamment dans les Etats membres de l'Union européenne, les exigences ont été renforcées pour les bénéficiaires de prestations de chômage qui doivent désormais faire preuve de davantage de disponibilité (Commission européenne, 2015a). Certains pays (Belgique, Finlande, Lettonie) ont renforcé les exigences en matière de recherche d'emploi et de suivi des bénéficiaires de prestations de chômage. D'autres mesures incluent des conditions plus strictes liées au versement des prestations, notamment en ce qui concerne l'acceptation obligatoire d'un emploi (Pays-Bas), la mobilité professionnelle (Belgique, Lettonie) et géographique (Canada, Finlande, Lettonie, Nouvelle-Zélande), ainsi que la participation aux travaux publics ou à la formation (Italie, Royaume-Uni, Slovaquie). Plusieurs pays ont introduit des sanctions (ou les ont renforcées) en cas de refus d'une offre d'emploi ou de participation à des interventions actives sur le marché du travail (Royaume-Uni) (Commission européenne, 2016; Langenbucher, 2015).

Bien que ces mesures puissent faciliter une (ré)-intégration plus rapide sur le marché du travail, certains travailleurs, en particulier ceux dont les périodes

d'emploi sont courtes et l'historique en matière d'emploi est moins stable, peuvent rencontrer des difficultés pour pouvoir prétendre aux prestations de chômage et les recevoir réellement, car les conditions d'accès dépendent souvent des antécédents professionnels ou des cotisations versées. Le durcissement des conditions d'accès peut donc donner lieu à une couverture et un effet de stabilisation plus faibles (Esser et coll., 2013; Langenbucher, 2015). De même, bien que des exigences plus strictes en matière de recherche d'emploi puissent permettre aux particuliers de renoncer aux prestations de chômage, elles ne constituent pas une aide suffisante pour leur permettre de trouver un emploi stable ou de meilleure qualité (Petrongolo, 2009).

Mise en place de régimes de protection contre le chômage et extension de la couverture dans les pays en développement

Au cours des dernières années, de nombreux pays en développement ont introduit des régimes de prestations de chômage considérablement élargis ou mis en place des mesures pour lutter contre le sous-emploi. Ces politiques visent non seulement à garantir la sécurité de revenu des travailleurs au chômage ou sous-employés, mais aussi à les maintenir hors de l'économie informelle. Les différents régimes comprennent plusieurs types d'assurance et d'assistance en cas de chômage, ainsi que des régimes de garantie de l'emploi, et offrent différents niveaux de protection. Dans la plupart des régimes, la fourniture de prestations en espèces est associée à des mesures d'aide à l'emploi et de formation visant à (ré)-intégrer les chômeurs sur le marché du travail.

²³ Les membres des conseils de gestion n'ont pas droit aux prestations.

²⁴ Le gouvernement de la Finlande a décidé de réduire la durée maximale de l'indemnisation de 500 à 400 jours pour les personnes qui ont travaillé plus de trois ans avant d'être au chômage, et à 300 jours pour ceux qui ont travaillé moins de trois ans avant d'être au chômage.

²⁵ Aux Pays-Bas, la durée maximale de l'indemnisation a été réduite de 38 à 24 mois. Le rapport entre la durée de l'indemnisation et la période de cotisation a également été réduit.

**Encadré 3.13 Extension de la protection contre le chômage dans les pays suivants:
Afrique du Sud, Arabie saoudite, Cabo Verde, Jordanie, Koweït,
République démocratique populaire lao, Maroc, Maurice et Viet Nam**

Ces dernières années, neuf pays ont mis en place des régimes de protection contre le chômage:

- En Afrique du Sud, la loi d'amendement de l'assurance-chômage, approuvée en 2017, prévoit l'extension de la couverture à de nouvelles catégories de travailleurs (en formation, fonctionnaires).
- L'Arabie saoudite a mis en place un nouveau régime d'assurance-chômage en 2014.
- Le Cabo Verde a introduit un régime contributif de prestations de chômage en 2016.
- En 2011, la Jordanie a introduit des prestations de chômage pour les demandeurs d'emploi ayant perdu leur emploi pendant une période maximale de trois mois à condition qu'ils puissent prouver leur recherche d'emploi.
- Le Koweït a introduit un régime d'assurance-chômage en 2013, couvrant les chômeurs âgés de 18 à 60 ans et ceux qui ne peuvent pas prétendre à une pension de vieillesse.
- La République démocratique populaire lao a introduit un régime d'assurance-chômage en 2015.
- Le Maroc a introduit en 2014 un régime d'assurance-chômage pour les travailleurs salariés du secteur privé et les apprentis dans les secteurs de l'industrie, du commerce, de l'agriculture ainsi que pour certaines catégories d'employés dans le secteur de la pêche.
- Maurice a complété son régime d'assistance sociale avec un régime d'assurance sociale en 2009.
- Le Viet Nam a mis en place un régime d'assurance pour l'emploi en 2009 et l'a réformé en 2013 (voir encadré 3.14).

Sources: AISS, Observatory Country profiles; BIT, NATLEX.

Plusieurs pays (y compris Afrique du Sud, Arabie saoudite, Cabo Verde, Ile Maurice, Jordanie, Koweït, République démocratique populaire lao, Maroc et Viet Nam) ont mis en place des systèmes de protection contre le chômage (voir encadrés 3.13 et 3.14). D'autres (Emirats arabes unis, Indonésie, Kurdistan iraquien, Malaisie, Oman et Philippines, entre autres) sont en train d'évaluer la faisabilité de la mise en œuvre de leurs premiers régimes d'assurance-chômage ((Kulke et Alaraimi, 2017; Peyron Bista et Carter, 2017). En outre, certains pays ont élargi la couverture de leurs régimes d'assurance-chômage pour couvrir les travailleurs en marge de l'économie formelle ou les travailleurs qui en étaient précédemment exclus. La Jordanie, par exemple, a mis en place des mesures d'extension de la protection aux travailleurs indépendants, et le régime d'assurance volontaire à Oman, subventionné pour les personnes à faible revenu, couvre désormais les travailleurs indépendants (Kulke et Alaraimi, 2017). Bahreïn est l'un des rares pays à faire bénéficier les jeunes travailleurs dont la période de cotisation est insuffisante de prestations de chômage.

Dans certains pays, en particulier en Amérique latine et dans les Caraïbes, les régimes d'épargne en cas de chômage sont des instruments de substitution aux régimes contributifs d'assurance-chômage. La mise en place de ces régimes a été encouragée dans des contextes d'emploi informel élevé et lorsque les capacités administratives sont trop faibles pour vérifier les conditions

d'ouverture des droits, afin d'assurer le suivi de la participation aux programmes de recherche d'emploi et de formation professionnelle et de limiter le risque moral (Robalino, Vodopivec et Bodor, 2010). Toutefois, il est peu probable que ces régimes offrent une protection adéquate, car les personnes qui risquent de perdre leur emploi sont aussi celles qui ne peuvent pas suffisamment économiser en raison de leur rythme de travail; d'autres travailleurs épuisent leurs comptes trop rapidement et le régime ne permet pas de mutualiser les risques (Kuddo, Robalino et Weber, 2015; OCDE, 2010; Peyron Bista et Carter, 2017). Le régime chilien répond en partie à l'incapacité de nombreux travailleurs à économiser suffisamment, au moyen d'une composante solidaire subventionnée par l'impôt, ce qui en fait réellement un régime mixte (Paes de Barros, Corseuil et Foguel, 2001; Holzmann et Vodopivec, 2012; BIT, 2014a). En outre, lorsque que ces régimes permettent d'emprunter sur les comptes de protection vieillesse il existe un risque de perte de sécurité de revenu pour la vieillesse. Ces régimes comportent une autre lacune: ils peuvent inciter les travailleurs à quitter leur emploi pour retirer une partie de leurs économies, en particulier dans les cas d'accès restreint au crédit, ce qui peut entraîner une plus forte rotation du personnel, avec un coût supplémentaire pour les employeurs (Kuddo, Robalino et Weber, 2015).

Dans les pays dépourvus de régimes d'assurance-chômage ou d'autres programmes légaux de soutien du

Encadré 3.14 Protection contre le chômage au Viet Nam

Le Viet Nam a introduit un régime d'assurance-chômage dans sa loi sur l'assurance sociale de 2006. Les cotisations sont prélevées depuis 2009 et les premières prestations ont été versées en 2010.

En 2013, les dispositions relatives à l'assurance-chômage ont été transférées à la loi sur la promotion de l'emploi dans le cadre d'une réforme plus large visant à accroître la couverture, améliorer l'efficacité du régime et renforcer les liens entre les prestations de chômage et les politiques actives du marché du travail, en particulier les programmes de retour à l'emploi et l'aide au maintien de l'emploi. Outre les services d'orientation et de formation professionnelles pendant une période maximale de six mois, la nouvelle loi comprend des programmes de formation et de requalification mis à la disposition des employeurs pour améliorer les qualifications et renforcer les

compétences des travailleurs en vue de maintenir leur emploi. La loi renforce également le rôle des centres de service de l'emploi et leur capacité à fournir des services d'orientation et de placement professionnels. Dans ce contexte, le gouvernement a également intensifié ses efforts pour intégrer les politiques d'emploi public dans le programme national ciblé pour une réduction durable de la pauvreté. En 2015, 10,2 millions de travailleurs – près de 20 pour cent de la main-d'œuvre totale – étaient assurés dans le cadre du régime d'assurance-chômage. Parmi les 527 576 personnes qui ont déposé une demande d'indemnité d'assurance-chômage, 526 279 bénéficiaient d'une prestation mensuelle: 57 pour cent étaient des femmes, 24 378 personnes bénéficiaient d'une formation professionnelle et 473 791 de services d'orientation professionnelle.

Sources: Peyron Bista et Carter (2017); données tirées de l'entretien réalisé auprès du Bureau de l'emploi, ministère du Travail, des Invalides et des Affaires sociales, Hanoi, 2016; et autres sources nationales.

revenu (El Salvador, Grenade, Guatemala, entre autres), les indemnités de départ constituent une aide au revenu et servent aux travailleurs des versements forfaitaires en cas de chômage (Carter Bédard et Peyron Bista, 2013; Kuddo, Robalino et Weber, 2015). Cependant, comme mentionné ci-dessus, ces indemnités sont inefficaces pour garantir une protection adéquate aux travailleurs au chômage. Plusieurs pays, notamment la Malaisie, envisagent donc de réformer leur réglementation sur les indemnités de départ, en considérant l'institution de régimes d'assurance-chômage et l'intégration des services d'emploi (Kuddo, Robalino et Weber, 2015; Peyron Bista et Carter, 2017).

Certains pays ont également élargi les programmes d'assistance sociale qui garantissent une sécurité de revenu de base aux groupes vulnérables de la population. Par exemple, le Cambodge, la République démocratique populaire lao, le Myanmar, la Thaïlande et le Viet Nam se concentrent sur le vaste secteur informel agricole dans le cadre de leurs programmes de transferts en espèces (Carter, 2016). Toutefois, bien que ces instruments permettent de combler les lacunes existantes, les niveaux de prestations sont généralement faibles en raison de budgets publics limités et, à moins d'être complétés par des régimes contributifs de protection sociale, ils ne réduisent pas nécessairement les inégalités de revenus (Berg, 2015a; Carter, 2016). De plus, ces programmes, en particulier ceux qui incluent des critères de comportement et des procédures de ciblage complexes peuvent involontairement exclure

les personnes les plus vulnérables (Berg, 2015b; Kidd, Gelders et Bailey-Athias, 2017).

Ces dernières années, un certain nombre de pays ont mis en place des régimes de garantie de l'emploi et des programmes de travaux publics. Leur objectif principal est de proposer un emploi temporaire et un certain niveau de sécurité de revenu aux travailleurs au chômage qui sont exclus de l'assurance-chômage, notamment les travailleurs indépendants et les travailleurs ruraux pendant les saisons creuses, lorsque le chômage et le sous-emploi sont fréquents. Un des programmes les plus populaires, le MGNREGS a été introduit en 2005 en Inde. Il offre un droit garanti par la législation à un maximum de cent jours d'emploi par an aux ménages en zone rurale. De nombreux autres pays (Cambodge, Indonésie, Malawi, République-Unie de Tanzanie) ont eu recours à des programmes publics d'emploi pour garantir aux ménages en situation de pauvreté un certain niveau de sécurité de revenu pendant au moins une période limitée, même s'il n'y a pour cela aucun fondement juridique. En outre, dans le cadre de ces programmes, de nombreuses mesures sont souvent entreprises ponctuellement et ne sont pas suffisamment liées aux mesures de renforcement de l'employabilité en faveur des travailleurs pauvres (Peyron Bista et Carter, 2017).

Si les programmes publics d'emploi peuvent servir plusieurs objectifs de développement (investissement, emploi et protection sociale), il leur manque un objectif principal clairement défini, ce qui limite leur efficacité

pour conférer une protection sociale adéquate (BIT, 2014a). Compte tenu du fait que ces programmes ne concernent pas les personnes dans l'incapacité permanente ou temporaire de travailler ou pour qui le travail n'est pas disponible, plusieurs pays (dont l'Afrique du Sud et l'Éthiopie) ont pris des mesures concrètes pour souligner les objectifs en matière de protection sociale dans leurs programmes et ont combiné régimes de garantie de l'emploi et transferts non conditionnels pour ces groupes (McCord, 2012). Tandis que ces programmes peuvent constituer une source de protection sociale pour les personnes qui ne sont pas couvertes par l'assurance-chômage, ils risquent de ne plus protéger les travailleurs une fois le programme terminé. Des mesures complémentaires, notamment la formation, peuvent être efficaces pour assurer le retour des participants à l'emploi non subventionné en fin de programme (BIT, 2016f). Les programmes publics d'emploi ne réduiront la pauvreté et ne parviendront à plus grande équité à long terme que s'ils sont axés sur les composantes du travail décent, y compris un niveau de salaire adéquat, une composante intégrale de développement des compétences et le respect total de la sécurité et de la santé des travailleurs, tout en garantissant aux bénéficiaires l'accès aux prestations de sécurité sociale et aux soins de santé (BIT, 2014a).

3.3.6 Renforcer le lien entre la protection contre le chômage, les politiques actives du marché du travail et les politiques macroéconomiques génératrices d'emploi

Au vu de la persistance de niveaux élevés de chômage, ainsi que de l'emploi vulnérable et de la pauvreté des travailleurs dans de nombreux pays, la tendance est aujourd'hui au renforcement du lien entre l'aide au revenu et les politiques actives du marché du travail. Cela s'explique par la reconnaissance du fait que, seule, l'aide au revenu n'améliore pas forcément l'emploi ou la situation sociale des particuliers lorsque les marchés du travail évoluent rapidement ou lorsque les particuliers rencontrent des difficultés en matière d'emploi (ou de réemploi) (BIT, 2017a; Martin, 2014). Ces politiques sont jugées efficaces pour motiver les chômeurs à trouver rapidement un emploi adapté et les rendre actifs. Leur

objectif initial de (ré)intégrer les chômeurs au marché du travail a été élargi, et inclut désormais un soutien pour faciliter la transition des travailleurs d'un secteur à l'autre, maintenir le revenu des travailleurs pendant les périodes de récession ou compléter les salaires des groupes vulnérables. En général, elles consistent en une combinaison de mesures visant la mise en relation des demandeurs d'emploi avec les postes disponibles, l'amélioration et l'adaptation de leurs compétences et la stimulation de la création d'emplois. Parmi ces mesures figurent l'assistance directe pour la recherche d'emploi et l'orientation professionnelle, la formation et le développement des compétences, ainsi que les subventions à l'emploi et aux salaires (BIT, 2016l; Peyron Bista et Carter, 2017).

Plusieurs pays encouragent l'adoption de stratégies visant à faciliter l'adéquation de l'offre et de la demande d'emploi, ainsi que l'accès des demandeurs d'emploi et des bénéficiaires de prestations de chômage à la formation, à la reconversion et à la certification (Arabie saoudite, Pays-Bas²⁶, Portugal, Fédération de Russie et Viet Nam); au soutien personnalisé (Danemark, Lettonie et Royaume-Uni); et à une aide pour respecter les exigences en matière de recherche d'emploi et d'activité (Espagne). D'autres pays, notamment l'Estonie, élargissent leur gamme de services d'assistance et d'orientation professionnelles pour aider les travailleurs à conserver leur emploi. Dans d'autres pays (Afrique du Sud, Arabie saoudite, Argentine, Brésil, Canada, République de Corée, Danemark, États-Unis, Finlande, France, Japon, Fédération de Russie), l'emploi subventionné et l'octroi de crédits sont utilisés pour inciter les employeurs à embaucher des chômeurs et créer des emplois.

Si ces mesures aident les particuliers à trouver un emploi plus décent et productif et améliorent la qualité de l'emploi, elles renforcent également l'équité en ciblant les groupes défavorisés pour lesquels il est difficile de trouver un emploi, notamment à cause de vulnérabilités associées à des niveaux de revenu plus faibles, du manque de compétences essentielles ou de la discrimination (BIT, 2016f). Dans ce contexte, les programmes s'adressent à des groupes spécifiques, notamment aux travailleurs âgés (Autriche²⁷, Lituanie et Singapour), aux personnes invalides (Allemagne, Luxembourg et Pologne), aux parents de jeunes enfants (Bulgarie, Japon, Malte, Pakistan et Fédération de Russie), aux

²⁶ Le nouveau programme propose des services de reconversion pour faciliter la transition des travailleurs des secteurs en dépression vers les secteurs en expansion (Commission européenne, 2015a).

²⁷ Les mesures comprennent des subventions salariales et du recyclage pour la mise à jour des compétences (Commission européenne, 2015a).

femmes (Espagne et Pologne²⁸) et aux chômeurs de longue durée (Bulgarie²⁹, Chypre, Espagne, France, Irlande, Lettonie, Malte, Portugal et Slovaquie). Dans de nombreuses régions (Amérique latine et Caraïbes), le soutien accru aux politiques actives du marché du travail associé à l'expansion des régimes de protection contre le chômage, notamment non contributifs, joue un rôle majeur dans la lutte contre la pauvreté et les inégalités et favorise l'amélioration des résultats en matière d'emploi (Escudero, 2015; BIT, 2016f; Martin, 2014)³⁰.

Les politiques actives du marché du travail sont souvent entreprises dans le but de renforcer le lien entre les politiques actives et passives du marché du travail et, plus généralement, d'offrir des politiques intégrées en matière d'emploi et de protection sociale (Allemagne, Argentine, Brésil, République de Corée, Japon et Viet Nam) (voir encadré 3.14). Ces mesures visent à réunir les bénéficiaires de prestations de chômage et d'autres prestations d'assistance sociale dans un cadre commun de politiques d'activation et à améliorer la qualité et la portée des services (BIT, 2014a; Peyron Bista et Carter, 2017). Par exemple, la Mongolie et la Finlande³¹ ont fusionné l'administration des services de protection sociale et d'emploi en mettant en place un «guichet unique» et combinent ainsi la prestation de services de protection sociale et d'emploi.

Ces politiques se sont révélées efficaces pour réduire l'exclusion à long terme des chômeurs du marché du travail, si l'on tient compte du fait que les travailleurs découragés peuvent annuler leur inscription auprès des services de l'emploi (BIT, 2014b). Bien que les mesures visant des groupes spécifiques puissent avoir

un important effet de redistribution, certaines préoccupations ont été exprimées: par exemple, en l'absence de composantes de promotion de l'employabilité, ces mesures peuvent renforcer la stigmatisation et produire un effet de verrouillage pendant la participation (BIT, 2016g).

Bien que ces politiques soient destinées à faciliter le retour au travail des chômeurs, elles peuvent exclure ou discriminer certains groupes de bénéficiaires et restreindre l'accès effectif aux prestations, puisque l'obligation de participer peut également impliquer un contrôle plus strict du versement des prestations et un durcissement des conditions d'attribution. Une conception et une mise en œuvre soigneuses des mesures d'activation sont donc nécessaires pour garantir que ces dernières ne provoquent pas d'effets imprévus indésirables (BIT, 2014d).

Il se peut même que les politiques d'activation n'aient pas l'effet escompté sur la création d'emplois lorsque les emplois ne sont pas disponibles et que la faiblesse de la demande freine l'économie, surtout en période de récession. Pour cette raison, des politiques efficaces sont nécessaires pour garantir un niveau élémentaire de sécurité de revenu pendant les périodes de chômage et de sous-emploi, et il convient de les associer à des politiques efficaces du marché du travail, de l'emploi et de développement des compétences, ainsi qu'à des politiques macroéconomiques qui favorisent les emplois pour rétablir la demande de main-d'œuvre et aider les pays à éviter les pièges que constituent la faible croissance et le faible emploi (Ocampo et Jomo, 2007; Stiglitz, 2009; BIT, 2014c, 2017b).

²⁸ En Pologne, les nouvelles mesures, en vigueur depuis 2014, sont des mesures d'activation professionnelle à l'intention des femmes, comme la fourniture d'une prestation d'activation pour les employeurs qui embauchent des travailleuses ayant interrompu leur carrière pour élever leurs enfants ou s'occuper de personnes à charge (Commission européenne, 2015a).

²⁹ Le programme de formation et d'emploi pour les chômeurs de longue durée récemment approuvé propose des mesures de formation et de création de postes.

³⁰ L'effet des politiques actives du marché du travail sur la pauvreté peut être plus fort dans les pays émergents et en développement, puisque la fonction de réduction de la pauvreté de ces politiques vise généralement les groupes les plus vulnérables plutôt que les chômeurs uniquement, comme dans les pays de l'OCDE (BIT, 2016f).

³¹ La Finlande a mis en place un guichet unique pour les jeunes travailleurs (Commission européenne, 2016).

3.4 Protection en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles

POINTS CLÉS

- L'extension de la couverture de la protection en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles contribue à la réalisation de l'ODD 1.3. La couverture effective des travailleurs par l'assurance accidents du travail est encore relativement faible dans la plupart des pays à revenu intermédiaire et à faible revenu en raison du faible degré d'affiliation aux régimes pertinents, lorsqu'ils existent.
- Par conséquent, la grande majorité des travailleurs des pays à revenu intermédiaire et à faible revenu ne bénéficient d'aucune protection en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles. Il existe un large éventail de pratiques culturelles sur le lieu de travail concernant le traitement à titre discrétionnaire des cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles. Des efforts sont déployés pour documenter et combattre ces pratiques, conformément aux principes de l'assurance sociale.
- Trente-six pays s'en remettent encore à la responsabilité de l'employeur d'indemniser le travailleur en cas d'accident du travail et de maladies professionnelles, et ce en l'absence de systèmes d'assurance, en particulier en Afrique, en Asie et dans le Pacifique.
- Un nombre croissant de pays étudient des réformes qui s'éloignent des systèmes fondés sur la responsabilité de l'employeur et s'orientent vers l'adoption et la mise en œuvre de régimes d'assurance accidents du travail, conformément aux principes de la sécurité sociale énoncés dans les conventions de l'OIT n° 102 et n° 121; cela devrait avoir un effet positif sur la couverture effective dans les branches d'activité les plus dangereuses et dans les petites et moyennes entreprises, ainsi que sur le niveau général de protection.
- Le coût des prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles, comme celui de la sécurité et de la santé au travail (SST), y compris la prévention et la réinsertion des travailleurs blessés, est normalement pris en compte dans le coût total de production.
- La SST peut bénéficier des synergies intégrées dans le cadre des prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles pour tous les travailleurs; l'enjeu que représente l'extension de la protection en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles aux travailleurs de l'économie informelle reste crucial, tandis que des approches plus innovantes sont explorées, notamment par l'intermédiaire du secteur coopératif et associatif.
- De nombreux pays à faible revenu impliqués dans les chaînes d'approvisionnement mondiales (secteurs du vêtement, du textile et du cuir) sont très favorables à la mise en œuvre effective de la couverture par l'assurance accidents du travail, mais restent hésitants, à cause d'un coût estimé trop élevé, à près de 1 pour cent des salaires. Cela met en lumière le contexte concurrentiel des chaînes d'approvisionnement mondiales. Il reste encore du chemin à parcourir pour faire accepter le coût de la sécurité sociale en général.

3.4.1 Protection des travailleurs en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles

Dans bien des pays, les régimes d'accidents du travail, qui servent des prestations en espèces et en nature en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles, sont la branche la plus ancienne de la sécurité sociale. Ces régimes ont été mis en place pour répondre à l'un des défis majeurs qui se posaient sur les lieux de travail modernes. Les employeurs sont chargés de garantir la sécurité et la santé de leurs travailleurs et

d'offrir une indemnisation juste, équitable et effective aux travailleurs et, en cas de décès, à leurs ayants droit. Cette mesure vise à compenser toute perte de revenu résultant d'accidents du travail ou de maladies professionnelles et à faciliter l'accès des travailleurs blessés aux soins de santé nécessaires, notamment aux services et produits médicaux et paramédicaux, ainsi qu'aux services de réadaptation physique et de réinsertion professionnelle. En cas d'absence de ces mécanismes, le seul espoir de réparation pour une personne blessée au travail ou pour ses ayants droit est un recours légal contre l'employeur devant un tribunal

de droit commun. Ce type de poursuites est généralement très long, coûteux et stressant pour les victimes, et donc rarement efficace pour indemniser les travailleurs blessés et leur famille ou autres ayants droit des travailleurs décédés.

Des procédures non accusatoires ont ainsi été mises en place dans un certain nombre de pays à un stade précoce, afin de garantir en temps utile des prestations aux travailleurs blessés et à leurs ayants droit, de mettre en place des mécanismes de financement prévisibles et durables et d'administrer efficacement les fonds. La première génération de ces procédures existait sous la forme de «régimes d'indemnisation des accidents du travail», en vertu desquels l'indemnisation d'un travailleur ou de ses ayants droit était une responsabilité légale imposée à l'employeur. Cette approche repose sur le principe selon lequel les employeurs doivent offrir à leurs travailleurs un environnement de travail sûr et sain et que tout manquement à cette obligation engage leur responsabilité en cas de pertes subies par les travailleurs ou les membres de leur famille. Étant donné que la charge financière liée à cette obligation incombe uniquement aux employeurs, ces régimes leur imposent souvent de souscrire une assurance privée. L'expérience a toutefois montré que, même si une telle obligation est régie par la loi, les résultats de ces régimes sont souvent sous-optimaux. La nécessité de traiter une demande, qui implique l'obtention d'informations pertinentes et des procédures médicales rigoureuses, peut entraîner de sérieux retards en matière de traitement et de prestations. En outre, un employeur peut être réticent à déposer une demande par crainte d'autres répercussions juridiques. Puisque l'employeur peut ne pas continuer son activité et que l'assureur privé ne veut pas verser de prestations pendant une longue période, les prestations prennent la forme de versements forfaitaires ou, même dans le cas de paiements périodiques, pour une période déterminée sans indexation. Compte tenu de ces inconvénients, de nombreux pays remplacent les dispositions relatives à la responsabilité de l'employeur par l'assurance sociale, qui élargit le principe de responsabilité sans faute pour partager les coûts liés aux accidents du travail et aux maladies professionnelles entre les employeurs.

Ce changement d'approche en matière de protection en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles est présent dans les normes adoptées par l'OIT depuis ses débuts (voir encadré 3.15).

L'efficacité des programmes de protection en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles repose sur un ensemble spécifique de principes:

1. la responsabilité «sans faute», c'est-à-dire qu'un travailleur blessé ou ses ayants droit en cas de décès doivent pouvoir bénéficier de prestations sans qu'il soit nécessaire de prouver la «faute» de l'employeur;
2. le partage collectif de la responsabilité entre employeurs;
3. une gouvernance neutre de l'administration du régime, ce qui signifie que le droit aux prestations est établi en dehors de la relation contractuelle entre un travailleur et son employeur.

Dans ce cadre, l'objectif des dispositions relatives aux accidents du travail et aux maladies professionnelles est de répondre aux besoins des travailleurs invalides ou des ayants droit des travailleurs décédés à la suite d'accidents du travail et de maladies professionnelles au moyen de:

- soins médicaux et paramédicaux adaptés et pertinents pour les travailleurs blessés;
- prestations périodiques en espèces, liées aux revenus, pour les travailleurs invalides, dont l'invalidité est temporaire ou permanente, et partielle ou totale en cas d'invalidité permanente;
- prestations périodiques en espèces, liées aux revenus, et allocations pour frais funéraires pour les ayants droit des travailleurs décédés, à savoir les veuves et les veufs, les enfants et les autres personnes à charge.

Bon nombre de régimes nationaux de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ont des objectifs plus larges, tels que le réemploi des travailleurs blessés ou malades, ainsi que la promotion et le maintien de niveaux décents de sécurité et de santé sur le lieu de travail. Ces objectifs ne peuvent être atteints avec efficacité que s'il existe un niveau élevé d'intégration des politiques entre les régimes d'accidents du travail et les politiques relatives aux marchés du travail, à l'inspection du travail et à la sécurité et la santé au travail.

L'octroi d'une indemnisation adéquate en cas d'invalidité partielle permanente constitue l'un des plus grands défis de la branche de la protection sociale liée aux accidents du travail et aux maladies professionnelles. Une approche centrée sur la perte des *fonctions corporelles* tend à compenser essentiellement la perte physique et peut entraîner une sur-indemnisation ou une sous-indemnisation économique d'un travailleur invalide, même si le degré d'invalidité n'est pas évalué exclusivement selon des facteurs médicaux. Une approche fondée sur la *capacité de gain* tente d'établir

Encadré 3.15 Normes internationales en matière de protection en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles

Le droit à la protection en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles est inscrit dans la Déclaration universelle des droits de l'homme, 1948, et le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, 1966. La réalisation de ce droit exige l'application de conditions de travail sûres et saines; la prévention, le traitement et le contrôle des maladies professionnelles; et le versement de prestations adaptées, en espèces ou en nature, qui garantissent l'accès à des soins de santé adaptés et la sécurité de revenu pour les victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles et les membres de leur famille à charge¹.

La protection en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles fait l'objet d'un certain nombre de conventions et de recommandations adoptées par l'OIT depuis ses débuts. Selon la convention n° 102 (partie VI), toute éventualité qui a un impact négatif sur la santé et qui est due à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, ainsi que l'incapacité de travail et la perte de capacité de gain qui en résulte, temporaire ou permanente, totale ou partielle, doivent être couvertes. La protection comprend également, en cas de décès d'un travailleur à la suite d'un accident professionnel ou d'une maladie professionnelle, la perte de moyens d'existence subie par ses personnes à charge. Par conséquent, la disposition doit inclure les soins médicaux et paramédicaux, en vue de maintenir, rétablir ou améliorer la santé de la personne blessée et sa capacité de travailler et de subvenir à ses besoins personnels. Une prestation en espèces doit également être versée à la personne blessée ou à ses ayants droit, selon le cas, à un niveau garanti et de façon périodique, en tant que remplacement du revenu ou aide. Lorsque l'invalidité est légère, la prestation peut, sous certaines conditions, être versée en une fois.

La convention (n° 121) sur les prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles, 1964, et la recommandation n° 121 qui l'accompagne fixent des normes plus strictes, notamment en

matière de couverture de la population et concernant le niveau des prestations à fournir (voir annexe III). La convention n° 121 reconnaît également qu'il importe d'adopter une approche intégrée pour améliorer les conditions de travail, limiter l'impact des accidents du travail et faciliter la réinsertion des personnes invalides sur le marché du travail et dans la société; à cette fin, cette convention exige que l'Etat prenne des mesures de prévention des accidents du travail, propose des services de réadaptation et veille à ce que les travailleurs déplacés retrouvent un emploi adapté.

L'approche de la recommandation n° 202 est différente, car elle met l'accent sur la prévention ou la réduction de la pauvreté, de la vulnérabilité et de l'exclusion sociale au moyen de garanties de sécurité de revenu plutôt que sur des éventualités spécifiques; la maladie et l'invalidité, quels qu'en soient la cause ou le degré, sont donc des sources potentielles d'insécurité financière sur lesquelles il convient de se pencher, dans la mesure où elles empêchent les personnes en âge de travailler de gagner un revenu suffisant. De la même manière, la recommandation n° 202 préconise un accès garanti aux soins de santé essentiels pour toutes les personnes dans le besoin, tout au long du cycle de vie, indépendamment de la cause de l'invalidité ou de la maladie pour lesquelles ces soins sont nécessaires. La sécurité élémentaire de revenu et l'accès aux soins de santé essentiels peuvent être garantis par diverses approches combinant des régimes contributifs et non contributifs et différents types de prestations, telles que les prestations d'invalidité et les prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles, ainsi que d'autres prestations sociales en espèces ou en nature. La recommandation préconise également de combiner des mesures préventives, promotionnelles et actives avec des prestations et des services sociaux, ainsi que de coordonner les politiques de protection sociale avec les politiques qui favorisent, entre autres, la sécurité au travail dans un cadre de travail décent.

¹ Déclaration universelle des droits de l'homme, article 25 (1); Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, articles 7 b), 12 b) et c). Voir aussi CESCR, Observation générale n° 19, «Le droit à la sécurité sociale» (article 9), paragraphes 2 et 17 (CESCR, 2008).

un lien entre le niveau de prestation et la perte économique résultant de l'accident; elle implique des exigences administratives strictes pour la gestion des réclamations et doit être complétée par des services de réadaptation bien conçus afin de développer les capacités résiduelles des travailleurs blessés, ce qui nécessite alors l'engagement total des employeurs dans le programme de réadaptation.

Un système d'évaluation des cotisations tenant compte des résultats passés des employeurs en matière

d'accidents du travail et de maladies professionnelles est utilisé pour inciter les employeurs à éviter ces accidents et maladies et à faciliter le retour des travailleurs blessés. Cependant, cela n'est généralement possible que pour les moyennes et grandes entreprises, où les emplois et les accidents sont plus nombreux, et où les accidents sont relativement stables dans le temps. Cette pratique est principalement appliquée dans les pays à revenu élevé.

En ce qui concerne la mise en œuvre, un autre critère important pour mesurer l'efficacité des régimes

d'accidents du travail est la capacité du système à garantir aux travailleurs blessés l'accès à des établissements, des produits et des services de santé et à verser sans délai des prestations en espèces pour les travailleurs blessés et les ayants droit des travailleurs décédés. Cela explique la faible couverture et le manque de sensibilisation du public concernant l'indemnisation par des prestations de santé dans les pays où les systèmes de santé sont insuffisamment développés, comme en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale. Pour que les prestations soient versées dans les temps, il faut que des systèmes efficaces de déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles soient en place, ainsi que des procédures de réclamation simples et efficaces pour les travailleurs blessés et les ayants droit des travailleurs décédés. Les systèmes de déclaration en ligne des accidents du travail et des maladies professionnelles facilitent l'accès aux prestations.

La mise en place de régimes d'indemnisation des accidents du travail financièrement durables et efficaces sur le plan administratif marque une avancée vers l'accès effectif aux prestations en espèces et aux soins médicaux et paramédicaux pour les travailleurs blessés et les familles des travailleurs blessés et décédés. Les prestations

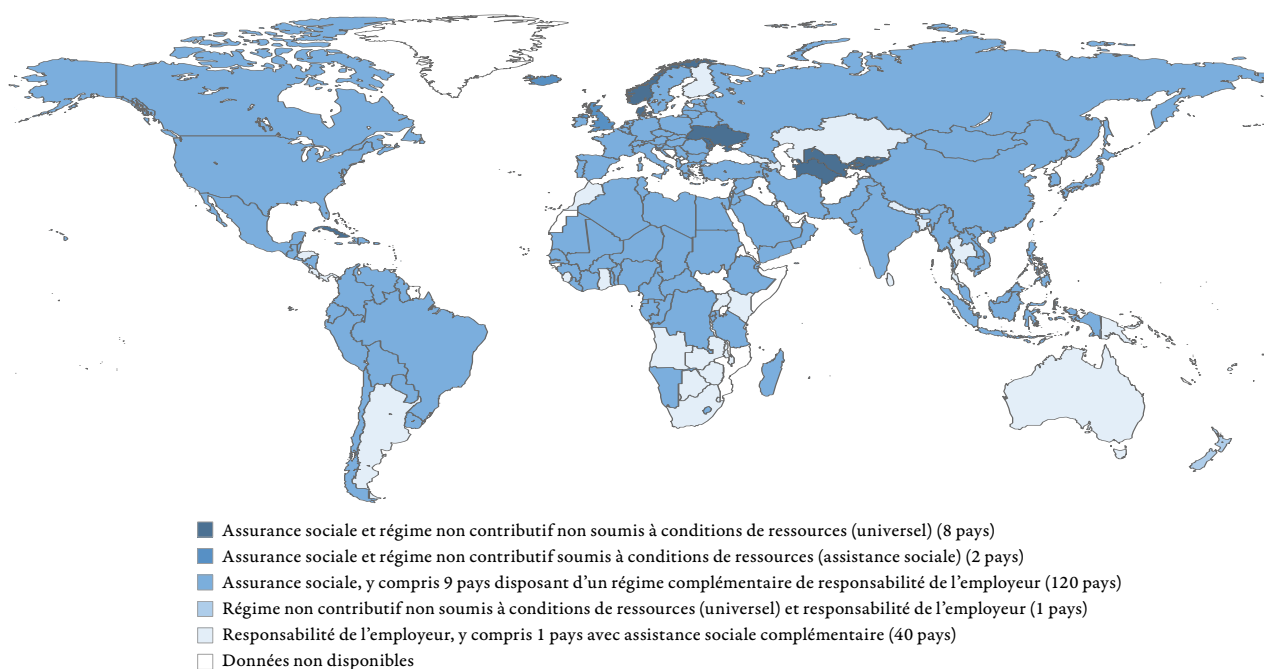
en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles empêchent ces personnes de basculer dans la pauvreté et contribuent donc à la réalisation de l'ODD 1 «Eradiquer la pauvreté sous toutes ses formes».

3.4.2 Types de régimes de protection en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles

La majorité des pays adoptent l'approche de l'assurance sociale pour l'indemnisation des accidents du travail et des maladies professionnelles, bien que certains pays retiennent certains éléments de l'approche fondée sur la responsabilité de l'employeur afin que les travailleurs qui ne sont pas obligatoirement inclus dans les régimes d'assurance puissent être directement indemnisés par les employeurs. Dans quelques pays, par exemple aux Pays-Bas, la couverture des accidents du travail est pleinement intégrée aux régimes qui couvrent l'invalidité non liée au travail.

La figure 3.21 illustre les tendances en matière de couverture dans le monde entier. L'assurance sociale est très répandue, contrairement aux régimes de première

Figure 3.21 Régimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles, par type de régime, dernières données disponibles



Notes: Les chiffres entre parenthèses correspondent au nombre de pays de chaque catégorie. Dans les huit pays qui combinent un régime de type universel avec l'assurance sociale, la notion d'universalité concerne les soins médicaux. Pour plus de détails, voir annexe IV, tableau B.7.

Sources: BIT, base de données sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database); AISS/SSA, Social Security Programs Throughout the World (les programmes de sécurité sociale dans le monde). Voir aussi annexe IV, tableau B.7.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=54645>.

génération impliquant la responsabilité de l'employeur, particulièrement en Europe, en Asie centrale et dans les Etats arabes, et un peu moins répandue en Amérique, en Afrique et en Asie et Pacifique. En Afrique, les dispositions relatives à la responsabilité de l'employeur sont toujours en vigueur dans un certain nombre de pays, notamment en Afrique du Sud, au Botswana, en Gambie, au Ghana, au Kenya, au Malawi, au Maroc, en Ouganda, en Sierra Leone et au Swaziland. Cependant, certains de ces pays s'efforcent de mettre en place un mécanisme d'assurance sociale et de verser des prestations en cas d'accidents du travail. Par exemple, le gouvernement du Malawi s'efforce de remplacer le système de responsabilité de l'employeur inscrit dans la loi de 1946 sur l'indemnisation des travailleurs par la loi n° 7 de 2000 qui prévoit la création et l'administration d'un fonds d'indemnisation des travailleurs conformément aux principes de l'assurance sociale (BIT, 2017e). Le Kenya tente de réformer son système de responsabilité directe de l'employeur par un système d'assurance sociale, et de mettre sur pied un fonds d'indemnisation (BIT, à paraître, c).

En Asie et dans le Pacifique, un système de responsabilité de l'employeur est toujours en place dans les pays suivants: Bangladesh, Brunéi Darussalam, Népal et Sri Lanka. Les accidents industriels tels que l'effondrement du bâtiment Rana Plaza au Bangladesh ont révélé les conséquences dévastatrices de l'absence d'un régime public d'assurance accidents du travail. Cela est d'autant plus préoccupant que les catastrophes de ces dernières années ont souvent frappé des petites et moyennes entreprises qui ne pouvaient pas se permettre de payer de lourdes indemnités au titre de la responsabilité de l'employeur en cas de tragédie sur le lieu de travail. Au Bangladesh, les industries exportatrices des secteurs du prêt-à-porter et du textile veulent rapidement assister à un changement et éviter d'assister à une autre tragédie comme celle du Rana Plaza. En parallèle, le gouvernement a créé un fonds central financé par des prélèvements sur les volumes d'exportation et visant à fournir plusieurs types de prestations et de services à titre discrétionnaire, y compris une indemnité ponctuelle en cas d'accidents du travail, mais pas exclusivement. Il concerne les employés d'usine du secteur du prêt-à-porter destiné à l'exportation et vise à proposer

une solution provisoire jusqu'à la mise en place du régime national de protection et de réadaptation en cas d'accidents du travail. Pour les travailleurs des usines de vêtements non exportatrices et de tous les autres secteurs économiques, la situation reste désastreuse; les accidents du travail quotidiens font souvent basculer les ménages dans la pauvreté. Il existe manifestement une pression concurrentielle exercée par les marges bénéficiaires limitées des industries d'exportation et les producteurs nationaux, qui souhaitent conserver des coûts de main-d'œuvre faibles et augmenter la part des exportations du Bangladesh sur les marchés internationaux. Le 1^{er} juin 2015, le gouvernement du Bangladesh a adopté une stratégie nationale de sécurité sociale dont l'une des principales composantes est la mise en place d'un régime national d'assurance sociale obligatoire fondé sur le principe du partage des cotisations entre employeurs et employés qui seront versées dans un fonds national d'assurance accidents du travail³².

3.4.3 Couverture effective

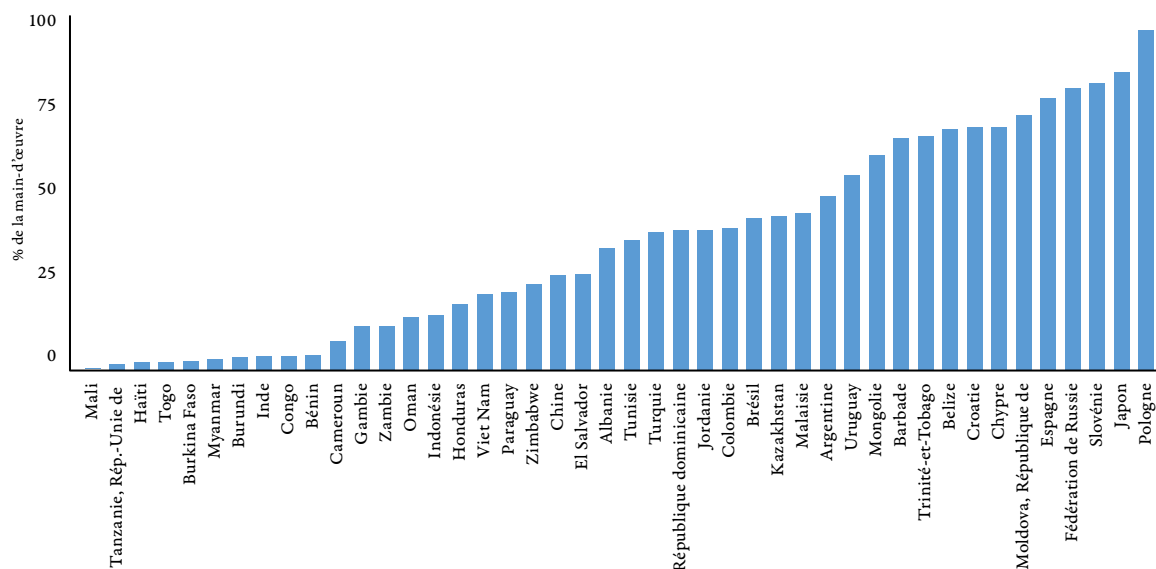
Malgré les efforts déployés pour étendre la couverture de l'assurance accidents du travail à un plus grand nombre de travailleurs, le nombre de travailleurs inscrits à des régimes d'accidents du travail est beaucoup plus faible que le nombre de travailleurs légalement couverts dans de nombreux pays à revenu intermédiaire ou à faible revenu (voir figure 3.22). Plusieurs raisons l'expliquent. Par exemple, en Indonésie, tous les employés (sauf ceux du secteur public disposant d'un régime spécial) et les travailleurs indépendants sont légalement couverts dans le cadre du régime de sécurité sociale. Néanmoins, la couverture effective, mesurée par le nombre total de travailleurs inscrits divisé par la population active, est d'environ 15 pour cent³³. Les raisons éventuelles de cette faible couverture sont: la faible capacité d'application du régime, la faible capacité contributive des employeurs et des salariés, un manque de connaissance de l'assurance sociale, une inadéquation entre prestations et besoins, des procédures administratives trop complexes pouvant entraver l'affiliation.

Des efforts pour étendre la couverture sont actuellement déployés dans certains pays. En Inde, le régime

³² Pour plus d'information sur la stratégie nationale de sécurité sociale (NSSS – National Social Security Strategy) voir le site du ministère de la Planification à l'adresse <http://www.plancomm.gov.bd/nsss/>.

³³ Calculs du BIT d'après le nombre de membres actifs rapporté sur le site Web de l'institution nationale (BPJS Ketenagakerjaan). Disponible à l'adresse http://www.bpjsketenagakerjaan.go.id/assets/uploads/tiny_mce/Annual%20Report/16012017_093528_IR%20BPJS%20Ketenagakerjaan%202015.pdf; données ILOSTAT.

Figure 3.22 Protection en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles, couverture effective: cotisants actifs à un régime en pourcentage de la population active, pays sélectionnés, 2015 ou dernières données disponibles



Source: BIT, base de données sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database), d'après l'enquête sur la sécurité sociale; base de données ILOSTAT; sources nationales.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=54646>.

public d'assurance des salariés, qui prévoit des prestations en cas d'accidents du travail, a étendu la couverture aux travailleurs de la construction en 2015³⁴. Au Cambodge, le régime d'assurance en cas d'accidents du travail a été progressivement étendu à 24 provinces et la couverture actuelle des entreprises ou des établissements employant huit travailleurs sera encore davantage étendue en 2018 à ceux qui emploient un travailleur ou plus. Des efforts sont déployés pour que davantage de travailleurs soient couverts, en particulier dans le secteur de la construction³⁵.

Bien que les cas d'accidents du travail soient recensés ou estimés dans la plupart des pays, il n'existe aucune mesure statistique permettant d'assurer le suivi de la part de travailleurs blessés bénéficiant d'une indemnisation effective. C'est un point qu'il faudra traiter en vue de l'ODD 1.3 concernant la couverture des salariés en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles. Certains pays à revenu intermédiaire ont étendu leur couverture. Par exemple, l'Organisme de la sécurité sociale (SOCSO) de Malaisie procède à l'extension

progressive de sa couverture à près de la moitié de la main-d'œuvre, estimée à 43,7 pour cent en 2014 et à 44,0 pour cent en 2015³⁶. De nombreux pays développés ont atteint un niveau élevé de couverture effective; en Espagne par exemple, il était estimé à près de 76 pour cent de la population active en 2016.

3.4.4 Adéquation des prestations

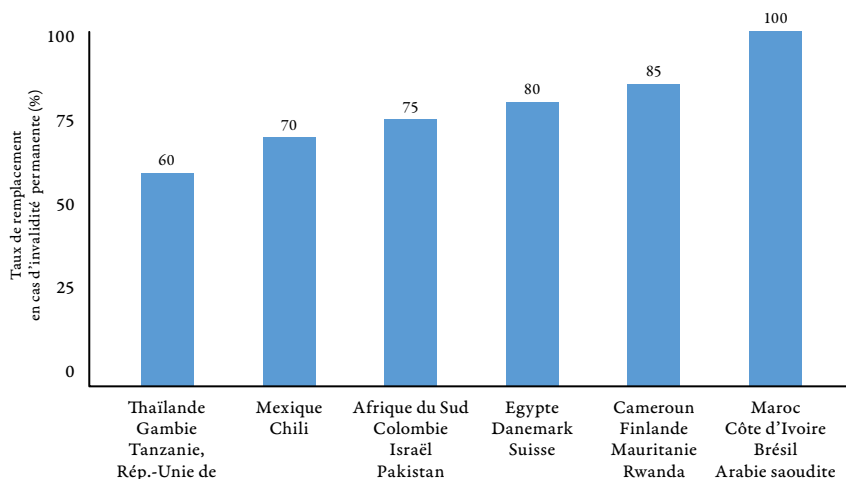
Les prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles pour les travailleurs souffrant d'une invalidité permanente sont généralement fournies sous la forme de pensions, à savoir des versements périodiques ajustés selon le coût de la vie. Les taux de remplacement, définis comme les prestations exprimées en pourcentage du revenu antérieur à l'invalidité, diffèrent considérablement (voir figure 3.23). Il en va de même pour les prestations d'invalidité temporaire (voir figure 3.24) et la durée des prestations.

³⁴ Pour plus d'informations, voir <http://www.esic.nic.in/attachments/newseventfile/b8af03a1b9df24b73023deb675650274.pdf>.

³⁵ Pour plus d'informations, voir <http://www.nssf.gov.kh/default/wp-content/uploads/2016/10/2.-Social-protection-strategy-%E2%80%8B2014-2018-edited.pdf>.

³⁶ Calculs du BIT d'après le nombre d'employés actifs rapportés sur le site Web de la SOCSO: https://www.perkeso.gov.my/images/laporan_tahunan/Laporan_Tahunan_2015.pdf; et population active totale d'après les données d'ILOSTAT.

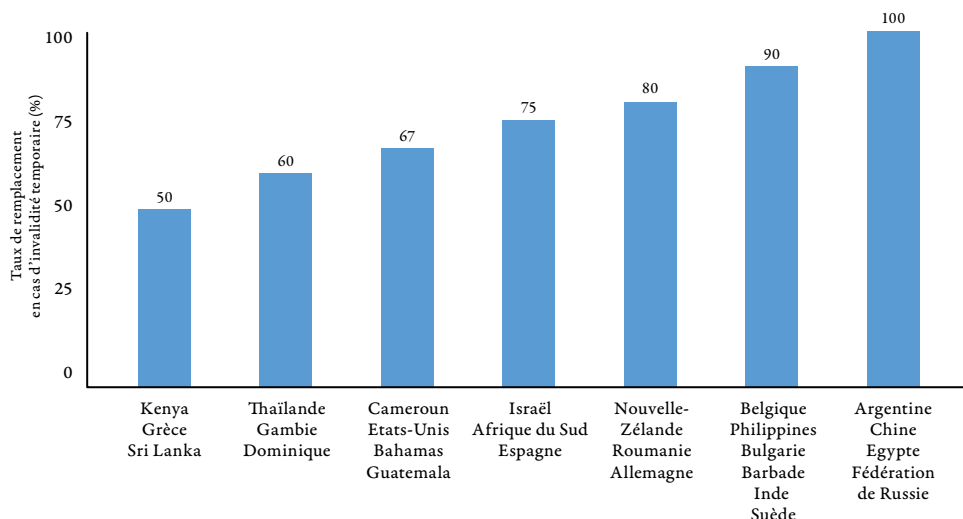
Figure 3.23 Taux de remplacement en cas d'invalidité permanente dans les régimes de protection en cas d'accidents du travail, sélection de pays, 2015 ou dernières données disponibles (en pourcentage)



Sources: BIT, base de données sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database); AISS/SSA, Social Security Programs Throughout the World (les programmes de sécurité sociale dans le monde).

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=54647>.

Figure 3.24 Taux de remplacement en cas d'invalidité temporaire dans les régimes de protection en cas d'accidents du travail, sélection de pays, 2015 ou dernières données disponibles (en pourcentage)



Sources: BIT, base de données sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database); AISS/SSA, Social Security Programs Throughout the World (les programmes de sécurité sociale dans le monde).

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=54648>.

Certains aspects techniques de l'assurance sociale entraînent une détérioration substantielle des prestations. Par exemple, certains pays fixent un plafond pour les salaires assurables des régimes d'assurance sociale, généralement pour limiter le revenu assujéti aux cotisations et au calcul des prestations afin de limiter la fourchette de l'assurance sociale. Le plafond doit être fixé suffisamment haut pour que les prestations et les

cotisations soient suffisantes. Un plafond qui n'est pas assez élevé ou qui est devenu trop faible par manque d'ajustement ou en raison d'ajustements irréguliers en fonction du développement économique donne lieu à des prestations et des cotisations dérisoires, comme dans la province du Sindh au Pakistan et en Zambie.

3.4.5 Evolutions récentes: extension de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles

Les régimes de responsabilité des employeurs ne comprennent que des dispositions minimales concernant les prestations et les services aux travailleurs victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles; les travailleurs se retrouvent donc dans une position vulnérable en cas d'accident, avec le risque de perdre leur emploi. L'assurance accidents du travail correspond davantage aux objectifs généraux des normes de l'OIT sur la sécurité sociale, telles que la convention (n° 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952, ainsi que la convention (n° 121) sur les prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles, 1964, et la recommandation (n° 121) qui l'accompagne. Les pays où les dispositions relatives à la responsabilité de l'employeur s'imposent à chaque employeur rencontrent généralement des difficultés pour couvrir efficacement tous les salariés en vertu de la loi, et nombre de travailleurs blessés ou d'ayants droit de travailleurs décédés ne perçoivent pas d'indemnisation adaptée à leurs besoins. Les travailleurs des petites et moyennes entreprises sont les plus exposés aux accidents, compte tenu des ressources plus limitées disponibles pour la prévention et de la rotation souvent élevée du personnel qui décourage certains employeurs d'investir dans la formation de leur main-d'œuvre à la prévention.

Pour cette raison, un certain nombre de pays en développement souhaitent établir un régime d'assurance accidents du travail. Les pays d'Asie de l'Est et du Sud-Est (République de Corée, Japon, Malaisie, Philippines et Thaïlande) ont une grande expérience en matière de mise en œuvre et d'extension progressive de la couverture des accidents du travail, tandis que les pays en développement tels que le Cambodge et la République démocratique populaire lao ont récemment mis en œuvre des régimes d'assurance accidents du travail. Un certain nombre de pays étudient la manière d'étendre la couverture aux travailleurs indépendants, bien qu'il soit généralement difficile de mettre au point des solutions spécifiques pour ces groupes. Certains pays d'Asie du Sud, tels que l'Inde et le Pakistan, ont mis en place des régimes provinciaux d'assurance accidents du travail, mais leur couverture reste limitée compte tenu des pratiques en matière d'emploi qui conduisent souvent à un manque de signalement ou de conformité. Le Népal et le Sri Lanka n'ont pas encore mis en œuvre de régime malgré

les efforts déployés pour mettre en place un système; le Premier ministre du Bangladesh et les partenaires tripartites se sont engagés à mettre en place un régime national de protection et de réadaptation en cas d'accidents du travail.

Les dernières catastrophes industrielles, telles que l'effondrement du Rana Plaza au Bangladesh en avril 2013, où plus de 1 000 travailleurs ont perdu la vie et près de 2 500 ont été blessés, et l'incendie de l'usine Baldia en septembre 2012 à Karachi (Pakistan) faisant 255 victimes et 50 blessés, révèlent que de nombreux travailleurs ne sont pas correctement couverts en cas d'accidents du travail (voir encadré 3.16). Bien que l'OIT facilite les accords d'indemnisation ponctuels et veille à ce que les droits fondamentaux des travailleurs accidentés soient respectés, il faut rechercher des solutions à long terme, soit en établissant un véritable régime d'assurance accidents du travail, soit en améliorant la conception et l'administration du régime existant pour appliquer effectivement la couverture légale, comme dans la province du Sindh au Pakistan.

En Afrique, des pays tels que l'Éthiopie, le Malawi et la République-Unie de Tanzanie ont récemment mis en place des régimes d'assurance en cas d'accidents du travail ou sont en train de faire, car la mise en place de ce type de régime est considérée comme une solution aux problèmes chroniques en matière de couverture et d'inadéquation des prestations pour les travailleurs blessés ou les ayants droit des travailleurs décédés (BIT, 2015b). Une étude récente du BIT a examiné les pratiques observées dans les pays d'Afrique australe et a souligné les lacunes inhérentes et l'urgence d'étendre la protection en cas d'accidents du travail (Mpedi et Nyenti, 2016). Cela est particulièrement pertinent dans le secteur de l'industrie extractive, le secteur agroalimentaire et en Afrique en général, car l'essor national repose sur d'importants projets de construction et d'infrastructure dans lesquels les accidents sont plus fréquents et plus graves.

La demande de renforcement des capacités dans les pays en développement, en particulier en Afrique et en Asie, augmente dans les domaines tels que la gouvernance financière et institutionnelle, les systèmes de gestion et d'information, le traitement des demandes d'indemnisation, l'évaluation des invalidités, l'administration des services de santé, paramédicaux et de réadaptation, ainsi que les liens entre l'indemnisation, la prévention et l'inspection du travail. Au niveau sectoriel, les employeurs et les travailleurs reconnaissent l'importance du lien entre l'indemnisation et les politiques de prévention et d'inspection.

**Encadré 3.16 Des accidents industriels récents au Bangladesh et au Pakistan –
les catastrophes du Rana Plaza et de l'usine Ali Enterprises –
à la solution de sécurité sociale provisoire en cas d'accidents du travail**

L'effondrement du Rana Plaza, Savar, Bangladesh

Le 24 avril 2013, l'effondrement du bâtiment Rana Plaza à Dacca, au Bangladesh, qui abritait cinq usines de confection, a fait plus de 1 132 victimes et 2 500 blessés. Seulement cinq mois plus tôt, au moins 112 travailleurs avaient perdu la vie dans un autre accident tragique, après avoir été piégés dans l'incendie de l'usine Tazreen Fashions en périphérie de Dacca. Ces catastrophes, qui comptent parmi les pires accidents industriels enregistrés, ont mis en lumière les mauvaises conditions de travail du secteur du prêt-à-porter au Bangladesh. Pour les salaires les plus bas au monde, des millions de personnes, la plupart des filles et des femmes, sont exposées chaque jour à un environnement de travail dangereux et une forte incidence d'accidents et de décès sur le lieu de travail ainsi que de maladies professionnelles. La plupart des usines ne respectent pas les normes prescrites par la législation en matière de construction. En conséquence, les décès dus aux incendies et aux effondrements de bâtiments sont fréquents.

À la suite de la catastrophe du Rana Plaza, 109 accidents ont eu lieu. Au moins 35 concernent des incidents survenus dans des usines textiles où 491 travailleurs ont été blessés et 27 ont perdu la vie. En l'absence d'un système efficace d'inspection du travail et de mécanismes d'exécution appropriés, le travail décent et la vie dans la dignité sont encore loin de la réalité pour la grande majorité des travailleurs de l'industrie de la confection et leurs familles.

Compte tenu des conditions de travail dangereuses et du risque élevé d'accidents du travail dans ce secteur, le versement de prestations adéquates revêt une importance capitale pour indemniser les travailleurs blessés pour les pertes qu'ils risquent de subir et pour leur donner accès aux soins médicaux et paramédicaux dont ils ont besoin. L'accès à une forme quelconque de compensation financière ou d'appui pour les membres de la famille à charge qui perdent leur soutien de famille peut également faire la différence entre une vie dans la pauvreté extrême où les enfants et les personnes âgées sont contraints de travailler pour survivre et une vie avec le minimum vital. À l'heure actuelle, la seule forme de protection financière offerte aux travailleurs et aux ayants droit est énoncée dans le code du travail, qui oblige les employeurs, lorsqu'ils sont responsables, à verser des prestations spécifiques aux travailleurs blessés ou aux survivants.

Une modification récente du code du travail exige que les employeurs soient assurés, mais cette obligation n'était pas en vigueur lors de l'incendie de Tazreen ou l'effondrement du Rana Plaza. Les montants d'indemnisation envisagés sont également très faibles, prennent la forme de versements uniques et confèrent aux bénéficiaires une protection inadéquate

contre la maladie et la pauvreté à moyen et long terme. Le système connaît également d'importantes difficultés d'application pratique (fraude, pas d'application correcte, absence de recours effectif) et les droits garantis par la loi ne se concrétisent que très rarement.

Malgré l'ampleur des pertes subies par les victimes des accidents du Tazreen et du Rana Plaza et leurs survivants, aucune indemnité n'a été versée en application des dispositions du code du travail relatives à la responsabilité de l'employeur. Quelques acheteurs mondiaux et acteurs locaux ont, à titre volontaire, versé de l'argent aux victimes dans les mois qui ont suivi les catastrophes. Afin de redresser la situation et de garantir que les travailleurs blessés et les ayants droit des travailleurs décédés reçoivent effectivement une indemnisation (financière, des frais médicaux et autres), les parties prenantes mondiales et locales se sont réunies et ont convenu d'un cadre coordonné sans précédent. Sous la présidence neutre de l'OIT, un accord a été conclu: il prévoit une approche unique de l'indemnisation conforme aux normes de l'OIT et plus particulièrement à la convention (n° 121) sur les prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles, 1964¹.

Solution de sécurité sociale provisoire en cas d'accidents du travail

Les tragédies récentes telles que les incendies des usines Tampoco et MultiFabs en 2016 et 2017, ainsi que les accidents tels que l'incendie de Tazreen et l'effondrement du Rana Plaza ont incité les autorités locales et les parties prenantes nationales et internationales, avec des organisations comme IndustriAll Global Union et Clean Clothes Campaign, à prendre des mesures radicales pour renforcer la sécurité et la santé au travail, les services d'inspection du travail et les services de formation professionnelle et de réadaptation à long terme, notamment avec le soutien de l'OIT et des acheteurs mondiaux. Des mesures sont également prises pour mettre en œuvre un régime national de prévention des accidents du travail au Bangladesh fondé sur les principes de la convention n° 121 et un consensus mutuel sur les éléments fondamentaux du régime. L'opérationnalisation d'un régime d'assurance accidents du travail prendra inévitablement du temps, deux à trois ans au mieux. Jusqu'à ce qu'un tel régime devienne opérationnel et capable de prélever des cotisations et de verser des prestations, il faut absolument qu'en cas de catastrophe industrielle, comme l'effondrement du Rana Plaza ou l'incendie du bâtiment Tazreen, une véritable solution provisoire soit adoptée pour fournir des soins de santé et une indemnisation adéquats aux victimes d'une manière efficace et rigoureuse et de façon temporaire, avant la finalisation de la mise en œuvre d'un régime permanent. →

Encadré 3.16 (suite)***L'incendie de l'usine Ali Enterprises, Baldia, province du Sindh***

L'incendie a eu lieu le 11 septembre 2012 dans la ville de Baldia (Karachi, Pakistan). Plus de 255 travailleurs sont décédés et plus de 50 travailleurs ont été blessés. Bien que la législation sur l'indemnisation des accidents du travail au Pakistan soit généralement conforme aux principes de la convention n° 121, les déficits de conformité à la législation relative à la sécurité sociale et au droit du travail se traduisent par une faible couverture effective. Par exemple, 235 travailleurs d'Ali Enterprises étaient effectivement enregistrés, de façon non nominative, auprès de l'Institut de sécurité sociale des employés du Sindh (SESSI), malgré un nombre total de plus de 1 500 travailleurs employés; la couverture du SESSI serait très faible, entre 5 et 10 pour cent de tous les travailleurs normalement couverts par la loi. De plus, les dispositions législatives qui fixent le maximum du revenu assurable correspondent uniquement au salaire minimum pour les travailleurs non qualifiés, et l'indexation garantie est inexistante; de ce fait, les prestations en cas d'accidents du travail sont inadéquates. Le manque de confiance à l'égard des

institutions de sécurité sociale existantes est l'une des raisons pour lesquelles les victimes de l'incendie de l'usine Ali Enterprises ont demandé des versements uniques plutôt que des prestations périodiques.

Un accord similaire à l'Accord du Rana Plaza a été adopté pour le Pakistan, y compris le financement par les partenaires internationaux du déficit de financement pour couvrir les indemnités et les services destinés aux victimes, conformément à la convention n° 121 et d'autres normes internationales du travail telles que la convention n° 102 (partie VI). L'OIT a engagé des consultations pour proposer des solutions pour la partie du projet portant sur l'indemnisation des victimes d'Ali Enterprises en vue de mettre en place un mécanisme de supervision et d'exécution (tel qu'un comité de supervision avec un rôle, des responsabilités et une composition clairement définis) et de préparer les décisions sur de nombreuses questions en suspens, concernant notamment les réponses aux attentes des victimes, les modalités des fonds d'affectation spéciale et la gestion à long terme, ainsi que les capacités des institutions existantes (SESSI et autres institutions pertinentes, Age Benefits Institution (EOBI), partenaires sociaux) pour le versement des prestations, en tenant compte des spécificités du Pakistan.

¹ Pour plus d'informations sur l'Accord du Rana Plaza, veuillez consulter le site qui lui est consacré: <http://www.ranaplaza-arrangement.org/> (en anglais).

La tendance mondiale à la couverture de l'assurance sociale est encourageante. Ce cadre contribue à la promotion du principe des droits et de la solidarité indispensable à la viabilité à long terme des systèmes de protection sociale. Les systèmes de fixation des cotisations par incidence sont utiles pour inciter les employeurs à adopter des mesures de prévention et de réadaptation. Cependant, des structures administratives sophistiquées, des inspections appropriées et une bonne gestion des données sont nécessaires.

Des problèmes complexes peuvent survenir dans le traitement des maladies professionnelles avec de longues périodes de latence. S'il n'est pas compliqué de déterminer la date d'un accident du travail, il peut être plus difficile de déterminer l'apparition d'une maladie professionnelle. De nombreux travailleurs sont actuellement exposés à des conditions de travail pouvant provoquer une maladie professionnelle à plus long terme. Ces problèmes peuvent être encore plus difficiles à gérer dans les pays en développement où les réglementations pertinentes sont parfois mal appliquées, notamment en ce qui concerne les vêtements de protection et autres mesures de protection.

Dans les pays qui ont mis en place une assurance en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles

et des régimes d'indemnisation des travailleurs pour répondre à ces besoins, il importe que les régimes soient administrés de manière équitable et cohérente. Les examens médicaux, les diagnostics et les évaluations doivent être rigoureux et fondés sur une liste nationale de maladies professionnelles. Cependant, ces listes ne sont pas toujours favorables aux demandeurs et ont tendance à représenter un ensemble particulier de conditions et de perceptions nationales ou locales.

Offrir une protection en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles est un domaine de la sécurité sociale dans lequel l'administration efficace et le traitement équitable des travailleurs jouent un rôle particulièrement crucial. Le rôle des administrateurs peut être très vaste et intimement lié à celui des inspecteurs du travail chargés de vérifier la sécurité sur le lieu de travail, ainsi que toute la gamme de mesures visant à prévenir les accidents du travail et les maladies professionnelles. Un cadre intégré comprenant des mesures complètes de sécurité et de santé au travail, des services d'inspection solides et des mesures d'exécution concrètes, ainsi que des prestations en espèces et de soins de santé adéquats en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles, accompagnés de services de réadaptation appropriés, sont essentiels pour

garantir la protection effective des travailleurs et de leurs ayants droit.

Les travailleurs migrants forment un groupe vulnérable exposé aux discriminations. Ils représentent un segment important de l'économie informelle dans toutes les régions et sont concentrés dans des emplois peu qualifiés, en particulier dans l'agriculture, la construction, les petites entreprises de fabrication, le travail domestique et autres services. Ces activités sont souvent temporaires, saisonnières et occasionnelles, sous-traitées et insuffisamment couvertes par la réglementation et l'inspection du travail. Les travailleurs migrants sont donc susceptibles d'être exclus de la couverture de la sécurité sociale, en raison d'une législation restrictive et du déficit de mise en œuvre. Certains pays couvrent les travailleurs migrants, mais offrent des prestations inférieures. Les prestations en cas d'accidents du travail et les prestations à court terme (prestations en espèces en cas de décès et prestations en cas de maladie) peuvent être plus faciles à étendre que les prestations à long terme (prestations de vieillesse ou gratifications de fin de service) puisque, dans le premier cas, les conditions d'attribution dépendent du statut contributif actuel, tandis que, dans le second cas, les conditions relatives aux cotisations sont plus strictes. La couverture des travailleurs migrants nécessite une conception appropriée des politiques et des efforts organisationnels importants; il s'agit d'une

question sensible, qui nécessite une communication efficace entre les autorités publiques, les travailleurs et la population. La protection des droits des travailleurs migrants inclut l'égalité de traitement en matière de couverture et de droits à la sécurité sociale, ainsi que le maintien et la transférabilité des droits de la sécurité sociale grâce aux traités bilatéraux ou multilatéraux (BIT, à paraître, d).

La prégnance de l'économie informelle dans de nombreuses parties du monde et la tendance généralisée vers des niveaux plus élevés d'emplois précaires et informels affectent non seulement les niveaux de vie et les conditions de travail actuels de la population, mais empêchent aussi les ménages et les unités économiques de l'économie informelle d'augmenter leur productivité, de réduire leur vulnérabilité et de trouver un moyen de sortir de la pauvreté. Une stratégie nationale cohérente pour faciliter la transition vers la formalité doit reconnaître que les coûts du travail informel sont élevés pour les entreprises, les travailleurs et la communauté. Garantir la protection en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles des groupes vulnérables, tels que les travailleurs informels, contribuerait grandement à l'extension de la couverture en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles pour tous les travailleurs dans le cadre des systèmes de protection sociale, notamment les socles, et à la réalisation de la cible 1.3 des ODD.

3.5 Prestations d'invalidité³⁷

POINTS CLÉS

- Les mesures efficaces de protection sociale visant à protéger les personnes handicapées et promouvoir une vie indépendante et l'accès à un travail décent sont une condition préalable à la réalisation des ODD et des droits de l'homme.
- Les dernières estimations du BIT concernant la couverture effective montrent que 27,8 pour cent des personnes lourdement handicapées dans le monde reçoivent des prestations d'invalidité, et que les chiffres varient considérablement d'une région à l'autre: alors que la couverture en Europe orientale s'approche de l'universalité, le taux de couverture effective de la région Asie-Pacifique serait de 9,4 pour cent.
- Les systèmes de protection sociale intégrant l'invalidité garantissent un accès effectif aux régimes généraux pour les personnes handicapées, ainsi qu'aux prestations d'invalidité et aux services d'aide qui répondent à leurs besoins spécifiques.
- La protection sociale universelle pour les personnes handicapées est assurée au Brésil, au Chili, en Mongolie et en Uruguay. Alors que des pays en développement, tels que l'Afrique du Sud, le Kirghizistan et le Népal procèdent à l'extension des prestations d'invalidité, d'autres pays réduisent les prestations d'invalidité universelles fondées sur les droits dans le cadre de politiques d'assainissement budgétaire à court terme et ne ciblent plus que les personnes pauvres; de nombreuses personnes handicapées se retrouvent ainsi sans aide.
- Les prestations d'invalidité doivent permettre aux personnes handicapées de participer activement à l'éducation, à l'emploi et à la société dans son ensemble. Cela peut être possible si les prestations en espèces et en nature couvrent les coûts liés à l'invalidité et permettent aux personnes handicapées d'accéder à l'emploi salarié.
- La collecte de données administratives désagrégées en fonction du statut d'invalidité est nécessaire pour assurer un suivi efficace des systèmes de protection sociale, et contribuer à la fois à l'élaboration de politiques fondées sur des données factuelles et à la mise en œuvre des ODD.

3.5.1 Protéger les personnes handicapées et garantir l'emploi, la sécurité de revenu et l'autonomie

La protection sociale des personnes handicapées est une condition préalable à la réalisation des ODD, qui les mentionnent explicitement dans plusieurs cibles et indicateurs. Le Programme de développement durable à l'horizon 2030 mentionne explicitement les personnes handicapées à propos des systèmes de protection sociale, y compris les socles (cible 1.3 des ODD), de même que leur engagement total dans l'emploi productif et le travail décent (cible 8.5 des ODD). Les Etats membres sont donc non seulement responsables de garantir

l'accès effectif à la protection sociale des personnes handicapées, mais aussi de promouvoir leur autonomisation économique et leur participation active au marché du travail. Aucun pays ne pourrait réaliser les ODD sans avoir mis en place des mesures efficaces de protection et de promotion des personnes handicapées.

Les personnes handicapées sont exposées à de multiples risques tout au long du cycle de vie. Les enfants handicapés risquent fortement d'être exclus de la société, notamment du système éducatif général, en raison de la stigmatisation, des pratiques institutionnelles ou de l'absence de services d'aide, et sont souvent exposés à la violence³⁸. Ces pratiques d'exclusion entravent leur développement et peuvent exacerber les

³⁷ Cette partie porte essentiellement sur les prestations générales d'invalidité, mais il convient de noter que les prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles (voir section 3.4 ci-avant) concernent aussi certaines personnes handicapées.

³⁸ Des études récentes ont montré que les personnes handicapées sont quatre fois plus exposées à la violence (Jones et coll., 2012), et qu'en Europe centrale et orientale elles ont une probabilité dix-sept fois supérieure à celle des autres d'être prises en charge dans une institution (UNICEF, 2012b). Les estimations mondiales montrent aussi que les taux de scolarisation des enfants invalides à l'école primaire sont inférieurs de 10 pour cent par rapport à ceux des autres enfants (UNICEF, 2013). Ces résultats indiquent que les enfants handicapés sont largement désavantagés sur le plan du développement physique, social et économique.

Encadré 3.17 Prestations d'invalidité pour la protection du revenu: normes internationales

Le cadre juridique international relatif aux droits de l'homme contient de nombreuses références explicites au droit à la protection sociale des personnes handicapées. La Déclaration universelle des droits de l'homme, 1948, et le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, 1966, reconnaissent ce droit, tandis que la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées approfondit le sujet¹. Ensemble, ces instruments reconnaissent le droit des personnes handicapées à un niveau de vie suffisant, pour elles-mêmes et leur famille (nourriture, vêtements et logement, notamment), à l'amélioration continue de leurs conditions de vie, à la sécurité sociale et au meilleur état de santé pouvant être atteint. Plus spécifiquement, selon la Convention relative aux droits des personnes handicapées, les Etats doivent protéger et promouvoir la réalisation de leur droit à la protection sociale sans discrimination fondée sur le handicap, et garantir un accès équitable à des services et dispositifs appropriés et abordables et à d'autres besoins liés au handicap; aux programmes de protection sociale et de réduction de la pauvreté; à l'aide pour les dépenses liées au handicap; aux programmes de logement public; et aux prestations et programmes de protection vieillesse. La convention prévoit également le droit des personnes handicapées à jouir du meilleur état de santé possible sans discrimination fondée sur le handicap. A cette fin, les Etats doivent prendre toutes les mesures appropriées pour leur assurer l'accès à des services de santé qui prennent en compte les sexospécificités, y compris des services de réadaptation.

En complément, les normes successives adoptées par l'OIT fixent des normes minimales et supérieures quant à la protection du revenu qui doit être garantie aux personnes handicapées, afin de remplacer le revenu qu'elles percevaient avant l'invalidité ou auraient pu percevoir grâce à un emploi si elles avaient été en mesure de travailler. Plus précisément, la convention n° 102 (partie IX sur les prestations d'invalidité) traite de l'éventualité d'une invalidité totale (qui ne résulte pas d'un accident du travail) entraînant l'incapacité d'une personne à exercer une activité rémunérée et susceptible d'être permanente. Dans ces circonstances, la protection doit être assurée par des prestations en espèces périodiques, sous certaines conditions. Dans sa partie II, la convention (n° 128) concernant les prestations d'invalidité, de vieillesse et de survivants, 1967, traite du même sujet, mais fixe des normes supérieures pour les régimes de

prestations d'invalidité. La recommandation n° 131² qui l'accompagne élargit la définition des éventualités qui doivent être couvertes par les régimes nationaux: elle inclut l'invalidité partielle qui doit donner lieu à une prestation réduite et introduit l'incapacité d'exercer une activité professionnelle comportant une rémunération appréciable parmi les critères d'évaluation de l'invalidité. La convention n° 128 exige également la prestation de services de rééducation destinés à préparer les personnes handicapées à reprendre leur emploi ou exercer une autre activité adaptée à leurs capacités.

Bien que les soins médicaux, y compris la réadaptation médicale, soient traités dans des dispositions distinctes de la convention n° 102 (partie II) et de la convention (n° 130) concernant les soins médicaux et les indemnités de maladie, 1969, une approche cohérente et intégrée des prestations d'invalidité, telle qu'énoncée dans le cadre normatif de l'OIT, exige d'accorder une attention égale à l'aide au revenu et aux besoins médicaux des personnes handicapées (voir aussi chapitre 5). Par conséquent, les normes établies concernant la fourniture de soins médicaux, y compris de réadaptation médicale³, sont très pertinentes; ces soins doivent tendre à «préserver, à rétablir ou à améliorer la santé de la personne protégée [...] et son aptitude à travailler et à faire face à ses besoins personnels»⁴. La convention n° 102 exige en outre que l'institution ou le ministère chargés des soins médicaux coopère avec les services généraux de rééducation professionnelle «en vue de réadapter à un travail approprié les personnes de capacité diminuée» (article 35).

La recommandation n° 202 propose également une approche intégrée et globale de la protection sociale et des prestations d'invalidité selon laquelle les personnes handicapées doivent bénéficier des mêmes garanties élémentaires de sécurité de revenu et d'accès aux soins de santé essentiels que les autres membres de la société. Ces garanties peuvent être assurées par divers régimes (contributifs et non contributifs) et prestations (en espèces ou en nature), selon la solution la plus efficace et efficiente pour répondre aux besoins et à la situation des personnes handicapées et leur permettre de vivre dans la dignité. Certains des principes énoncés dans la recommandation revêtent une importance particulière pour les personnes handicapées, notamment les principes de non-discrimination, d'égalité hommes-femmes et de réponse aux besoins particuliers, ainsi que le respect des droits et de la dignité des personnes couvertes par les garanties de la sécurité sociale.

¹ Déclaration universelle des droits de l'homme, article 25 (1), Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, articles 9, 11, 12, Convention relative aux droits des personnes handicapées, articles 25, 28. ² Recommandation (n° 131) concernant les prestations d'invalidité, de vieillesse et de survivants, 1967. ³ Convention n° 130, article 13 f). ⁴ Conventions n° 102, article 34 (4), et n° 130, article 9.

désavantages accumulés, notamment en ce qui concerne l'éducation, le développement des compétences et leur capacité d'occuper un emploi qualifié à l'âge adulte. Les personnes handicapées en âge de travailler sont confrontées à des risques plus élevés de chômage, de

sous-emploi et d'emploi informel (HCDH, 2012b), qui limitent souvent leur accès au travail décent et à un revenu stable et leur autonomie. Pour bon nombre de personnes âgées, l'invalidité est une réalité, étant donné que la prévalence de l'invalidité augmente avec l'âge,

ce qui se traduit par une forte proportion de personnes âgées invalides, en particulier dans le groupe d'âge des personnes de 55 ans et plus (OMS et Banque mondiale, 2011). A cause de ces risques, les personnes handicapées sont davantage touchées par la pauvreté, en particulier dans les pays à faible revenu ou revenu intermédiaire (Banks et Polack, 2014).

La protection sociale et, en particulier, les prestations d'invalidité sont essentielles pour surmonter ces difficultés, notamment pour garantir la sécurité de revenu, promouvoir l'emploi et faciliter l'accès aux services sociaux tels que l'éducation, la santé et les transports publics, ainsi qu'aux services d'aide, y compris l'aide sociale, la garde d'enfants et la fourniture d'appareils spécialisés. En répondant aux besoins liés à l'invalidité et à d'autres besoins, la protection sociale peut favoriser la réalisation des ODD et la mise en œuvre de la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées, complétée par les normes internationales de la sécurité sociale (Nations Unies, 2015a) (voir encadré 3.17)³⁹.

Ces objectifs peuvent être atteints par divers moyens, notamment des programmes d'assurance sociale et d'assistance sociale; en fait, la plupart des pays proposent déjà des prestations d'invalidité. De fait, afin d'atteindre effectivement ces objectifs, les programmes de prestations d'invalidité doivent être intégrés dans des systèmes nationaux complets de protection sociale et garantir aux personnes handicapées une aide continue, y compris en matière de protection sociale et de promotion de l'emploi.

3.5.2 Types de régimes de prestations d'invalidité

Les régimes de prestations d'invalidité offrent une aide à court ou à long terme, en espèces ou en nature, selon les besoins et les exigences du bénéficiaire. De nombreux pays prévoient un panier combinant plusieurs prestations, en espèces et en nature, telles que les transports publics gratuits et adaptés, l'accès à d'autres services publics gratuits et à du matériel technique gratuit ou subventionné. Bien que ces prestations en nature aient une valeur monétaire qui peut éventuellement contribuer à la sécurité de revenu, cette partie

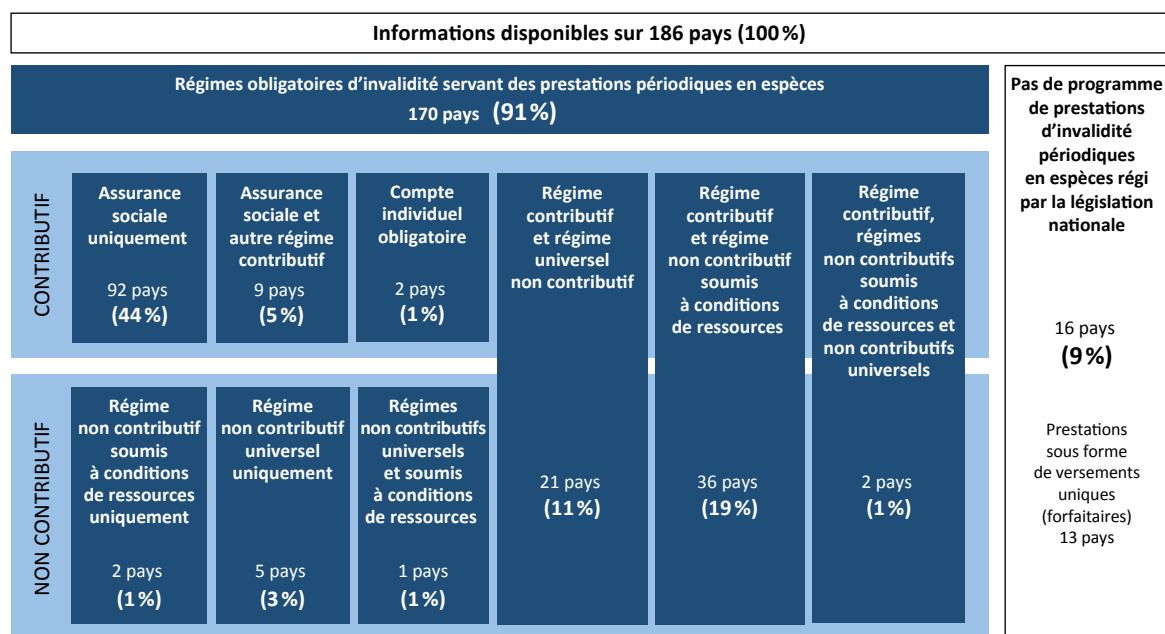
du chapitre porte essentiellement sur les prestations en espèces, qui représentent la majorité des prestations d'invalidité.

Parmi les 186 pays pour lesquels des informations sont disponibles, la grande majorité (170 pays) dispose d'un système régi par la législation nationale prévoyant des prestations en espèces périodiques pour les personnes handicapées, tandis que les pays restants ne prévoient que des versements forfaitaires (13 pays) ou ne disposent d'aucun régime régi par la loi (3 pays) (figures 3.25 et 3.26). La plupart des pays (162) offrent des prestations, au moins en partie, par l'intermédiaire de régimes d'assurance sociale, qui servent généralement aux travailleurs de l'économie formelle des prestations d'invalidité liées au revenu visant à remplacer le revenu en cas d'invalidité totale ou partielle; 67 pays servent des prestations de l'assistance sociale avec ou sans conditions de ressources, et 59 pays combinent des régimes contributifs et non contributifs. Parmi les régimes non contributifs, les régimes soumis à conditions de ressources (41 pays) sont légèrement plus répandus que les régimes universels (29 pays), et 3 pays combinent des régimes soumis à conditions de ressources et des régimes universels.

Cet aperçu soulève certaines inquiétudes concernant le fait qu'un grand nombre de pays (103) ne prévoient des prestations d'invalidité que par l'intermédiaire de régimes contributifs. En l'absence de régime non contributif destiné à compléter les prestations à caractère contributif, les personnes n'appartenant pas à l'économie formelle, y compris les enfants, peuvent rencontrer des difficultés pour répondre à leurs besoins spécifiques, même s'ils peuvent prétendre à des prestations sociales dans le cadre des régimes généraux de l'assistance sociale. En outre, la pratique courante des prestations d'invalidité sous conditions de ressources est problématique, car celles-ci peuvent enfermer les personnes handicapées dans la pauvreté, lorsque l'aide en cas d'invalidité est soumise à des conditions de ressources qui ne tiennent souvent pas compte des coûts liés à l'invalidité ou de l'exclusion de la population active (voir encadré 3.20). La suppression ou l'assouplissement des conditions de ressources pour les prestations et les aides spécifiques en cas d'invalidité peuvent compenser ces effets négatifs et permettre aux personnes handicapées de participer plus activement à l'emploi et à la société en général.

³⁹ La Convention relative aux droits des personnes handicapées réaffirme fermement le droit à la sécurité sociale pour les personnes handicapées et ouvre la voie à l'inclusion de ces personnes dans tous les efforts déployés pour protéger l'exercice de ce droit (article 28).

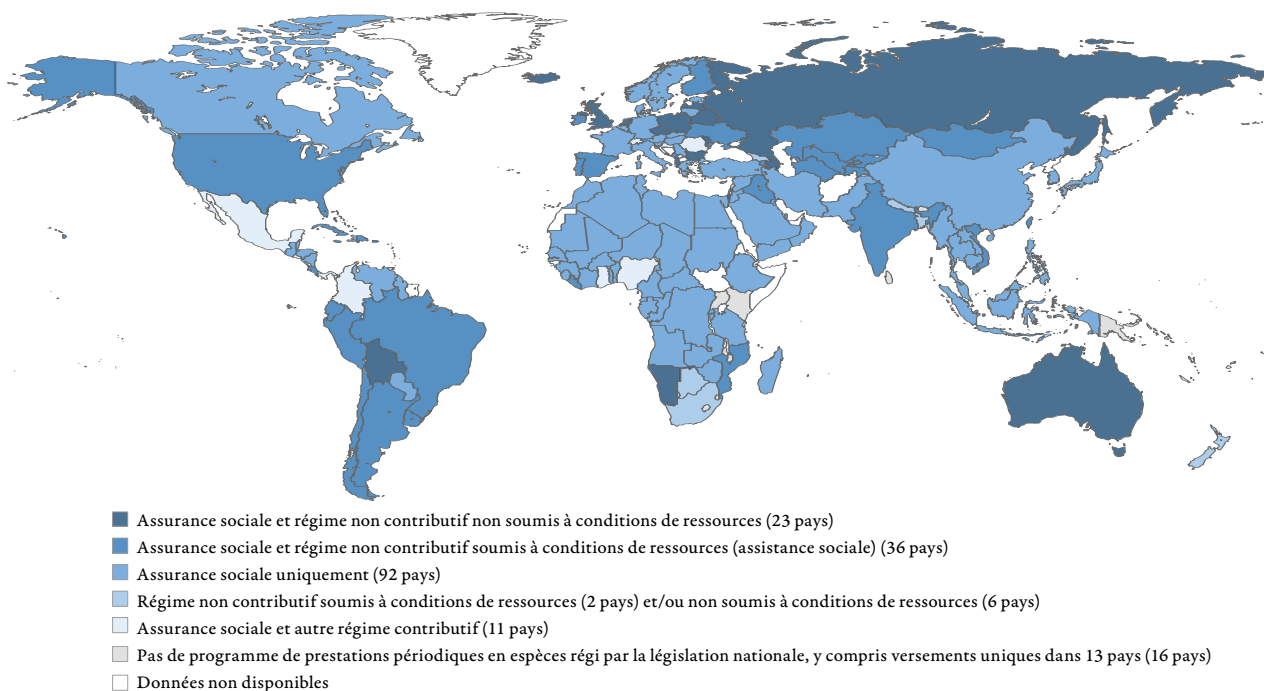
Figure 3.25 Aperçu des régimes de prestations d'invalidité en espèces, par type de régime et de prestations, 2015



Sources: BIT, base de données sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database); AISS/SSA, Social Security Programs Throughout the World (les programmes de sécurité sociale dans le monde); Commission européenne, Système d'information mutuelle sur la protection sociale (MISSOC). Voir aussi annexe IV, tableau B.8.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=54649>.

Figure 3.26 Régimes de prestations d'invalidité, par type de régime, 2015 ou dernières données disponibles



Note: Les chiffres entre parenthèses correspondent au nombre de pays de chaque catégorie. Estimations régionales et mondiales pondérées par le nombre de personnes.

Sources: BIT, base de données sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database); AISS/SSA, Social Security Programs Throughout the World (les programmes de sécurité sociale dans le monde); Commission européenne, Système d'information mutuelle sur la protection sociale (MISSOC). Voir aussi annexe IV, tableau B.8.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=54650>.

3.5.3 Couverture effective: suivi de l'indicateur 1.3.1 des ODD pour les personnes lourdement handicapées

Les dernières estimations du BIT sur la couverture effective montrent que 27,8 pour cent des personnes lourdement handicapées⁴⁰ dans le monde reçoivent des prestations d'invalidité (figure 3.27). Alors que la couverture en Europe orientale semble presque universelle, les estimations régionales pour l'Asie et le Pacifique affichent un taux de couverture effectif de seulement 9,4 pour cent.

3.5.4 Parvenir à une protection universelle pour les personnes handicapées: difficultés et avancées récentes

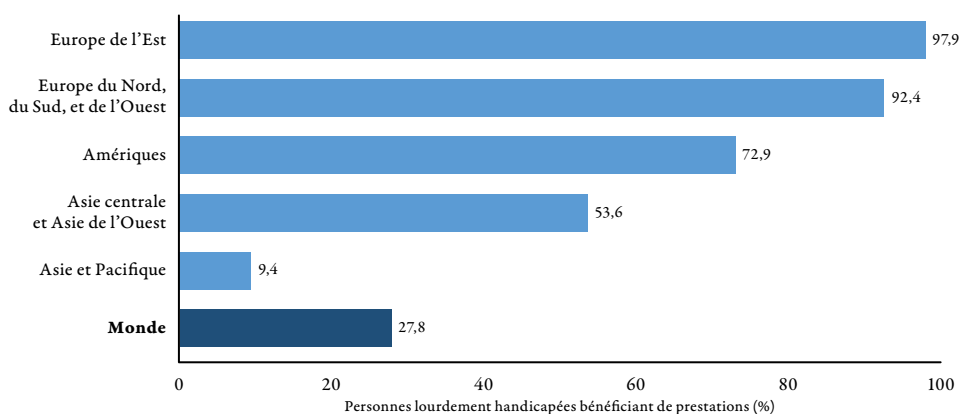
La protection sociale universelle pour les personnes handicapées est courante dans les pays à revenu élevé. Dans les pays en développement, la couverture universelle a été atteinte au Brésil, au Chili, en Mongolie et en Uruguay, tandis que d'autres comme l'Afrique du Sud, le Kirghizistan et le Népal progressent en vue de l'extension des prestations d'invalidité (voir chapitre 6 pour

des données nationales et régionales). Alors que la majorité des pays élargissent la protection sociale, d'autres réduisent les prestations d'invalidité universelles fondées sur les droits dans le cadre de politiques d'assainissement budgétaire à court terme, et ciblent ainsi uniquement les personnes pauvres. De ce fait, de nombreuses personnes handicapées se retrouvent sans aide.

Ces dernières années, de nombreux pays à faible revenu et à revenu intermédiaire ont institué ou amélioré les prestations d'invalidité à caractère non contributif, ou ont inclus les personnes lourdement handicapées parmi les bénéficiaires de programmes plus généraux de transferts en espèces (voir encadré 3.18).

D'un autre côté, à l'inverse de ces évolutions positives, un certain nombre de pays qui connaissent une phase d'assainissement budgétaire réduisent les prestations d'invalidité. Le gouvernement de la Grèce, par exemple, a remplacé un grand nombre de prestations sociales existantes, telles que les prestations d'invalidité et familiales, ainsi que la pension minimale prévue par les régimes d'assurance sociale, par un filet de sécurité réservé aux personnes les plus pauvres, un régime unique de revenu minimum garanti servant une prestation relativement faible et laissant la plupart des personnes handicapées sans appui. Dans d'autres

Figure 3.27 Indicateur 1.3.1 des ODD sur la couverture effective des personnes lourdement handicapées: pourcentage des personnes lourdement handicapées bénéficiant de prestations en espèces, par région, 2015 ou dernières données disponibles



Note: Le nombre de personnes lourdement handicapées bénéficiant de prestations est calculé comme le produit du taux de prévalence de l'invalidité (publié pour chaque groupe par l'OMS) par la population du pays. Les données pour les autres régions sont insuffisantes pour permettre d'établir des estimations régionales. Les estimations régionales et mondiales sont pondérées selon la population. Voir aussi annexe II.

Sources: BIT, base de données sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database), d'après l'enquête sur la sécurité sociale; ILOSTAT; Nations Unies, Perspectives de la population mondiale; OMS; sources nationales. Voir aussi annexe IV, tableaux B.3 et B.8.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=54651>.

⁴⁰ S'il n'existe pas de définition universelle de la notion de handicap lourd, les estimations de la couverture présentées dans ce rapport reposent sur la définition adoptée par l'Organisation mondiale de la santé (voir annexe II).

Encadré 3.18 Vers l'universalité – Extension des prestations d'invalidité en espèces à caractère non contributif: Afrique du Sud, Argentine, Ethiopie, Ghana, Indonésie, Kirghizistan, Népal, Timor-Leste et Ukraine

Les dernières évolutions incluent la mise en place de régimes universels pour les personnes handicapées en Afrique du Sud et au Népal. D'autres pays ont réalisé des progrès considérables dans le domaine des prestations d'invalidité à caractère non contributif, soit en intégrant l'invalidité dans des programmes plus larges (Ethiopie, Ghana), soit en créant des régimes spécifiques pour les personnes handicapées (Afrique du Sud, Argentine, Indonésie, Kirghizistan) (voir Abu Alghaib, à paraître).

- L'Afrique du Sud a largement progressé en matière de couverture universelle des personnes handicapées grâce à une combinaison de prestations d'invalidité sous conditions de ressources: les allocations pour personne à charge pour 145 000 enfants lourdement handicapés; les allocations d'invalidité pour 1,1 million d'adultes invalides dans l'incapacité de travailler; et les subventions d'aide servant des prestations supplémentaires à 166 000 personnes qui ont besoin d'une protection plus élevée que les bénéficiaires des deux prestations susmentionnées dès mars 2017 (Partenariat mondial pour la protection sociale universelle, 2016e; SASSA, 2017).
- L'Argentine a considérablement augmenté la couverture effective des pensions d'invalidité entre 1999 et 2016; le nombre de bénéficiaires a été multiplié par cinq et s'élève à 1,5 million. L'expansion des dépenses sociales aurait atteint entre 0,03 et 0,35 pour cent du PIB entre 1997 et 2010 (Grosh, Bussolo et Freije, 2014).
- En 2015, l'Ethiopie a intensifié son programme de filet de sécurité productif (PSNP), qui devrait atteindre 5 millions de bénéficiaires. Il comporte deux volets: les travaux publics pour les ménages ayant une capacité de travail (4,1 millions) et l'assistance sociale pour ceux dont les membres sont incapables de travailler (1,1 million) (Banque mondiale, 2014). L'invalidité étant un des critères d'éligibilité pour ce dernier volet, de nombreux ménages composés de personnes handicapées doivent en bénéficier.
- Le programme de lutte contre la pauvreté par l'emploi (LEAP) du Ghana inclut le statut d'invalidité dans les critères de l'examen des ressources. Le programme LEAP offre des avantages partiels aux ménages composés de personnes lourdement

handicapées dans l'incapacité de travailler. Il couvrirait près de 8 000 ménages en juin 2014, soit 11 pour cent du total des ménages bénéficiaires (ministère ghanéen du Genre, de l'Enfant et de la Protection sociale, 2014; BIT, 2015c).

- L'Indonésie a mis en place un dispositif spécifique à l'invalidité qui propose une assistance sociale aux personnes lourdement handicapées (ASODKB). Les progrès en matière d'extension de la couverture sont relativement lents, principalement en raison des contraintes financières. Le nombre de bénéficiaires a légèrement augmenté: il est passé de 20 000 à 23 000 entre 2011 et 2015 (Adioetomo, Mont et Irwanto, 2014; JICA, 2015).
- Le Kirghizistan progresse rapidement dans l'extension de son programme (catégoriel) universel de prestations d'invalidité (MSB – prestations sociales mensuelles): 58 000 personnes en bénéficient sur un total de 167 000 personnes handicapées qui bénéficient de différents paniers de prestations en fonction de leur âge (ministère du Développement social de la République du Kirghizistan, 2014; CESAP, 2016).
- L'allocation universelle d'invalidité pour les personnes lourdement handicapées au Népal, introduite en 1996, avec les allocations universelles pour les personnes âgées et les veuves, est gérée par le ministère du Développement local. Les personnes lourdement handicapées reçoivent 1 000 roupies par mois, tandis que les bénéficiaires partiellement invalides reçoivent 300 roupies par mois (Partenariat mondial pour la protection sociale universelle, 2016d).
- La pension universelle de vieillesse et d'invalidité du Timor-Leste fournit l'équivalent de 30 dollars par mois aux adultes handicapés et concerne 7 313 personnes (Partenariat mondial pour la protection sociale universelle, 2016e).
- L'Ukraine dispose d'un système de sécurité sociale obligatoire qui fournit des pensions de vieillesse, d'invalidité et de survivants à tous les citoyens éligibles, assorties de prestations à caractère contributif pour les personnes remplissant les conditions de la période minimale d'attribution et une assistance sociale aux autres (Partenariat mondial pour la protection sociale universelle, 2016g).

pays européens, la mise en place de conditions de ressources pour des prestations auparavant universelles prive de nombreuses personnes handicapées de soutien. Le ciblage plus étroit des prestations d'invalidité pour les personnes pauvres érode les principes de protection universelle qui faisaient autrefois partie du contrat

social fondé sur des droits légaux dans de nombreux pays européens. Les mesures de consolidation budgétaire limitent l'accès des personnes handicapées à la vie communautaire, à l'éducation, aux soins essentiels et à l'assistance dans un certain nombre de pays européens (BIT, 2014a).

Encadré 3.19 Protection sociale et travail décent: un cercle vertueux

En améliorant l'accès à l'éducation des personnes handicapées, la protection sociale peut favoriser la création d'un cycle vertueux facilitant leur accès à l'emploi productif.

L'éducation est particulièrement importante pour les personnes handicapées lorsqu'il est question d'accéder à un travail décent. Des études récentes établissent un lien entre l'éducation et l'employabilité, l'invalidité et l'éducation, ainsi que l'invalidité et le chômage dans les pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire (Banks et Polack, 2014). Une étude réalisée pour le Viet Nam a montré que les taux d'emploi des hommes et des femmes handicapés étaient respectivement de 53 et 43 pour cent inférieurs à ceux des personnes non handicapées (Mizunoya, Mitra et Yamasaki, 2016). Des tendances similaires sont observées dans les enquêtes régionales pour l'Asie et le Pacifique et les Etats arabes: le taux d'emploi des personnes handicapées a tendance à être inférieur à la moyenne nationale (CESAP, 2016; CESA0, 2014). Au Népal, les personnes handicapées sont scolarisées beaucoup moins longtemps, mais les rendements salariaux de l'investissement dans leur éducation sont supérieurs à ceux de leurs homologues non handicapés (Lamichhane et Sawada, 2013). La combinaison d'une éducation limitée et d'une faible employabilité, d'une part, et d'un rendement élevé de l'éducation, d'autre part, peut aider les Etats à prendre des décisions rationnelles et investir dans l'amélioration de l'accès à l'éducation pour les personnes handicapées. Les données tirées de ces études indiquent que l'éducation inclusive accroît la capacité de gain des personnes handicapées et, à terme, accroît la capacité de gain de la population. La forte productivité du travail des personnes handicapées coûterait moins cher en dépenses sociales et médicales, et améliorerait les perspectives d'emploi du personnel soignant.

Les enfants invalides sont souvent confrontés à un accès limité à l'éducation élémentaire. Une étude mondiale sur l'impact de l'invalidité sur le taux d'assiduité scolaire dans 15 pays en développement révèle

que la différence moyenne est de 30 pour cent dans les écoles primaires et secondaires; 85 pour cent des enfants invalides d'âge primaire qui ne sont pas scolarisés n'ont jamais fréquenté l'école; et les politiques relatives à l'éducation générale n'ont pas facilité l'accès des enfants invalides, même si les pays ont presque atteint l'enseignement primaire universel (Mizunoya, Mitra et Yamasaki., 2016). De même, une autre étude empirique en Ouganda réaffirme qu'une politique d'enseignement primaire universel, ne prévoyant pas de frais de scolarité, ne suffirait pas à améliorer la fréquentation scolaire des enfants invalides, et souligne la nécessité de mettre en place des régimes spécifiques pour fournir des prestations de protection sociale qui encouragent les familles à inscrire leurs enfants handicapés à l'école (Lamichhane et Tsujimoto, 2017).

Investir dans des systèmes inclusifs de protection sociale pour les personnes handicapées est finalement positif pour la croissance économique. L'exclusion de ces personnes du marché du travail et de la société ne relève pas seulement des droits fondamentaux, mais signifie aussi une perte considérable de facteurs économiques. Les personnes handicapées représentent 15 pour cent de la population mondiale, dont 785 millions de personnes handicapées en âge de travailler (15 ans ou plus) (OMS et Banque mondiale, 2011). La perte économique éventuelle liée à l'exclusion de ces populations serait comprise entre 3 et 7 pour cent du PIB (Buckup, 2009). L'investissement dans des systèmes de protection sociale qui aident les personnes handicapées à accéder à un emploi productif peut donc largement contribuer à la croissance économique. En d'autres termes, les répercussions éventuelles de leur autonomisation et de leur participation ne peuvent être surestimées, une fois que les obstacles économiques et sociaux à l'accès au système éducatif et au marché du travail productif auront été éliminés grâce à des mesures appropriées dans le domaine de la protection sociale et d'autres domaines stratégiques.

En parallèle, la question de l'importance de l'inclusion de l'invalidité dans la protection sociale fait l'objet d'une attention renforcée (Nations Unies, 2015a), en particulier sur trois points.

Premièrement, les systèmes de protection sociale peuvent jouer un rôle important et s'éloigner d'une approche axée sur l'incapacité au travail, et permettre ainsi aux personnes handicapées de participer activement aux services généraux d'éducation et d'emploi. Cependant, les pays accordent souvent des prestations d'invalidité aux personnes jugées incapables de travailler uniquement (ce qui nécessite souvent que les

bénéficiaires prouvent qu'ils ne peuvent pas subvenir à leurs besoins), mais ne fournissent pas le soutien nécessaire qui permettrait aux personnes handicapées de s'engager dans l'emploi. Cette pratique décourage les personnes handicapées de travailler. Pour atteindre la cible 8.5 des ODD concernant la promotion de l'emploi et du travail décent, il convient d'adopter une approche plus novatrice pour aider les personnes handicapées à accéder à un emploi productif et à subvenir à leurs besoins en toute indépendance dans la communauté. Considérer les personnes handicapées comme des acteurs économiques compétents serait

Encadré 3.20 Coût de la vie supérieur et sous-estimation de la pauvreté des personnes handicapées

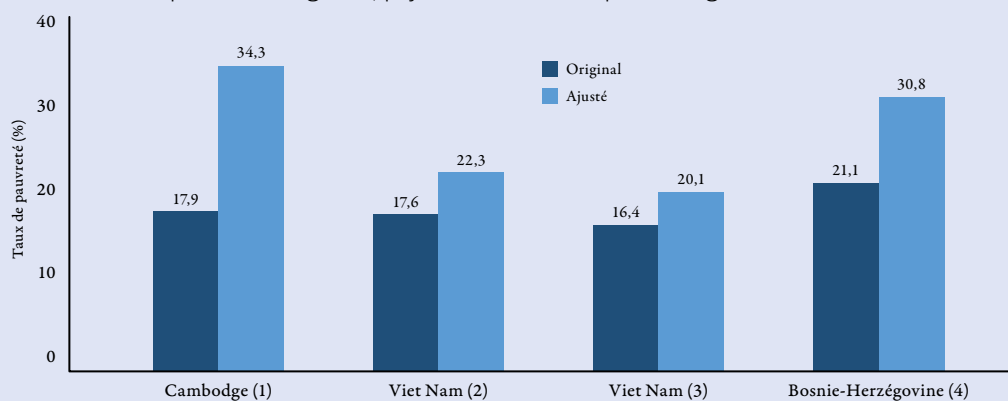
Il est de plus en plus évident que la pauvreté monétaire des personnes handicapées est largement sous-estimée, car la mesure de la pauvreté généralement acceptée, fondée sur le revenu ou la consommation des ménages, ne tient pas toujours compte des surcoûts liés à l'invalidité.

Au Cambodge, une étude empirique a estimé qu'en moyenne les personnes handicapées doivent supporter un coût supplémentaire de 40 dollars par mois, soit 17,1 pour cent du revenu du ménage (voir figure 3.28). Lorsque ces coûts sont pris en compte, le taux de pauvreté double et passe à 34,3 pour cent pour les ménages composés de personnes handicapées (Palmer, Williams et McPake, 2016). Au Viet Nam, les coûts liés au handicap sont estimés à 11,5 pour cent du revenu des ménages et

augmenteraient le taux de pauvreté de 4,7 points de pourcentage (Mont et Cuong, 2011); selon une autre estimation, ces chiffres seraient de 9 pour cent et de 3,7 points de pourcentage (Braithwaite et Mont, 2009). En Bosnie-Herzégovine, les coûts liés à l'invalidité seraient de 14 pour cent, ce qui augmenterait le taux de pauvreté de 9,7 points de pourcentage (*ibid.*).

Ces considérations ont des répercussions importantes pour les politiques de protection sociale. Si les coûts liés à l'invalidité ne sont pas pris en compte, les programmes ciblés sur la pauvreté et d'autres programmes pourraient sous-estimer les besoins des personnes handicapées et fournir un niveau de prestations insuffisant aux ménages pauvres composés de personnes handicapées.

Figure 3.28 Impact de l'ajustement des coûts liés à l'invalidité sur les taux de pauvreté enregistrés, pays sélectionnés (en pourcentages)



Note: La figure présente le ratio de pauvreté par habitant dans les ménages comprenant des personnes handicapées, et ajusté en fonction des coûts liés à l'invalidité.

Sources: 1) (Palmer, Williams et McPake, 2016; 2) Mont et Cuong, 2011; 3) et 4) Braithwaite et Mont, 2009.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=54652>.

une approche constructive permettant de reconnaître leurs capacités et d'éliminer les obstacles qui entravent l'accès au marché du travail (encadré 3.19)⁴¹.

Deuxièmement, les systèmes de protection sociale peuvent soutenir la transition entre la vie en institution et l'autonomie dans la société. Les personnes handicapées sont encore trop souvent placées dans des institutions de prise en charge. Axée sur l'autonomie, la protection sociale peut appuyer l'indépendance dans la communauté et garantir au moins une sécurité élémentaire de revenu, un accès effectif aux soins de santé et

des prestations supplémentaires pour couvrir les coûts liés à l'invalidité. Elle contribuera également à faciliter l'implication à l'éducation et au développement des compétences et à promouvoir la participation pleine et effective des personnes handicapées, leur choix et leur autonomie sur le marché du travail.

Troisièmement, les systèmes de protection sociale peuvent également contribuer à une meilleure prise en compte des coûts liés à l'invalidité lors de la conception des programmes de protection sociale (encadré 3.20). Des études récentes soulignent l'inadéquation des

⁴¹ Les prestations d'invalidité peuvent être favorables à l'autonomisation économique si elles couvrent les coûts liés à l'invalidité, tels que les coûts du matériel spécifique, de l'assistance personnelle ou des transports. Cette couverture des coûts liés à l'invalidité peut faciliter la participation à l'emploi.

niveaux de prestations, qui peinent à atteindre un niveau minimal et sont insuffisants pour permettre aux personnes handicapées d'accumuler un capital social et humain et être économiquement indépendantes dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire (Banks et coll., 2017; Kuper et coll., 2016; Palmer, 2013), ainsi que l'importance d'en tenir compte dans la conception des régimes et programmes. Cependant, peu de pays disposent d'estimations précises qui pourraient aider les décideurs à évaluer l'adéquation des prestations d'invalidité⁴². De plus, une étude qualitative menée au Viet Nam pose un problème méthodologique concernant l'estimation des coûts liés à l'invalidité (Palmer et coll., 2015). Des critères d'éligibilité généraux dans le cadre des examens de ressources, et des niveaux de prestations uniformes qui ne tiennent pas compte des coûts liés à l'invalidité sont désavantageux pour les personnes handicapées (Kidd et coll., à paraître). La conception des programmes de prestations d'invalidité doit tenir compte des coûts liés à l'invalidité, et

suivre par exemple la double approche consistant en des prestations générales fournies par l'intermédiaire de régimes traditionnels et un soutien supplémentaire par l'intermédiaire de régimes spécifiques pour les personnes handicapées.

De plus, la collecte de données administratives désagrégées en fonction du statut d'invalidité⁴³ est une question cruciale pour la mise en œuvre des ODD ainsi que pour l'élaboration de politiques fondées sur des données factuelles (Nations Unies, 2016b; PNUD et coll., 2016). Bien que certains pays disposent de données désagrégées collectées grâce aux enquêtes réalisées auprès des ménages, ils disposent rarement de données administratives leur permettant d'évaluer le statut d'invalidité des bénéficiaires de la protection sociale⁴⁴. Cela est particulièrement important pour le suivi de l'indicateur 1.3.1 des ODD: étendre la protection sociale aux personnes handicapées. La collecte de données administratives désagrégées doit permettre les comparaisons internationales et être fréquente et régulière.

⁴² Une révision systématique des publications indique qu'il n'existe que trop peu de données quantitatives précises pour établir des comparaisons à l'échelle mondiale sur les surcoûts afférents à l'invalidité (Mitra et coll., 2017).

⁴³ Ces données désagrégées permettraient aux Etats d'assurer le suivi des indicateurs des ODD en fonction du type et du degré d'invalidité.

⁴⁴ Même s'ils ne disposent d'aucune donnée administrative, les Etats peuvent toujours améliorer les enquêtes auprès des ménages en intégrant une série de questions sur l'invalidité dans leurs questionnaires, à l'instar du Groupe d'étude de Washington sur les statistiques sur l'invalidité qui a élaboré une série restreinte de questions sur le sujet (Washington Group on Disability Statistics, 2016). Cela leur permettrait de disposer de données désagrégées utiles pour mener des politiques intégratrices.

Protection sociale des femmes et des hommes âgés

4

Les systèmes de protection vieillesse
au service de la lutte contre la pauvreté

POINTS CLÉS

- Les pensions de vieillesse représentent la forme de protection sociale la plus répandue dans le monde et constituent un volet essentiel de l'ODD 1.3. A l'échelle mondiale, 68 pour cent des personnes ayant atteint l'âge de départ à la retraite perçoivent une pension, contributive ou non contributive.
- Dans les pays en développement, le niveau de couverture de la population par les systèmes de protection vieillesse s'est grandement amélioré. Cette couverture est universelle en Afrique du Sud, en Argentine, au Bélarus, dans l'Etat plurinational de Bolivie, au Botswana, au Cabo Verde, en Chine, en Géorgie, au Kirghizistan, au Lesotho, aux Maldives, à Maurice, en Mongolie, en Namibie, en Ouzbékistan, aux Seychelles, au Swaziland, à Timor-Leste, à Trinité-et-Tobago, en Ukraine et à Zanzibar (République-Unie de Tanzanie). Et elle approche de l'universalité dans des pays tels que l'Azerbaïdjan, l'Arménie, le Brésil, le Chili, le Kazakhstan, la Thaïlande et l'Uruguay.
- Cependant, beaucoup de personnes âgées ne jouissent toujours pas du droit à la protection sociale. Dans la plupart des pays à faible revenu, moins de 20 pour cent des personnes ayant atteint l'âge légal de départ à la retraite perçoivent une pension. Dans de nombreux pays en développement, une importante proportion de personnes âgées reste fortement tributaire de dispositifs de soutien familial.
- Les tendances observées varient sensiblement d'une région du monde à une autre, et même d'un pays à l'autre au sein d'une même région. Pour les pays dotés de systèmes de protection sociale complets et matures, qui ont une population vieillissante, le principal enjeu est de préserver l'équilibre entre viabilité financière et caractère adéquat des prestations de vieillesse. A l'autre extrémité, de nombreux pays ont encore de la peine à étendre leur système de protection vieillesse et à le financer en raison d'obstacles structurels qui tiennent, entre autres, à leur niveau de développement, à leur niveau élevé d'informalité, à une faible capacité contributive, à la pauvreté et à des moyens budgétaires insuffisants.
- Dans les pays en développement, on assiste à la multiplication de prestations non contributives telles que les pensions sociales universelles. C'est une tendance très salubre, surtout pour les pays dans lesquels l'économie informelle est très développée et qui ont du mal à étendre leurs régimes contributifs. D'après les observations, beaucoup de pays parviennent à instaurer ainsi un socle universel de sécurité élémentaire de revenu pour les personnes âgées. →

POINTS CLÉS (suite)

- Les régimes publics, fondés sur la solidarité et le financement collectif, sont de loin la forme de protection vieillesse la plus répandue dans le monde. La privatisation des systèmes de protection vieillesse, à laquelle plusieurs pays ont procédé dans le passé, n'a pas donné les résultats escomptés, puisqu'elle n'a pas augmenté la couverture ni les prestations, reportant les risques systémiques sur les individus et mettant à mal les budgets. En conséquence, bon nombre de pays inversent actuellement le processus de privatisation pour revenir à un système public fondé sur la solidarité.
- Les politiques d'austérité ou d'assainissement budgétaire de ces dernières années ont des répercussions sur l'adéquation des systèmes de protection vieillesse et les conditions générales de la retraite. Dans plusieurs pays, des réformes de ce type mettent en péril le respect des normes minimales en matière de sécurité sociale et érodent le contrat social. Les pays devraient concevoir leurs réformes en veillant à ce que les systèmes de protection vieillesse puissent remplir leur mission, qui est d'assurer la sécurité financière des personnes âgées.

4.1 Objectifs de développement durable et sécurité de revenu pour les personnes âgées

Assurer la sécurité de revenu des personnes âgées est l'un des principaux objectifs de protection sociale des sociétés modernes (encadré 4.1). Les personnes contribuent au développement et au progrès de leur pays tout au long de leur vie active, quand elles sont en bonne santé et capables de travailler. Il semble donc juste de ne pas les abandonner et de partager la prospérité avec elles lorsqu'elles vieillissent.

Pour atteindre cet objectif, qui est étroitement lié au droit humain à la sécurité sociale, il faut des dispositifs fiables assurant une protection systématique contre la vulnérabilité des personnes âgées. Bien que certaines catégories de population aient les moyens d'accéder par elles-mêmes à des formes de protection telles que l'épargne individuelle ou l'accès à la propriété de leur logement, ou que d'autres puissent s'appuyer sur des dispositifs de soutien familial intragénérationnel, le fait est que les sources de revenu de la majorité de la population mondiale, surtout dans les pays en développement, sont précaires, même durant l'âge actif. En particulier, l'informalité, liée aux problèmes structurels de développement économique que connaissent de nombreux pays, a pour conséquence directe que seule une infime proportion de la population mondiale est en mesure de subvenir à ses besoins pendant la vieillesse. D'où le rôle crucial que jouent les systèmes de protection sociale pour les personnes âgées.

C'est pourquoi les systèmes publics de protection vieillesse sont le socle sur lequel s'est bâtie la sécurité de

revenu des personnes âgées. Cette sécurité dépend aussi de la disponibilité, de l'accessibilité et du coût d'autres services sociaux, comme les soins de santé, le logement et les soins de longue durée. Outre les services sociaux publics, les prestations en nature comprennent parfois des aides au logement et au paiement des dépenses d'énergie, des services d'aide ménagère et de soins à domicile ainsi que la prise en charge en établissement. A défaut d'un accès abordable à ces services, les personnes âgées et leurs familles risquent de basculer dans l'extrême pauvreté, même dans les pays développés. Dans les pays offrant un large accès à des services publics de qualité, la pauvreté des personnes âgées est nettement moins élevée.

Le Programme de développement durable à l'horizon 2030, et notamment la cible 1-3 des ODD, invitent chaque pays à mettre en place un système de protection sociale pour tous, y compris un socle de protection sociale, en se souciant particulièrement des pauvres et des personnes vulnérables. Afin de garantir qu'aucune personne âgée ne soit oubliée, les décideurs doivent envisager de bâtir des systèmes de protection sociale complets et fondés sur le principe d'universalité. La recommandation n° 202, adoptée à l'unanimité en 2012 par les mandants de l'OIT, affirme la nécessité de combiner régimes publics de protection vieillesse contributifs et non contributifs afin de protéger l'ensemble de la population. L'ODD 1.3 préconise explicitement la mise en place de systèmes et mesures de protection sociale adaptés au contexte national, y compris des socles de protection sociale assurant la sécurité de revenu des personnes âgées. Or la protection sociale, et la sécurité de revenu des personnes âgées

Encadré 4.1 Normes internationales relatives aux pensions de vieillesse

Les droits des personnes âgées à la sécurité sociale et à un niveau de vie suffisant pour assurer leur santé et leur bien-être, notamment pour les soins médicaux et les services sociaux nécessaires, sont énoncés dans les principaux instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme, à savoir la Déclaration universelle des droits de l'homme, 1948, et (de façon plus générale) le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, 1966¹. Le contenu de ces droits est précisé dans le corpus de normes élaboré par l'OIT, qui donne aux pays des orientations concrètes pour traduire le droit des personnes âgées à la sécurité sociale dans les faits et en assurer le plein exercice².

La convention (n° 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952, la convention (n° 128) concernant les prestations d'invalidité, de vieillesse et de survivants, 1967, et la recommandation n° 131 qui l'accompagne ainsi que la recommandation (n° 202) sur les socles de protection sociale, 2012, constituent un cadre de référence international, qui détermine la gamme et les niveaux de prestations de sécurité sociale nécessaires et appropriées pour garantir les ressources et la sécurité de revenu des personnes âgées ainsi que leur accès aux soins de santé. L'extension de la couverture à toutes les personnes âgées est l'un des objectifs sous-jacents de ces normes, le but étant de parvenir à l'universalité de la protection, comme l'indique expressément la recommandation n° 202.

Les conventions n° 102 et n° 128 et la recommandation n° 131 prévoient le versement de prestations de vieillesse à des niveaux garantis, subordonnés à l'accomplissement d'une durée minimale d'affiliation ou de résidence, et la révision régulière de leur montant afin de préserver le pouvoir d'achat des retraités. Plus précisément, les conventions n° 102 et 128 prévoient d'assurer une sécurité de revenu aux personnes ayant atteint l'âge de départ à la retraite par l'octroi d'une pension contributive liée aux gains antérieurs (en garantissant un niveau de prestations minimal, ou taux de remplacement, qui correspond à un pourcentage prescrit des dernières rémunérations perçues, notamment pour les personnes à bas revenus) ou d'une pension forfaitaire de base non contributive qui peut être soit universelle soit liée au

niveau des ressources. Le montant minimal garanti dans ce cas doit être au moins égal à un pourcentage prescrit du gain antérieur moyen d'un manœuvre type, mais «le total de la prestation et des autres ressources [...] doit être suffisant pour assurer à la famille du bénéficiaire des conditions de vie saines et convenables» (convention n° 102, article 67 c)).

La recommandation n° 202 complète ce cadre en préconisant la mise en place de garanties visant à assurer une sécurité élémentaire de revenu pour toutes les personnes âgées, à commencer par celles qui sont dans le besoin et celles qui ne sont pas couvertes par les dispositifs existants. Cette garantie est destinée à prémunir contre la pauvreté, la vulnérabilité et l'exclusion sociale les personnes qui ne sont pas couvertes par des régimes de retraite contributifs. Elle revêt aussi une importance cruciale pour les retraités dont les prestations pâtissent des pertes financières subies par les fonds de pension, dont les pensions ne sont pas régulièrement révisées pour tenir compte du coût de la vie ou sont tout simplement inadéquates pour garantir un accès effectif aux biens et services nécessaires et permettre de vivre dans la dignité. Les normes de l'OIT relatives à la sécurité sociale fournissent ainsi un ensemble complet de références et un cadre pour l'instauration, le développement et le maintien de systèmes nationaux de retraite.

En matière de politique sociale, l'une des grandes difficultés des sociétés vieillissantes est d'assurer un niveau de revenu adéquat à toutes les personnes âgées sans trop solliciter les capacités des jeunes générations. Compte tenu des problèmes de financement et de viabilité auxquels sont confrontés les systèmes de sécurité sociale du fait de l'évolution démographique, l'Etat a un rôle essentiel à jouer dans la prévision de l'équilibre à long terme entre ressources et dépenses pour garantir que les institutions s'acquittent de leurs obligations envers les personnes âgées. En vertu du principe de la responsabilité première et générale de l'Etat à cet égard, énoncé dans les normes de sécurité sociale de l'OIT et réaffirmé récemment avec force dans la recommandation n° 202, les pouvoirs publics seront tenus d'assurer la viabilité des systèmes nationaux de sécurité sociale compte tenu du changement démographique, entre autres facteurs.

¹ Déclaration universelle des droits de l'homme, articles 22 et 25 (1), et Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, article 9. ² Voir Comité des droits économiques, sociaux et culturels, 2008.

en particulier, contribue à la réalisation de plusieurs autres objectifs de développement durable et débordent le cadre de l'ODD 1. La sécurité de revenu des personnes âgées a un rôle non négligeable à jouer dans la réalisation de l'ODD 5 (promouvoir l'égalité entre les sexes et autonomiser les femmes), et de l'ODD 10 (aider à réduire les inégalités au sein des pays et entre eux). Elle contribue aussi indirectement à la réalisation

de nombreux autres ODD tel que l'ODD 11, car elle peut faciliter l'accès des familles et des individus à un logement adéquat et sûr, à un coût abordable. La sécurité de revenu des personnes âgées joue donc un rôle clé dans la réalisation des objectifs que s'est fixée la communauté internationale dans le cadre du Programme de développement durable à l'horizon 2030 et concourt notamment à l'engagement que celle-ci a pris d'en finir

avec la pauvreté sous toutes ses formes et dans toutes ses dimensions, notamment en éradiquant l'extrême pauvreté d'ici à 2030, de sorte que tous bénéficient d'un niveau de vie décent.

4.2 Typologie des régimes de protection vieillesse

Tout au long de l'histoire de la sécurité sociale, les régimes publics de protection vieillesse ont fait la preuve de leur efficacité pour assurer la sécurité de revenu des personnes âgées et combattre la pauvreté et les inégalités sociales.

Plusieurs types de systèmes de retraite existent dans le monde. En établir une typologie revient à les classer en fonction de leurs principes de fonctionnement et permet de comparer leurs contributions respectives à la réalisation des objectifs de sécurité sociale. Du point de vue de l'OIT, tous les régimes de protection vieillesse qui contribuent à la sécurité de revenu des personnes âgées sont dignes d'intérêt, mais leur degré de pertinence se mesure à l'aune de leur conformité aux normes de l'OIT en matière de sécurité sociale.

La grande majorité des pays (186 sur les 192 pour lesquels des informations sont disponibles) servent des pensions, sous la forme d'une prestation périodique

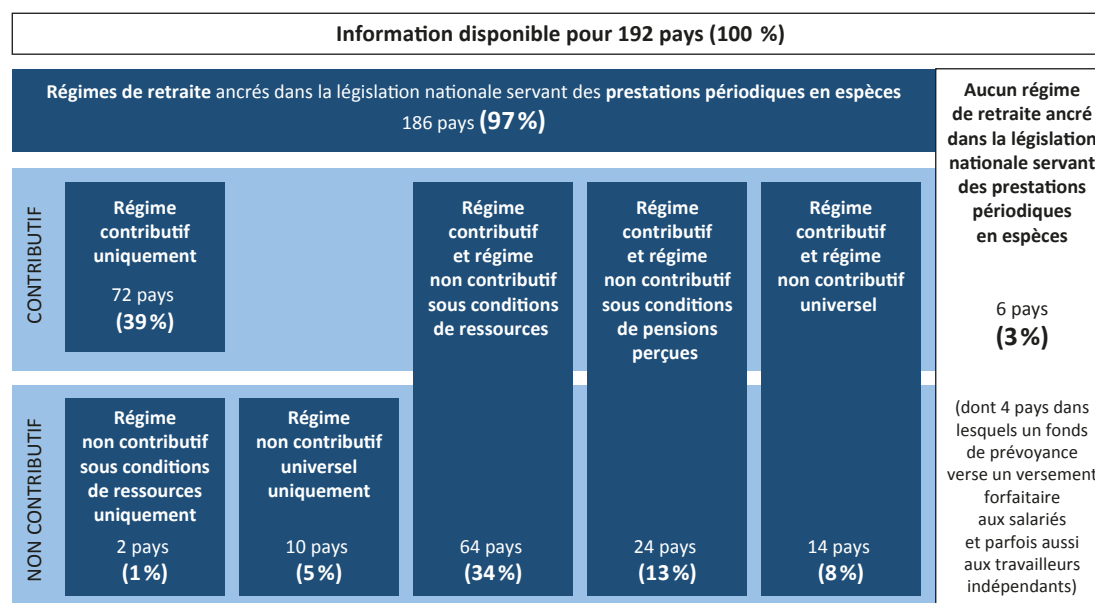
en espèces, par le biais d'au moins un régime et souvent d'une combinaison de différents types de régimes contributifs et non contributifs (voir la figure 4.1). Les six pays restants ne servent pas de prestations périodiques, mais certains versent un montant forfaitaire par le biais d'un fonds de prévoyance ou d'un dispositif similaire.

Sur l'ensemble des pays pour lesquels des informations sont disponibles, 72 (39 pour cent) n'ont que des régimes contributifs dont la grande majorité fonctionne dans le cadre d'un régime d'assurance sociale et couvre principalement les salariés et les travailleurs indépendants.

Parmi les pays étudiés, 12 versent des pensions uniquement par le biais de régimes non contributifs dont la majorité offre une couverture universelle.

La combinaison de régimes contributifs et non contributifs est la forme d'organisation des systèmes de protection vieillesse qui est la plus répandue dans le monde: c'est le cas dans 102 pays. Les régimes non contributifs varient selon les pays: 14 pays servent des prestations universelles à toutes les personnes ayant atteint un âge déterminé, 24 pays servent des prestations aux personnes âgées qui ne perçoivent aucune autre pension et 64 pays servent des prestations soumises à conditions de ressources aux personnes âgées dont les revenus ne dépassent pas un certain seuil.

Figure 4.1 Vue d'ensemble des régimes de protection vieillesse, par type de régime et de prestations, 2015 ou dernières données disponibles



Sources: BIT, base de données sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database); AISS/SSA, Social Security Programs Throughout the World (les programmes de sécurité sociale dans le monde). Voir aussi l'annexe IV, tableaux B.9 et B.10

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=54653>.

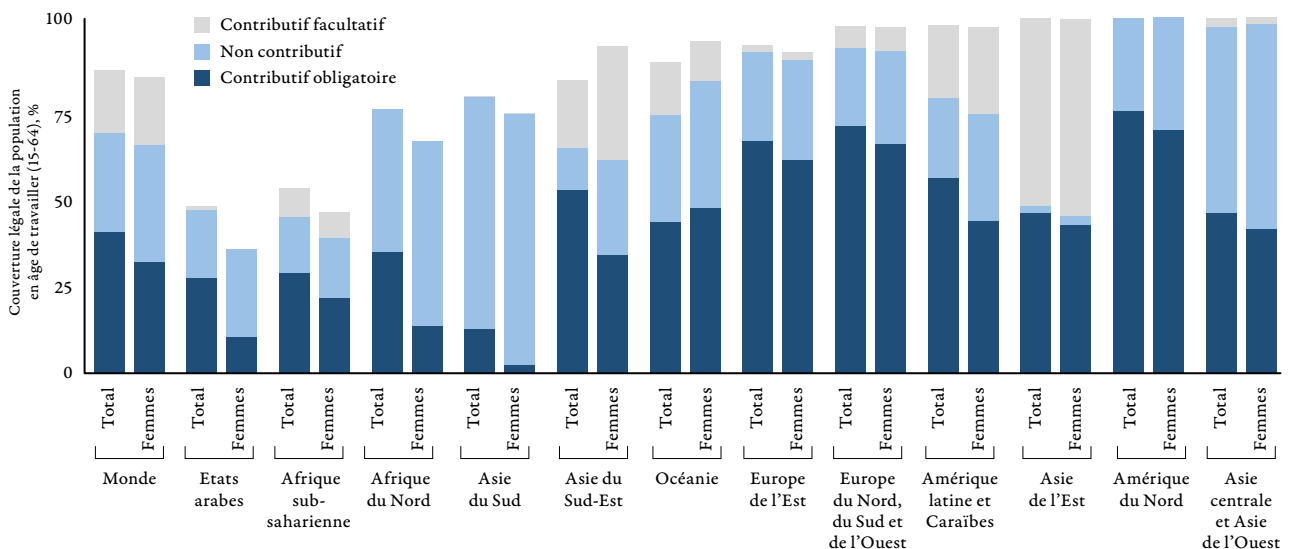
4.3 Couverture légale

Bien que tant la couverture légale que la couverture effective des systèmes de protection vieillesse aient tendance à s'étendre dans le monde, la majorité de la population mondiale ne jouit pas du droit à la sécurité de revenu pendant la vieillesse, et des inégalités considérables persistent. Ainsi, 67,6 pour cent de la population mondiale en âge de travailler est couverte en vertu d'une législation par un régime contributif ou non contributif obligatoire¹ et pourra donc prétendre à une pension de vieillesse dès qu'elle aura atteint l'âge légal, si cette législation est correctement appliquée (voir la figure 4.2). À côté des régimes contributifs et non contributifs obligatoires, 17,7 pour cent de la population d'âge actif a la possibilité de verser des cotisations facultatives, mais, en général, peu de personnes le font.

La couverture légale des femmes est légèrement inférieure à celle de l'ensemble de la population (64,1 pour cent), ce qui résulte dans une large mesure

de leur taux d'activité plus faible et de leur surreprésentation parmi les travailleurs indépendants ou les travailleurs familiaux non rémunérés, en particulier dans l'agriculture, le travail domestique ou d'autres professions ou secteurs qui échappent souvent à la législation. Par exemple, dans les Etats arabes, la couverture légale des femmes n'est que de 34,8 pour cent, contre 45,9 pour cent pour l'ensemble de la population. Des tendances similaires peuvent être observées en Afrique subsaharienne et en Afrique du Nord, où la couverture légale des femmes est inférieure à celle de l'ensemble de la population. Dans de nombreux pays de ces régions, les femmes dont le conjoint était couvert par un régime contributif ont droit à une pension de survivant qui devient bien souvent leur seule source de revenu.

Figure 4.2 Couverture légale des pensions de vieillesse: pourcentage de la population en âge de travailler (15-64 ans) couverte par un régime de protection vieillesse contributif ou non contributif obligatoire, par région et type de régime, dernières données disponibles



Note: Estimations régionales et mondiales pondérées en fonction de la population en âge de travailler.

Sources: BIT, base de données sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database); AISS/SSA, Social Security Programs Throughout the World (les programmes de sécurité sociale dans le monde); ILOSTAT, complétée avec des statistiques nationales pour la quantification de la population bénéficiant d'une couverture légale. Voir aussi l'annexe IV, tableau B.9.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=54654>.

¹ La couverture légale est la proportion de la population d'âge actif (ou de la population active) pour laquelle la loi prévoit des régimes qui servent des prestations périodiques en espèces une fois atteint l'âge légal de départ à la retraite ou un autre âge donnant droit à prestations. La population couverte est estimée au moyen des statistiques démographiques, de l'emploi ou autres pour quantifier les catégories couvertes en vertu de la législation nationale. La couverture réelle, effective, est en général inférieure à la couverture légale là où la législation n'est que partiellement mise en œuvre ou appliquée. Pour des précisions, voir le glossaire de l'annexe I et l'annexe II.

4.4 Couverture effective: suivi de l'indicateur 1.3.1 des ODD pour les personnes âgées

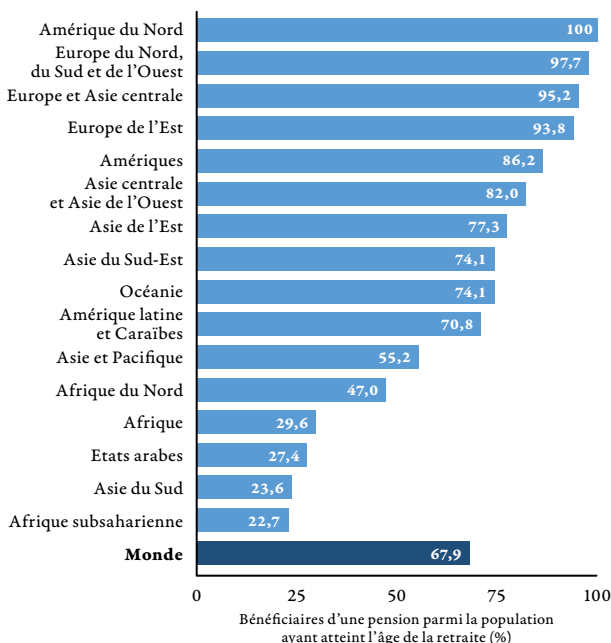
On entend par couverture légale l'existence de dispositions légales garantissant des droits à prestations et par couverture effective la mise en œuvre effective de ces dispositions. Le taux de couverture indiqué à la figure 4.3 représente la proportion de personnes ayant atteint au moins l'âge légal de départ à la retraite qui perçoit une pension contributive ou non contributive. Il permet d'effectuer le suivi de l'indicateur 1.3.1 des ODD.

A l'échelle mondiale, 68 pour cent des personnes ayant atteint au moins l'âge de la retraite perçoivent une pension, contributive ou non contributive². La protection du revenu des personnes âgées est par conséquent la forme la plus répandue de protection sociale, et elle s'est considérablement développée au cours des dernières années. Cette protection varie fortement d'une région à l'autre: le taux de couverture avoisine 100 pour cent dans les pays à revenu élevé, mais n'est que de 22,7 pour cent en Afrique subsaharienne et de 23,6 pour cent en Asie du Sud³.

La figure 4.4 présente deux indicateurs supplémentaires qui permettent d'apprécier dans quelle mesure les dispositions légales sont appliquées. Pour ce qui est des pensions contributives, le «taux de couverture des cotisants», mesure, dans ses deux variantes, la couverture future: il permet de connaître dans un cas la proportion des personnes actives (nombre de cotisants rapporté à la main-d'œuvre) et dans l'autre celle des personnes en âge de travailler (nombre de cotisants rapporté à la population) qui cotisent aux régimes de protection vieillesse contributifs existants.

Le taux de couverture des cotisants donne une estimation de la proportion de la population en âge de travailler – ou de la main-d'œuvre – qui touchera dans l'avenir une pension contributive calculée sur la base des cotisations versées. Bien que cet indicateur n'intègre pas les pensions non contributives, il donne une bonne indication des niveaux de couverture futurs, sachant que les niveaux de prestation des régimes contributifs sont normalement plus élevés que ceux des régimes non contributifs. A l'échelle mondiale, à peine un quart environ de la population en âge de travailler (24,9 pour cent) cotise à un régime de protection vieillesse, cette proportion variant de 6,3 pour cent en Afrique subsaharienne à 76,2 pour cent en Amérique du Nord.

Figure 4.3 Indicateur 1.3.1 des ODD pour la couverture effective des personnes âgées: proportion de bénéficiaires d'une pension parmi la population ayant atteint au moins l'âge légal de départ à la retraite, par région, dernières données disponibles



Note: Proportion de personnes âgées bénéficiaires d'une pension: ratio des personnes ayant atteint au moins l'âge légal de départ à la retraite qui perçoivent une pension de vieillesse par rapport à l'ensemble de la population ayant atteint au moins l'âge légal de la retraite. Estimations régionales et mondiales pondérées en fonction de la population ayant atteint l'âge de la retraite. Voir aussi l'annexe II.

Sources: BIT, base de données sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database); base de données SOCR de l'OCDE; sources nationales. Voir aussi l'annexe IV, tableaux B.11 et B.12.

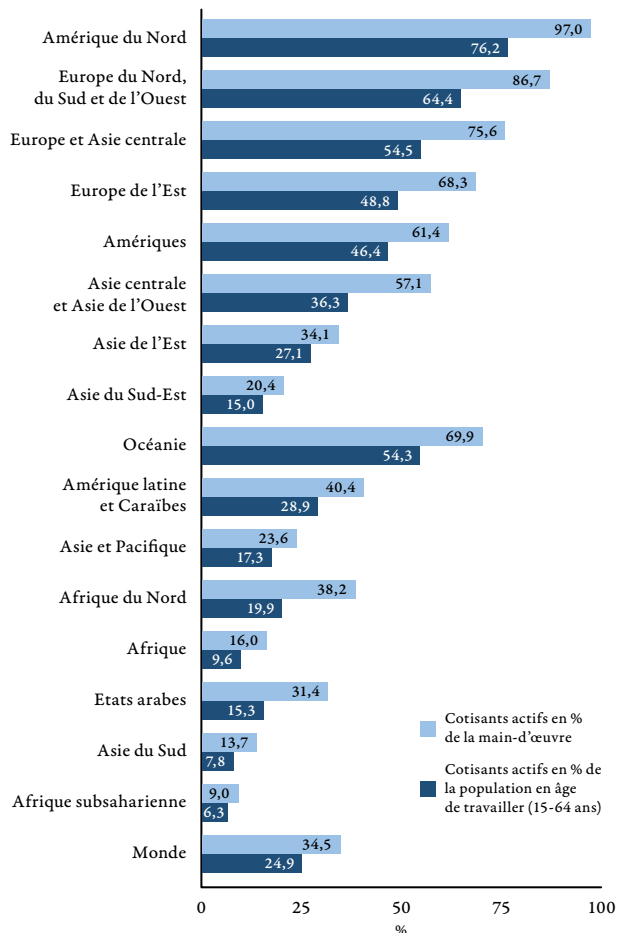
Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=54655>.

Si l'on considère le taux de couverture des cotisants en pourcentage de la main-d'œuvre, 34,5 pour cent de la main-d'œuvre mondiale cotise à un régime d'assurance vieillesse, et peut donc s'attendre à toucher une pension contributive à la retraite. En raison de la forte proportion d'emplois informels en Afrique subsaharienne, seulement 9,0 pour cent de la main-d'œuvre cotise à l'assurance vieillesse et acquiert des droits à une pension contributive. En Asie du Sud-Est, environ un cinquième de la main-d'œuvre (20,4 pour cent) cotise, tandis qu'en Asie du Sud la couverture n'est que de 13,7 pour cent; le taux de couverture des cotisants est légèrement plus élevé dans les Etats arabes (31,4 pour cent), en Asie de l'Est (34,1 pour cent), en Afrique

² Pondérée en fonction de la population totale.

³ Les données disponibles pour de nombreux pays ne permettant pas une ventilation détaillée des retraités par âge, l'indicateur calcule le nombre de bénéficiaires de pensions de vieillesse rapporté à la population ayant atteint au moins l'âge légal de départ à la retraite.

Figure 4.4 Couverture effective des pensions de vieillesse: cotisants actifs à des régimes de protection vieillesse en pourcentage de la main-d'œuvre et de la population en âge de travailler, par région, dernières données disponibles



Note: Cotisants actifs: pour le dénominateur et autant que possible pour le numérateur, on considère en âge de travailler les personnes âgées de 15 à 64 ans. Estimations régionales et mondiales pondérées en fonction de la population en âge de travailler.

Sources: BIT, base de données sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database), d'après l'enquête sur la sécurité sociale (SSI); ILOSTAT; sources nationales. Voir aussi l'annexe IV, tableaux B.11 et B.12.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=54656>.

du Nord (38,2 pour cent), dans la région Amérique latine et Caraïbes (40,4 pour cent), en Asie centrale et Asie de l'Ouest (57,1 pour cent) et en Europe de l'Est (68,3 pour cent). L'Europe du Nord, du Sud et de l'Ouest et l'Amérique du Nord atteignent respectivement des taux de couverture de 86,7 et 97,0 pour cent, suivies de la région Europe et Asie centrale et de l'Océanie avec respectivement 75,6 et 69,9 pour cent de la main-d'œuvre.

Dans les pays à faible revenu, en règle générale, seule une très faible part des actifs occupés sont des salariés

titulaires d'un contrat de travail formel et donc relativement facilement couverts par des régimes de protection vieillesse contributifs. L'économie informelle, l'évasion des cotisations, la fragilité de la gouvernance (notamment le manque de capacités institutionnelles pour assurer l'application de la loi), sont également plus fréquents dans les pays à faible revenu. C'est pourquoi la couverture effective semble fortement corrélée au niveau de revenu du pays, alors que ce sont en fait les structures du marché du travail, le contrôle de l'application de la loi et la gouvernance qui pèsent le plus.

Les efforts déployés pour étendre les régimes contributifs à toutes les personnes qui ont une capacité contributive et l'instauration de pensions non contributives dans de nombreux pays ont permis d'étendre la couverture aux travailleurs de l'économie informelle et de leur procurer ne serait-ce qu'un minimum de sécurité de revenu à la vieillesse. Ces tendances sont examinées plus en détail dans la section qui suit.

4.5 Evolution du niveau de couverture de la population mondiale par les systèmes de protection vieillesse: vers une protection sociale universelle pour les personnes âgées

Bien qu'il y ait encore une marge de progression, le niveau de couverture effective s'est grandement amélioré ces dernières années dans bon nombre de pays du monde entier. Alors que, en 2000, 34 pays seulement atteignaient une couverture effective de plus de 90 pour cent de la population ayant atteint au moins l'âge légal de départ à la retraite, on en dénombre 53 en 2015-2017. En outre, selon les données les plus récentes, le nombre de pays dont moins de 20 pour cent de la population âgée perçoivent une pension de vieillesse est tombé de 73 en 2000 à 51. Dans l'ensemble, ces données indiquent une évolution positive tant de la couverture légale que de la couverture effective.

Le niveau de couverture des personnes âgées a beaucoup augmenté dans de nombreux pays entre 2000 et 2015-2017, atteignant même l'universalité dans un grand nombre de pays en développement: Afrique du Sud, Algérie, Argentine, Arménie, Azerbaïdjan, Bélarus, l'Etat plurinational de Bolivie, Botswana, Brésil, Cabo Verde, Chili, Chine, Iles Cook, Géorgie, Guyana, Kazakhstan, Kirghizistan, Kiribati, Kosovo, Lesotho, Maldives, Maurice, Mongolie, Namibie, Népal, Ouzbékistan, Seychelles, Swaziland, Thaïlande, Timor-Leste, Trinité-et-Tobago, Ukraine, Uruguay et

**Encadré 4.2 Pensions sociales universelles:
les exemples de l'Etat plurinational de Bolivie, du Botswana, du Lesotho,
de la Namibie, de Timor-Leste et de Zanzibar (République-Unie de Tanzanie)**

Comme le montre l'expérience de l'Etat plurinational de Bolivie, du Botswana, du Lesotho, de la Namibie et de Zanzibar (République-Unie de Tanzanie), les pays à revenu faible et intermédiaire peuvent très bien mettre en place et financer des pensions de vieillesse non contributives sociales universelles.

Bolivie, l'Etat plurinational de: Malgré un PIB par habitant qui est le plus faible du continent sud-américain, le taux de couverture de la population par les pensions de vieillesse est l'un des plus élevés de la région. Avec l'introduction de la pension de vieillesse non contributive Renta Dignidad en 2007, le pays est parvenu à la couverture universelle. Renta Dignidad couvre environ 91 pour cent de la population de plus de 60 ans. Le montant mensuel des prestations équivaut à 36 dollars E.-U. pour les personnes ne touchant pas de pension contributive et à 29 dollars E.-U. pour les bénéficiaires d'un régime contributif. Renta Dignidad coûte environ 1 pour cent du PIB et est financée par une taxe directe sur les hydrocarbures et par des dividendes provenant d'entreprises publiques. Elle a fait reculer la pauvreté des ménages de 14 pour cent, garantissant le revenu et la consommation des bénéficiaires. Dans les ménages bénéficiaires, le travail des enfants a chuté de moitié et le taux de scolarisation avoisine les 100 pour cent.

Botswana: On estime que la pension de vieillesse universelle couvre toutes les personnes de plus de 65 ans. Cette pension consiste en un transfert en espèces mensuel d'un montant équivalent à 30 dollars E.-U., soit un peu plus du tiers du seuil de pauvreté alimentaire, ce qui est un niveau raisonnable et viable. La pension et d'autres programmes de protection sociale, associés à des mesures d'intervention et de réhabilitation en cas de sécheresse, ont largement contribué à faire reculer la pauvreté, le taux d'extrême pauvreté étant tombé de 23,4 pour cent en 2003 à 6,4 pour cent en 2009-10.

Lesotho: Les plus de 70 ans représentent plus de 4 pour cent de la population au Lesotho, ce qui en fait l'un des pays d'Afrique subsaharienne comptant la plus forte proportion de personnes âgées. Tous les citoyens âgés de plus de 70 ans ont droit à une pension de vieillesse mensuelle d'un montant de 550 maloti, soit 40 dollars E.-U. Cette prestation versée à quelque 83 000 personnes, soit près de 100 pour cent des ayants droit, est le plus important transfert régulier en espèces du Lesotho, mais on estime que le nombre de bénéficiaires indirects est bien supérieur. La pension de vieillesse, qui coûte environ 1,7 pour cent du PIB, est financée par

l'impôt, qui provient en grande partie des recettes de l'Union douanière d'Afrique australe. Les transferts et services complémentaires fournis dans le cadre du système national de protection sociale comprennent des soins de santé subventionnés ou gratuits dans les centres de santé et les hôpitaux publics, la gratuité des traitements antirétroviraux pour les patients atteints du VIH/sida, ainsi qu'une subvention en espèces gérée par les collectivités locales pour les personnes jugées «démunies».

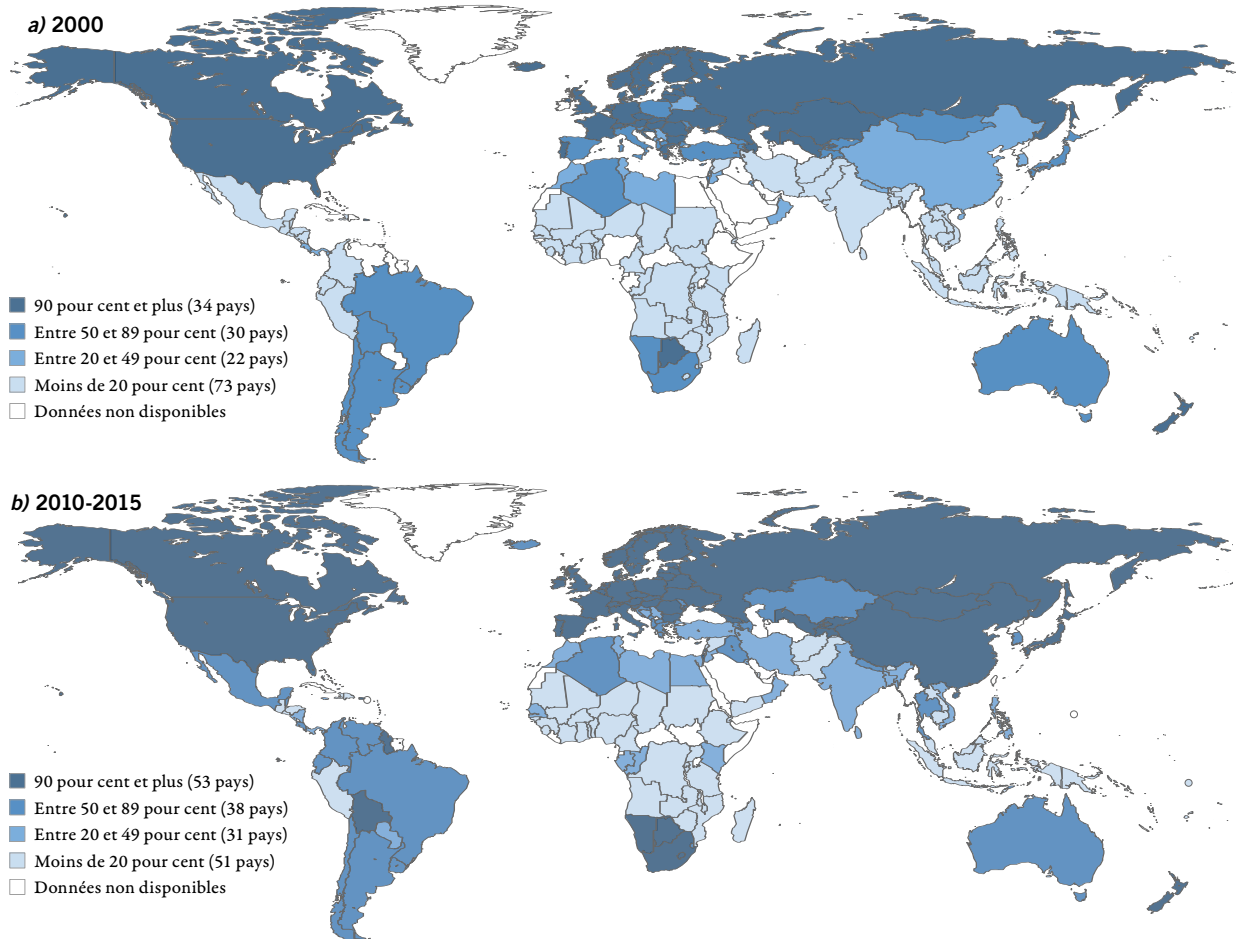
Namibie: L'allocation de base (Basic Social Grant) garanti à tous les résidents de plus de 60 ans un montant mensuel de 1 100 dollars namibiens, soit environ 78 dollars E.-U., qui élève les bénéficiaires bien au-dessus du seuil de pauvreté. On constate que les bénéficiaires partagent cette allocation avec leur famille élargie, et s'en servent notamment pour contribuer à la scolarisation et au bien-être de leurs petits-enfants. Malgré des difficultés pour atteindre les personnes résidant dans les zones reculées, on estime que la couverture totale dépasse 90 pour cent.

Timor-Leste La pension de vieillesse et d'invalidité est un régime non contributif universel ciblant tous les Timorais âgés de plus de 60 ans ou atteint d'un handicap. Cette prestation est octroyée à 86 974 personnes qui reçoivent l'équivalent de 30 dollars E.-U. par mois, soit un montant légèrement supérieur au seuil de pauvreté national. Selon des simulations réalisées en 2011, cette pension a réduit le taux de pauvreté national de 54 pour cent à 49 pour cent et celui des personnes âgées de 55,1 pour cent à 37,6 pour cent. Le régime contributif de sécurité sociale, qui est en cours de création, devrait couvrir à terme une partie des actuels bénéficiaires de cette pension, ce qui allégera la pression sur le budget du régime non contributif.

Zanzibar: En avril 2016, Zanzibar (République-Unie de Tanzanie) est devenu le premier territoire d'Afrique de l'Est à instaurer un régime de protection vieillesse non contributif entièrement financé par le gouvernement. Le régime universel de protection vieillesse sert à tous les résidents de plus de 70 ans une pension mensuelle de 20 000 shillings tanzaniens (9 dollars E.-U.). Dans ce territoire où les taux de pauvreté et d'emploi informel sont élevés, rares sont les personnes qui ont droit à une pension contributive. La prestation est certes d'un faible montant et ne suffit pas à réduire la pauvreté des personnes âgées, mais, elle constitue un premier pas salutaire. En mai 2016, 21 750 personnes, soit 86 pour cent des ayants droit percevaient la pension universelle.

Source: D'après Partenariat mondial pour la protection sociale universelle, 2016f, 2016h, 2016i, 2016j, 2016k, 2016l.

Figure 4.5 Indicateur 1.3.1 des ODD pour la couverture effective des personnes âgées: proportion de la population ayant atteint au moins l'âge légal de départ à la retraite qui perçoit une pension de vieillesse, 2000 et 2010-2015



Note: La carte a) est établie à partir des données de 2000 pour 159 pays; la carte b) est établie à partir des données de 2010-2015 pour 175 pays. Pour les données de chaque pays pour l'une et l'autre période, voir l'annexe IV, tableau B.12.

Sources: BIT, base de données sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database), d'après l'enquête sur la sécurité sociale (SSI); ILOSTAT; base de données SOCR de l'OCDE; sources nationales. Voir aussi l'annexe IV, tableau B.12.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=54657>.

Zanzibar (République-Unie de Tanzanie). L'expérience montre que l'on peut parvenir à la couverture universelle soit en instaurant des pensions non contributives pour tous financées par l'impôt (voir des exemples dans l'encadré 4.2), soit en combinant régimes contributifs et non contributifs (voir des exemples dans l'encadré 4.3).

Comme le montrent les figures 4.5 et 4.6, plusieurs pays ont aussi réussi à élargir la couverture effective (Bangladesh, Bélarus, Belize, République de Corée, Equateur, Inde, Philippines et Viet Nam, entre autres). Bon nombre d'entre eux y sont parvenus essentiellement grâce à l'instauration ou l'extension de régimes

de protection vieillesse non contributifs qui assurent une protection de base à de nombreuses personnes âgées, tandis que d'autres ont combiné l'extension des régimes contributifs à des catégories de population jusque-là non couvertes par d'autres mesures.

Comme le montre la figure 4.6, contrairement aux exemples de réussite présentés plus haut, beaucoup de pays ne sont pas parvenus à augmenter la couverture. En Albanie, en Azerbaïdjan et en Grèce par exemple, le taux de couverture, qui était proche de 90 pour cent, voire supérieur, en l'an 2000 a considérablement reculé depuis, chutant de 12 à 16 points de pourcentage.

Encadré 4.3 Protection sociale universelle des personnes âgées par la combinaison de régimes contributifs et non contributifs: Afrique du Sud, Argentine, Brésil, Cabo Verde, Chine, Kirghizistan, Maldives, Thaïlande, Trinité-et-Tobago

Ces dernières décennies, bon nombre de pays ont accompli des efforts considérables pour étendre le niveau de couverture de la population par les régimes de protection vieillesse contributifs et instaurer des pensions non contributives afin de garantir une sécurité élémentaire de revenu à toutes personnes âgées. Les expériences décrites ici montrent qu'il est possible d'augmenter ce niveau de couverture en relativement peu de temps.

Afrique du Sud: L'Afrique du Sud a été le premier pays africain à instaurer une pension sociale de vieillesse afin d'étendre la couverture aux personnes qui ne bénéficient pas d'une assurance sociale. La pension sociale aux personnes âgées est une prestation mensuelle soumise à conditions de ressources d'un montant de 1 500 rands (112 dollars E.-U.) pour les personnes de 60 à 75 ans et de 1 520 rands (114 dollars E.-U.) pour celles de plus de 75 ans. Elle est versée à quelque 3 millions de bénéficiaires en Afrique du Sud, la couverture atteignant 100 pour cent dans certaines parties du pays. Tous les citoyens, résidents permanents et réfugiés en situation régulière y ont droit. Elle aurait largement contribué à réduire les inégalités, le coefficient de Gini s'établissant à 0,77 (sans allocation) et à 0,60 (avec allocation).

Argentine: Le taux de couverture des personnes âgées est passé de 69 pour cent à près de 100 pour cent entre 2003 et 2015. Cette extension été rendue possible en partie par une mesure de flexibilisation temporaire (le moratoire sur les retraites): les personnes âgées ne justifiant pas des trente années de cotisation requises pour bénéficier de prestations de retraite ont pu racheter des années non cotisées, dans des conditions très avantageuses.

Brésil: Le système de protection vieillesse comprend des régimes contributifs, semi-contributifs et non contributifs qui couvrent les fonctionnaires et les salariés des secteurs public et privé ainsi que les petits exploitants agricoles et les travailleurs ruraux. L'allocation d'assistance sociale, non contributive, est versée sous conditions de ressources aux personnes de plus de 65 ans et aux personnes handicapées. La couverture est quasi universelle, puisque 80,2 pour cent des plus de 65 ans percevaient une pension en 2014. Le niveau des prestations est lié aux gains antérieurs pour les régimes contributifs. Il équivaut au salaire minimum pour les petits exploitants agricoles, les travailleurs ruraux et les allocataires de l'assistance sociale.

Cabo Verde: Le Cabo Verde, qui a fait de la protection sociale l'une des priorités de son programme de développement, a pris deux mesures importantes

pour parvenir à un système de protection vieillesse universel: la création du centre national des pensions sociales (CNPS) en 2006 et l'unification des programmes de pension non contributifs existants. Ce régime unifié garantit un minimum de sécurité de revenu aux personnes de plus de 60 ans, aux adultes handicapés et aux enfants handicapés de familles pauvres. Les pensions sociales ont contribué à réduire la pauvreté, ajoutant un pilier essentiel à la stratégie du Cabo Verde visant à établir un socle de protection sociale plus complet. Aujourd'hui, les régimes contributif et non contributif couvrent environ 85,8 pour cent de la population ayant atteint l'âge de départ à la retraite, et servent des prestations d'environ 65 dollars E.-U. (20 pour cent de plus que le seuil de pauvreté). Les retraités bénéficient aussi du fonds mutuel de santé, qui subventionne l'achat de médicaments auprès de pharmacies privées et verse une allocation obsèques. Les pensions sociales coûtent près de 0,4 pour cent du PIB et sont entièrement financées par le budget de l'Etat, tandis que le fonds mutuel de santé est financé par les cotisations mensuelles des bénéficiaires, qui représentent 2 pour cent de la valeur de la pension sociale.

Chine: Jusqu'en 2009, il n'existait en Chine que deux dispositifs institutionnels pour la sécurité de revenu des personnes âgées: l'un destiné aux travailleurs urbains, fondé sur le principe de l'assurance sociale, et l'autre destiné aux fonctionnaires et assimilés, fondé sur le principe de la responsabilité de l'employeur. En 2008, ils couvraient à eux deux moins de 250 millions de personnes (dont les retraités), soit environ 23 pour cent de la population âgée de plus de 15 ans. A la suite des réformes engagées en 2009, 2011, 2014 et 2015, un régime de protection vieillesse a été créé pour les populations rurale et urbaine non affiliées au régime d'assurance sociale, et le régime des fonctionnaires a été fusionné avec le régime d'assurance sociale des travailleurs urbains. En 2015, 850 millions de personnes étaient couvertes par le régime de protection vieillesse; en 2017, la Chine est parvenue à la couverture universelle.

Kirghizistan: La pension contributive de vieillesse, d'invalidité et de survivant est la principale prestation sociale. Elle couvre les travailleurs des secteurs public et privé, ainsi que les travailleurs de l'économie informelle et les ouvriers agricoles. Les autres personnes âgées perçoivent une prestation mensuelle non contributive dont le montant est fixé à 1 000 soms depuis 2011. Ainsi, plus de 90 pour cent des plus de 65 ans perçoivent une pension, ce qui a fait considérablement reculer la pauvreté des personnes âgées. →

Encadré 4.3 (suite)

Maldives: L'archipel est parvenu à étendre la couverture grâce aux réformes menées entre 2009 et 2014, qui ont instauré un système à deux piliers: la pension de vieillesse de base, non contributive, et le Régime contributif de protection vieillesse des Maldives. Le système, conçu au départ pour les agents du secteur public, a été étendu aux salariés du secteur privé en 2011 et aux expatriés en 2014. L'allocation aux personnes âgées est un autre complément de retraite destiné à réduire la pauvreté et les inégalités. Le niveau de couverture s'est accru progressivement depuis les réformes et avoisine en 2017 les 100 pour cent.

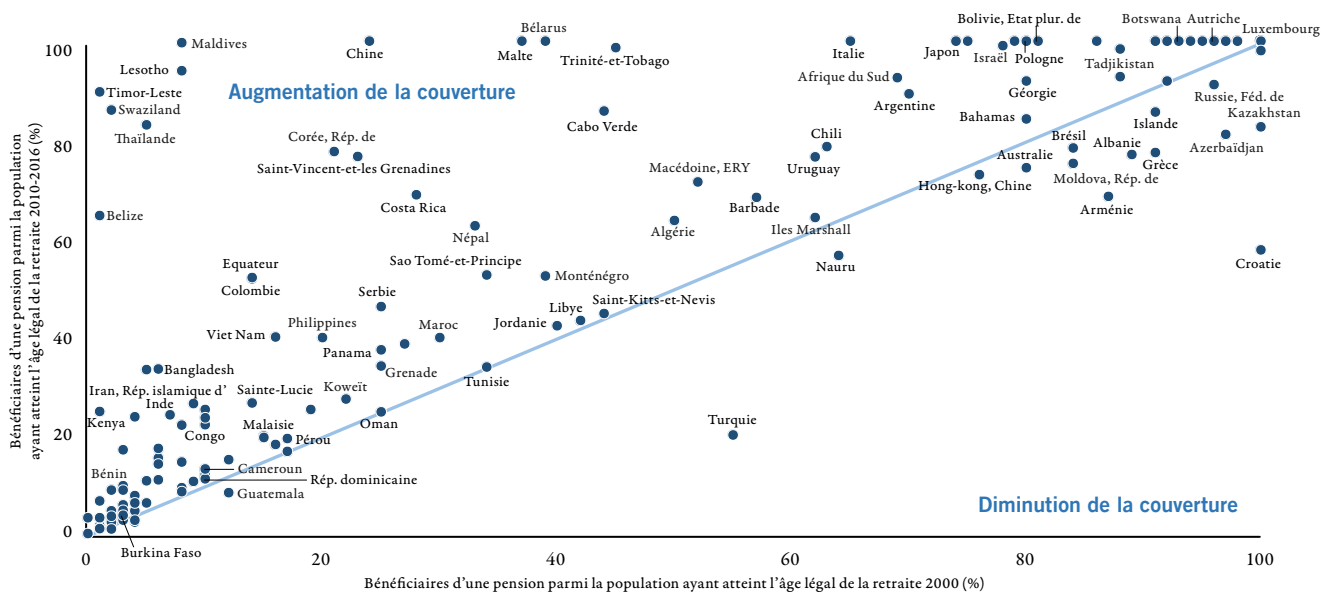
Thaïlande: Le système de protection vieillesse est constitué de plusieurs régimes contributifs destinés aux fonctionnaires, aux salariés du secteur privé et aux travailleurs de l'économie informelle. Il couvre environ un quart de la population âgée de plus de 60 ans. En outre, une allocation vieillesse non contributive assure un minimum de protection aux personnes ne pouvant pas prétendre au versement régulier d'une pension.

Sources: D'après Partenariat mondial pour la protection sociale universelle, 2016m, 2016n, 2016o, 2016p, 2016q, 2016r.

La prestation mensuelle varie entre 600 et 1 000 baht, soit 18 à 30 dollars E.-U., ce qui représente moins de la moitié du seuil de pauvreté. L'allocation vieillesse universelle constitue la seule forme de pension pour les nombreux travailleurs de l'économie informelle. Afin d'encourager l'adhésion au système contributif, l'Etat verse une cotisation de contrepartie dans le cadre du régime d'assurance sociale volontaire.

Trinité-et-Tobago: Une pension de vieillesse contributive administrée par le régime d'assurance sociale et une pension de vieillesse non contributive assurent la sécurité de revenu des personnes âgées. La pension de vieillesse non contributive est une allocation mensuelle versée aux résidents âgés de 65 ans et plus, dont le montant peut atteindre 3 500 dollars de la Trinité-et-Tobago ou 520 dollars E.-U., soit davantage que le seuil de pauvreté. En 2015, son coût équivalait à 1,6 pour cent du PIB, et 90 800 personnes en bénéficiaient en septembre 2016. Cette pension de vieillesse plus la pension de vieillesse contributive couvriraient toutes les personnes âgées du pays.

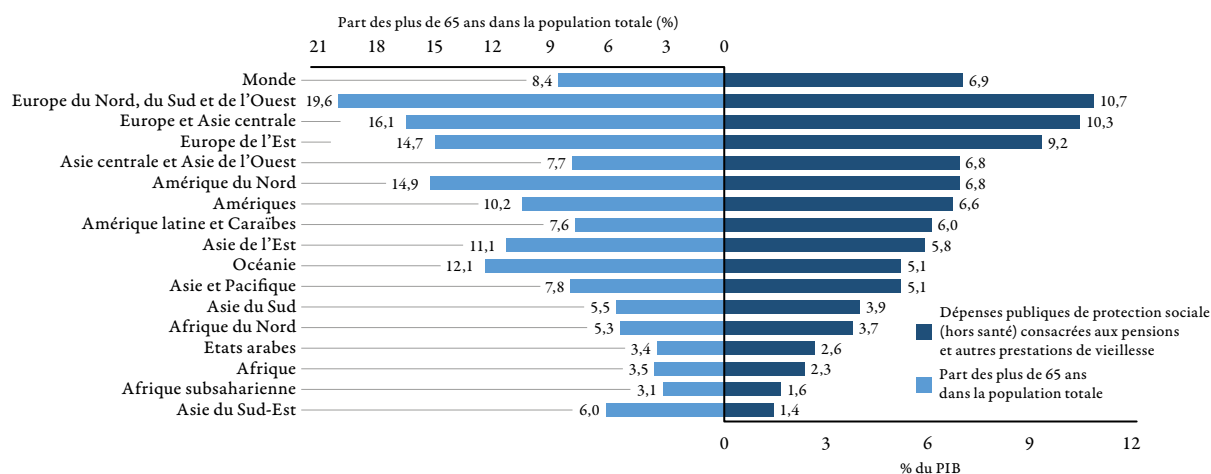
Figure 4.6 Indicateur 1.3.1 des ODD pour la couverture effective des personnes âgées: proportion de la population ayant atteint au moins l'âge légal de départ à la retraite qui perçoit une pension de vieillesse, comparaison entre 2000 et 2010-16 (en pourcentage)



Sources: BIT, base de données sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database), d'après l'enquête sur la sécurité sociale (SSI); ILOSTAT; base de données SOCR de l'OCDE; sources nationales. Voir aussi l'annexe IV, tableau B.12.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=54658>.

Figure 4.7 Dépenses publiques de protection sociale (hors santé) consacrées aux pensions et autres prestations de vieillesse pour les personnes ayant atteint au moins l'âge légal de départ à la retraite (en pourcentage du PIB), et part de la population âgée (65 ans et plus) dans la population totale (en pourcentage), dernières données disponibles



Sources: BIT, base de données sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database), d'après l'enquête sur la sécurité sociale (SSI): Voir aussi annexe IV, tableau B.17.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=54659>.

4.6 Dépenses de protection sociale pour les personnes âgées

Le niveau des dépenses consacrées à la sécurité de revenu des personnes âgées est un bon indicateur du niveau de développement d'un système de protection vieillesse. A l'échelon national, le niveau des dépenses publiques consacrées aux pensions de vieillesse est conditionné par une série de facteurs complexes, dont la structure démographique, la couverture effective, le caractère adéquat des prestations, la part de ces dépenses dans le PIB et les différents dosages de politiques entre l'offre publique et l'offre privée en matière de pensions et de services sociaux. A l'échelle mondiale, les dépenses publiques de protection sociale consacrées aux pensions de vieillesse et à d'autres prestations de vieillesse hors santé, représentent en moyenne 6,9 pour cent du PIB (voir la figure 4.7)⁴.

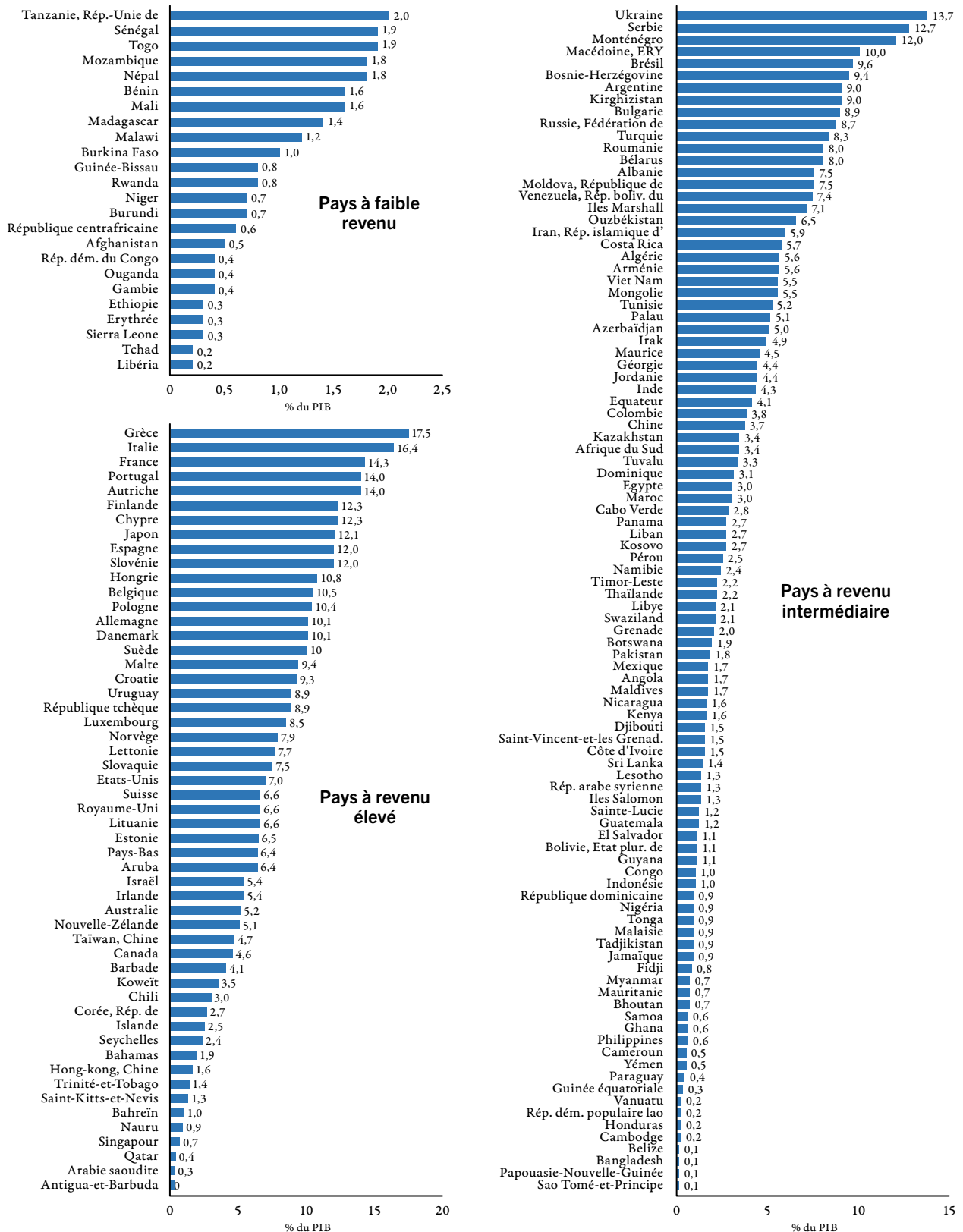
Les dépenses publiques de protection sociale hors santé pour les personnes âgées absorbent la part la plus élevée du PIB en Europe du Nord, du Sud et de l'Ouest (10,7 pour cent). Il convient de noter que cette région possède la plus forte proportion de personnes âgées, qui représentent 19,6 pour cent de la population totale. L'Asie centrale et de l'Ouest ainsi que la région

Amérique latine et Caraïbes ont des niveaux moyens de dépenses relativement élevés, qui sont respectivement de 6,8 et 6,0 pour cent du PIB, alors que la proportion de personnes âgées y est relativement faible (respectivement 7,7 et 7,5 pour cent). Il est intéressant de noter que l'Amérique du Nord affiche le même niveau moyen de dépenses que l'Asie centrale et de l'Ouest (6,8 pour cent du PIB), alors que sa proportion de personnes âgées est deux fois plus importante. A l'inverse, les Etats arabes ont une proportion de personnes âgées similaire à celle de l'Afrique subsaharienne, mais un niveau de dépenses deux fois plus important, ce qui s'explique probablement par le taux de couverture effective bien plus faible de l'Afrique subsaharienne. L'Asie du Sud-Est a presque le même niveau de dépenses que l'Afrique subsaharienne, alors que les personnes âgées y sont presque deux fois plus nombreuses.

La figure 4.8 présente la part du PIB allouée à la sécurité de revenu des personnes âgées pays par pays. Afin de faciliter les comparaisons, les pays sont classés par niveau de revenu (élevé, faible et intermédiaire). Comme on pouvait s'y attendre, en règle générale, les pays à revenu élevé consacrent une part plus importante de leur PIB à la sécurité de revenu des personnes âgées. La proportion plus élevée de personnes âgées dans les pays développés et les bons résultats obtenus en ce qui

⁴ Les chiffres englobent non seulement les pensions mais aussi, dans la mesure du possible, d'autres prestations de vieillesse en espèces ou en nature. Ils n'incluent pas en revanche les dépenses de soins de longue durée, dont le coût, déjà important dans de nombreux pays, est appelé à augmenter à l'avenir du fait du vieillissement de la population.

Figure 4.8 Dépenses publiques de protection sociale consacrées aux pensions et autres prestations de vieillesse pour les personnes ayant atteint au moins l'âge légal de départ à la retraite (hors santé), par niveau de revenu, dernières données disponibles (en pourcentage du PIB)



Sources: BIT, base de données sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database), d'après l'enquête sur la sécurité sociale (SSI). Voir aussi l'annexe IV, tableau B.17

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourcelid=54660>.

concerne le niveau des prestations et la couverture effective (proportion des personnes âgées percevant des prestations de vieillesse) sont les principaux facteurs qui contribuent à la tendance observée. Comme on pouvait s'y attendre aussi, les dépenses de protection sociale sont plus élevées dans les pays qui ont une longue tradition de protection sociale. On constate que la France, la Grèce et l'Italie sont les pays qui y consacrent la part du PIB la plus importante. Les groupes de pays à revenu élevé et à revenu intermédiaire affichent des niveaux de dépenses extrêmement variables du fait de l'hétérogénéité des profils démographiques et des systèmes de protection sociale. Le groupe des pays à faible revenu affiche le niveau de dépenses le plus faible, le pays en tête du classement, la République-Unie de Tanzanie, ne consacrant que 2 pour cent de son PIB à la sécurité de revenu des personnes âgées.

4.7 Inégalités et persistance de l'écart entre les sexes dans l'accès des personnes âgées à la sécurité de revenu

La sécurité de revenu des personnes âgées et l'accès aux prestations de vieillesse sont étroitement liés aux inégalités qui existent sur le marché du travail et dans l'emploi. Ces inégalités ressortent clairement de l'analyse des taux de couverture ventilés par sexe, qui fait l'objet de la présente section (voir figures 4.9 et 4.10).

On le sait, les femmes sont plus exposées au risque de pauvreté que les hommes, et cela pour de nombreuses raisons, jusque dans la vieillesse. Premièrement, elles vivent plus longtemps, ce qui se traduit par une prédominance de femmes sans grand soutien ni revenu au sein de la population très âgée (FNUAP et HelpAge International, 2012; UNRISD, 2010). Peu de systèmes de protection vieillesse répondent de manière équitable aux besoins des hommes et des femmes: ces dernières sont beaucoup moins bien couvertes par les pensions contributives que les hommes et perçoivent des montants plus faibles en moyenne (Razavi et coll., 2012).

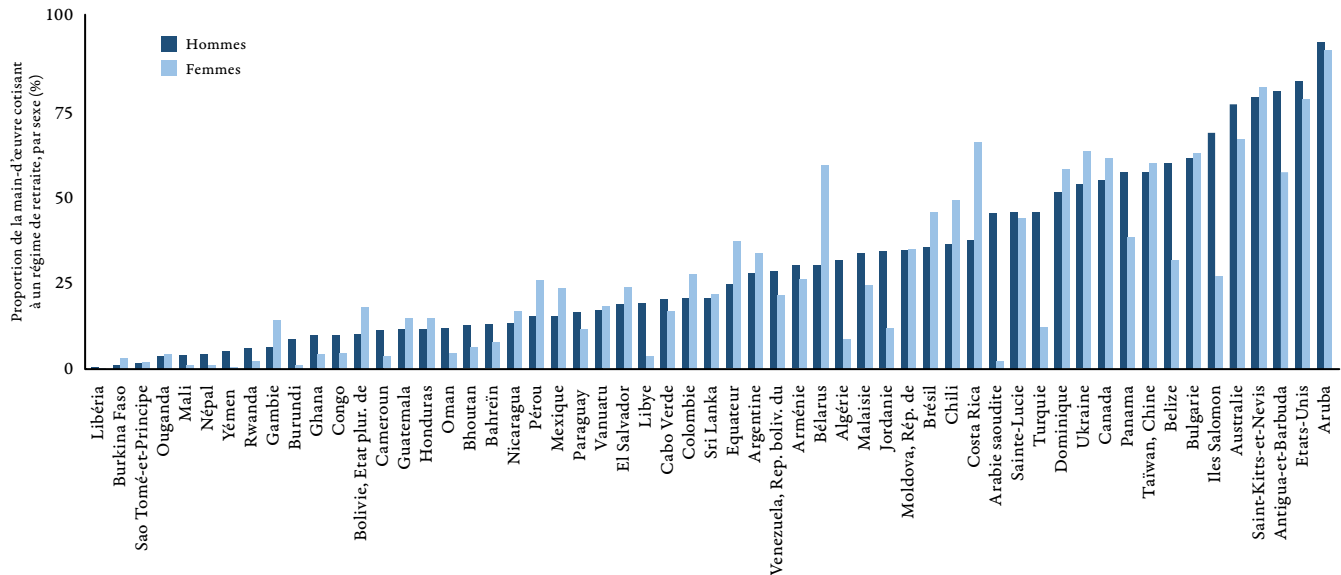
Les inégalités sont parfois inhérentes à la conception même des régimes de protection vieillesse (qui, par exemple, fixent un âge de départ à la retraite plus jeune pour les femmes ou, étant fondés sur des tables de mortalité différentes pour chaque sexe, baissent le niveau des prestations destinées aux femmes, à âge égal et durée de cotisation égale). Mais, bien souvent, le facteur déterminant de l'inégalité entre les sexes est la conjugaison de la discrimination exercée à l'égard des femmes sur le marché du travail et des régimes de protection vieillesse

qui ne corrigent pas et parfois même amplifient les différences qui découlent des conditions du marché du travail (Behrendt et Woodall, 2015). Dans un tel contexte, beaucoup de femmes ont du mal à acquérir des droits à pension égaux à ceux de leurs homologues masculins. Les femmes ont toujours été moins nombreuses que les hommes dans l'emploi salarié, surtout sur les marchés du travail formels, et continuent de l'être dans de nombreuses régions du monde (BIT, 2012c). De même, les femmes sont systématiquement moins bien rémunérées que les hommes (BIT, 2015i), ce qui réduit les montants cotisés pour leur vieillesse. Comme elles ont tendance à assumer une plus grande part des responsabilités familiales, elles sont plus susceptibles de raccourcir ou d'interrompre leur carrière professionnelle et risquent davantage de travailler dans des emplois précaires et informels, ce qui compromet également leur capacité de se constituer des droits à pension. Tous ces facteurs font que, à défaut de mesures efficaces pour remédier aux inégalités entre les sexes, les prestations de vieillesse calculées sur la base des gains antérieurs sont relativement modestes.

Les pensions non contributives sont essentielles pour garantir aux femmes au moins une pension de base mais, en général, le niveau des prestations ne suffit pas pour subvenir à tous leurs besoins et ne supplée pas entièrement l'absence de couverture contributive. Il faut donc redoubler d'efforts pour accroître la participation des femmes aux régimes contributifs (BIT, 2016a).

Il convient de noter également que, dans de nombreuses régions du monde, les femmes sont surreprésentées dans la population rurale, où le travail rémunéré, même s'il existe, est en général informel, précaire et assez mal payé, en partie parce que les hommes ont migré vers les villes en quête d'un travail mieux rémunéré dans l'économie formelle. Cela étant, l'importance croissante des pensions non contributives dans la constitution du revenu des personnes âgées, surtout dans les pays à revenu faible et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, comble manifestement dans une certaine mesure l'écart de couverture entre hommes et femmes. Ainsi, en Thaïlande, 84,6 pour cent des femmes ayant atteint au moins l'âge de départ à la retraite perçoivent la pension non contributive, contre 77,9 pour cent des hommes (voir la figure 4.10). De même, par le biais de son système universel de protection sociale, l'Azerbaïdjan verse à 95 pour cent de ses ressortissantes une pension contributive liée à l'emploi et par des allocations sociales (transferts). Le Costa Rica affiche quant à lui une couverture relativement faible de sa population féminine, puisque seulement 48,8 pour cent des

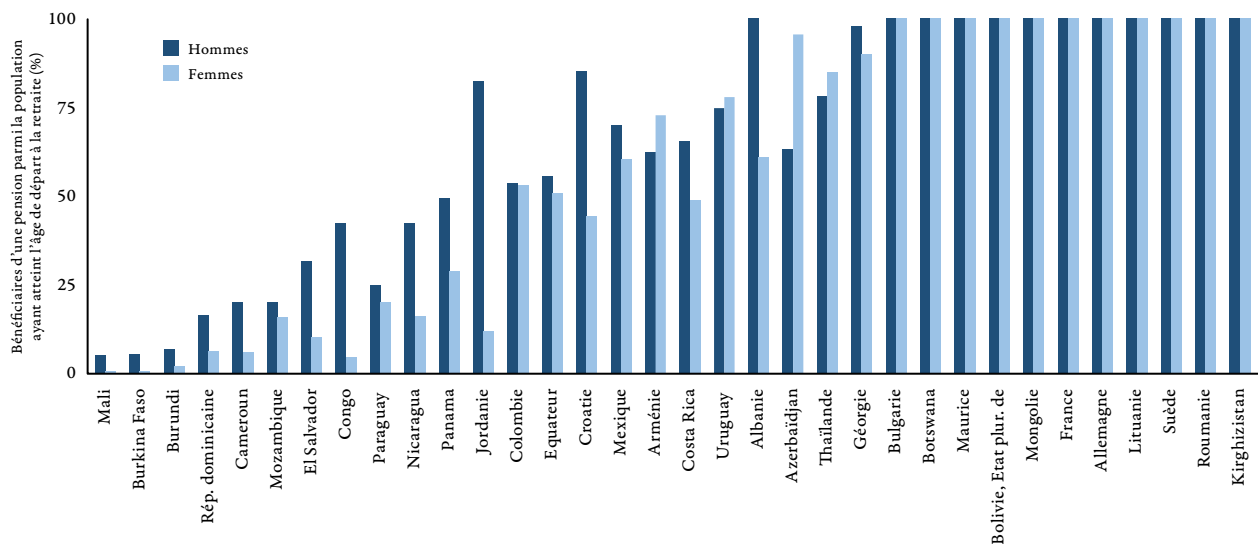
Figure 4.9 Couverture effective des pensions de vieillesse: pourcentage de la main-d'œuvre cotisant à un régime de protection vieillesse, par sexe, dernières données disponibles



Sources: BIT, base de données sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database), d'après l'enquête sur la sécurité sociale (SSI); ILOSTAT; sources nationales. Voir aussi l'annexe IV, tableau B.11.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=54661>.

Figure 4.10 Indicateur 1.3.1 des ODD pour la couverture effective des personnes âgées: pourcentage de bénéficiaires d'une pension parmi la population ayant atteint au moins l'âge légal de départ à la retraite, par sexe, dernières données disponibles



Sources: BIT, base de données sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database), d'après l'enquête sur la sécurité sociale (SSI); ILOSTAT; sources nationales. Voir aussi l'annexe IV, tableau B.12.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=54662>.

femmes ayant atteint au moins l'âge légal de départ à la retraite bénéficient d'une pension, contre 65,4 pour cent des hommes. Pourtant, comme le montre la figure 4.9, une proportion relativement élevée de femmes cotisent à un régime de protection vieillesse: elles sont 63,8 pour cent, contre seulement 36,3 pour cent des hommes, ce

qui permet de supposer que le niveau de couverture des femmes augmentera probablement à l'avenir. Dans les cas de la Colombie et de l'Equateur, par exemple, les données montrent que les femmes sont davantage couvertes par les régimes contributifs que les hommes, ce qui laisse présager une amélioration de la couverture.

Et, dans l'Etat plurinational de Bolivie, la proportion de femmes âgées percevant uniquement la prestation non contributive Renta Dignidad (et non une partie de celle-ci en complément d'une pension contributive) est nettement supérieure à celle des hommes (83,3 pour cent contre 66,3 pour cent).

Des tendances émergentes laissent toutefois entrevoir des perspectives plus encourageantes. Partout dans le monde, des efforts sont déployés pour étendre la couverture effective des régimes contributifs à au moins certaines catégories de travailleurs indépendants et d'autres travailleurs qui ont une capacité contributive. En outre, la mise en place de régimes de protection vieillesse non contributifs à grande échelle dans de nombreux pays a élargi la couverture effective et réduit les inégalités à la fois entre les sexes et entre les populations rurales et urbaines.

De plus en plus, la question de l'égalité des sexes est prise en considération dans le débat public sur les prestations de vieillesse. Certains pays ont pris des mesures volontaristes pour atténuer l'effet des différences de parcours professionnels sur la sécurité de revenu des personnes âgées. Les éléments et paramètres discriminatoires les plus évidents des régimes nationaux de protection vieillesse, tels que la différence d'âge de départ à la retraite, qui étaient encore courants il y a peu, sont en train d'être rapidement éliminés, encore que ce soit dans le cadre d'un relèvement général de l'âge de départ à la retraite des hommes et des femmes.

D'autres mesures vont dans le même sens: par exemple, la validation des congés maternité, paternité et parental, et une meilleure prise en compte du travail d'aidant, qu'il soit accompli par des femmes ou par des hommes. Des mesures visant à favoriser un partage plus équitable des responsabilités familiales entre les deux sexes sont de nature à corriger certaines inégalités qui caractérisent le marché du travail et, plus généralement, la protection sociale; elles pourraient se traduire à terme par une réduction des inégalités entre les sexes sur le marché du travail et dans les systèmes de protection vieillesse.

Comme c'est le cas pour beaucoup d'autres aspects de la protection sociale, pour obtenir un traitement équitable des femmes et des hommes dans un esprit de justice sociale, il faut coordonner parfaitement la politique du marché du travail et la politique de la protection sociale.

4.8 L'adéquation des pensions pour assurer une véritable sécurité de revenu aux personnes âgées

Les systèmes de protection vieillesse ont un double objectif: atteindre toutes les personnes âgées dans le besoin en leur servant des prestations d'une valeur monétaire adéquate. Si l'on dispose de suffisamment de données pour évaluer l'étendue de la couverture (sections 4.3 et 4.4), il est plus difficile d'apprécier le caractère adéquat des prestations, faute de méthodes et de critères de comparaison applicables à l'échelle mondiale (voir encadré 4.4)⁵.

Toutes les sociétés n'ont pas la même perception de ce qu'est une pension de vieillesse adéquate. Cette perception dépend de la façon dont sont envisagés le partage des responsabilités entre l'individu et l'Etat, la redistribution et le soutien à apporter aux pauvres et aux personnes vulnérables ainsi que la solidarité intergénérationnelle. Elle varie aussi en fonction de l'âge de départ à la retraite, du niveau de sécurité de revenu qu'il convient de garantir et à qui, et du degré de solidarité intergénérationnelle qui doit entrer dans le financement des pensions.

Il ne faut pas oublier que la mesure du caractère adéquat des prestations de vieillesse dépend non seulement du montant des allocations en espèces, mais aussi du coût de services essentiels tels que les soins de santé, la nourriture et le logement. En outre, la perception du caractère adéquat des prestations de vieillesse n'est pas figée, elle évolue au fil du temps au gré des changements socioculturels, démographiques et économiques.

⁵ Avec la Banque mondiale, l'OCDE a essayé de calculer des indicateurs de remplacement valables au-delà des pays de l'UE et de l'OCDE, en particulier en ce qui concerne les taux de remplacement fournis par les systèmes de protection vieillesse de pays différents pour des individus hypothétiques ayant des niveaux de revenu différents et des durées de cotisation différentes (voir Whitehouse, 2012); ces indicateurs n'ont pas encore été inclus dans la base de données de la Banque mondiale sur les retraites. L'indice Global AgeWatch de HelpAge (HelpAge International, 2015) prend en considération la situation économique globale des personnes âgées, et pas seulement le niveau de protection assuré par les systèmes de protection vieillesse. Dans l'indice AgeWatch, la sécurité de revenu des personnes âgées est mesurée à l'aide de quatre indicateurs: la proportion de personnes âgées percevant des pensions, le taux de pauvreté relative des personnes âgées, la situation économique (revenu/consommation) relative des personnes âgées (revenu moyen des plus de 60 ans par rapport au revenu moyen du reste de la population) et le RNB par habitant.

Encadré 4.4 Mesurer le caractère adéquat des prestations de vieillesse

On observe des tendances opposées: certains systèmes de protection vieillesse relèvent le niveau des prestations et d'autres le réduisent. Il est à noter que les récentes mesures d'assainissement budgétaire ont une incidence négative sur l'adéquation des pensions dans de nombreux pays, ce qui met à mal le contrat social.

Le **Royaume-Uni** a récemment réformé son régime public de protection vieillesse afin d'améliorer le niveau des pensions pour les retraités à faible revenu. Le régime à deux piliers (une pension de base forfaitaire à laquelle s'ajoutait une retraite complémentaire liée au revenu d'activité) est actuellement transformé en une seule et unique pension de base forfaitaire. Cette nouvelle prestation assurera une pension minimale plus élevée. Les assurés pourront la compléter par une pension additionnelle basée sur des crédits liés à leur revenu d'activité en s'affiliant à un plan de protection vieillesse individuel.

En **Slovaquie**, une nouvelle formule d'indexation des retraites va entrer en vigueur en 2018. Les pensions ne seront plus indexées pour partie sur la hausse des salaires, mais uniquement sur l'indice des prix à la consommation. L'**Azerbaïdjan**, l'**Espagne**, le **Honduras**

Source: BIT, Social Protection Monitor.

et la **République tchèque** ont aussi fait évoluer leur méthode d'indexation, dans le cadre d'une réforme globale de leur système national de protection vieillesse.

Plusieurs pays ont annoncé récemment une revalorisation des prestations de vieillesse: **Bélarus, Chine, Géorgie, Irlande, Maurice, Namibie, Nicaragua, Panama, Philippines, Portugal, Fédération de Russie, Seychelles, Turquie et Zimbabwe**.

En 2014, la **République de Corée** a adopté une nouvelle formule de calcul de la pension minimale de vieillesse, qui a eu pour effet d'en doubler le montant. En **Arménie**, les prestations de retraite ont été revalorisées de 15 pour cent en 2014 puis en 2015.

En **Espagne**, un coefficient d'ajustement sera appliqué à partir de 2019, qui adaptera automatiquement les prestations de vieillesse des nouveaux retraités en fonction de l'allongement de l'espérance de vie. Un mécanisme semblable avait été introduit précédemment dans le régime public de protection vieillesse de la **Finlande**, où les prestations devaient diminuer de 21 pour cent d'ici à 2060 (OCDE, 2015).

En **Hongrie**, le versement d'une prime de treizième mois a été supprimé et doit être remplacé par une indexation conditionnelle.

4.8.1 Prévenir l'érosion de la valeur des pensions grâce à des ajustements réguliers

L'une des conditions afin de garantir des pensions adéquates est que celles-ci puissent conserver leur pouvoir d'achat et leur valeur réelle. La bonne manière de concevoir un système de protection vieillesse est de fixer un revenu de remplacement initial au moment de la liquidation, puis de faire en sorte que ce niveau de revenu soit maintenu pendant toute la vie du retraité. Si le montant des pensions n'est pas ajusté ou indexé, le niveau de vie des retraités en pâtira.

Les conventions n^{os} 102 et 128 préconisent toutes deux la révision du niveau des prestations à la suite de variations sensibles du niveau des gains ou du coût de la vie, tandis que la recommandation n^o 131 stipule expressément que le montant des prestations doit être ajusté périodiquement compte tenu des variations du niveau général des gains ou du coût de la vie. La recommandation n^o 202, pour sa part, demande que les niveaux des garanties élémentaires de sécurité sociale soient régulièrement réexaminés dans le cadre d'une procédure transparente établie par la législation ou la pratique nationales. Les méthodes d'indexation varient selon les pays et les systèmes, comme le montre le tableau 4.1.

Si l'indexation sur les salaires était la méthode la plus répandue dans le passé, aujourd'hui un nombre croissant de régimes garantissent, au mieux, des ajustements en fonction de l'augmentation du coût de la vie. Loin d'être un détail purement technique, le choix d'une méthode d'indexation peut avoir une incidence importante sur le niveau des pensions et, par conséquent, sur les dépenses consacrées aux prestations de vieillesse. Lorsque les salaires augmentent plus vite que les prix, le passage d'une indexation sur les salaires à une indexation sur les prix permet de réduire sensiblement ces dépenses, mais a aussi pour effet de dissocier le niveau de vie des retraités de celui de la population active. Un exemple classique est celui du système national de protection vieillesse de la Slovaquie. Les pensions étaient initialement indexées pour partie sur la hausse du salaire moyen et pour partie sur la hausse des prix. Des réformes visant à améliorer la viabilité du système dans son ensemble ont modifié les parts relatives de la hausse des salaires et de l'inflation dans la formule d'indexation, celles-ci passant de 40/60 en 2014, à 30/70 en 2015 puis à 20/80 en 2016 et à 10/90 en 2017. A partir de 2018, l'indexation suivra uniquement l'évolution des prix à la consommation (FMI, 2017b).

Parmi les régimes nouvellement créés, beaucoup prévoient des revalorisations ponctuelles. En cas

Tableau 4.1 Méthodes d'indexation

Méthode d'indexation	Nombre de régimes
Sur les prix	44
Sur les salaires	27
Sur les prix et les salaires	21
Régulière, non précisée	24
Ponctuelle	4
Pas d'information	57
Total	177

Note: «Pas d'information» signifie dans la plupart des cas «pas d'indexation».
 Source: BIT, 2014a, d'après AISS/SSA, Social Security Programs Throughout the World (les programmes de sécurité sociale dans le monde).
 Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourcelid=54784>.

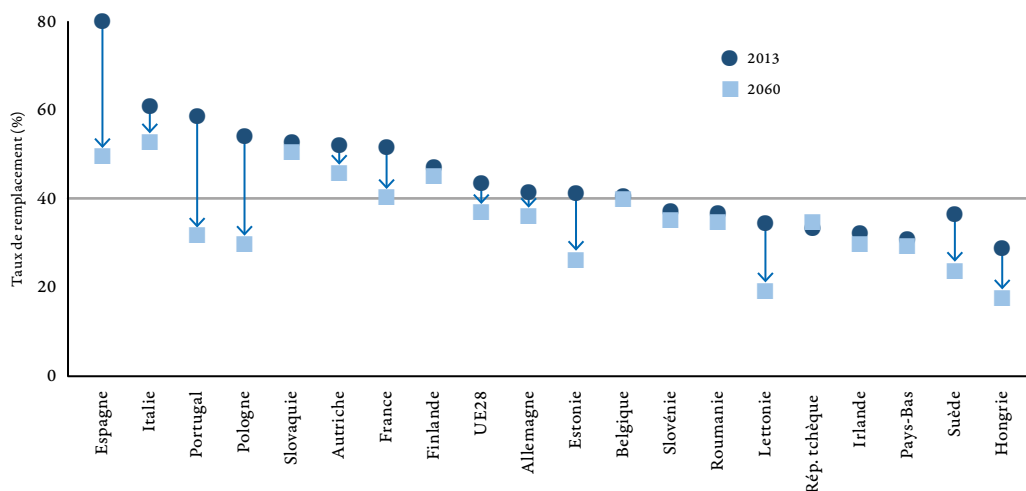
d'inflation, les pensions de la plupart des retraités diminuent tellement qu'elles ne contribuent guère à la réduction de la pauvreté. La figure 4.11, qui montre les taux moyens de remplacement des régimes publics de protection vieillesse au départ à la retraite dans différents pays européens, met en évidence une nette diminution vers 2060 en données projetées. Si les pensions ne sont pas ajustées en fonction de la hausse des salaires réels ou d'autres indicateurs de l'évolution du coût de la vie, les personnes âgées risquent de voir leur niveau de vie se dégrader et de basculer dans la pauvreté.

4.8.2 Réformer les systèmes de protection vieillesse dans le cadre de programmes d'assainissement budgétaire et de politiques d'austérité⁶

Soumis à des contraintes budgétaires, beaucoup de pays (à revenu élevé essentiellement, mais aussi à revenu intermédiaire) ont mis en œuvre des mesures d'ajustement qui compromettent le caractère adéquat des prestations de vieillesse. Plus précisément, ces mesures ont durci les conditions d'ouverture des droits et d'obtention de la pension, par exemple en augmentant les pénalités en cas de retraite anticipée, en relevant l'âge légal de départ à la retraite et en indexant l'âge de départ à la retraite sur l'allongement de l'espérance de vie. Ces tendances, qui sont parfois liées à la crainte de la «dette implicite des caisses de retraite» (voir l'encadré 4.5), mettent en péril la pérennité des systèmes de protection sociale et le contrat social.

Afin d'assurer la viabilité des systèmes de protection vieillesse, l'OIT est favorable à des réformes structurelles ou paramétriques, à condition qu'elles soient conformes aux principes et conditions juridiques de base énoncés dans les normes internationales qui régissent la sécurité sociale, et qu'elles soient mises en œuvre progressivement, de manière à ne pas modifier brusquement les conditions de vie des personnes âgées. A cette fin, l'OIT suit les réformes et propose un appui technique aux pays pour les aider à concevoir et appliquer leurs

Figure 4.11 Taux de remplacement moyens (au départ à la retraite) des régimes publics de protection vieillesse en 2013 et à l'horizon 2060, pays européens sélectionnés



Note: La convention n° 102 prescrit un taux de remplacement de 40% pour les prestations de vieillesse périodiques.

Source: Commission européenne (2015b), tableau 2, p. 13.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourcelid=54663>.

⁶ Dans le présent rapport, nous entendons par «assainissement budgétaire» l'arsenal de mesures d'ajustement adoptées pour réduire les déficits publics et la dette. On parle souvent de mesures d'austérité pour désigner les politiques d'assainissement budgétaire.

Encadré 4.5 Dette implicite des régimes de protection vieillesse

Le concept de dette implicite des régimes de retraite a été formulé par la Banque mondiale dans les années 1990; il est inspiré de concepts couramment utilisés dans le secteur de l'assurance privée. La dette implicite des régimes de protection vieillesse correspond aux engagements qui ne sont pas financés. L'expression peut être définie de deux manières: 1) comme la valeur actuelle de toutes les prestations à verser aux retraités actuels et de tous les droits acquis par les cotisants actuels, moins le montant des réserves initiales du régime de protection vieillesse; 2) comme la valeur actuelle de toutes les prestations à verser aux retraités actuels et futurs, moins le montant des réserves initiales du régime, moins la valeur actuelle de toutes les cotisations futures attendues des assurés actuels et futurs, à taux de cotisation initial constant.

La première définition, qui se fonde sur les principes de l'assurance privée, a été utilisée par la Banque mondiale dans son rapport *Averting the old-age crisis* (Banque mondiale, 1994).

La seconde définition représente une variante du concept et reprend les principes de la comptabilité de finance publique. C'est celle que privilégie l'OIT (Gillion et coll, 2000), parce qu'elle reflète les principes de solidarité et de financement collectif énoncés dans plusieurs conventions de l'OIT relatives à la sécurité sociale.

Le concept de dette implicite des régimes de protection vieillesse a été utilisé pour justifier le remplacement des systèmes de retraite publics par des systèmes privés fondés sur des comptes individuels, le principal argument étant que les systèmes publics «non réformés» ne cesseraient d'accumuler des dettes correspondant à leurs engagements. Mais il n'y a dette implicite que si la valeur actuelle de toutes les prestations de vieillesse futures après soustraction

de la valeur actuelle de toutes les cotisations sociales à venir est négative. Si l'on augmente les taux de cotisation en fonction des dépenses ou si l'on réduit les dépenses en procédant à des réformes paramétriques afin d'atteindre des niveaux de cotisation acceptables, la dette implicite disparaît. L'hypothèse sous-jacente est donc qu'aucun ajustement paramétrique n'aura lieu avant très longtemps, ce qui contredit toutes les données d'expérience. En effet, dans la pratique, tous les régimes de protection vieillesse par capitalisation partielle ou par répartition sont construits sur l'hypothèse d'une augmentation périodique des taux de cotisation au fur et à mesure de la maturation naturelle de ces régimes (Cichon, 2004).

Le débat sur la dette implicite des régimes de protection vieillesse est directement lié au niveau et au mode de financement. En général, les régimes d'assurance vieillesse privés sont entièrement capitalisés, c'est-à-dire qu'ils disposent de ressources suffisantes pour honorer leurs engagements dans l'hypothèse où la compagnie d'assurance, le régime professionnel de protection vieillesse ou l'organisme répondant d'un tel régime disparaîtrait. Les régimes publics de protection vieillesse reposent sur un engagement sociétal qui leur garantit les liquidités nécessaires et, en principe, une durée de vie illimitée et n'ont pas besoin du même niveau de financement. Le niveau de financement des régimes de sécurité sociale dépend de considérations qui ne relèvent pas uniquement de la nécessité d'assumer financièrement les engagements pris en matière de pensions. La plupart de ces régimes sont en fait des régimes à capitalisation partielle. Même ceux qui étaient au départ conçus comme des régimes à capitalisation intégrale se sont souvent transformés en régimes à capitalisation partielle lorsque l'inflation a fait chuter la valeur de leurs réserves (BIT, 2001).

réformes dans le cadre du dialogue social, dans le respect des normes internationales et avec la participation des mandants de l'Organisation.

Selon les données réunies par le BIT à l'aide de l'outil Social Protection Monitor, entre 2010 et 2016, au total, 169 mesures de compression des régimes de protection vieillesse, principalement de régimes contributifs, ont été signalées par les gouvernements de pays de différentes régions du monde. Parmi ces mesures, 103 visaient à différer la liquidation des retraites, notamment en relevant l'âge de départ à la retraite (72 annonces), en supprimant la retraite anticipée, en instituant des pénalités ou renforçant les pénalités existantes en cas de retraite anticipée, instituant des incitations ou renforçant les incitations existantes à différer le départ à la retraite, et 13 visaient à allonger la durée de cotisation ou à durcir les conditions d'ouverture des droits (voir le tableau 4.2).

L'outil Social Protection Monitor recense aussi 37 réformes signalées par des gouvernements, qui ont réduit l'adéquation des pensions. Parmi ces réformes, 25 ont diminué les prestations de vieillesse, modifié la formule de calcul, éliminé ou réduit les subventions sur les prestations ou diminué les subventions sur les cotisations, et 12 ont modifié la formule d'indexation, voire gelé l'indexation, ou encore imposé les prestations ou augmenté l'impôt sur les prestations.

Les mesures visant à différer le versement des prestations ou à réduire la durée de versement sont de loin les plus fréquentes parmi les réformes destinées à abaisser durablement les coûts des systèmes de protection vieillesse. Dans bien des cas, ces mesures se conjuguent à d'autres réformes qui visent à ajuster le niveau des prestations. Le Bélarus, le Brésil, la Bulgarie, l'Inde, l'Indonésie, l'Italie, le Japon, la Lettonie, la Malaisie,

Tableau 4.2 Réformes des régimes de protection vieillesse signalées par des gouvernements (compression), 2010-2016

Type de mesure	Nombre de mesures annoncées
Relèvement de l'âge de départ à la retraite (72 annonces), création d'incitations ou renforcement des incitations existantes au maintien dans l'emploi, création de pénalités ou renforcement des pénalités existantes en cas de retraite anticipée, suppression de la retraite anticipée, allongement de la durée de cotisation, durcissement des conditions d'ouverture des droits	103
Modification des règles de calcul, suppression ou diminution des subventions sur les prestations, diminution des subventions sur les cotisations	25
Assujettissement des prestations à l'impôt ou hausse de l'impôt sur les prestations, réforme de la méthode d'indexation, gel de l'indexation, rationalisation et compression des régimes ou des prestations	12
Autres: hausse du taux de cotisation (17 annonces), relèvement du plafond de cotisation, suppression partielle ou totale d'un régime, privatisation ou introduction de comptes individuels	29
Nombre total de mesures annoncées	169

Source: Social Protection Monitor du BIT, 2010-2016. Voir <http://www.social-protection.org/gimi/gess/ShowWiki.action?id=3205>.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=54785>.

Tableau 4.3 Pensions de vieillesse: réformes paramétriques, pays sélectionnés, 2013-2017

Pays et année	Mesure
Bélarus (2016)	Relèvement de l'âge de départ à la retraite de six mois chaque année pour atteindre 63 ans pour les hommes et 58 ans pour les femmes.
Brésil (2015)	La formule 85/95 (femmes/hommes) calculée comme la durée de cotisation plus l'âge de l'assuré, qui détermine le versement d'une prestation de vieillesse à taux plein, est portée progressivement à 90/100 entre 2017 et 2022.
Bulgarie (2015)	Relèvement progressif de l'âge normal de départ à la retraite à 65 ans pour les hommes et les femmes d'ici à 2037. Augmentation de la durée de cotisation requise pour bénéficier d'une prestation de vieillesse à taux plein de deux mois par an pour atteindre 40 ans pour les hommes et 37 ans pour les femmes d'ici à 2027.
Inde (2017)	Etat du Karnataka: Relèvement de l'âge de départ à la retraite de 58 à 60 ans dans le secteur privé. Cette mesure ne s'applique pas au secteur des technologies de l'information et des biotechnologies ni aux entreprises de moins de 50 salariés.
Indonésie (2014)	Relèvement de l'âge de départ à la retraite des fonctionnaires de 56 à 58 ans
Italie (2015)	Relèvement de l'âge de départ à la retraite de quatre mois, pour tenir compte l'allongement de l'espérance de vie.
Japon (2013)	L'âge légal de départ à la retraite a été relevé de 55 à 60 ans en 1998. Il passera à 61 ans puis progressivement à 65 ans, à raison d'un an tous les trois ans jusqu'en 2025.
Lettonie (2014)	Relèvement progressif de l'âge de départ à la retraite de 3 mois chaque année à partir de 2014, pour atteindre 65 ans en 2025. En 2025, la durée minimum de cotisation requise sera portée à 20 ans.
Malaisie (2013)	Relèvement de l'âge minimum de départ à la retraite de 55 ans à 60 ans pour les travailleurs du secteur privé.
Maroc (2016)	Relèvement progressif de l'âge de départ à la retraite sur six ans, pour passer de 60 ans à 63 ans. Diminution des droits à pension acquis de 2,5 à 2 pour cent par année de cotisation. Augmentation progressive du taux de cotisation des salariés et des employeurs de 10 à 14 pour cent en trois ans d'ici à 2019. Modification de la formule de calcul des prestations, effectué non plus sur la base du salaire de fin de carrière mais sur la moyenne des salaires des huit dernières années.
Moldova, Rép. de (2016)	Relèvement progressif de l'âge de départ à la retraite, qui était de 57 ans pour les femmes et de 62 ans pour les hommes, à 63 ans d'ici à 2028. Suppression du droit des travailleurs des mines à une prestation de vieillesse anticipée à 54 ans.
Nigéria (2016)	Relèvement de 60 ans à 65 ans de l'âge de départ à la retraite des personnels enseignants et non enseignants des établissements publics d'enseignement supérieur.
Norvège (2015)	Relèvement de 70 à 72 ans de l'âge de départ à la retraite par l'employeur. Cet âge devrait être encore repoussé.
Rwanda (2015)	Relèvement de l'âge de départ à la retraite de 55 à 60 ans en 2015.
Sénégal (2014)	Relèvement de 55 à 60 ans de l'âge de départ à la retraite pour les salariés du secteur privé.
Slovénie (2015)	Relèvement de l'âge légal de départ à la retraite et mise en place d'incitations financières pour favoriser le report du départ à la retraite.
Viet Nam (2015)	Relèvement en 2015 de l'âge de départ à la retraite des fonctionnaires et des militaires à 65 ans pour les hommes et à 60 ans pour les femmes.
Zambie (2015)	Relèvement de l'âge normal de départ à la retraite à 60 ans, avec possibilité de retraite anticipée à 55 ans et de retraite différée à 65 ans.

Source: Social Protection Monitor du BIT, 2010-2016. Voir <http://www.social-protection.org/gimi/gess/ShowWiki.action?id=3205>.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=54786>.

le Maroc, la République de Moldova, le Nigéria, la Norvège, le Rwanda, le Sénégal, la Slovénie, le Viet Nam et la Zambie font partie des pays qui ont récemment modifié l'âge de départ à la retraite ou les conditions d'ouverture des droits (tableau 4.3).

Au vu des tendances actuelles, on s'attend à ce que les réformes des régimes de protection vieillesse obligent de plus en plus de travailleurs pendant leur vieillesse à recourir à des régimes d'assistance sociale financés par les impôts ou de revenu minimum garanti. Malheureusement, à l'issue de ces réformes, les conditions requises en matière de droits et d'adéquation ne seront plus remplies dans certains pays ayant ratifié la convention n° 102 de l'OIT ou le Code européen de sécurité sociale.

Pour que les systèmes de protection vieillesse remplissent leur fonction, les pays qui procèdent à des réformes doivent trouver un juste équilibre entre l'objectif de viabilité et les conditions de retraite, notamment en ce qui concerne le caractère adéquat des prestations, afin d'atteindre les buts recherchés. Dans les pays en développement, où règnent la pauvreté et l'informalité, une importante proportion de travailleurs âgés et non qualifiés passent de l'emploi formel dans lequel ils bénéficiaient d'une protection sociale, à l'emploi informel ou le chômage, ce qui les empêche de remplir les conditions légales requises pour percevoir une pension contributive. Des paramètres tels que la durée minimale de cotisation et l'âge de départ à la retraite doivent être maniés avec précaution si l'on veut que le système de protection sociale atteigne son objectif de protection de toutes les personnes âgées. Dans le cadre du Programme de développement durable à l'horizon 2030, il est important d'envisager des réformes des retraites qui s'adressent aux catégories les plus vulnérables, en garantissant des socles de protection sociale aux personnes âgées qui sont exclues du système contributif.

4.9 Déprivatisation des régimes de protection vieillesse

4.9.1 Bilan de trois décennies de privatisation

Dans les années 1990, de nombreux pays ont engagé des réformes structurelles de leurs systèmes de protection vieillesse pour passer du modèle public à prestations

définies au modèle à cotisations définies avec comptes individuels et gestion privée. Ces réformes ont consisté à mettre en place des piliers à cotisations définies gérés et investis par des fonds privés, et à placer l'épargne des particuliers sur les marchés des capitaux. Elles ont transféré la responsabilité et la charge financière qui incombaient au secteur public et changé la perception de l'assurance vieillesse (Mesa-Lago, 2014). Ces réformes ont été en grande partie conçues et conduites par la Banque mondiale, au motif de la crise imminente du vieillissement et de son impact sur la viabilité des systèmes de protection vieillesse (par exemple, Banque mondiale, 1994). Les réformes les plus vastes et les plus profondes du mode de financement et du rôle de l'Etat ont eu lieu dans les années 1990 en Amérique latine, en Europe de l'Est et en Asie centrale.

En 1995, l'OIT et l'AISS (Beattie et McGillivray, 1995) publiaient un premier rapport d'évaluation critique de la stratégie de privatisation de la Banque mondiale, dans lequel ils faisaient valoir que cette stratégie consistant à remplacer l'assurance sociale par des régimes d'épargne obligatoires comporterait des risques inacceptables pour les travailleurs et les retraités, renchérirait le coût de la protection vieillesse et ferait peser une lourde charge sur la génération des travailleurs pendant la période de transition. L'OIT et l'AISS concluaient dans ce rapport, ainsi que dans d'autres analyses, qu'une approche plus efficace et moins déstabilisante consisterait à concentrer les efforts sur la correction des défauts de conception et des déséquilibres des régimes publics, c'est-à-dire sur des réformes paramétriques plutôt que sur des réformes systémiques. L'encadré 4.6 expose un point de vue fondé sur les normes internationales de sécurité sociale et sur les travaux de la Commission d'experts de l'OIT pour l'application des conventions et recommandations.

Entre 1981 et 2002, un petit nombre de pays (24) ont réformé leurs régimes de protection vieillesse en instaurant un modèle de substitution, un modèle mixte ou un modèle parallèle fondé sur des comptes individuels (Mesa-Lago, 2014)⁷. Ces systèmes privés n'ayant pas donné les résultats escomptés, certains pays sont progressivement revenus sur ces réformes ou envisagent de le faire. Au moins 6 pays, dont l'Argentine (2008), l'Etat plurinational de Bolivie (2011), la Hongrie

⁷ En Amérique latine (13): Chili (1981), Pérou (1993), Argentine et Colombie (1994), Uruguay (1996), Etat plurinational de Bolivie et Mexique (1997), El Salvador (1998), Nicaragua (2000), Costa Rica et Equateur (2001), République dominicaine (2003) et Panama (2008); en Europe de l'Est et Asie centrale (11): Hongrie (1998), Pologne (1999), Lettonie et Kazakhstan (2001), Bulgarie, Croatie et Estonie (2002), Lituanie (2004), Slovaquie (2005), Ex-République yougoslave de Macédoine (2006) et Roumanie (2008).

Encadré 4.6 Normes internationales de sécurité sociale et organisation et financement des systèmes de sécurité sociale

Pendant les années 1990, on a voulu réduire le rôle de l'Etat dans les régimes de protection vieillesse de la sécurité sociale au profit d'institutions privées, en diminuant progressivement la composante publique. Les nouvelles formes d'organisation et de gestion des régimes de sécurité sociale qui ont ainsi vu le jour n'étaient pas nécessairement jugées contraires aux principes internationalement acceptés qui sont énoncés dans les normes internationales de sécurité sociale. En effet, ces normes étaient rédigées de manière suffisamment souple pour tenir compte de la diversité des méthodes de protection sans préjuger d'un système pourvu qu'il soit conforme à certains principes de base considérés comme le fondement de la notion de sécurité sociale.

Les normes internationales de sécurité sociale établissent certains principes généraux concernant l'organisation et la gestion des régimes de sécurité sociale. Ainsi, la convention (n° 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952, stipule que l'Etat doit assumer la responsabilité générale en ce qui concerne le service des prestations et la bonne administration des institutions et services concernés, et que les régimes doivent être financés collectivement par voie de cotisations ou d'impôts, ou par les deux voies conjointement, de manière à ce que les risques soient répartis entre les membres de la collectivité. De fait, un élément essentiel du concept de sécurité sociale est que les risques doivent être mutualisés grâce à la participation de tous au financement des prestations. Les autres principes sont, entre autres: la périodicité des prestations en espèces et l'obligation d'en garantir le niveau et d'en maintenir la valeur réelle; la nécessité que les représentants des personnes protégées participent à la gestion des régimes ou y soient associés lorsque ceux-ci ne sont pas administrés par une institution dépendant des pouvoirs publics ou un organisme public; l'exclusion de toute solution qui imposerait des charges trop lourdes aux personnes qui ont de faibles ressources; la nécessité de fixer une limite supérieure à la participation des salariés, de sorte que la moitié au moins des ressources proviennent des contributions des pouvoirs publics ou des employeurs. Ces principes ont été réaffirmés et renforcés en 2012 avec l'adoption, par la Conférence internationale du Travail, de la recommandation (n° 202) sur les socles de protection sociale, 2012.

Quel que soit le type de régime (public, privé, mixte), la structure des régimes de sécurité sociale doit continuer de reposer sur ces principes fondamentaux d'organisation et de gestion, afin de maintenir l'équilibre instauré dans la convention n° 102 entre la protection de l'intérêt général et les droits des individus. Toutefois, l'expérience a montré que quelques-uns des principes de base mentionnés plus haut étaient difficilement applicables dans certains nouveaux types de régimes. Par exemple, les régimes privés à cotisations définies ne peuvent pas assurer la périodicité des prestations en espèces ni

en garantir le niveau et en maintenir la valeur réelle. Malgré les différents niveaux de protection requis par les normes internationales, toutes les réformes, et en particulier celles qui conduisent à la privatisation de la sécurité sociale, ne sont pas souhaitables, et les principales fondamentaux cités plus haut sont une garantie contre la régression sociale.

Il ne faut pas oublier que la conception d'un régime de pension résulte souvent d'un large éventail de choix, parmi lesquels deux en particulier se détachent et finissent en général par caractériser le régime dans son ensemble: i) La base de calcul de la pension doit-elle être liée au revenu d'activité précédant le départ à la retraite (caractéristique des régimes «à prestations définies») ou doit-elle être directement liée aux cotisations versées (caractéristique des régimes «à cotisations définies»? ii) Le système financier doit-il être fondé sur la mise à disposition des sommes nécessaires pour payer les prestations année après année («financement par répartition») ou sur l'accumulation des avoirs comptabilisés (sur la base de taux de cotisation plus élevés) qui sont investis dans des fonds de réserve («financement par capitalisation pleine ou partielle»? D'un point de vue technique, chacun de ces choix a ses avantages et ses inconvénients. Beaucoup de régimes cherchent à maximiser les avantages et à minimiser les inconvénients en adoptant une démarche dite «multipiliers» ou «système mixte», par laquelle ils associent dans certaines proportions des éléments d'un régime à prestations définies ou à cotisations définies et du financement par répartition ou par capitalisation. Depuis quelques années, une forte tendance se dessine en faveur de régimes à cotisations définies, qui sont souvent associés à un système de financement par capitalisation pleine fondé sur des comptes individuels. Ces régimes (s'ils sont appliqués en tant que pilier unique) comportent des risques élevés pour les membres, dont les pensions à venir sont très exposées aux risques liés aux fluctuations des investissements – comme on a pu le constater lors de la récente crise financière mondiale.

C'est pourquoi les organes de contrôle de l'OIT considèrent que bien souvent, les régimes à cotisations définies ne satisfont pas aux exigences de la convention n° 102. Compte tenu de la pléthore de possibilités, il est nécessaire d'analyser soigneusement non seulement l'adéquation de chaque système national dans son ensemble, mais aussi les risques qu'il présente. Ces dernières décennies, beaucoup de réformes ont eu pour objet de remplacer les régimes de protection vieillesse par répartition par des régimes par capitalisation pleine, gérés par des sociétés privées et fondés sur des comptes individuels, avec pour conséquence la perte de la solidarité sociale autrefois assurée par le mécanisme de la répartition. Depuis, les organes de contrôle de l'OIT ont entamé un dialogue soutenu avec les gouvernements concernés sur un très large éventail de questions de non-conformité avec les →

Encadré 4.6 (suite)

normes de l'OIT relatives à la sécurité sociale. Ils ont notamment fait observer que les régimes d'assurance vieillesse basés sur la capitalisation de l'épargne individuelle et gérés par des fonds de pension privés rompaient non seulement avec les principes de solidarité, de mutualisation des risques et de financement collectif qui sont l'essence même de la sécurité sociale, mais également avec le principe d'une gestion transparente, responsable et démocratique des caisses de retraite, à laquelle participent des représentants des personnes assurées. En 2009, la Commission d'experts pour l'application des conventions et recommandations (CEACR) a souligné que les normes relatives à la sécurité sociale et l'assistance technique de l'OIT étaient fondées sur ces principes et offraient les garanties nécessaires de viabilité financière et de développement durable de la sécurité sociale; passer outre tout en supprimant les garanties de l'Etat expose au contraire les assurés des régimes privés à des risques financiers accrus.

Ces dernières années toutefois, l'expérience de la crise financière mondiale a entraîné la réaffirmation de ces principes fondamentaux et fait émerger un nouveau consensus pour une économie mondiale prospère, dont la protection sociale et la bonne gouvernance sont désormais des piliers, de même que l'implication accrue des pouvoirs publics à travers le renforcement de l'état de droit. Les architectes de ce nouveau modèle de développement posent comme conditions préalables à un progrès durable la refonte du cadre réglementaire du système financier,

Source: BIT, 2011a.

le renforcement du contrôle public et le retour à des systèmes de sécurité sociale fondés sur la solidarité. L'une des principales leçons de la crise économique est que celle-ci a été beaucoup moins dommageable pour les régimes de protection vieillesse fondés sur un financement collectif et entièrement gérés par l'Etat, notamment en particulier à travers un système par répartition. En revanche, les régimes par capitalisation pleine, dans lesquels l'épargne individuelle avait été investie dans des produits relativement instables, ont subi de lourdes pertes. L'incapacité d'un si grand nombre de régimes d'assurance vieillesse privés à servir des pensions décentes, surtout à cause des pertes subies durant la crise financière, a conduit de nombreux gouvernements à engager une deuxième série de réformes importantes autorisant les travailleurs à revenir à des régimes par répartition et rétablissant ou renforçant les mécanismes de solidarité et de redistribution. On assiste donc au renforcement de la participation de l'Etat et à la reconstruction de mécanismes de solidarité fondés sur le principe du financement collectif en tant qu'éléments essentiels des systèmes nationaux de sécurité sociale. Les systèmes publics non seulement garantissent une meilleure administration, une meilleure gestion et une meilleure supervision de la sécurité sociale, mais encore ils respectent davantage les principes de gouvernance énoncés dans les instruments de l'OIT relatifs à la sécurité sociale, comme le démontrent les systèmes de sécurité sociale bien établis des pays à revenu élevé.

(2011), le Kazakhstan (2013), la Pologne (2011/2014) et la République tchèque (2014) ont procédé à d'autres réformes conduisant au retour ou au renforcement de leurs régimes publics de protection vieillesse basés sur la solidarité. D'autres pays tels que l'Estonie (2009), la Lettonie (2009), la Lituanie (2009) et la Slovaquie (2012) ont fortement réduit l'envergure de leurs systèmes de comptes individuels en abaissant leurs taux de cotisation et en réorientant le financement vers les systèmes publics à prestations définies (Kay, 2014). En 2008, le Chili a adopté des réformes visant à améliorer l'équilibre entre risques sociaux et effort individuel grâce à un nouveau pilier public de protection vieillesse basé sur la solidarité et financé par l'impôt, et El Salvador envisage actuellement de réformer le système privé mis en place en 1998.

Le débat sur la privatisation et la déprivatisation des régimes de retraite a porté ces dernières années sur l'extension de la couverture, les coûts administratifs, le rendement des investissements, le caractère adéquat des prestations, l'impact budgétaire et la gouvernance. Avec

la privatisation, le taux de couverture et le niveau des prestations étaient censés augmenter, la gestion des prestations de vieillesse s'améliorer, les inégalités se réduire et les marchés des capitaux se développer grâce à la nouvelle affectation des fonds, ce qui allait favoriser l'investissement et la croissance économique. Voici ce que l'on observe trois décennies plus tard.

Faible couverture. Les données montrent que la mise en place de comptes individuels n'a amélioré ni le taux de couverture ni le taux d'exécution des engagements (Bertranou, Calvo et Bertranou, 2009). Le taux de couverture et le niveau des prestations ont stagné ou diminué dans la plupart des pays qui ont instauré un système de comptes individuels. Ainsi, l'Argentine a vu son taux de couverture chuter de 10 pour cent entre 1992 et 2004, tandis que dans l'Etat plurinational de Bolivie ce taux n'a pas évolué, restant à 12 pour cent. De même, en Hongrie, au Kazakhstan et en Pologne, loin d'enregistrer la progression escomptée, le taux de couverture a stagné, voire légèrement reculé par rapport à son niveau d'avant la réforme. Comme l'indique

Mesa-Lago (2004), la moyenne pondérée de la couverture dans 9 pays est passée de 38 pour cent avant la réforme à 27 pour cent en 2002 (après la réforme)⁸.

Coûts administratifs élevés. Dans la plupart des cas, les coûts ont beaucoup augmenté, atteignant des niveaux bien supérieurs à ceux des anciens régimes publics. De nombreuses études font état de cette augmentation des coûts administratifs, qu'elles expliquent par le montant élevé, d'une part, des frais de gestion des comptes individuels et, d'autre part, des cotisations destinées à financer les prestations de survivant et d'invalidité. Il en est résulté une diminution non négligeable du taux de rendement net pour les cotisants, et donc de la valeur nette du retour sur investissement, tandis que les sociétés de gestion de fonds de pension dégageaient des bénéfices très importants. Cet enchérissement imprévu des coûts administratifs des régimes d'assurance vieillesse privés a eu des effets très préjudiciables sur le niveau des prestations et la popularité de ces systèmes. A El Salvador, les coûts de gestion du système public, qui représentaient 0,5 pour cent du salaire de l'affilié avant la réforme, sont passés à 2,98 pour cent en 2003 à la suite de la privatisation. C'est au Mexique et en Argentine que la hausse a été la plus prononcée, les coûts administratifs ayant atteint respectivement 38 pour cent et 32 pour cent des cotisations versées. Selon Mesa-Lago (2004), la moyenne non pondérée des coûts de gestion en pourcentage des cotisations dans 11 pays d'Amérique latine était de 26 pour cent en 2003. Même au Chili, la part des dépenses administratives totales est passée de 2,44 pour cent des salaires soumis à cotisations en 1981 à 3,6 pour cent en 1984 et n'est retombée à 2,26 pour cent qu'en 2003, soit vingt-deux ans après la réforme. En Pologne, où les frais de gestion ont pu être fixés librement jusqu'en 2004, certains gestionnaires de fonds de pension prélevaient jusqu'à 10 pour cent de la valeur des cotisations.

Baisse des prestations et des taux de remplacement. Le passage de régimes à prestations définies à des régimes à cotisations définies à la faveur du processus de privatisation a eu des conséquences non négligeables sur les taux de remplacement. Le risque de fluctuations des marchés financiers a alors été reporté sur les retraités, qui pouvaient perdre toutes leurs économies si ces marchés s'effondraient comme cela s'est produit durant la crise financière mondiale. Une étude

de la Banque interaméricaine de développement (BID) fait état d'une baisse des taux de remplacement dans le système de protection vieillesse chilien entre 1990 et 2000: la pension minimum de la moitié des affiliés des régimes privés a diminué au cours de cette décennie (Crabbe, 2005). Borzutzky et Hyde (2016) montrent en outre qu'au Chili le taux de remplacement est particulièrement bas pour les femmes en raison de leur faible taux d'activité et que la performance globale du système est médiocre, ce qui se traduit par un niveau de prestations insuffisant. Dans une analyse financière (actuarielle) du système d'assurance vieillesse argentin qu'il a réalisée en 2004, le BIT prévoyait une baisse d'environ un tiers du taux de remplacement. De plus, Cichon (2004) a démontré que le montant moyen des pensions risquait de se rapprocher du niveau minimal. Selon Crabbe (2005), la proportion des ayants droit à la pension minimale allait diminuer, et les systèmes de protection vieillesse réformés ne rempliraient donc pas leur mission de protection du revenu des personnes âgées. Altiparmakov (2014) indique qu'en Europe de l'Est les taux de rendement des fonds de pension privés étaient déjà plus faibles et plus fluctuants que ceux des systèmes par répartition avant même que les effets de la crise financière ne se fassent sentir sur les marchés. Enfin, Ebbinghaus (2015) souligne les effets délétères des systèmes privés, qui n'accordent pas de majoration de la durée d'assurance pour l'éducation des enfants ou la prise en charge de proches et ne valident pas les périodes non cotisées pour cause d'emploi atypique (travail à la pige, par exemple) et de résiliation prématurée du contrat de travail. En définitive, la privatisation des régimes de protection vieillesse en Europe de l'Est et en Amérique latine a abouti à la détérioration du taux de remplacement et mis à mal le principe d'un contrat social fondé sur la solidarité, la redistribution et la garantie de prestations adéquates.

Coût budgétaire élevé. Dans la plupart des cas, la pression budgétaire engendrée par les régimes de protection vieillesse publics, que ce soit en raison de déficits financiers ou d'engagements à long terme, a été la principale raison invoquée pour justifier la mise en place de régimes privés. Mais, dans les faits, les réformes n'ont amélioré ni la situation financière ni le financement et, dans la plupart des pays, le financement de la transition vers des comptes individuels a alourdi la

⁸ A savoir l'Argentine, l'Etat plurinational de Bolivie, le Chili, la Colombie, le Costa Rica, El Salvador, le Mexique, le Pérou et l'Uruguay. A noter que la couverture en chiffres absolus diffère selon les sources, ce qui ne remet pas en cause la tendance générale à un net recul de la couverture pendant et après les réformes.

pression budgétaire préexistante. Les coûts de transition engendrés par le passage d'un régime à prestations définies à un régime privé à cotisations définies ont été largement sous-estimés dans tous les pays, parfois parce qu'aucune analyse sérieuse n'avait été réalisée, parfois parce que les calculs reposaient sur des hypothèses exagérément optimistes. La fin des cotisations ou la forte réduction de celles-ci au régime public ont engendré des coûts de transition beaucoup plus élevés que prévu, aggravant la pression budgétaire et l'endettement. Dans l'Etat plurinational de Bolivie, les coûts de transition ont été 2,5 fois supérieurs aux prévisions initiales. Le niveau d'endettement du Chili se chiffrait encore à 4,7 pour cent du PIB en 2010, trente ans après la réforme (Mesa-Lago, 2014) tandis qu'en Argentine le système public accusait un déficit de 3,3 pour cent du PIB en l'an 2000, les cotisations transférées au système privé représentant environ 1,5 pour cent du PIB (Kay, 2014). En Hongrie, les coûts de transition ont fait peser sur le budget de l'Etat une charge financière qui est passée de 0,3 pour cent du PIB en 1998 à 1,2 pour cent en 2010. En Pologne, au cours de la période 1999-2012, les coûts cumulés des transferts vers le deuxième pilier ont été estimés à 14,4 pour cent du PIB de 2012, auxquels s'ajoute un pourcentage d'environ 6,8 pour cent du PIB qui est absorbé par le service de la dette publique supplémentaire.

Absence de dialogue social. Plusieurs instruments normatifs de l'OIT soulignent la nécessité d'assurer le dialogue social et la représentation des personnes protégées dans les instances de gouvernance de la sécurité sociale. La plupart des réformes structurelles qui ont établi des régimes de protection vieillesse privés en Europe centrale et orientale ainsi qu'en Amérique latine ont été conduites sans concertation ou presque, ce qui a nui à leur légitimité (Mesa-Lago, 2014). Avant les réformes, la plupart des caisses de retraite publiques étaient administrées de façon tripartite par des représentants des travailleurs, des employeurs et de l'Etat. La privatisation a fait disparaître cette pratique, malgré le fait que les travailleurs sont les détenteurs des comptes individuels (au Chili, les petits fonds de pension, qui avaient associé au départ des représentants des affiliés à la gestion ont cessé de le faire). De même, en Hongrie, la gestion tripartite en vigueur dans le régime public s'est poursuivie juste après la réforme, mais a été abolie par la suite. Dans l'Etat plurinational de Bolivie, la privatisation s'est faite malgré la vive opposition des ministères du Travail et de la Santé ainsi que des syndicats, ce qui a donné lieu à des actions de protestation. En

Argentine, dans le cadre de la réflexion sur la renationalisation du régime de protection vieillesse, le gouvernement a commencé par favoriser le débat avec tous les principaux acteurs en 2002-03, puis a introduit très rapidement et sans aucune concertation les mesures de réforme en 2007 et 2008. Le gouvernement a annoncé le projet de renationalisation du système de protection vieillesse à la fin du mois d'octobre 2008, et la nouvelle loi sur les pensions a été votée sans amendements majeurs et adoptée à peine un mois plus tard par les deux chambres du Congrès (Hujó et Rulli, 2014). Malgré les soutiens dont ils bénéficiaient, les principaux acteurs concernés par la réforme, comme les gestionnaires de fonds de pension et de retraite et les syndicats, n'ont eu ni le temps de réagir ni la possibilité de participer formellement au processus (*ibid.*, 2014).

4.9.2 Retour aux systèmes publics de protection vieillesse

La pression budgétaire engendrée par les systèmes privés a été l'une des principales raisons de la renationalisation des régimes de protection vieillesse. La vague de déprivatisation a coïncidé avec la crise financière de 2008, cette crise ayant aggravé les difficultés de pays qui étaient déjà confrontés à des contraintes budgétaires externes. En outre, les pays qui souhaitaient rejoindre la zone euro devaient se conformer aux critères de Maastricht concernant la dette et les déficits budgétaires. Les piètres performances des régimes privés et les difficultés budgétaires ont incité de nombreux pays à revenir sur les réformes qu'ils avaient engagées dans les années 1990. L'Argentine a clôturé les comptes individuels de ses affiliés et ayants droit en décembre 2008, au moment de la crise financière mondiale, et transféré tous les fonds au régime par répartition dans le cadre de son nouveau système intégré de pensions (SIPA). La Hongrie a nationalisé les actifs des fonds de pension privés et supprimé ce deuxième pilier en 2011, pour revenir au régime public de protection vieillesse obligatoire par répartition d'avant la réforme de 1998 (voir l'encadré 4.7). Le Kazakhstan a fusionné en 2013 les dix fonds de pension privés existants avec le régime public par répartition pour créer le Fonds vieillesse unifié, administré par la Banque nationale. En 2014, la Pologne a transféré les obligations d'Etat détenues par les fonds privés à l'Institut d'assurance sociale (ZUS), laissant aux gestionnaires privés des portefeuilles en grande partie constitués d'actions et réduisant ainsi

Encadré 4.7 La déprivatisation du régime de protection vieillesse en Hongrie

Le système de protection vieillesse hongrois, fondé à l'origine sur le modèle bismarckien, se composait au début des années 1990 d'un pilier par répartition, d'une pension d'assistance sociale et d'un pilier de pension volontaire privé. Alors que le gouvernement avait élaboré un vaste programme de réformes paramétriques au début des années 1990, la privatisation des retraites préconisée par le Fonds monétaire international et la Banque mondiale est devenue la priorité au milieu des années 1990. La Hongrie a adopté le modèle «mixte» argentin en 1997. La réforme du système s'est accompagnée de réformes paramétriques, parmi lesquelles le relèvement progressif de l'âge de départ à la retraite pour atteindre 62 ans pour les femmes et les hommes en 2009.

Les banques et compagnies d'assurances hongroises et internationales (notamment AXA, ING, AEGON, Allianz et Erste) ont fait leur entrée sur le marché hongrois des pensions privées en 1998. Au départ, la cotisation de 6 pour cent des salariés était versée au deuxième pilier, privé, tandis que la caisse de protection vieillesse publique recevait la cotisation de 25 pour cent des employeurs. Le pilier public est resté prépondérant, mais le taux de cotisation au pilier privé a quelque peu évolué en fonction des cycles politiques. La pension des futurs retraités était censée provenir à hauteur de 75 pour cent du régime par répartition et à hauteur de 25 pour cent du compte individuel privé.

Vers le milieu des années 2000, il est apparu clairement que la privatisation n'avait pas produit les effets positifs escomptés. Aucun effet positif digne de ce nom n'était observé sur les marchés financiers hongrois, ni sur le taux d'emploi et la croissance économique. Parallèlement, les coûts de transition du système par répartition vers le système mixte sont passés de 0,3 pour cent du PIB en 1998 à 1,2 pour cent en 2010, ce qui a obligé le pays à faire de nouveaux emprunts auprès du FMI et a alourdi la dette globale. Les rendements réels des fonds de pension

privés étaient inférieurs aux estimations, même prudentes, en raison de coûts administratifs élevés, qui ont grimpé au-dessus de 10 pour cent.

La conjonction de facteurs économiques et politiques internes et externes a contribué au processus de déprivatisation en Hongrie, qui a abouti à la renationalisation complète du système en 2011. Les principaux facteurs à l'origine de ce revirement sont la chute brutale du PIB et des recettes durant la crise économique mondiale, et le fait que le nouveau gouvernement conservateur (Fidesz ou Alliance civique hongroise) envisageait d'utiliser les actifs des plans de pension privés pour rembourser le prêt d'urgence octroyé par le FMI en 2008. Le gouvernement a tout d'abord redirigé les cotisations des régimes de protection vieillesse privés vers l'Etat pendant une période transitoire de quatorze mois, puis a créé des conditions dissuasives qui ont rendu l'affiliation à un fonds de pension privé très peu attrayante. C'est ainsi qu'au début de l'année 2011 97 pour cent des assurés avaient opté pour le seul régime public. Les actifs accumulés ont été transférés au nouveau fonds pour la réforme des pensions et la réduction du déficit.

Le gouvernement Fidesz a mis en œuvre son programme de réforme en un temps extrêmement court. Les partis d'opposition, les syndicats et les fonds de pension privés n'ont pas été consultés. Dans le cadre de la réforme, le gouvernement a supprimé la retraite anticipée et sorti les prestations d'invalidité du régime d'assurance vieillesse.

En 2012, la Hongrie était revenue à son régime de protection vieillesse obligatoire d'avant 1998. Malgré les tentatives faites pour corriger les erreurs commises lors du processus de privatisation, le système de protection vieillesse hongrois présente encore d'importants défauts de conception. Des craintes subsistent quant à sa viabilité et à la pertinence des prestations, auxquelles il conviendra d'apporter une réponse dans les années qui viennent.

Sources: D'après Mesa-Lago (2014); Kay (2014); Hirose (2011).

considérablement la part gérée par le privé. En 2016, la République tchèque a achevé le processus de déprivatisation en mettant fin au système de comptes épargne individuels (Adascalitei et Domonkos, 2015). D'autres pays comme l'Estonie (2009), la Lettonie (2009), la Lituanie (2009) et la Slovaquie (2012) ont réduit le taux de cotisation au régime privé et redirigé le financement vers le régime public à prestations définies (Kay, 2014).

4.10 Assurer la sécurité de revenu des personnes âgées: un défi permanent

Le Programme de développement durable à l'horizon 2030 préconise la couverture d'une importante proportion de pauvres et de personnes vulnérables et la mise en place de systèmes de protection sociale complets et universels.

Des progrès considérables ont été accomplis au niveau mondial en ce qui concerne l'extension de la couverture légale et effective des personnes âgées. Toutefois, c'est une tendance qui n'est pas uniforme, puisque cette

couverture est encore très incomplète dans la plupart des pays en développement. L'extension de la couverture aux personnes âgées se heurte à des obstacles différents selon le contexte régional et national. Ce sont par exemple le manque de volonté politique, pourtant indispensable à la mise en place d'un système de protection vieillesse qui fonctionne bien; l'absence de marge de manœuvre budgétaire pour financer les systèmes de retraite et en priorité les mesures de protection à long terme des personnes âgées; l'ampleur de l'informalité, en particulier dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure; et la difficulté d'instaurer la confiance chez les cotisants et les bénéficiaires.

La multiplication des systèmes de protection vieillesse non contributifs, à laquelle on assiste dans l'ensemble du monde en développement, est une tendance salubre. Néanmoins, les régimes sont souvent trop restrictifs, ce qui prive de nombreuses personnes de protection. L'un des enjeux pour ces pays est de rendre leur système universel afin de garantir une sécurité de revenu minimale à toutes les personnes âgées sans exception.

De nombreux pays en développement (y compris ceux qui sont en cours de transition démographique) sont parvenus à étendre leur système de protection vieillesse contributif. En Amérique latine, par exemple, l'évolution des régimes de protection vieillesse au cours de la dernière décennie a été marquée à la fois par l'extension des régimes de pensions sociales financés par l'impôt et par le développement des régimes contributifs existants, celui-ci résultant de mesures visant à favoriser la transition vers l'économie formelle. Dans cette région, l'enjeu consiste à consolider les politiques du marché du travail qui ont rendu possible la formalisation des emplois et l'extension de la couverture sociale, tout en sécurisant les ressources allouées aux régimes non contributifs et partiellement contributifs.

Si, dans la plupart des pays en développement, l'accent est mis sur l'extension de la couverture, dans les pays à revenu élevé et à revenu intermédiaire de la tranche supérieure, les préoccupations portent sur l'adéquation et la viabilité financière des pensions de

vieillesse et sur la pérennisation des régimes. Pour la plupart des pays développés, dont la population est vieillissante et les systèmes de protection vieillesse sont parvenus à maturité, le principal enjeu est de maintenir l'équilibre entre adéquation et viabilité financière. La principale tendance de ces dernières années a été la mise en œuvre de réformes visant à réduire la dépense publique en relevant l'âge de départ à la retraite, en modifiant la formule de calcul des pensions et en réduisant le niveau global des prestations ainsi qu'en diversifiant les sources de financement de la sécurité de revenu des personnes âgées. Les mesures d'assainissement budgétaire, qui sont au cœur du débat sur les systèmes de protection sociale, mettent en péril le pacte social et les principes sur lesquels ont été fondés les régimes de sécurité sociale.

La privatisation des régimes de protection vieillesse en Europe centrale et orientale et en Amérique latine dans les années 1990 avait fait espérer une hausse du niveau des prestations, une extension de la couverture et une réduction des coûts financiers. Toutefois, ces attentes ont été déçues et les régimes privatisés ont donné des résultats nettement inférieurs à ceux qui étaient escomptés, offrant bien souvent une couverture et des prestations réduites, si bien que les réformes des années 2000 ont consisté à revenir sur la privatisation des régimes de protection vieillesse et à réinstaurer ou renforcer les régimes publics à prestations définies fondés sur des principes de solidarité et de redistribution.

Il convient de souligner que, contre toute attente, et en dépit de tous les défis auxquels sont confrontés les systèmes de protection vieillesse dans le monde, d'immenses progrès ont été réalisés en matière de sécurité du revenu des personnes âgées, notamment sur le plan de l'extension de la couverture.

Pour réaliser les ODD, les pays doivent redoubler d'efforts pour élargir encore la couverture de leurs systèmes, notamment en construisant des socles de protection sociale qui s'adressent aux personnes âgées les plus vulnérables, tout en améliorant la pertinence des prestations.

POINTS CLÉS

- La couverture sanitaire universelle, c'est-à-dire l'accès aux soins de santé essentiels et notamment aux soins de longue durée (ce qui comprend non seulement les soins de santé mais aussi les services sociaux), est indispensable à la réalisation des objectifs de développement durable (ODD) et en particulier de l'ODD 3 relatif à la couverture sanitaire universelle. Cependant, compte tenu de la pénurie de soins qui existe partout dans le monde, des millions de personnes, dont la majorité de la population rurale et des personnes âgées, ne sont pas protégées et n'ont pas accès à des soins de qualité.
- Les disparités entre zones rurales et zones urbaines sont vertigineuses: dans le monde, 56 pour cent de la population rurale est privée de couverture sanitaire contre 22 pour cent de la population urbaine. Les exclus sont souvent des personnes qui appartiennent à un peuple autochtone ou qui sont atteintes de maladies graves comme le sida. Ces inégalités sont encore aggravées par des pénuries de personnel soignant: dans les zones rurales, il manque environ 7 millions de professionnels de santé pour dispenser des soins de qualité, contre 3 millions dans les zones urbaines. En outre, les déficits de dépenses de santé par habitant sont deux fois plus importants dans les zones rurales que dans les zones urbaines. Cela signifie que le lieu de résidence décide pratiquement de la vie et de la mort des individus, comme le montrent les chiffres de la mortalité maternelle en zone rurale, qui sont 2,5 fois plus élevés qu'en zone urbaine. C'est la population rurale de l'Afrique qui est la plus mal lotie pour ce qui est de la couverture sanitaire et de l'accès aux soins de santé nécessaires.
- Des efforts importants doivent être accomplis également en direction des personnes âgées privées de couverture et d'accès aux soins de longue durée, dont le nombre ne cesse d'augmenter. En effet, comme la plupart des pays n'offrent aucune protection de soins de longue durée aux personnes âgées, plus de 48 pour cent de la population mondiale n'est pas couverte et les femmes sont les premières concernées. Egalement, une grande partie des 46,3 pour cent des personnes âgées dans le monde est exclue des soins de longue durée en raison de critères de ressources très restrictifs qui limitent ces services aux personnes pauvres. Seulement 5,6 pour cent de la population mondiale vit dans des pays dont la législation nationale prévoit une prise en charge des soins de longue durée pour l'ensemble de la population. →

POINTS CLÉS (suite)

- De nombreux travailleurs de la santé et prestataires de soins à la personne n'ont pas des conditions de travail décentes, qu'ils exercent dans le secteur public ou privé, et au sein du secteur de la santé ou non. Il n'est pas rare que ces conditions de travail aillent à l'encontre des droits de l'homme, et notamment des droits des travailleurs et des droits à la protection sociale et à la sécurité au travail, ainsi que de processus participatifs tels que le dialogue social.
- La réalisation des ODD nécessitera d'étendre la protection de la santé en assurant un accès équitable à des soins de qualité et un financement solidaire, ainsi qu'en garantissant des conditions de travail décentes et en transformant en emplois rémunérés le travail non rémunéré qui est lié à une interruption de la participation au marché du travail.
- On estime qu'à l'échelle mondiale, faute d'un effectif suffisant de personnel qualifié, 57 millions de travailleurs «bénévoles» assurent l'essentiel des soins de longue durée. La grande majorité d'entre eux sont des femmes qui ont renoncé à leur emploi, à leur revenu et à leur protection sociale pour prodiguer informellement des soins à des membres de leur famille. Remédier à la pénurie mondiale de prestataires de soins de longue durée (estimée à 13,6 millions de travailleurs formels à plein temps) facilitera l'accès à des services de qualité qui font cruellement défaut et favorisera la transformation du travail non rémunéré en emplois décents.
- Ainsi, l'actuel manque de personnel représente un potentiel d'emploi considérable. Réaliser les ODD en étendant la couverture et en comblant ce manque de personnel de la santé et des soins de longue durée contribuera au plein emploi car ce seront des millions de nouveaux emplois décents qui seront créés. En effet, pour un emploi créé dans une profession de santé comme celle de médecin ou d'infirmier, 2,3 emplois pourraient être créés dans l'économie de la santé au sens large, par exemple dans l'industrie pharmaceutique, les services administratifs ou les services d'entretien et de blanchisserie. Ainsi, la croissance économique inclusive et durable visée dans l'ODD 8 sera stimulée.

112

5.1 Conventions et normes internationales de l'OIT relatives à la protection de la santé: un cadre propice à la réalisation des objectifs de développement durable

La protection – directe et indirecte – de la santé est essentielle pour atteindre la plupart des ODD: un cadre composé d'une couverture sanitaire légale, d'un financement public suffisant et d'un effectif adéquat de personnel de santé bénéficiant de bonnes conditions de travail pour fournir des services de qualité offre la possibilité de réduire la mortalité et d'améliorer l'état de santé de la population (OMS, 2017). De ce fait, il favorise une croissance économique inclusive fondée sur une meilleure productivité et sur la création d'emplois décents pour les travailleurs de la santé, dont tous les pays ont actuellement besoin pour pouvoir instaurer la couverture sanitaire universelle.

Cependant, davantage d'efforts et de nouvelles politiques de protection de la santé suivant une «voie durable, marquée par la résilience» (Nations Unies, 2015b), sont nécessaires pour atteindre les ODD d'ici à 2030. Du fait de l'imbrication des cibles sociales,

sanitaires et économiques, des stratégies et approches intersectorielles sont nécessaires; ces cibles vont de la réduction de la pauvreté visée dans l'ODD1 et de la couverture sanitaire universelle visée dans l'ODD 3, à la croissance inclusive et au travail décent (ODD 8), l'égalité des sexes (ODD 5), la réduction des inégalités (ODD 10) et la justice et des institutions fortes (ODD 16). Pour créer un cadre propice, il convient de tenir compte de phénomènes actuels tels que le vieillissement démographique, les répercussions négatives de la conjoncture économique sur le financement de la protection de la santé, les pénuries d'effectifs et les flux migratoires, qui créent des inégalités et entravent l'accès aux soins essentiels.

Les conventions et recommandations de l'OIT ainsi que d'autres normes internationales définissent des cadres d'action, qui contiennent des orientations normatives, sur lesquels appuyer la réalisation des ODD (voir l'encadré 5.1). Les instruments de l'OIT les plus pertinents pour les ODD relatifs à la santé sont la convention (n° 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952, la recommandation (n° 202) sur les socles de protection sociale, 2012,

Encadré 5.1 Conventions et recommandations de l'OIT et autres normes internationales à l'appui de la Couverture sanitaire universelle

La Déclaration universelle des droits de l'homme (1948) et le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (1966) énoncent :

- «le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre» (article 12, paragraphe 1 du Pacte) et le droit à «un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille» (article 25, paragraphe 1, de la Déclaration);
- le droit «à la sécurité sociale, y compris les assurances sociales» (article 9 du Pacte), «en cas de maladie, d'invalidité [...] ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté» (article 25, paragraphe 1, de la Déclaration); et
- le droit à des «conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie» (article 12, paragraphe 2 d) du Pacte).

La recommandation (n° 69) de l'OIT sur les soins médicaux, 1944, souligne que «les soins médicaux devraient englober tous les membres de la communauté, qu'ils exercent ou non une occupation lucrative» (paragraphe 8); elle propose des directives complètes pour la fourniture et l'administration de soins médicaux, en particulier les caractéristiques essentielles d'un service de soins médicaux, le droit des personnes couvertes, ainsi que la portée, l'organisation, la qualité, le financement et l'administration des soins médicaux.

La convention (n° 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952, stipule que l'attribution de prestations aux personnes protégées s'impose «lorsque leur état nécessite des soins médicaux de caractère préventif ou curatif» (article 7), en cas de mauvaise santé (article 8) et de grossesse (article 8). Les prestations de soins médicaux devraient inclure :

- les soins dispensés par les médecins généralistes, notamment les visites à domicile;
- les soins spécialisés dans les hôpitaux pour les patients hospitalisés et ambulatoires, ainsi que les soins spécialisés éventuellement disponibles en dehors des hôpitaux;
- les médicaments essentiels prescrits par des médecins ou d'autres praticiens qualifiés;
- l'hospitalisation le cas échéant; et,

- les soins prénataux et postnataux, soit par des médecins ou par des sages-femmes qualifiées, avec hospitalisation si nécessaire pour la grossesse et l'accouchement et leurs conséquences.

La convention (n° 130) concernant les soins médicaux et les indemnités de maladie, 1969, et la recommandation n° 134 qui l'accompagne définissent un ensemble plus poussé de normes pour les soins médicaux que la convention n° 102. Elles élargissent la gamme des prestations en incluant les soins dentaires, la réadaptation médicale (prothèses), les aides médicales telles que les lunettes et les services de rééducation pour les convalescents. En outre, la convention n° 130 charge les Etats Membres qui ont ratifié la convention d'augmenter le nombre de personnes protégées, d'élargir l'éventail des soins médicaux fournis et de prolonger la durée des prestations de maladie.

La recommandation (n° 202) sur les socles de protection sociale, 2012, stipule que des socles nationaux de protection sociale devraient être constitués de garanties minimales garantissant à tous les nécessiteux, tout au long du cycle de vie, des soins de santé essentiels et la garantie de ressources de base (paragraphe 4 et 5), notamment les indemnités de maladie. Selon la recommandation :

- les principes d'universalité et de droit aux prestations prévus par la législation nationale doivent s'appliquer (paragraphe 3);
- tous les résidents et les enfants (paragraphe 6) doivent avoir «accès à un ensemble de biens et services définis à l'échelle nationale, comme étant des soins de santé essentiels, notamment des soins de maternité, qui réponde aux critères de disponibilité, d'accessibilité, d'acceptabilité et de qualité» (paragraphe 5 a)) (sans «risque accru de pauvreté résultant des conséquences financières de l'accès aux soins de santé essentiels» (paragraphe 8);
- des socles de protection sociale doivent être élaborés par les Etats Membres «lorsqu'ils établissent des systèmes complets de sécurité sociale» intégrant «la gamme et le niveau des prestations prévus dans la convention (n° 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952, ou dans d'autres conventions et recommandations de l'OIT relatives à la sécurité sociale comportant des normes plus avancées» (paragraphe 17).

la recommandation (n° 69) sur les soins médicaux, 1944, et la convention (n° 130) concernant les soins médicaux et les indemnités de maladie, 1969 (BIT, 2017b). D'autres conventions de l'OIT, comme la convention (n° 149) sur le personnel infirmier, 1977, jouent également un rôle important. Avec la Déclaration universelle des droits de l'homme, ces instruments internationaux envisagent une protection universelle de la santé, fondée

sur l'accès garanti aux soins de santé pour tous ceux qui en ont besoin, par le biais, au minimum, de soins de santé essentiels, de la prévention et de soins maternels. Cet accès ne devrait être entravé par aucun type d'obstacle, pas plus financier ou culturel que lié à l'âge ou à la discrimination, et devrait répondre aux critères de disponibilité, d'acceptabilité et de qualité. En outre, les conventions et recommandations pertinentes de

l'OIT soulignent la nécessité d'intégrer la protection de la santé dans des régimes de sécurité sociale au sens large, assurant par exemple un soutien financier à tous ceux qui en ont besoin et visant ainsi à briser le cercle vicieux de la maladie et de la pauvreté. De plus, les stratégies doivent être en phase avec les politiques sociales et économiques et promouvoir une activité économique productive dans l'emploi formel. Elles doivent être coordonnées avec des mesures en faveur de l'emploi formel, de la création de revenus, de l'éducation, de l'alphabétisation, de la formation professionnelle, du développement des compétences et de l'employabilité afin de réduire la précarité et de promouvoir le travail décent.

Progresser sur la voie des ODD en utilisant les conventions et recommandations de l'OIT comme cadre de référence suppose que l'extension de la couverture et de l'accès à la protection de la santé soit fondée sur les droits et non sur la charité. La législation nationale est la seule garante d'un accès équitable: elle doit garantir des modes de financement équitables, l'adéquation des prestations, l'égalité des sexes et la non-discrimination ainsi que l'inclusion sociale. Sa mise en œuvre suppose que des soins de qualité soient fournis par un nombre suffisant de prestataires de soins qualifiés bénéficiant de conditions de travail décentes.

5.2 Lacunes de la couverture sanitaire

Malgré les investissements considérables réalisés ces dernières années dans la protection de la santé, notamment dans les programmes de lutte contre le VIH et le sida, et l'action menée par des pays de tous niveaux de revenus pour étendre la couverture (encadré 5.2), beaucoup reste à faire pour atteindre les ODD, et notamment l'ODD 3 qui a trait à la couverture sanitaire universelle. Ainsi, bon nombre de personnes dans le monde ne bénéficient toujours pas d'un accès équitable aux soins de santé. Cela signifie que des crises de sécurité sanitaire telles que la récente épidémie d'Ebola dans les pays africains n'ont pas pu être traitées de manière adéquate par les pays concernés, puisque le manque de protection efficace et effective de la santé et une pénurie sans précédent de personnel de santé ont privé de soins la majorité de la population concernée. En outre, le manque d'investissement dans la protection de la santé s'est traduit par un manque d'emplois décents, notamment pour les travailleurs de la santé, et n'a pas permis de progresser vers la croissance partagée (ODD 8).

Les lacunes qui restent à combler pour atteindre la couverture sanitaire universelle dans le cadre des ODD,

et en particulier les inégalités concernant la couverture et l'accès aux soins nécessaires, sont manifestes au sein de certaines catégories de population, comme les populations rurales et les personnes âgées. Ces catégories comprennent des sous-catégories particulièrement vulnérables telles que les populations autochtones et les personnes atteintes du VIH/sida.

Malheureusement, il existe peu de données mondiales, régionales et nationales sur la couverture sanitaire et l'accès aux services de telle ou telle catégorie de population et, lorsqu'il en existe, elles ne sont guère comparables au niveau international. C'est pourquoi le BIT a conçu des bases de données qui mettent en évidence les inégalités, entre les populations rurales et les populations urbaines par exemple (tableau B.13 de l'annexe IV), ainsi que les besoins non satisfaits de soins de longue durée des personnes âgées (tableau B.14 de l'annexe IV). Le but est de mesurer les paramètres clés de la couverture et de l'accès aux soins de santé à la lumière de la recommandation n° 202 (Scheil-Adlung et Bonnet, 2011): couverture légale, accessibilité financière – notamment pour ce qui est des dépenses nettes à la charge des patients, disponibilité des soins évaluée sur la base d'un nombre suffisant de travailleurs qualifiés offrant des services de qualité et une protection financière.

En outre, pour le suivi de l'ODD 8 (travail décent et croissance économique), des estimations des perspectives d'emploi qu'offrent les investissements effectués en vue de la couverture sanitaire universelle sont réalisées selon l'approche des chaînes d'approvisionnement mondiales, c'est-à-dire pour toutes les activités nationales et transnationales nécessaires à la production de biens et à la prestation de services de santé dans les secteurs public et privé (tableau B.15 de l'annexe IV). Entrent dans ces activités l'approvisionnement en matières premières, destinées à la fabrication des médicaments par exemple, la transformation de celles-ci en produits finis et les phases de conception, production, distribution et livraison qu'elle comporte.

5.2.1 Vers la couverture sanitaire universelle: écart entre les zones rurales et les zones urbaines aux échelons régional et mondial

Pour toutes les catégories de population, y compris les populations rurales, le droit à la protection de la santé est la clé de l'égalité d'accès aux soins de santé. Cependant, nous constatons au niveau mondial que le déficit de couverture en zone rurale est 2,5 fois plus

élevé qu'en zone urbaines (figure 5.1): 56 pour cent de la population rurale reste dépourvue de couverture légale de santé contre 22 pour cent de la population urbaine. Souvent, les sous-catégories vulnérables telles que les populations autochtones et les personnes vivant avec le VIH et le sida sont particulièrement concernées.

C'est en Afrique et en Asie que l'exclusion des populations rurales est la plus marquée (figure 5.2). En Afrique, plus de 80 pour cent de la population rurale est exclue du droit à la protection de la santé, contre 60 pour cent de la population urbaine. En Asie, 56 pour cent de la population rurale, contre 24 pour cent de la population urbaine, est privée de couverture légale. Ainsi, la part de la population exclue de la législation est plus élevée en Afrique, mais les inégalités entre populations rurales et urbaines sont plus fortes en Asie. Dans toutes les régions, cependant, la population rurale est nettement défavorisée en matière de couverture légale par rapport à la population urbaine.

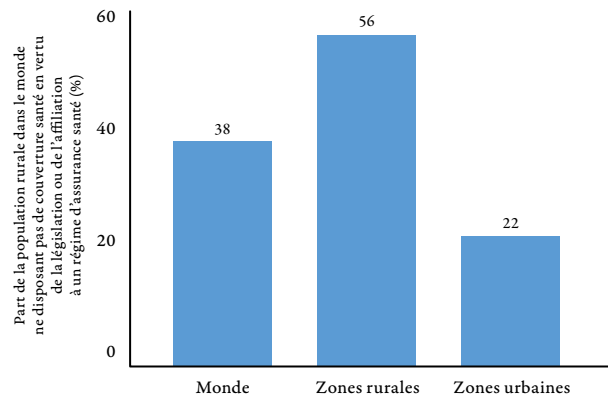
L'une des raisons du retard des zones rurales par rapport aux zones urbaines sur la voie de la couverture sanitaire universelle tient au fait que la pénurie de personnel de santé est nettement plus accusée dans les premières et entraîne de fortes inégalités dans l'accès aux services de santé. De fait, il manque au niveau mondial quelque 7 millions de professionnels de santé en zones rurales, contre 3 millions en zones urbaines (figure 5.3).

Cela signifie qu'à l'échelle mondiale plus de la moitié de la population rurale n'a pas accès aux soins de santé à cause de la pénurie de personnel (figure 5.4). La situation est très grave en Afrique où 77 pour cent de la population rurale, contre 50 pour cent de la population urbaine, n'a pas accès aux services nécessaires pour cette raison.

La population rurale étant privée d'accès aux soins de santé à plusieurs titres, elle est obligée de débours des montants importants pour être soignée, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, comme le montre la figure 5.5. C'est dans les zones rurales de l'Afrique et de l'Asie que les dépenses nettes à la charge des patients sont les plus élevées, c'est-à-dire qu'elles dépassent 50 pour cent des dépenses totales de santé. Par exemple, dans un pays comme le Tchad, ces dépenses représentent 80,4 pour cent des dépenses totales de santé de la population rurale contre 45,2 pour cent pour la population urbaine, et, au Pakistan, les pourcentages correspondants sont respectivement de 70,9 et 42,2 pour cent (tableau 5.1).

Le montant élevé des dépenses nettes à la charge des patients dans les zones rurales tient également à un sous-financement largement supérieur à celui que

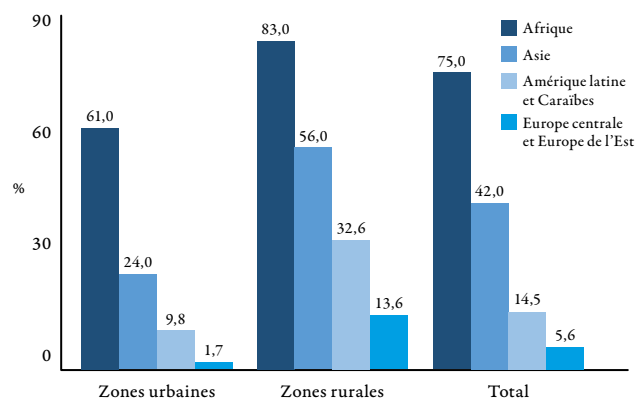
Figure 5.1 Pourcentage de la population rurale mondiale qui n'est protégée ni par la législation ni par rattachement ni par une assurance-maladie, 2015



Source: Scheil-Adlung, 2015a.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=54664>.

Figure 5.2 Déficit de couverture légale en zones urbaines et rurales par région, 2015 (en pourcentage de la population)



Source: Scheil-Adlung, 2015a.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=54665>.

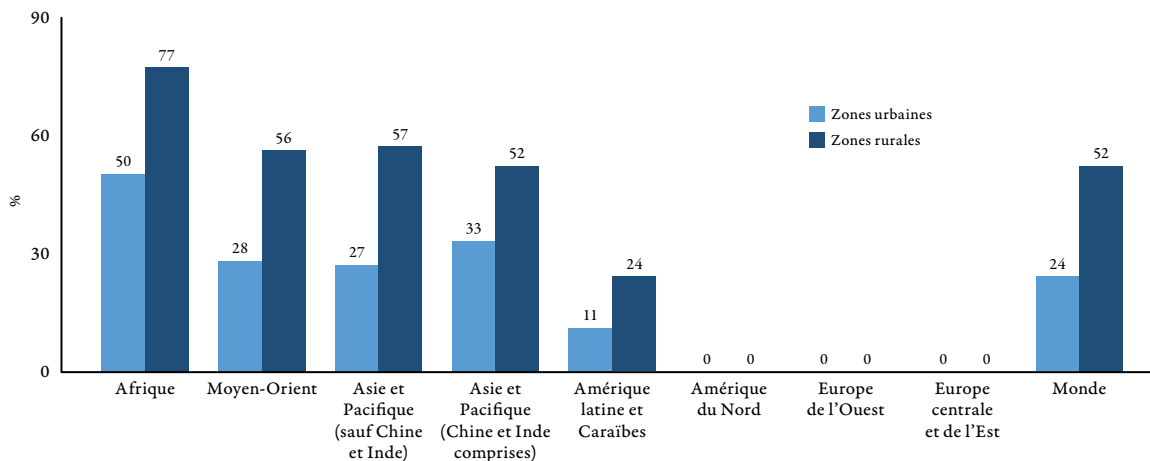
Figure 5.3 Pénurie mondiale de personnel de santé, zones rurales et zones urbaines



Source: Scheil-Adlung, 2015a.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=54666>.

Figure 5.4 Populations rurales et urbaines privées d'accès aux services de santé à cause de la pénurie de personnel de santé (en pourcentage)

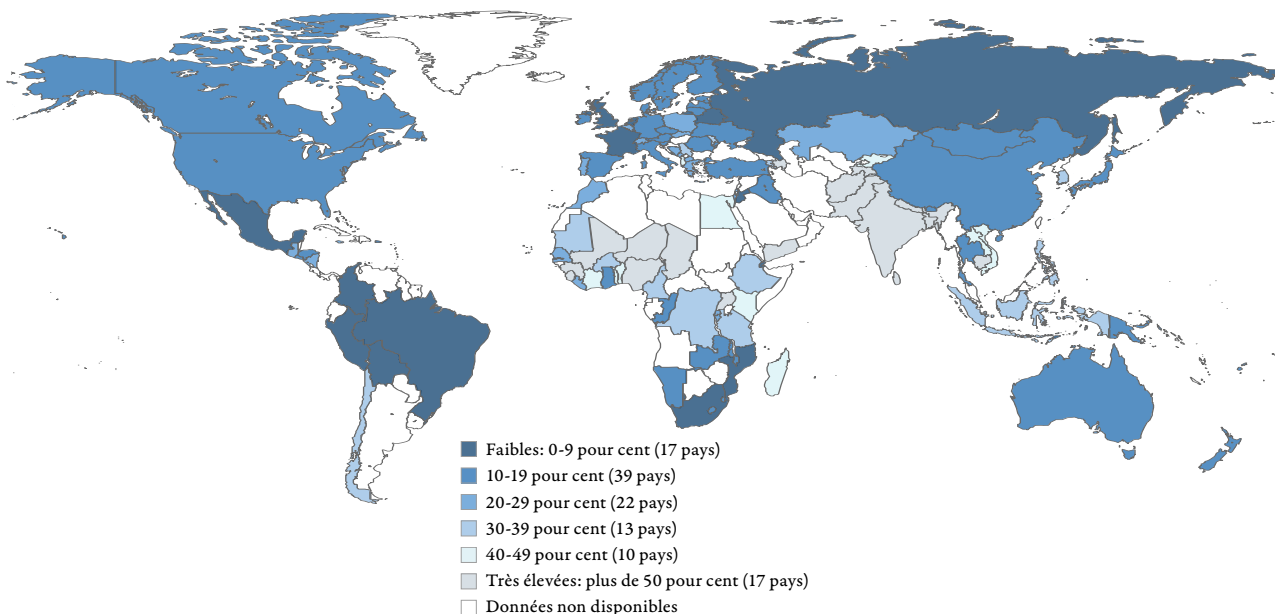


Source: Scheil-Adlung, 2015a.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=54667>.

116

Figure 5.5 Dépenses nettes à la charge des patients dans les dépenses totales de santé de la population rurale, 2015



Source: Scheil-Adlung, 2015a.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=54668>.

connaissent les zones urbaines: on estime que ce sous-financement prive d'une couverture santé adéquate 63 pour cent de la population rurale contre 33 pour cent de la population urbaine (Scheil-Adlung, 2015a).

L'analyse mondiale fait apparaître un retard important dans la réalisation des ODD: les populations rurales connaissent des exclusions et des déficits plus sévères que les populations urbaines. Au niveau national, ces inégalités peuvent être plus ou moins

marquées, comme le montrent les études portant sur le Cambodge et le Nigéria (encadré 5.2).

Compte tenu des données relatives aux inégalités et aux déficits d'accès des populations rurales à l'échelle mondiale, on peut conclure que, dans tous les pays, la réalisation des ODD 1 et 3 exigera des efforts considérables de la part des pouvoirs publics, des partenaires sociaux et autres décideurs. Pour qu'elles soient efficaces, les politiques visant à réduire la fracture villes/

Tableau 5.1 Dépenses nettes à la charge des patients en pourcentage des dépenses totales de santé dans les zones rurales et les zones urbaines de pays sélectionnés, 2015

Région/pays	Dépenses nettes à la charge des patients en pourcentage des dépenses totales de santé		
	Total	Zones urbaines	Zones rurales
Afrique			
Niger	60,5	40,6	64,7
Tchad	72,7	45,2	80,4
Asie			
Inde	61,8	49,8	67,2
Pakistan	60,6	42,2	70,9

Source: Scheil-Adlung, 2015a.
Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=54787>.

campagnes nécessiteront des stratégies axées sur l'équité pour étendre la protection de la santé aux zones rurales et une coordination avec d'autres domaines d'action

pour réduire la pauvreté et favoriser la création de revenus, tout en créant des possibilités d'emploi en milieu rural pour les professionnels de santé.

Encadré 5.2 Perspectives nationales sur les disparités rurales-urbaines et les inégalités en matière de protection de la santé: les cas du Cambodge et du Nigéria

Au **Cambodge**, où les soins de santé primaires sont organisés à l'échelon du district, la qualité des soins et le financement de la santé sont des problèmes persistants. Tel est plus particulièrement le cas pour la population rurale, qui constitue environ 80 pour cent de la population.

Au cours des vingt dernières années, le gouvernement central a tenté de résoudre ces problèmes, notamment par la Charte de financement de la santé de 1996, qui visait à réglementer le montant des frais à verser pour l'utilisation des services de santé.

Toutefois, le gouvernement considère que les usagers ne bénéficient que d'une faible proportion du financement de la santé publique et que de ce fait les dépenses nettes à la charge des patients restent élevées et le secteur privé continue de se développer. Les préoccupations concernant le coût et la qualité des services de santé publique ont conduit à l'essor du secteur privé de la santé et à la faible utilisation des services de santé. C'est pourquoi des initiatives ont été prises pour résoudre ces problèmes chroniques, parmi lesquelles la mise en place de fonds d'investissement pour la santé; certaines ont donné de bons résultats mais elles ne fonctionnent souvent qu'au niveau local.

En conséquence, couverture et accès sont très insatisfaisants: quels que soient les indicateurs (lacunes dans la couverture légale, exclusion due au manque de personnels de santé, déficits financiers, dépenses nettes à la charge des patients et taux de mortalité maternelle), la population rurale est nettement moins bien lotie que la population urbaine (figure 5.6). L'écart le plus frappant entre zones urbaines et zones rurales est celui qui caractérise les dépenses nettes à la charge

des patients en pourcentage des dépenses totales de santé, ce qui donne à penser que le financement de la santé publique profite moins aux usagers des zones rurales qu'à ceux des zones urbaines.

Comme de nombreux autres pays africains, le **Nigéria** connaît une urbanisation rapide, environ la moitié de la population actuelle vivant en zone urbaine. Trois décennies d'instabilité politique et de crise économique ont conduit à une détérioration du système de santé et à de piètres résultats pour les indicateurs de santé nationaux.

Les dépenses publiques de santé sont faibles, même par rapport à d'autres pays d'Afrique subsaharienne. Les structures de gouvernance du secteur de la santé sont fragiles, de sorte qu'un vaste secteur privé s'est développé et que la majorité des services de santé sont fournis par des prestataires privés. L'effectif du personnel de santé est relativement important par rapport à d'autres pays africains, mais la planification et la gestion de ces ressources humaines sont plutôt médiocres (Kombe et coll., 2009), d'où une très mauvaise répartition des prestataires de soins disponibles.

Cette situation se reflète dans l'évaluation nationale fondée sur les indicateurs d'accès aux soins du BIT (figure 5.7), qui met en évidence:

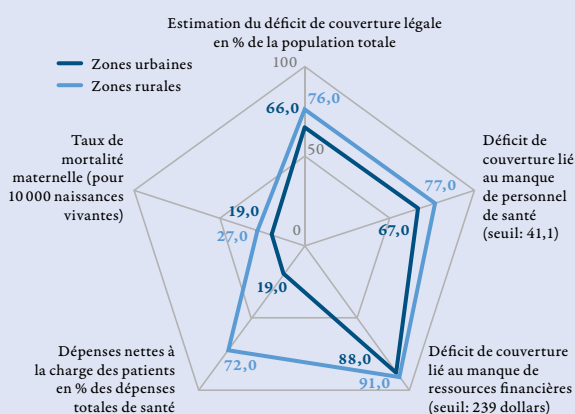
- des taux de couverture légale extrêmement faibles
- un déficit d'accès au personnel de santé plus important que dans d'autres pays d'Afrique subsaharienne
- un déficit financier très élevé
- d'importantes dépenses nettes à la charge des patients
- des niveaux élevés de mortalité maternelle. →

Encadré 5.2 (suite)

Nous observons que pour trois des cinq indicateurs (déficit d'accès au personnel de santé, déficit financier et mortalité maternelle) la population rurale du Nigéria est défavorisée par rapport à la population urbaine. Pour les deux autres indicateurs (couverture légale et dépenses nettes à la charge des patients), il n'y a quasiment aucune différence entre les zones urbaines et les zones rurales. Dans le cas de la couverture légale,

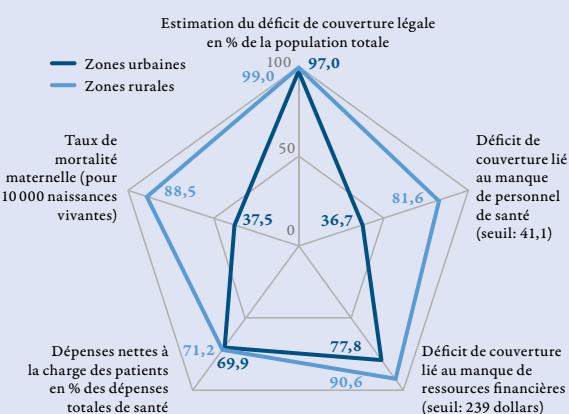
cela s'explique par le fait qu'aucun Nigérien ou presque n'en bénéficie, qu'il réside en zone urbaine ou rurale. Pour ce qui est des dépenses nettes à la charge des patients, ce résultat incite à penser que le système de santé publique fonctionne mal aussi bien en zone urbaine qu'en zone rurale, ce qui amène la population à se tourner vers des prestataires privés.

Figure 5.6 Déficients de couverture sanitaire et d'accès aux soins de santé dans les zones rurales et urbaines du Cambodge, 2015



Source: Scheil-Adlung, 2015a.
Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=54669>.

Figure 5.7 Déficients de couverture sanitaire et d'accès aux soins de santé en zones rurales et urbaines au Nigéria, 2015



Source: Scheil-Adlung, 2015a.
Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=54670>.

5.2.2 Soins de longue durée: couverture mondiale et régionale

Les soins de longue durée sont un autre sujet de préoccupation concernant les lacunes à combler pour atteindre les ODD. Ce sont surtout les personnes âgées en perte d'autonomie du fait de leur état physique ou mental, qui en ont besoin. Ils incluent l'aide aux activités de la vie quotidienne, la gestion des médicaments et la prestation de services de santé de base. Malgré le vieillissement de la population mondiale, ces besoins des personnes âgées – qui requièrent une part sans cesse croissante des services sanitaires et sociaux – sont très peu pris en compte par les responsables politiques, des pays en développement comme des pays développés. Là où ils sont prodigués, les soins de longue durée répondent à peine aux exigences fondamentales en matière de protection sociale, de mise à disposition de services de qualité à un coût abordable et de financement public. D'où la quasi-inexistence de régimes de protection sociale et de systèmes centrés sur les besoins de soins de longue durée des personnes âgées. Les rares

pays qui prodiguent ce genre de services les soumettent généralement à des conditions de ressources, dans une optique d'assistance sociale, se souciant peu de la cherté et de la rareté des services proposés, même pour les personnes relativement aisées. De ce fait, les femmes se trouvent souvent contraintes de quitter le marché du travail pour s'occuper de leurs proches.

Derrière cette indifférence face au besoin criant de soins de longue durée, il y a l'idée que ces soins seront prodigués «gratuitement» par des femmes de la famille non rémunérées. Il s'agit pourtant d'une illusion car les soins familiaux coûtent cher en raison du manque à gagner pour celles qui les prodiguent et du risque de paupérisation ultérieure qui les menace, par exemple en cas de maladie, d'accident ou de vieillesse, pour ne pas avoir eu de protection sociale pendant les périodes consacrées au travail d'aidant. De plus, la prestation de soins de longue durée exige plus que de la compassion: elle nécessite des travailleurs qualifiés, capables de fournir des services de qualité, ainsi que la couverture des dépenses afférentes. Comme les soins de santé, les soins de longue durée peuvent être financés par l'impôt

Tableau 5.2 Principaux modes d'organisation et de financement des soins de longue durée

Mode d'organisation	Financement	Mécanisme de financement	Pays
Régime spécifique pour les soins de longue durée	Cotisations (assurance sociale)	<ul style="list-style-type: none"> Mutualisation des risques par l'assurance sociale Participation financière 	Allemagne Japon
Assistance sociale	Impôt	<ul style="list-style-type: none"> Impôt Participation financière requise 	Suède
Régimes et systèmes mixtes (assurance-maladie et assistance sociale)	Impôt Cotisations (assurance sociale)	<ul style="list-style-type: none"> Mixte (impôt et assurance sociale) Participation financière requise 	Royaume-Uni France Afrique du Sud

Source: Scheil-Adlung, 2015b.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourcelid=54803>.

ou des cotisations, voire les deux à la fois, dans le cadre de régimes d'assurance sociale comme en Allemagne ou de systèmes nationaux comme en Suède. Le tableau 5.2 donne un aperçu des modes les plus courants d'organisation et de financement des soins de longue durée.

On peut s'attendre à ce que la plupart des besoins en soins de longue durée se fassent sentir dans les pays et les régions qui ont une forte proportion de personnes de plus de 65 ans. A l'heure actuelle, c'est la région Asie-Pacifique qui compte la plus forte proportion de personnes âgées (53 pour cent), suivie de l'Europe (23 pour cent), des Amériques (17 pour cent) et de l'Afrique (7 pour cent) (figure 5.8).

Le bénéfice de la couverture légale – le droit aux soins de longue durée inscrit dans la législation nationale – reste un rêve pour la plupart des personnes âgées du monde: le déficit de couverture est de 100 pour cent par rapport aux ODD dans des pays sélectionnés de toutes les régions. Ces pays sont par exemple l'Algérie, le Ghana et le Nigéria, en Afrique; l'Argentine, le Brésil et le Canada dans les Amériques; l'Inde et la Thaïlande dans la région Asie-Pacifique; la Slovaquie et la Turquie, en Europe. Très peu de pays, situés principalement en Europe, assurent une couverture universelle: il s'agit notamment de l'Allemagne, de la Belgique et du Danemark et, en Asie, du Japon (figure 5.9).

Ainsi, 48 pour cent de la population mondiale n'est pas couverte pour les soins de longue durée et 46,3 pour cent ne l'est que très partiellement. En outre, lorsque la couverture est assurée, des conditions de ressources souvent restrictives et des critères d'admission rigides bloquent l'accès aux services (Scheil-Adlung, 2015b).

Qui plus est, en raison de la pénurie de professionnels qualifiés, l'offre de soins de longue durée est très limitée, y compris pour les personnes qui bénéficient d'une protection et qui auraient les ressources nécessaires. A l'échelle mondiale, seul un très faible nombre de travailleurs formels est disponible pour prodiguer des soins de longue durée aux personnes qui en ont

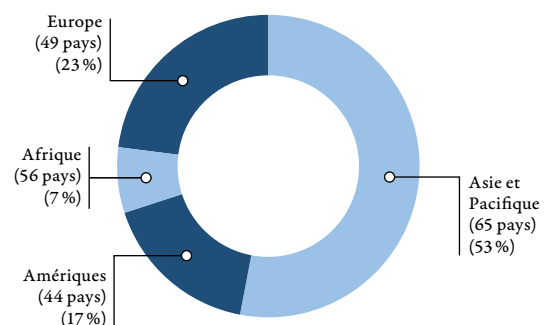
besoin. Ils sont 11,9 millions en tout et inégalement répartis: 0,1 million en Afrique, 4,5 millions en Asie-Pacifique, 3,4 millions dans les Amériques et 3,9 millions en Europe. Des estimations récentes ont montré que ces chiffres étaient très insuffisants, puisque l'effectif manquant serait de 13,6 millions (figure 5.10) pour un seuil relatif de 4,2 travailleurs formels à plein temps pour 100 personnes âgées de plus de 65 ans.

Par conséquent, plus de la moitié des personnes âgées dans le monde n'ont pas accès à des soins de longue durée en raison du nombre insuffisant de professionnels qualifiés. C'est en Afrique que la proportion d'exclus est la plus élevée (92,3 pour cent) et dans les Amériques qu'elle est la plus faible (14,7 pour cent) (figure 5.11).

La situation au niveau national est illustrée dans l'encadré 5.3 avec l'exemple du Ghana.

Compte tenu de la pénurie importante de travailleurs qualifiés dans le domaine des soins de longue durée, qui sévit dans toutes les régions du monde, environ 57 millions de travailleurs «bénévoles» non rémunérés combler les manques. Ce sont souvent des femmes qui ont dû quitter un emploi formel pour

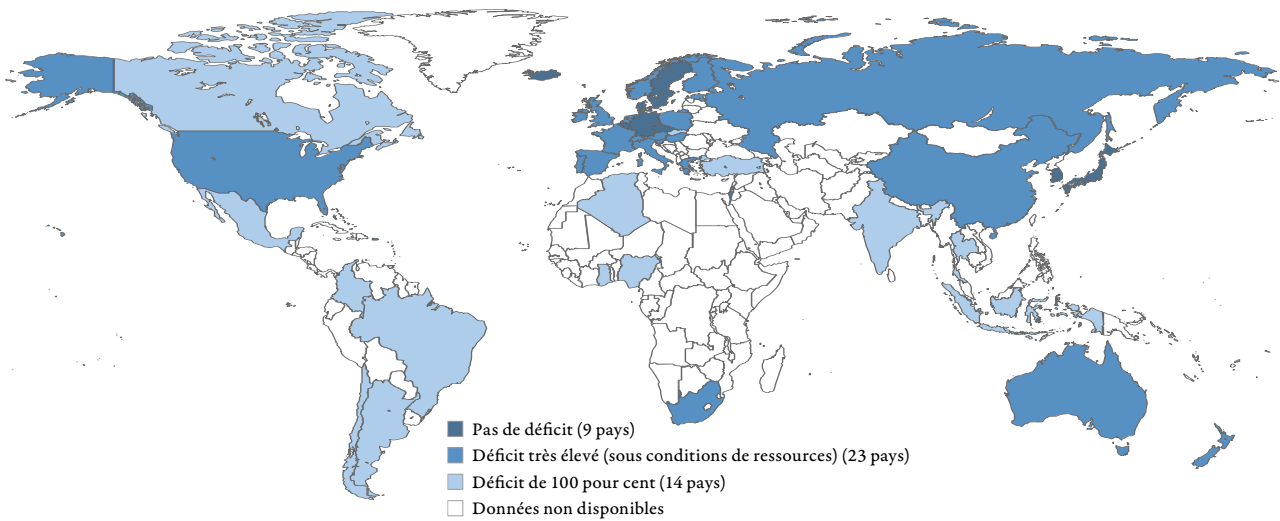
Figure 5.8 Répartition de la population mondiale âgée de plus de 65 ans, par région, 2013 (en pourcentage)



Source: Banque mondiale – base de données des indicateurs du développement dans le monde.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourcelid=54671>.

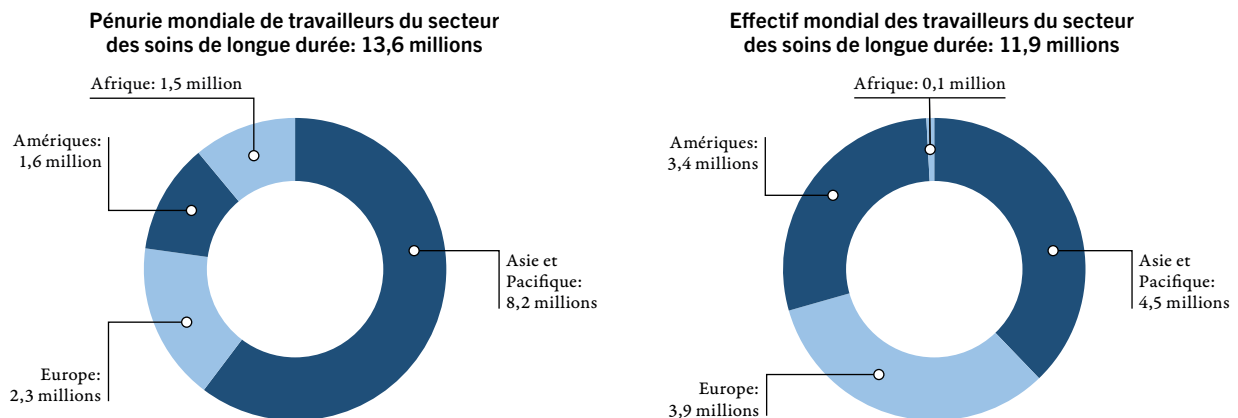
Figure 5.9 Soins de longue durée: déficit de couverture légale, 2015 (en pourcentage de la population)



Source: A partir de Scheil-Adlung, 2015b.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=54672>.

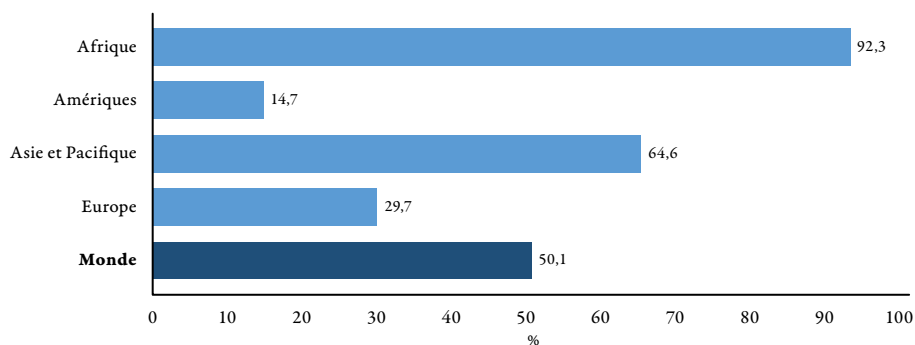
Figure 5.10 Travailleurs du secteur des soins de longue durée et pénurie de personnel pour parvenir à la couverture universelle, par région, 2015



Source: A partir de Scheil-Adlung, 2015b.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=54673>.

Figure 5.11 Population de plus de 65 ans privée de soins de longue durée faute de personnel, par région, 2015 (en pourcentage)



Source: A partir de Scheil-Adlung, 2015b.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=54674>.

Encadré 5.3 Les soins de longue durée au Ghana

Au **Ghana**, on observe un besoin important de soins de longue durée: plus de 40 pour cent de la population de plus de 75 ans déclare avoir besoin d'une aide au moins partielle (He, Muenchrath et Kowal, 2012). Cela s'explique par le fait que 88,1 pour cent des personnes âgées de plus de 70 ans souffrent d'au moins un handicap fonctionnel, 63,4 pour cent ont des difficultés à se déplacer, 35,8 pour cent ont du mal à effectuer les tâches de la vie quotidienne et 74,3 pour cent font état de problèmes cognitifs.

Comme le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus va doubler au cours des trente-cinq prochaines années, le besoin de soins de longue durée augmentera et l'approche traditionnelle du soutien fourni par des membres de la famille ne sera plus suffisante même si l'on continue de considérer qu'il revient à la famille élargie d'apporter de l'aide aux personnes âgées nécessitant des soins de longue durée: le système de soutien familial est de plus en plus mis à mal par les processus de modernisation et de mondialisation, par exemple lorsque les jeunes migrent vers les villes ou à l'étranger. En conséquence, les

liens familiaux se sont déjà affaiblis. Dans les zones urbaines, en particulier, la famille élargie disparaît au profit de la famille nucléaire (Tawiah, 2011). Aujourd'hui, 10 pour cent des personnes âgées de 65 ans et plus vivent seules (Ghana GSS, 2013).

Ces données témoignent d'un besoin urgent de services de soins de longue durée, mais la législation nationale ne garantit pas un droit d'accès des personnes âgées à de tels services (tableau 5.3). De plus, il n'existe pas de financement public ni de système public de soins de longue durée dispensés par un personnel spécialisé. Par conséquent, la totalité de la population âgée de plus de 65 ans n'a pas accès à des soins de qualité prodigués par de véritables professionnels. Un effectif total de 37 436 travailleurs formels serait nécessaire. Le secteur privé comble en partie les besoins en offrant des services de soins de longue durée à domicile à ceux qui en ont les moyens (*ibid.*). L'ONG HelpAge Ghana dispense des soins aux personnes âgées en tant qu'organisme de bienfaisance, mais seulement dans quelques régions du pays (*ibid.*).

Tableau 5.3 Déficiences de soins de longue durée à combler pour atteindre une couverture universelle au Ghana

Couverture et accès des personnes âgées de plus de 65 ans aux soins de longue durée	Valeur
Déficit de la couverture légale rapporté à la population de plus de 65 ans	100
Dépenses publiques par personne de plus de 65 ans rapportées au PIB par habitant en 2013	0
Dépenses publiques rapportées au PIB, moyenne de 2006-10	0
Déficit de couverture rapporté au nombre de personnes de plus de 65 ans non couvertes faute de ressources financières (seuil relatif: 1 461,8 dollars E.-U. en PPA)	100
Travailleurs formels à plein temps pour 100 personnes âgées de plus de 65 ans	0
Déficit de couverture rapporté au nombre de personnes de plus de 65 ans non couvertes faute de professionnels (seuil relatif: 4,2 travailleurs formels à plein temps pour 100 personnes de plus de 65 ans)	100
Nombre de professionnels nécessaires pour combler les besoins	37 436

Source: Estimations réalisées par le BIT à partir de Ghana GSS, 2013, et UNWPP.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourcesDownload.action?ressource.ressourceId=54788>.

prodiguer des soins de longue durée à un membre de leur famille (Scheil-Adlung, 2016).

En raison des faibles taux de couverture et d'un montant de l'allocation qui est souvent insuffisant pour couvrir les coûts réels, les patients de presque tous les pays qui dispensent des soins de longue durée doivent acquitter des frais nets dont les proportions varient. De fait, la proportion de la population âgée de ces pays qui doit ainsi contribuer au financement des soins est très élevée puisqu'elle peut atteindre 86,5 pour cent, comme en Belgique (tableau 5.4); ces frais à charge pèsent considérablement sur le revenu des ménages (Scheil-Adlung, 2015b).

5.3 Potentiel de création d'emplois de l'investissement dans la couverture sanitaire universelle

La réalisation des ODD et de la couverture sanitaire universelle ne sera pas possible sans un nombre suffisant d'emplois décents dans le domaine de la santé – pas seulement des médecins et des infirmiers, mais aussi d'autres professions, pour l'administration ou l'entretien des établissements, par exemple. En prenant soin de la santé des personnes qui en ont besoin, ces travailleurs contribuent à l'amélioration de la productivité et donc à la croissance économique.

Tableau 5.4 Part de la population de plus de 65 ans qui acquitte des frais nets pour les soins de longue durée (à domicile et en établissement), pays sélectionnés, 2015

Pays	Pourcentage des plus de 65 ans qui acquittent des frais nets pour les soins de longue durée
Allemagne	56,3
Autriche	65,6
Belgique	86,5
Espagne	66,0
France	75,3
Italie	73,7
Pays-Bas	80,2
Suède	83,4

Source: Scheil-Adlung, 2015b.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourcelid=54789>.

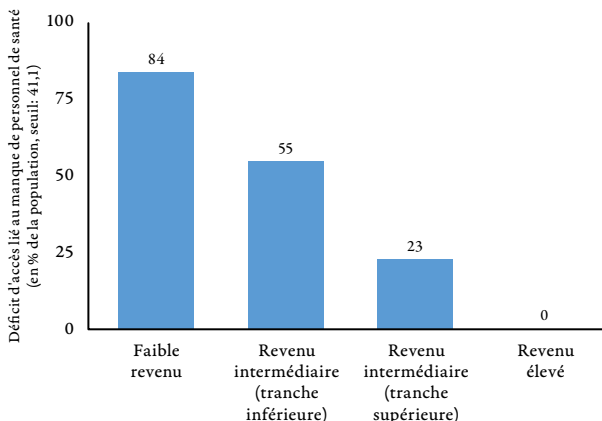
122

Le monde connaît actuellement une pénurie sans précédent de personnel de santé, qui non seulement empêche des millions de personnes d'améliorer leur état de santé mais encore, en faisant baisser la productivité et l'emploi, entraîne une perte de croissance économique. Cette pénurie est comblée en grande partie par des aidants non rémunérés, des femmes bien souvent, qui s'occupent des aînés de la famille et d'autres proches.

Transformer ce travail non rémunéré en emplois formels est un moyen d'améliorer les résultats dans le domaine de la santé, de créer des millions d'emplois et de stimuler la croissance économique. La production des biens et services nécessaires exige la création d'emplois dans l'économie de la santé au niveau national et dans les chaînes de valeur mondiales du secteur de la santé. Dans ce contexte, l'expression «chaîne de valeur» désigne la succession d'activités économiques nationales et transnationales nécessaires pour produire les biens et services qui concourent à la réalisation d'objectifs de santé tels que la couverture sanitaire universelle, à savoir la transformation des matières premières qui entrent dans la fabrication des médicaments et les phases de conception, de production, de distribution et de livraison.

Si les emplois ainsi créés s'accompagnent de salaires décents, d'une protection sociale et du respect des droits au travail, ils seront extrêmement rentables, surtout dans les pays où la couverture santé laisse à désirer et qui ont un vaste marché du travail informel. Et le retour sur investissement sera d'autant plus important

Figure 5.12 Déficit d'accès aux soins de santé lié au manque de personnel dans le secteur de la santé, selon le niveau de revenu des pays, 2014 (en pourcentage de la population totale)



Note: Calculs réalisés sur la base de l'indicateur de déficit d'accès du BIT, avec un seuil de 41,1 agents de santé pour 10000 habitants. Pour des précisions sur la méthode, voir BIT, 2014a.

Source: Scheil-Adlung, Behrendt et Wong, 2015.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourcelid=54675>.

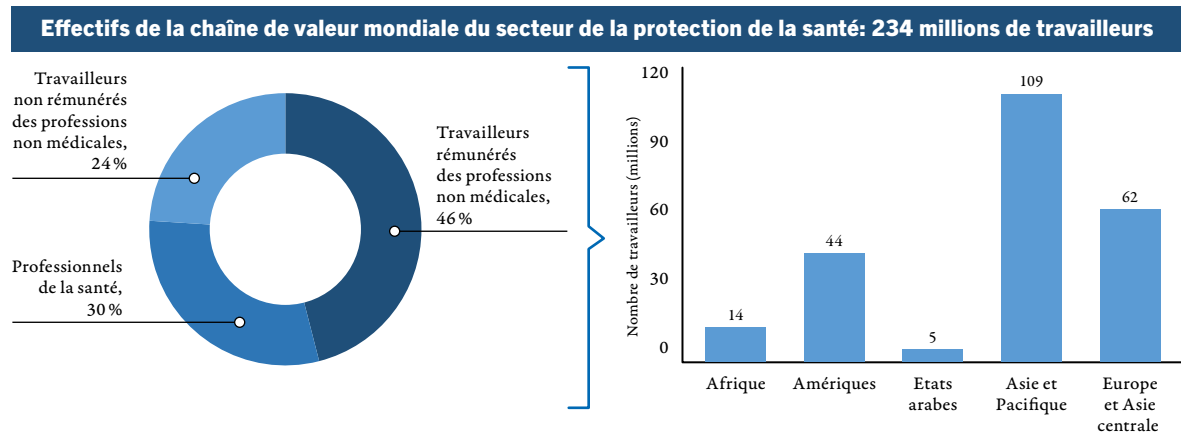
que le potentiel économique des femmes, qui avaient dû quitter le marché du travail faute de personnel soignant qualifié, sera libéré. Ainsi, l'investissement dans la protection de la santé est une source durable d'emplois au niveau national et génère ainsi une croissance économique inclusive.

Actuellement, 84 pour cent de la population des pays à faible revenu n'a pas accès à des soins de santé à cause de la pénurie de personnel, et dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, ce pourcentage dépasse 50 pour cent (figure 5.12).

Sont pris en compte dans les effectifs manquants non seulement les professionnels de la santé mais aussi les travailleurs d'autres professions, tels que les informaticiens, les administrateurs et les agents d'entretien, ainsi que la vaste catégorie des travailleurs non rémunérés qui dispensent des soins formels ou informels. Ensemble, ces travailleurs constituent les effectifs de l'économie de la santé et exercent dans de nombreux secteurs autres que celui de la santé, comme l'industrie pharmaceutique et les services.

À l'heure actuelle, les effectifs de la chaîne de valeur mondiale du secteur de la santé sont estimés à 234 millions de travailleurs, dont environ 100 millions en Asie-Pacifique, 62 millions en Europe et Asie centrale, 44 millions dans les Amériques et 14 millions en Afrique (figure 5.13). Les travailleurs des professions non médicales représentent 46 pour cent de l'ensemble de ces effectifs, soit davantage que les professionnels de

Figure 5.13 Volume et composition des effectifs de la chaîne de valeur mondiale du secteur de la protection de la santé, 2016 (en pourcentage)



Source: Scheil-Adlung, 2016.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=54676>.

santé, qui en constituent 30 pour cent. De plus, 24 pour cent sont des «bénévoles» non rémunérés exerçant des professions non médicales.

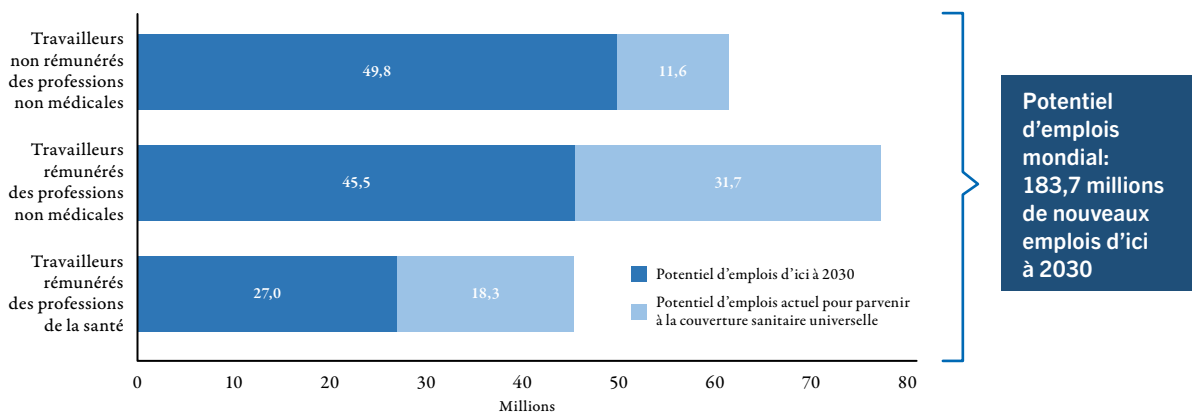
Puisque le volume actuel des effectifs est insuffisant pour atteindre la couverture sanitaire universelle, combler les importantes lacunes et pénuries recensées exigera des efforts non négligeables. Il faudra investir dans la formation du personnel nécessaire et créer un nombre suffisant d'emplois décents dans l'économie formelle.

Pour combler les déficits et assurer la couverture sanitaire universelle, il manque actuellement 50 millions d'emplois rémunérés dans le monde, selon les

valeurs médianes calculées en fonction de la population¹, soit 18,3 millions de professionnels de santé et 31,7 millions de travailleurs de professions non médicales (figure 5.14).

En d'autres termes, pour que les objectifs de santé puissent être réalisés, tout investissement dans un emploi de médecin ou d'infirmier devrait entraîner la création d'emplois pour 2,3 travailleurs de professions non médicales. Cela contredit par conséquent l'idée reçue selon laquelle l'investissement dans la protection de la santé ne crée des emplois que pour les médecins et les infirmiers. En effet, c'est dans les professions non

Figure 5.14 Potentiel actuel et futur d'emplois rémunérés et non rémunérés dans les professions médicales et non médicales pour parvenir à la couverture sanitaire universelle, en millions, secteurs public et privé, 2016 ou dernière année disponible



Source: Calculs du BIT.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=54677>.

¹ Pour des précisions sur la méthode, voir Scheil-Adlung, 2016.

médicales (dans lesquelles les salaires sont en général modestes), telles que celles de l'administration, de l'entretien et de la maintenance, des transports, du commerce de gros et de détail, exercées au sein du secteur de la santé et au-delà, que l'emploi est le plus stimulé.

D'ici à 2030, la croissance démographique mondiale rendra nécessaire la création d'emplois supplémentaires dans toutes les professions pour assurer la couverture universelle: 27 millions dans les professions médicales et 45,5 millions d'emplois rémunérés dans les professions non médicales.

Le potentiel actuel et futur de création d'emplois dans les professions médicales et non médicales rémunérées des secteurs public et privé de l'économie mondiale de la santé est de 122,3 millions d'emplois. De plus, il conviendra de transformer le travail «bénévole» non rémunéré en emplois formels rémunérés et de combler ainsi les pénuries de personnel, signalées par le fait que les aidants actuels ont renoncé à leur emploi et à leur revenu, réduit leur temps de travail ou pris une retraite anticipée pour s'occuper de membres de leur famille. Ce sont donc en tout 183,7 millions d'emplois supplémentaires qui pourraient être créés à l'échelle mondiale.

Cependant, les travailleurs manquants et leurs emplois ne sont pas équitablement répartis dans le monde: les pays à revenu faible et intermédiaire (tranche inférieure) d'Afrique, d'Asie et du Pacifique sont particulièrement défavorisés. La majorité des emplois devront être créés en Asie (43 millions) et en Afrique (32 millions) (figure 5.15).

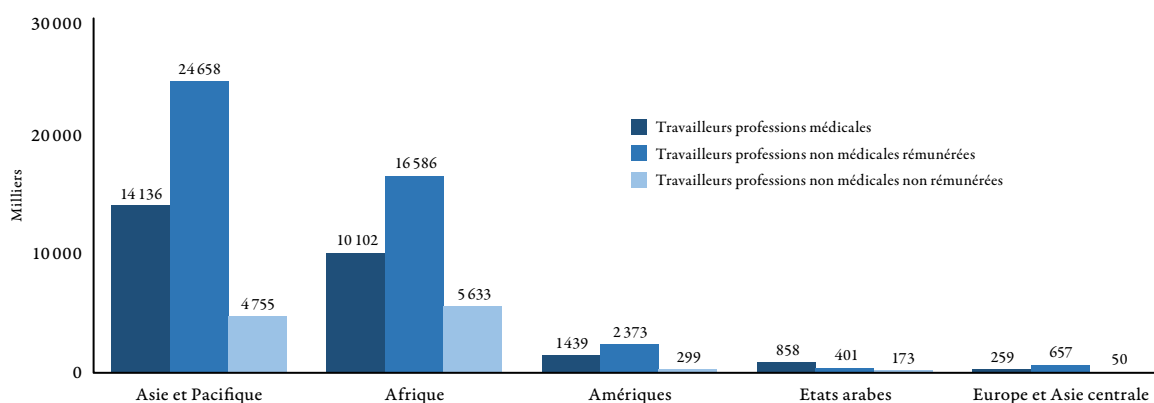
A la lumière de ces données, nous pouvons conclure qu'investir dans la protection de la santé permettra non seulement d'améliorer les résultats de l'action

dans ce domaine, mais aussi de créer des millions d'emplois dans les économies nationales de la santé et les chaînes de valeur mondiales qui produisent les biens et services nécessaires à la couverture sanitaire universelle. Créer les emplois manquants en garantissant des salaires décents, la protection sociale et les droits au travail sera extrêmement rentable, en particulier dans les pays où la couverture santé laisse à désirer et qui ont un vaste marché du travail informel. Et le retour sur investissement pourrait être énorme si le potentiel économique des femmes, qui ont dû quitter le marché du travail faute de personnel soignant qualifié, est exploité. Ainsi, l'investissement dans la protection de la santé peut être considéré comme une source durable d'emplois au niveau national, qui génère une croissance économique inclusive.

5.4 Priorités d'action pour atteindre la couverture sanitaire universelle

La réalisation des ODD relatifs à la santé et à la pauvreté, ainsi que de l'ODD 8 sur le travail décent et une croissance durable, nécessite de réorienter l'action vers l'adoption et la mise en œuvre d'une législation inclusive sur la protection de la santé, y compris les soins de longue durée, et de politiques du marché du travail destinées à créer des conditions de travail décentes pour tous les travailleurs qui prodiguent des soins – qu'ils soient rémunérés ou non et qu'ils exercent une profession médicale ou non. Il convient d'accorder une attention particulière aux aspects décrits dans les pages qui suivent.

Figure 5.15 Potentiel d'emplois supplémentaires pour parvenir à la couverture sanitaire universelle d'ici à 2030, par région (en milliers)



Source: Calculs du BIT.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=54678>.

5.4.1 Etendre la protection sociale et l'accès à la santé et aux soins de longue durée, et assurer une couverture universelle

Parvenir à la protection universelle de la santé doit être la priorité si l'on entend progresser vers la couverture sanitaire universelle. Cet objectif doit être ancré dans une législation inclusive et mis en œuvre dans le respect des échéances fixées pour la réalisation progressive de la couverture et de l'accès aux soins de santé. Si elle est appliquée partiellement ou mal conçue, une telle législation risque d'exclure de larges pans de la population rurale ou âgée.

Pour que les progrès soient durables, il faut aussi des mesures visant à combattre la pauvreté des populations rurales et des personnes âgées en comblant les écarts en matière de protection sociale et d'aide financière, ainsi que des politiques du marché du travail destinées à favoriser la transition de l'économie informelle vers l'économie formelle.

La notion d'universalité repose sur le principe d'équité. L'application de ce principe suppose l'abolition de toute discrimination (en fonction du lieu de résidence ou de l'âge, par exemple) et le respect de certaines conditions fondamentales telles que la nécessité de répondre à des besoins spécifiques. Elle suppose aussi le respect de la dignité de tous. Enfin, les dépenses de santé doivent être correctement réparties, par exemple entre les zones rurales et les zones urbaines, pour ce qui est du personnel et des infrastructures de soins de longue durée.

En outre, l'universalité et l'équité appellent la solidarité dans le financement et un juste partage de la charge de la protection de la santé, c'est-à-dire la mutualisation des risques grâce à des mécanismes de financement équitables, tels que le financement par l'impôt et un régime social ou national d'assurance-maladie financé par des cotisations. Il est important que les fonds dégagés soient suffisants pour assurer des services de qualité à toutes les personnes qui en ont besoin.

De surcroît, il convient d'éviter aux patients des difficultés financières causées par des dépenses nettes à la charge des patients, qui risquent de les appauvrir, en veillant à l'adéquation des prestations et en limitant ou supprimant les montants qu'ils doivent assumer pour rendre les services abordables. Ainsi, les conséquences financières de l'accès aux soins de santé doivent être étudiées de manière à éliminer les obstacles et les inégalités.

Enfin, il faut des mesures qui assurent en permanence un revenu ou un complément de revenu afin de remédier aux pires formes d'appauvrissement liées à la maladie et aux soins de longue durée. Cela suppose que les personnes soient protégées et qu'elles aient accès à des prestations telles que le congé maladie rémunéré, l'assurance-vieillesse, les allocations de chômage ou autre forme d'aide financière octroyée dans le cadre d'un programme d'assistance sociale. Une telle garantie de ressources est nécessaire pour garantir un accès équitable aux services.

5.4.2 Créer des emplois décents pour un nombre suffisant de travailleurs de la santé et des soins de longue durée

Pour réaliser les ODD, il est important d'accroître la disponibilité des services nécessaires et donc l'effectif des travailleurs qualifiés de la santé et des soins de longue durée. Il faut aussi que ce personnel soit réparti de manière équitable au sein des pays et entre eux afin d'assurer la couverture sanitaire universelle et une croissance économique soutenue.

Il convient à cet effet de prendre en compte la dynamique nationale et mondiale du marché du travail dans le secteur de la santé et de porter une attention particulière aux faibles taux de rétention du personnel, dans les zones rurales notamment. Pour répondre aux besoins (futurs) et assurer l'accessibilité des services de soins de santé dans les zones rurales, il est essentiel de former, d'employer, de rémunérer et de motiver un personnel de santé rural suffisamment nombreux et qualifié pour prodiguer des soins de qualité à tous ceux qui en ont besoin. Les politiques reposent généralement sur la migration et le recrutement de personnels de santé provenant de pays étrangers, mais le déficit à combler est tellement grand que ce ne peut être une solution viable. En revanche, le développement des effectifs au sein de chaque pays, en vue de former et de recruter davantage de professionnels, est plus prometteur.

Dans les zones rurales, ces professionnels ont besoin d'un emploi décent, dont le salaire soit à la hauteur du travail dur et pénible qu'ils accomplissent, et d'incitations à exercer en milieu rural, car les conditions de travail y sont en général plus désavantageuses. Il faudrait pour cela investir en priorité dans les infrastructures, les équipements et le matériel là où ils laissent le plus à désirer. Investir dans les établissements permettra au personnel de santé de fournir des services de qualité en disposant d'équipements et d'un matériel adéquats.

Des emplois devraient être créés en fonction des objectifs nationaux en matière de santé, tels que la couverture sanitaire universelle. Il faut pour cela calculer les effectifs nécessaires en fonction du nombre d'habitants, et pour la population âgée en particulier. Les chiffres ainsi obtenus peuvent alors servir d'indicateurs de qualité. Au niveau mondial, ils sont de 4,1 travailleurs rémunérés à plein temps pour 1 000 habitants et de 4,2 professionnels des soins de longue durée pour 100 personnes âgées de plus de 65 ans (Scheil-Adlung, 2015a, 2015b). Ces personnels doivent avoir un éventail de compétences adéquat et des possibilités de formation.

Toutefois, les investissements dans la création d'emplois et les politiques correspondantes ne doivent pas avoir pour seul but d'augmenter les effectifs; ils doivent aussi faire en sorte que les travailleurs des professions médicales et ceux des professions non médicales aient des conditions de travail décentes. Par conditions de travail décentes, il faut entendre, entre autres, un salaire adéquat et le respect de droits au travail tels que la liberté syndicale, l'égalité de rémunération, la non-discrimination, la protection sociale et le dialogue social.

5.4.3 Mettre fin aux pratiques du travail non rémunéré des aidants familiaux pour combler le manque de praticiens de soins de longue durée et du bénévolat d'agents de santé locaux peu ou non qualifiés

Il est extrêmement important de prendre des mesures pour transformer en emplois formels décents le travail informel non rémunéré effectué pour combler le manque de professionnels de la santé et des soins de longue durée. Sont concernés les agents locaux bénévoles, souvent non qualifiés, qui ne peuvent assurer des soins de qualité, et les personnes qui ont renoncé à leur emploi pour prodiguer des soins de longue durée à un membre de leur famille ou à d'autres personnes.

De telles mesures permettront à de nombreuses femmes de retourner sur le marché du travail formel et de contribuer à une croissance économique inclusive. D'un autre côté, elles créeront des conditions de vie acceptables pour ceux qui fournissent actuellement des soins non professionnels, tout en prévenant la pauvreté et favorisant l'égalité des sexes. La façon la plus efficace et la plus rationnelle de professionnaliser le travail d'aidant consiste à créer des emplois décents correctement rémunérés et à développer les compétences pour améliorer la qualité des soins.

Néanmoins, ceux qui décident de s'occuper de leurs proches de manière informelle ont aussi besoin de soutien. En raison du vieillissement de la population, on peut s'attendre à ce qu'un nombre croissant de travailleurs doivent cumuler une activité d'aidant et leur emploi rémunéré. Beaucoup d'aidants familiaux éprouvent des difficultés à concilier ces deux rôles, et ont de ce fait plus de mal à équilibrer leur vie professionnelle et leur vie familiale que les autres travailleurs. Des mécanismes de soutien sous forme de prestations en espèces ou en nature comprenant le droit à des congés et à la protection sociale les aideraient à concilier leur travail rémunéré et leurs responsabilités familiales.

5.5 Couverture sanitaire universelle: tendances récentes

L'ODD 3 exige que tous les pays s'efforcent d'atteindre la couverture sanitaire universelle. Une analyse des tendances récentes montre que de nombreux pays ont déjà accompli des progrès en ce sens en élargissant la couverture et l'accès grâce à des stratégies de protection de la santé et au moyen de la législation ainsi qu'en investissant des montants importants pour améliorer l'accès à des services de soins de longue durée de qualité.

Ce sont des pays de toutes les régions du monde, y compris des pays à faible revenu tels que le Tchad et le Togo, qui ont investi dans l'extension de la couverture santé de leur population. Cependant, comme il faut du temps pour mettre en œuvre les réformes, les résultats ne se traduisent souvent dans les statistiques que plusieurs années plus tard. La Chine, la Colombie, le Rwanda et la Thaïlande comptent parmi les pays qui ont fait des progrès notables vers la couverture sanitaire universelle (voir encadré 5.4).

Malgré tout, des retours en arrière sont constatés partout dans le monde, y compris dans les pays à revenu élevé. Ils sont en général considérés comme allant de pair avec les mesures de redressement des finances publiques et d'austérité au sens large. Toutefois, ces mesures devraient être évaluées en tenant compte des conséquences d'un mauvais état de santé de la population sur l'économie dans son ensemble, et notamment d'une éventuelle baisse de productivité dont le coût dépasserait le montant des économies réalisées. Le vieillissement de la population mondiale va mettre les régimes et les systèmes de santé et de soins de longue durée à rude épreuve et entraîner des dépenses encore plus élevées qu'à l'heure actuelle. Les décideurs devraient donc se

Encadré 5.4 Couverture sanitaire universelle: Chine, Colombie, Rwanda et Thaïlande

Ces dernières années, de nombreux pays, parmi lesquels la Chine, la Colombie, le Rwanda et la Thaïlande, ont progressé vers la couverture sanitaire universelle. Leurs systèmes de santé reposent sur une combinaison de soins publics, de régimes contributifs pour les travailleurs formels et de régimes partiellement contributifs pour ceux de l'économie informelle, favorisant ainsi la solidarité et l'inclusion sociale.

En **Chine**, le nombre de personnes couvertes par l'assurance-maladie a été multiplié par dix entre 2003 et 2013, et représente aujourd'hui 96,9 pour cent de la population. Il existe trois grands régimes d'assurance-maladie: pour les travailleurs urbains, pour les résidents urbains et pour les résidents ruraux. Le premier régime offre une enveloppe complète de prestations avec la prise en charge des dépenses à un taux d'environ 81 pour cent. Les deux autres sont des régimes d'assurance volontaire qui remboursent plus de 50 pour cent des frais médicaux assurables à hauteur d'un certain plafond; ils s'adressent à 1,1 milliard de personnes. En règle générale, pour les familles pauvres, l'Etat prend en charge une partie ou l'intégralité des dépenses nettes à la charge des patients. Le niveau des frais à la charge du patient, qui est passé de 60 pour cent du total des dépenses de santé en 2001 à 34 pour cent en 2013, devrait encore être amélioré.

La **Colombie** est l'un des pays d'Amérique latine qui a récemment élargi la protection de la santé. Le système de santé repose sur le principe d'universalité en vertu duquel tous les Colombiens sont tenus de s'affilier soit au régime destiné aux personnes qui ont une capacité contributive, soit au régime subventionné destiné aux travailleurs à faible revenu. Les affiliés des deux régimes ont droit aux mêmes prestations, ce qui a permis d'atteindre des taux de couverture légale élevés et de réduire les dépenses nettes à la charge des patients. Selon les estimations, l'affiliation à l'assurance sociale est passée de 25 pour cent en 1993 à 96 pour cent en 2014. Les frais à la charge du patient ont chuté à 15,9 pour cent des dépenses totales de santé en 2011, tandis que le pourcentage d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié atteignait 99,2 pour cent.

Source: A partir de BIT, 2014e, 2016g, 2016h, 2016i.

Le **Rwanda** a déployé des efforts considérables pour développer son système de santé aux niveaux national et local, permettant à la majorité des habitants d'accéder à des soins de santé abordables: en 2011, 96 pour cent des Rwandais étaient couverts par les différents régimes d'assurance-maladie, et la plupart d'entre eux (91 pour cent) par des mutuelles locales. Les progrès de la couverture au Rwanda ont été réalisés grâce à la volonté politique d'un réseau décentralisé et solide d'établissements et de personnels de santé, et à la culture de l'action collective et de l'entraide. Les mutuelles de santé subventionnent les cotisations des pauvres et des personnes vulnérables, grâce à quoi des catégories de population auparavant exclues sont désormais protégées. Elles ont grandement contribué à l'amélioration de la santé au Rwanda, qui se traduit par l'allongement de l'espérance de vie et la baisse de la mortalité maternelle et infantile. L'expérience du Rwanda montre que des progrès sont possibles pour les pays à faible revenu, même lorsque la grande majorité des personnes vivent dans des zones rurales et travaillent dans l'économie informelle.

La **Thaïlande** a mis en place son système d'assurance santé universelle en 2001, en fusionnant plusieurs régimes d'assurance-maladie et en y affiliant un grand nombre de personnes précédemment non couvertes, en particulier dans le secteur informel. L'objectif du système est de faire bénéficier tous les citoyens thaïlandais, quel que soit leur statut socio-économique, de soins de santé de qualité adaptés à leurs besoins. Cet objectif est fondé sur le principe d'universalité: le système a été conçu comme un régime universel et non pas comme un régime réservé aux personnes pauvres, vulnérables et défavorisées. Et, comme il est financé par l'impôt, les soins de santé sont gratuits dans ses centres. Le panier de prestations, très complet, comprend les soins médicaux généraux et la réadaptation ainsi que des traitements médicaux coûteux et les soins d'urgence. En tant que régime universel, il maîtrise les coûts et assure sa viabilité financière sur la base d'un budget annuel et du plafonnement des honoraires des prestataires. Il a favorisé le développement des infrastructures de santé et amélioré l'accès aux services de santé.

demander si les ajustements financiers à court terme ne risquent pas de compromettre les investissements à long terme dans la santé.

De plus, les politiques d'austérité ont des conséquences très néfastes sur le plan social, car elles risquent de faire basculer des personnes dans la pauvreté à cause de l'augmentation des frais à leur charge, de la perte de revenus pendant les périodes de maladie et de la détérioration de leur état de santé.

Les mesures les plus courantes de réduction de la couverture santé (tableau 5.5) sont:

- *la réduction du panier de soins*, qui peut avoir des effets négatifs sur la santé et donc faire augmenter les dépenses de santé à terme;
- *la diminution de la couverture légale*, qui bloque l'accès de certains aux services de santé et crée des inégalités.

Tableau 5.5 Mesures de protection de la santé annoncées, pays sélectionnés, 2014-2017

Pays	Niveau de revenu	Année	Mesure (annoncée dans les médias)	Résultat escompté	Contraction/ Développement	Type de mesure
Afrique du Sud	Intermédiaire (tranche supérieure)	2015	Assurance-maladie nationale	Extension de la couverture	Expansion	Extension de la couverture
Australie	Elevé	2016	Le gouvernement décide de maintenir la prise en charge des soins dentaires pour les enfants issus de familles modestes, mais le montant remboursé diminue, passant de 1 000 à 700 AUD tous les deux ans	Efficacité des programmes sociaux	Contraction	Réduction du panier de soins
Cambodge	Faible	2014	Système de santé universel inclus dans la Stratégie nationale de protection sociale 2015-2025	Pérennisation des programmes sociaux	Expansion	Extension de la couverture
Chine	Intermédiaire (tranche supérieure)	2015	L'Etat étendra l'assurance-maladie aux maladies graves	Extension de la couverture	Expansion	Extension de la couverture
Etats-Unis	Elevé	2017	Démantèlement de l'«Obamacare»	Réduction de la couverture	Contraction	Réduction de la couverture
Ghana	Intermédiaire (tranche inférieure)	2016	Inclusion des indigents dans le régime national d'assurance-maladie	Amélioration de l'adéquation et de l'accessibilité financière	Expansion	Extension de la couverture
Grèce	Elevé	2014	Fin de la couverture des examens médicaux	Rationalisation de la dépense publique	Contraction	Réduction du panier de services
Indonésie	Intermédiaire (tranche inférieure)	2015	Nouveau régime d'assurance-maladie	Meilleure efficacité des programmes sociaux	Expansion	Extension du panier de services
Libéria	Faible	2016	Le PNUD et le ministère du Genre, de l'Enfance et de la Protection sociale lancent les transferts sociaux monétaires	Extension de la couverture	Expansion	Extension du panier de services
Nigéria	Intermédiaire (tranche inférieure)	2015	Création du programme d'assurance-maladie mobile	Meilleure efficacité des programmes sociaux	Expansion	Amélioration de l'accès aux programmes sociaux
Pérou	Intermédiaire (tranche supérieure)	2014	Accès des enfants aux examens médicaux par l'intermédiaire du ministère de la Santé	Extension de la couverture	Expansion	Extension de la couverture
Philippines	Intermédiaire (tranche inférieure)	2014	Automaticité de la couverture maladie pour toute personne de plus de 60 ans	Amélioration de l'adéquation et de l'accessibilité financière	Expansion	Extension du panier de services
Rép. dém. du Congo	Faible	2015	Création de la Caisse d'assurance-maladie universelle (CAMU)	Extension de la couverture	Expansion	Extension de la couverture
Sénégal	Intermédiaire (tranche inférieure)	2014	Système de couverture santé universelle	Extension de la couverture	Expansion	Extension de la couverture
Tchad	Faible	2014	Projet de la Banque mondiale d'un montant de 21 millions de dollars E.-U. en faveur de la santé maternelle et infantile	Réduction de la pauvreté	Expansion	Amélioration de l'accès aux programmes sociaux
Togo	Faible	2015	Affiliation de nouvelles catégories sociales à l'Institut national d'assurance-maladie (INAM)	Extension de la couverture	Expansion	Extension de la couverture
Venezuela (Rép. boliv. du)	Intermédiaire (tranche supérieure)	2015	Création en 2016 d'un nouveau système de santé financé par l'Etat	Extension de la couverture	Expansion	Extension de la couverture
Viet Nam	Intermédiaire (tranche inférieure)	2015	Elargissement de la couverture de l'assurance-maladie à Ho Chi Minh Ville	Extension de la couverture	Expansion	Extension de la couverture

Source: BIT, Social Protection Monitor, 2017.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=54790>.

Dans un tel contexte, l'objectif et le résultat escompté, à savoir une efficacité accrue des programmes et la rationalisation des dépenses publiques, peuvent difficilement être atteints. En effet, le manque de traitements de qualité peut engendrer des coûts supplémentaires tant au niveau individuel qu'au niveau national, et ces mesures peuvent nuire à la résilience et à la stabilité des systèmes de santé, aggravant à longue échéance la situation sociale, économique et financière des pays.

Bien que les besoins de santé augmentent dans le monde, en raison notamment du vieillissement démographique, la protection reste souvent inéquitable, lorsqu'elle existe. La situation est aggravée par d'importantes pénuries de personnel. Dans de nombreux pays, les principaux obstacles qui entravent l'accès aux services nécessaires sont le manque de financement public et le montant élevé des frais à la charge du patient. Dans un tel contexte, tout doit être fait pour que la protection de la santé et les soins de longue durée, en particulier pour les personnes âgées, figurent en bonne place dans les programmes d'action et de développement nationaux et internationaux.

Pour cela, il faudra financer des réformes qui créent une marge de manœuvre budgétaire suffisante et

réduisent au minimum les frais à la charge du patient. Le financement doit être fondé sur des dispositifs de mutualisation de risques, tels que l'impôt ou les cotisations liées au revenu, pour assurer le partage de la charge et la pérennité du système. Il faut des services de qualité et des prestations d'un niveau acceptable qui soient «abordables». Il faut aussi des effectifs suffisants et correctement formés pour assurer les soins de santé et les soins de longue durée.

Dans ce contexte, des retours sur investissements sont envisageables, du fait notamment de la «silver économie», ou économie des seniors, qu'on oublie trop souvent, de même que la création d'emplois formels et l'augmentation non seulement du taux d'emploi dans les secteurs concernés, mais aussi de la contribution de ces secteurs à la croissance du PIB.

Enfin, il est primordial d'intégrer les stratégies de santé et de soins de longue durée dans un socle de protection sociale au sens large afin d'assurer une protection financière à tous ceux qui en ont besoin. Il est tout aussi essentiel de les intégrer aussi dans des politiques sociales et économiques qui maximisent le retour sur investissement et contribuent à la mise en place de systèmes de soins de longue durée efficaces et performants pour tous.

Suivi de l'évolution de la protection sociale: tendances régionales

6

POINTS CLÉS

- Le présent chapitre présente les tendances régionales de la protection sociale et fournit un point de référence régional et national pour l'indicateur 1.3.1 des ODD.
- En Afrique, malgré une avancée sensible de l'extension de la couverture de la protection sociale, seuls 17,8 pour cent de la population sont couverts par au moins une prestation de protection sociale en espèces (indicateur 1.3.1 des ODD), avec de grandes disparités régionales, allant de 48,0 pour cent en Afrique du Sud à moins de 10 pour cent dans un certain nombre de pays d'Afrique de l'Ouest. Les pensions de vieillesse ont connu des avancées importantes et couvrent désormais 29,6 pour cent des personnes âgées en Afrique, atteignant ou approchant la couverture universelle en Afrique du Sud, au Botswana, au Cabo Verde, au Lesotho, à Maurice, en Namibie, aux Seychelles, au Swaziland et à Zanzibar (République-Unie de Tanzanie). Toutefois, seuls 15,9 pour cent des enfants en Afrique perçoivent des prestations à l'enfance ou aux familles et des lacunes importantes persistent dans les domaines de la protection de la maternité, de la protection contre le chômage et des prestations d'invalidité. Malgré d'importants efforts au niveau de l'investissement dans des prestations en espèces servies par des régimes non contributifs, seuls 9,5 pour cent des personnes vulnérables en Afrique en perçoivent; la mise en place des socles de protection sociale est donc prioritaire en Afrique.
- Dans la région Amériques, l'élaboration progressive de systèmes de protection sociale complets sur une longue période a porté ses fruits et 67,6 pour cent de la population sont effectivement couverts par au moins une prestation de protection sociale en espèces (indicateur 1.3.1 des ODD), ce qui contribue à la réduction des inégalités dans de nombreux pays. Désormais, deux tiers des enfants bénéficient de prestations à l'enfance et aux familles en espèces (66,2 pour cent), et ce chiffre s'élève à 68,6 pour cent pour les prestations de maternité en espèces destinées aux mères avec nouveau-nés, à 59,4 pour cent pour les prestations d'invalidité des personnes lourdement handicapées, et à 70,8 pour cent pour les pensions de vieillesse des personnes âgées. Toutefois, la protection contre le chômage accuse un retard, puisque seuls 16,7 pour cent des chômeurs bénéficient de prestations de chômage. Il est intéressant de noter que certains pays ont su mettre en place une protection sociale universelle pour les enfants (Argentine, Brésil, Chili), une couverture universelle pour les mères avec nouveau-nés (Canada, Uruguay), une couverture universelle pour les personnes handicapées (Brésil, Chili, Etats-Unis, Uruguay) et une couverture universelle pour les pensions de vieillesse (Argentine, l'Etat plurinational de Bolivie, Canada, Etats-Unis, Trinité-et-Tobago). Si des avancées importantes peuvent être notées, la région doit toujours avoir comme priorité de fournir des efforts pour renforcer les systèmes de protection sociale, et en particulier pour réduire les lacunes de couverture et renforcer les socles de protection sociale, tout en améliorant l'adéquation des prestations. →

POINTS CLÉS (suite)

- Les données disponibles pour les Etats arabes sont très limitées, ce qui ne permet qu'une évaluation partielle de l'indicateur 1.3.1 des ODD. Comparée à d'autres domaines de la protection sociale, la couverture des pensions de vieillesse est plutôt bien développée, mais un peu plus du quart (27,4 pour cent) des personnes âgées de la région seulement touche une pension de vieillesse. Cette couverture limitée des pensions devrait subsister pour les futures générations de retraités car, dans cette région, moins d'un tiers de la population active (32,9 pour cent) cotise actuellement à un régime de pension. Parmi les évolutions positives dans la région, la mise en place d'un régime d'assurance sociale pour les travailleurs du secteur privé dans le Territoire palestinien occupé, l'établissement de régimes d'assurance-chômage en Arabie saoudite, au Bahreïn et au Koweït, et l'amélioration de la couverture de la protection de la maternité en Iraq et en Jordanie. Toutefois, compte tenu de la faible importance du secteur formel de certains pays et de l'importance des besoins sociaux, l'extension des socles de protection sociale aux groupes de populations vulnérables est la plus grande priorité des Etats arabes. En outre, la région est encore en proie à de grandes difficultés, et notamment aux répercussions des conflits actuels en République arabe syrienne et au Yémen.
- Ces dernières années, la région Asie et Pacifique a enregistré une accélération considérable de l'extension de la couverture de la protection sociale, ce qui a contribué au renforcement des systèmes de protection sociale et à la mise en place de socles de protection sociale. Toutefois, à ce jour, seuls 38,9 pour cent de la population de la région sont couverts par au moins une prestation de protection sociale en espèces. De plus, il existe également des lacunes importantes au niveau des prestations à l'enfance et aux familles, à l'exception de l'Australie et de la Mongolie, qui ont mis en place une couverture universelle. Des avancées ont été observées au niveau de l'extension des prestations de maternité, mais seul un tiers des mères avec nouveau-nés (33,4 pour cent) perçoit des prestations de maternité en espèces. De même, pour les prestations de chômage, malgré de récentes réformes politiques au Viet Nam et dans d'autres pays, seuls 22,5 pour cent des chômeurs de la région perçoivent des prestations de chômage. Seule une petite minorité de personnes lourdement handicapées (9,4 pour cent) perçoit des prestations d'invalidité, ce qui traduit la nécessité d'accorder une plus grande importance à ce domaine. Des progrès importants ont été accomplis dans le domaine des pensions de vieillesse, en particulier grâce à la mise en place de régimes non contributifs et partiellement contributifs qui ont permis une couverture universelle en Chine, au Japon, aux Maldives, en Mongolie, en Nouvelle-Zélande et au Timor-Leste; ainsi, la majorité (55,2 pour cent) des personnes âgées de la région touche désormais une pension, même si des inquiétudes demeurent quant à l'adéquation des prestations.
- En Europe et en Asie centrale, les systèmes de protection sociale, y compris les socles, sont traditionnellement bien développés et offrent une couverture très efficace de la protection sociale par rapport à d'autres régions pour l'indicateur 1.3.1 des ODD. Plus de quatre personnes sur cinq (84,1 pour cent) sont couvertes par au moins une prestation de protection sociale, et plusieurs pays assurent une couverture universelle. Au total, 87,5 pour cent des enfants de la région en moyenne bénéficient de prestations à l'enfance et aux familles, et, dans plus de 20 pays de la région, le taux de couverture est de 100 pour cent. La grande majorité des mères avec nouveau-nés (81,4 pour cent) perçoivent des prestations de maternité en espèces, même s'il reste des lacunes de couverture importantes en Asie centrale et occidentale. Le ratio de couverture des prestations de chômage est nettement inférieur: seuls 42,5 pour cent des chômeurs bénéficient de ces prestations. Les niveaux de couverture enregistrés sont nettement supérieurs pour les prestations d'invalidité (86,7 pour cent des personnes lourdement handicapées) et les prestations de vieillesse (95,2 pour cent des personnes âgées), reflet d'un engagement de longue date en faveur d'une protection sociale universelle, non seulement dans les pays à revenu élevé et les Etats membres de l'Union européenne, mais également au Bélarus, en Géorgie, au Kirghizistan, en Ouzbékistan et en Ukraine. Toutefois, à l'aune de l'évolution démocratique et des pressions budgétaires à court terme dans un contexte d'austérité, la priorité reste de garantir l'adéquation des pensions et autres prestations de protection sociale.

6.1 Afrique

6.1.1 Défis et priorités de la protection sociale dans la région

L'Afrique est le continent comptant la part de la population la plus large n'ayant pas accès à la protection sociale et à des soins de santé adéquats, et le continent où les besoins des personnes sont les plus importants. Pour l'Afrique subsaharienne, la période 1981-2005 n'a guère été positive sur le plan du développement social: 176,1 millions de personnes supplémentaires ont basculé dans la pauvreté (Adesina, 2010).

Depuis deux décennies, l'Afrique enregistre une croissance économique robuste, avec un taux annuel moyen de 4,5 pour cent. Les politiques commencent à réexaminer les systèmes de protection sociale. Les systèmes africains se caractérisent par une forte hétérogénéité et des niveaux de couverture généralement bas. Tous les pays disposent de régimes de sécurité sociale obligatoires, mais leur couverture est très restreinte et limitée aux travailleurs de l'économie formelle.

Un certain nombre de pays africains a su développer des régimes de pensions universelles non contributifs, notamment le Botswana, le Lesotho, la Namibie, les Seychelles, le Swaziland et Zanzibar (République-Unie de Tanzanie), entre autres. D'autres pays, comme l'Afrique du Sud, l'Algérie, Cabo Verde et Maurice, ont réussi à mettre en place une couverture universelle en combinant des programmes contributifs et non contributifs. Ces régimes universels ont été conçus au sein des pays par des gouvernements africains innovants. De plus, de nombreux pays ont développé des transferts en espèces ces dernières décennies, bien souvent grâce à l'appui important de donateurs (Mkandawire, 2015; Deacon, 2013). Certains pays ont adopté des approches fondées sur le cycle de vie pour les transferts en espèces, en ciblant diverses catégories de personnes vulnérables, sans se focaliser uniquement dans ceux qui sont en situation d'extrême pauvreté. Ainsi, certains transferts sociaux ont pour objectif de minimiser les effets du VIH par des allocations en faveur des orphelins et des enfants vulnérables ainsi que des ménages ayant à leur tête des personnes âgées. Plus récemment, un certain nombre de transferts en espèces ciblent les ménages en situation d'insécurité alimentaire. A l'heure actuelle, les systèmes cherchent de plus en plus à assortir les transferts en espèces de services sociaux et de soins adéquats (nutrition, soins pré et postnatals, services de rééducation). Dans l'ensemble, la protection sociale est devenue un élément essentiel des stratégies nationales

de développement, et les pays africains, conscients des besoins importants de la région, progressent dans l'extension de leur protection sociale (encadré 6.1).

Cependant, après deux décennies de croissance relativement stable, le taux de croissance moyen en Afrique a baissé considérablement ces trois dernières années. Malgré les avancées en matière d'extension de la protection sociale, cette récession économique risque de limiter la capacité des gouvernements à élargir le financement national des systèmes de protection sociale. Malgré les possibilités offertes par le dividende démographique de la région (encadré 6.2), l'Afrique est confrontée à une crise financière susceptible d'entraver le développement des systèmes de protection sociale, alors même qu'un grand nombre de pays s'appête à étendre la couverture de ses régimes contributifs et non contributifs.

Dans ce contexte, les pays africains ont généralement en commun des actions prioritaires à mener dans les domaines ci-après:

- **L'extension de la protection sociale aux travailleurs de l'économie informelle** est l'un des défis les plus pressants que les Etats doivent relever. Si la majeure partie de la population gagne sa vie dans l'économie informelle, la majorité des régimes de protection sociale contributifs existants couvre uniquement les travailleurs du secteur public et du secteur privé formel (ainsi que les membres de leur famille), ce qui représente à peine 15 pour cent de la population totale.
- **Le développement des régimes d'assistance sociale** pour les personnes dans l'incapacité de travailler, les enfants, les mères avec nouveau-nés, les personnes handicapées, les personnes âgées, les chômeurs, les personnes pauvres et en situation d'insécurité alimentaire, doit être accéléré pour répondre aux besoins des personnes n'ayant pas accès aux régimes d'assurance sociale. Malgré des évolutions positives au niveau de la couverture des programmes d'assistance sociale, tant au niveau des politiques et des lois que dans la pratique, seuls quelques pays sont dotés de régimes non contributifs à grande échelle financés au niveau national et garantissant à leur population une sécurité élémentaire de revenu. Il s'agit notamment de l'Afrique du Sud, du Gabon, de Maurice et des Seychelles.
- **L'état des institutions et le niveau des capacités** sont des facteurs qui freinent l'efficacité de la protection sociale en Afrique. C'est notamment le cas du manque de coordination, de l'absence de cadre

Encadré 6.1 Engagement de l'Afrique en faveur de l'extension de la protection sociale à tous

En Afrique, la Déclaration d'Addis-Abeba: Transformer l'Afrique grâce au travail décent pour un développement durable de 2015 a inclus dans ses priorités politiques l'«élargissement de la protection sociale en mettant en place et en maintenant des socles nationaux de protection sociale en se basant sur la recommandation (n° 202) sur les socles de protection sociale, 2012». Le droit à la sécurité sociale pour tous est affirmé par la constitution de la majorité des pays africains.

L'Agenda 2063: L'Afrique que nous voulons souligne le cadre stratégique de l'Union africaine (UA) pour la transformation socio-économique de l'Afrique d'ici à 50 ans. L'Agenda 2063 de l'UA a pour objectif l'instauration d'un niveau de vie, d'une qualité de vie et d'un bien-être élevés pour tous les citoyens, avec pour priorités la mise en place d'une sécurité et d'une protection sociales abordables pour tous; l'augmentation des revenus et des emplois décents pour la population en âge de travailler; des citoyens en bonne santé et bien nourris; et un accès durable et abordable aux moyens de satisfaire les besoins fondamentaux, entre autres.

La protection sociale a été affirmée comme un domaine prioritaire clé de l'UA lors de l'adoption de la

Déclaration pour l'emploi, l'éradication de la pauvreté et le développement inclusif en Afrique au cours du 24^e Sommet de l'UA. Le premier plan quinquennal de priorités pour l'emploi, l'éradication de la pauvreté et le développement inclusif couvre six domaines prioritaires, dont un qui concerne la protection sociale. Il a été rattaché à l'Agenda 2063 et au Programme de développement durable à l'horizon 2030 par l'alignement d'indicateurs et d'objectifs. L'UA assiste les pays dans l'intégration des priorités aux plans sous-régionaux et nationaux de développement d'ici à la fin 2017.

Le conseil exécutif de l'UA a demandé à la CUA (Commission de l'Union africaine) d'élaborer un protocole de l'UA en faveur des droits des citoyens à la protection sociale et à la sécurité sociale, qui devrait être ajouté à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, document contraignant sur le plan juridique, ainsi qu'un agenda social pour l'Agenda 2063 de l'UA.

En outre, la cible 1.3 des ODD sur la protection sociale a été identifiée comme un objectif prioritaire du processus de contextualisation des ODD organisé dans plusieurs pays africains, notamment au Cabo Verde, au Cameroun, en République démocratique du Congo et à Sao Tomé-et-Principe.

Sources: UA, 2015a, 2015b; Pino et Badini Confalonieri, 2014.

Encadré 6.2 Dividende démographique et financement de la protection sociale en Afrique

L'Afrique est un continent jeune. L'âge médian y est de 19 ans, et moins encore en Afrique subsaharienne, où il s'élève à 18,4 ans. Ce dividende démographique est un facteur positif de croissance économique et de financement de la protection sociale. En Afrique australe, la population adulte en âge de travailler va augmenter par rapport aux autres tranches d'âge au cours des décennies à venir, tandis que la part de la population âgée va croître de façon modérée et que la population jeune va relativement baisser. La croissance de la population en âge de travailler offre une possibilité d'augmentation de la production, tandis que la baisse globale du taux de dépendance suppose une pression démographique moindre sur le financement de la protection sociale. L'augmentation des dépenses par tête à un niveau constant de dépenses par rapport au PIB permet de toucher des segments plus larges de population non

couverte et d'améliorer l'exhaustivité et l'adéquation des prestations.

Toutefois, pour récolter les fruits de ce dividende démographique, les pays devront augmenter le niveau actuellement faible de participation au marché du travail, en particulier chez les jeunes, et faire baisser leurs niveaux élevés de travail informel, de sous-emploi et de chômage. Les transferts en espèces ont démontré leurs effets positifs sur la production et leur absence d'effets négatifs sur l'offre de travail, cependant, dans l'ensemble, les mesures d'appui aux jeunes après l'école et à la population active sont insuffisantes. Il faut également noter l'inadéquation des politiques de transition progressive à l'économie formelle, d'amélioration de la protection des travailleurs informels et d'extension graduelle de l'assiette de la fiscalité et des cotisations sociales.

Sources: Davis et coll., 2016; PNUD, 2016; Banque mondiale, 2016b; statistiques démographiques de l'ONU.

juridique basé sur les droits, des contraintes financières et des mauvaises perspectives d'évolutivité des programmes financés par des donateurs, entre autres. A ce titre, la nécessité du renforcement des institutions et des capacités (ODD 16) gagne actuellement en importance en Afrique, car les programmes

de transferts sociaux évoluent rapidement, mais demeurent faiblement institutionnalisés et intégrés à des systèmes complets de protection sociale. Souvent, les programmes d'assistance sociale ne sont pas étayés par des cadres juridiques ou des mécanismes administratifs et institutionnels fondés sur

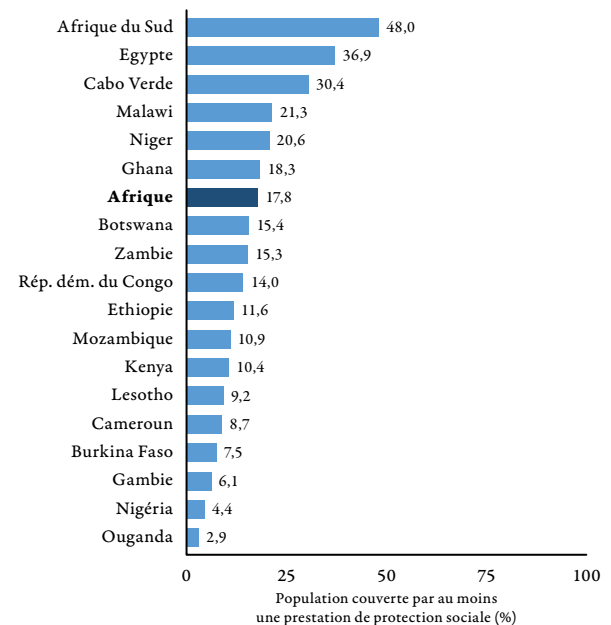
des droits, permettant notamment aux bénéficiaires de faire entendre leurs réclamations ou de faire appel.

- **La protection sociale dans des Etats fragiles:** les contraintes en matière de capacité et d'institutions sont aggravées par le fait qu'environ 40 pour cent des pays africains sont considérés comme étant fragiles et font continuellement face à des difficultés de financement et d'administration de leurs systèmes de protection sociale dans le but d'améliorer les conditions de vie de leurs importantes populations. En outre, le manque d'harmonisation entre les règlements et leur application fragmente la mise en pratique et la cohérence politique.
- **La protection sociale et la résilience aux chocs climatiques:** le rôle potentiel des systèmes de protection sociale dans la promotion de la résilience et des réactions face aux chocs climatiques, qui fragilisent la région, devient de plus en plus frappant. Un certain nombre de pays de la région intègre des caractéristiques de réaction face aux chocs climatiques lors de l'élaboration des systèmes de protection sociale, par exemple en permettant des transferts en espèces afin d'augmenter la couverture horizontale et verticale lors des chocs climatiques, en intégrant aux programmes de protection sociale un appui aux moyens de subsistance favorisant la résilience, ou encore en améliorant la coordination entre l'appui social et les systèmes de réaction en cas d'urgence.
- **La protection sociale des travailleurs migrants** est un domaine politique clé émergent en Afrique. La migration augmente la vulnérabilité des travailleurs et de leur famille, ceux-ci n'étant souvent couverts par aucune forme de protection sociale lorsqu'ils se rendent sur leur lieu de travail ou rentrent chez eux. L'éligibilité aux régimes d'assistance sociale est souvent limitée aux citoyens ou résidents permanents et la portabilité des droits à l'assurance sociale et aux prestations demeure extrêmement limitée¹.

6.1.2 Couverture effective de la protection sociale: suivi de l'indicateur 1.3.1 des ODD en Afrique

L'Afrique compte parmi les régions du monde ayant le plus de chemin à faire pour mettre en place une couverture universelle de la protection sociale d'ici à 2030. Sur ce continent, la majorité de la population n'a pas accès à des systèmes de protection sociale, y compris aux socles (figure 6.1); ainsi, la couverture effective, qui combine les régimes contributifs et non contributifs,

Figure 6.1 Indicateur 1.3.1 des ODD: pourcentage de la population en Afrique couverte par au moins une prestation de protection sociale (couverture effective), 2015 ou dernières données disponibles



Note: La couverture effective de la protection sociale est mesurée comme le nombre de personnes cotisant activement à un régime d'assurance sociale ou percevant des prestations (de régimes contributifs ou non contributifs), exprimé en pourcentage de la population totale. La protection de la santé n'est pas couverte par l'indicateur 1.3.1 des ODD. Voir aussi annexe II.

Sources: BIT, base de données sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database), d'après l'enquête sur la sécurité sociale; base de données ILOSTAT; sources nationales. Voir aussi annexe IV, tableau B.3.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=54679>.

¹ En mai 2016, les ministres de l'Emploi et du Travail de la Communauté de développement de l'Afrique australe (CDA) ont adopté un cadre sur la «Portabilité des prestations de sécurité sociale dues au sein de la région» (Cadre de la CDA sur la portabilité des politiques de prestations de sécurité sociale). La question de la portabilité revêt une importance particulière dans le secteur minier, principal employeur de travailleurs migrants dans la région de la CDA (49,5 pour cent) et premier secteur historique de migrations liées au travail dans cette sous-région depuis les années 1950. La majorité des migrants n'est toujours pas couverte, car il s'agit de travailleurs informels, des travailleurs domestiques aux transfrontaliers (Deacon, Olivier et Beremauro, 2015). En ce qui concerne la Communauté d'Afrique de l'Est (CAE), à Nairobi était prévu un «Projet de directive du Conseil» (accord multilatéral sur la sécurité sociale) qui devait être adopté par l'Equipe spéciale de haut niveau de la CAE en soulignant que ce texte devrait être considéré comme une réglementation (directement applicable) et non pas comme une directive. Les obstacles pratiques contre l'adoption et la mise en œuvre de la directive/réglementation sont liés à l'absence de fonds dédiés à la sécurité sociale au Kenya et en Ouganda; en 2011, ces deux pays disposaient de caisses de prévoyance. La conversion récente de ces caisses est susceptible d'améliorer l'intégration et la portabilité des prestations.

est de seulement 18 pour cent de la population totale. Il existe une grande disparité à l'échelle du continent; même le premier de la classe, l'Afrique du Sud, n'a parcouru que la moitié du chemin pour atteindre l'indicateur de couverture universelle.

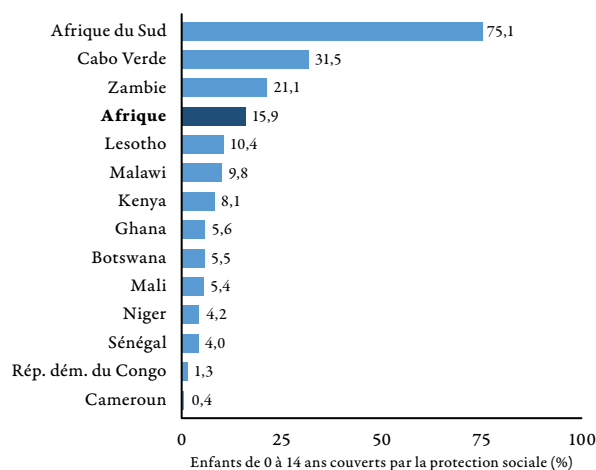
En moyenne, les programmes d'assistance sociale couvrent une faible part de la population (même pour les populations en situation de pauvreté ou d'extrême pauvreté) et ciblent la plupart du temps des ménages ou des personnes dont la capacité à travailler est limitée ou nulle (les personnes âgées, les personnes lourdement handicapées et, dans une moindre mesure, les enfants). La couverture limitée de la population active par les régimes d'assistance sociale entrave les effets positifs potentiels de ces derniers sur le développement économique et la productivité, phénomène largement documenté dans la région à la fois à l'échelle des ménages et de l'économie locale (Davis et coll., 2016). En outre, ces régimes accordent de très faibles niveaux de prestations et des dispositions insuffisantes pour garantir un appui minimum.

Concernant les régimes contributifs, tel que mentionné précédemment, seule une faible part de la population active, c'est-à-dire les personnes ayant un emploi formel, a accès à des régimes formels de sécurité sociale pour les pensions, la protection contre les accidents du travail et les maladies professionnelles, et la protection de la maternité et de la santé. Les travailleurs de l'économie informelle sont cantonnés à des stratégies individuelles d'adaptation souvent coûteuses et inefficaces, et sont confrontés au risque de basculer dans la pauvreté et le dénuement dans les moments difficiles. Dans un certain nombre de pays (Afrique du Sud, Kenya, Sénégal, République-Unie de Tanzanie et Zambie), les gouvernements et les institutions de sécurité sociale fournissent des efforts pour résoudre les problèmes de déficit de la protection sociale dans l'économie informelle (Goursat et Pellerano, 2016). La fragmentation des institutions de sécurité sociale et la rigidité de l'administration et de la législation en la matière s'avèrent souvent des facteurs contraignants.

Prestations à l'enfance et aux familles

La couverture effective de la protection sociale des enfants reste très limitée et seuls 16 pour cent des enfants en Afrique reçoivent des prestations à l'enfance. D'après les données disponibles, 40,8 pour cent des pays africains ne possèdent pas de programme de prestations à l'enfance ou aux familles régi par la

Figure 6.2 Indicateur 1.3.1 des ODD sur la couverture effective des enfants et des familles: pourcentage d'enfants et de ménages percevant des prestations à l'enfance et aux familles en espèces en Afrique, 2015 ou dernières données disponibles



Note: Part des enfants couverts par des prestations de sécurité sociale: ratio enfants/ménages bénéficiant de prestations à l'enfance sur le nombre d'enfants/ménages avec des enfants. Voir aussi annexe II.

Sources: BIT, base de données sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database), d'après l'enquête sur la sécurité sociale; ILOSTAT; UNWPP; sources nationales. Voir aussi annexe IV, tableaux B.3 et B.4.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=54680>.

législation nationale (voir encadré 6.3 pour le Sénégal). De plus, nombre des régimes et programmes existants ne couvrent qu'une minorité d'enfants: soit les enfants pauvres et vulnérables (pour les programmes sous conditions de ressources), soit les enfants de travailleurs de l'économie formelle (pour la plupart des régimes liés à l'emploi) (figure 6.2). La part des pays dépourvus de ce type de programme est la plus faible par rapport aux autres régions en développement, cependant, la part des pays où les prestations sont liées à l'économie formelle est la plus élevée par rapport aux autres régions (dans les régions où la part de l'économie formelle est très faible).

Un certain nombre de pays a mis en place des subventions à l'enfance (comme le Ghana) ou exprimé l'intention de le faire (Lesotho, Mozambique) sous forme d'une subvention aux jeunes enfants afin d'améliorer l'impact de la protection sociale sur la pauvreté des enfants et le développement précoce du capital humain. Les progrès accomplis dans la mise en œuvre et l'expansion de la couverture ont été limités, en partie en raison du fait que les programmes s'intègrent dans des interventions ciblant les ménages en situation de pauvreté ou d'extrême pauvreté (Malawi, Namibie – voir encadré 6.4) et en partie du fait du scepticisme continu

Encadré 6.3 Programme national de «bourses de sécurité familiale» (PNBSF) au Sénégal

Le Programme national de bourses de sécurité familiale (PNBSF) illustre la vision du chef de l'Etat sénégalais en matière de protection sociale. Il découle de la reconstruction de la solidarité et d'une redistribution des ressources reposant sur l'équité et la justice sociale, correspondant aux formes utiles d'assistance sociale et susceptible de limiter les risques et les chocs liés à la pauvreté pour les personnes les plus vulnérables.

L'objectif de ce programme est de participer à la lutte contre la vulnérabilité et l'exclusion sociale des familles au moyen d'une protection sociale intégrée afin de faciliter l'accès de celles-ci à des transferts sociaux et de renforcer, entre autres, leurs capacités éducatives, productives et techniques.

Les modalités de mise en œuvre sont les suivantes:

- octroi de prestations aux familles de 100 000 francs CFA par an pour renforcer les moyens de subsis-

Source: BIT, d'après des sources nationales.

tance et les capacités éducatives et productives des familles vulnérables;

- mise en place d'un mécanisme de consultation à l'échelle nationale, régionale et communautaire, afin de prendre en charge les demandes sociales au profit des familles vulnérables;
- renforcement des capacités des acteurs de la mise en œuvre du programme, afin d'améliorer l'accès des familles vulnérables aux services sociaux; et
- création de mécanismes de suivi et d'évaluation pour appuyer les familles bénéficiant des prestations de sécurité sociale.

Après une phase pilote en 2013, ce programme est désormais déployé dans l'ensemble du pays et couvre environ 3 millions de personnes.

Encadré 6.4 Nouvelle prestation sociale pour les enfants vulnérables en Namibie

Un nouveau régime a été mis en œuvre en août 2015 en Namibie, il s'agit d'une subvention pour les enfants vulnérables (Vulnerable Child Grant). Cette subvention est actuellement accordée aux enfants dont les parents n'ont aucune source de revenus, ou dont les revenus sont inférieurs à 1 000 dollars namubiens. Les enfants peuvent en bénéficier jusqu'à 18 ans. L'intention est de rendre cette subvention progressivement universelle. La réglementation relative à la prestation n'est pas encore finalisée, mais 128 744 enfants en ont rapidement bénéficié tandis que le nombre total d'orphelins et d'enfants vulnérables bénéficiant de ce système de subvention à compter de mars 2017 était de 285 431. Les bénéficiaires touchent 250 dollars namubiens par mois et par enfant.

Source: BIT, d'après des sources nationales.

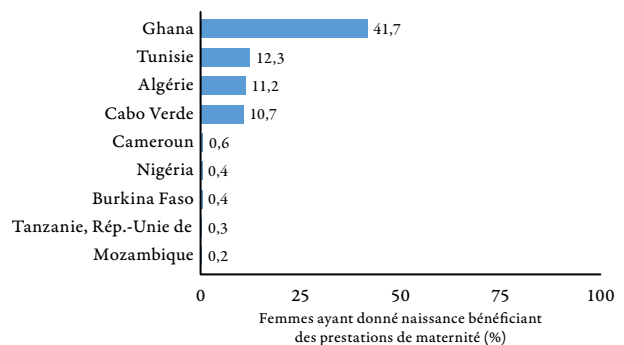
des politiciens quant à l'octroi de transferts aux jeunes parents (malgré les preuves existantes, notamment en Zambie, démontrant les effets spectaculaires de ce type de programme). Aucun des régimes actuels n'a atteint le même niveau d'ambition et de couverture que la subvention à l'enfance d'Afrique du Sud (modèle également récemment adopté en Namibie).

Protection de la maternité

La plupart des femmes donnant naissance n'ont pas accès aux prestations de maternité en espèces. La majorité des pays pour lesquels des données sont disponibles

couvrent moins de 20 pour cent des femmes enceintes (figure 6.3). Plus spécifiquement, les dispositions relatives aux prestations de protection de la maternité excluent un grand nombre de femmes du secteur formel comme du secteur informel, ce qui aggrave les risques d'insécurité de revenu, de morbidité et de mortalité maternelles et périnatales, ainsi que les conséquences négatives sur le

Figure 6.3 Indicateur 1.3.1 des ODD sur la couverture effective des mères avec nouveau-nés: pourcentage de femmes ayant donné naissance percevant des prestations de maternité en espèces en Afrique, 2015 ou dernières données disponibles



Note: Part des femmes ayant donné naissance couvertes par les prestations de maternité: nombre de femmes percevant des prestations de maternité en espèces sur le nombre de femmes ayant donné naissance au cours de la même année (estimation fondée sur les taux de fertilité en fonction de l'âge ou du nombre de naissances vivantes corrigé par la part de naissances de jumeaux ou de triplés). Voir aussi annexe II.

Sources: BIT, base de données sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database), d'après l'enquête sur la sécurité sociale; ILOSTAT; UNWPP; sources nationales. Voir aussi annexe IV, tableaux B.3 et B.5.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=54681>.

développement de l'enfant. Les mécanismes de financement (à la charge de l'employeur) augmentent le coût de la main-d'œuvre féminine et entraînent des pratiques discriminatoires à l'encontre des femmes sur le marché du travail.

Récemment, certains pays africains ont déployé des efforts pour passer d'une protection à la charge de l'employeur à une prise en charge par l'assurance sociale des prestations de maternité (voir encadré 6.5), une évolution positive. La responsabilité de l'employeur impose aux petites et moyennes entreprises un fardeau inutilement élevé et imprévisible. De plus, elle a des effets négatifs sur certaines catégories de travailleurs sur le marché du travail, notamment en augmentant le coût implicite de l'embauche des femmes en cas de financement direct par les employeurs de la protection de la maternité. C'est pourquoi plusieurs pays sont passés, ou envisagent de passer, à l'assurance sociale. En Zambie ont actuellement lieu des discussions sur la transition de la responsabilité de l'employeur à un régime d'assurance sociale pour la protection de la maternité.

La majorité des mères avec nouveau-nés ont besoin d'un appui important sous forme d'une assistance sociale; cette prestation assez rentable est attrayante aux yeux des décideurs.

Encadré 6.5 Nouvelle prestation de maternité au Rwanda

Le Conseil de la sécurité sociale du Rwanda a mis en place un régime d'assurance octroyant une prestation de congé maternité pour compenser l'absence au travail des employées en cas de grossesse, d'accouchement et de soins des nouveau-nés. Selon les dispositions de la loi n° 003/2016, les mères ne devront plus choisir entre prendre douze semaines de congés et perdre 80 pour cent de leur revenu durant six semaines ou reprendre le travail au bout de six semaines pour conserver leur revenu, comme c'était le cas auparavant. Ce régime prévoit un congé rémunéré de douze semaines avec versement d'une indemnité mensuelle correspondant au dernier salaire perçu par la mère.

D'après la loi, la cotisation mensuelle au régime géré par le Conseil de la sécurité sociale du Rwanda s'élève à 0,6 pour cent du salaire brut des salariés; l'employeur (public comme privé) et le salarié cotisant chacun à raison de 0,3 pour cent. Il s'agit d'un nouveau régime de sécurité sociale mis en place dans le cadre d'un engagement du gouvernement du Rwanda en faveur de la récupération physique des femmes et des soins des nouveau-nés, et pour éviter que la maternité ne devienne un frein à la contribution des femmes au développement national.

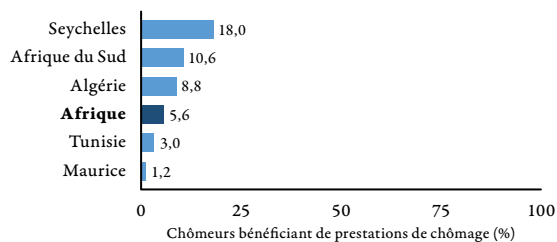
Sources: BIT, 2015d, 2016i.

Protection contre le chômage

La couverture effective de la population active est ici relativement faible. Selon les estimations régionales, la part des chômeurs bénéficiant de prestations de chômage est de 5,6 pour cent seulement (figure 6.4), ce qui est principalement dû à des niveaux élevés d'emploi informel et au manque de régimes de protection contre le chômage. Les ratios de couverture légale sont également très limités, avec 8,4 pour cent de la main-d'œuvre actuelle légalement couverte (dont 0,5 point de pourcentage par des régimes non contributifs), et de nettes disparités régionales: 27 pour cent de la main-d'œuvre est couverte en Afrique du Nord, contre 3,6 pour cent seulement en Afrique subsaharienne.

La couverture des «travailleurs pauvres» par la protection sociale à caractère non contributif est déléguée dans un grand nombre de pays à des programmes de travaux publics, à des régimes d'autonomisation et à des régimes de subventions des intrants, entre autres interventions d'appui et d'aide aux moyens de subsistance. Ces derniers sont généralement sous-financés et ne bénéficient que d'une couverture extrêmement faible. Dans certains cas, la rentabilité des programmes de travaux publics est remise en question (notamment les travaux publics au Malawi), même s'il existe également des expériences positives, où des programmes de travaux publics sont davantage intégrés à des programmes de transferts en espèces réguliers, avec des investissements suffisants dans les transferts de compétences et la qualité des actifs construits. Toutefois, la question demeure de savoir si ces instruments peuvent constituer

Figure 6.4 Indicateur 1.3.1 des ODD sur la couverture effective des chômeurs: pourcentage de chômeurs percevant des prestations de chômage en espèces en Afrique, dernières données disponibles



Note: Part des chômeurs bénéficiant de prestations: nombre de bénéficiaires de prestations de chômage en espèces sur le nombre de chômeurs. Voir aussi annexe II.

Sources: BIT, base de données sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database), d'après l'enquête sur la sécurité sociale; ILOSTAT; sources nationales. Voir aussi annexe IV, tableau B.3 et tableau B.6.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=54682>.

Encadré 6.6 Nouveau régime d'assurance-chômage au Cabo Verde

Au Cabo Verde, le taux de chômage s'élevait à 15 pour cent en 2016 et le gouvernement a introduit une nouvelle prestation de chômage cette année-là. Le nouveau régime impose aux employeurs une cotisation de 1,5 pour cent supplémentaire sur les salaires des travailleurs qui, quant à eux, cotisent à hauteur de 0,5 pour cent.

Source: BIT, à partir de sources nationales.

Encadré 6.7 Nouvelles initiatives de renforcement de la promotion de l'emploi en Afrique du Sud

En Afrique du Sud, une incitation fiscale à l'emploi (Employment Tax Incentive – ETI) a pris effet le 1^{er} janvier 2014. L'ETI a pour objectif de faciliter l'emploi des jeunes chômeurs. Les employeurs peuvent en faire la demande pendant une période de vingt-quatre mois pour tous les employés éligibles. En outre, un programme actif du marché du travail a été développé en collaboration avec les centres de travail. Il inclut une refonte des services de recherche d'emploi et de mise en relation de l'offre et de la demande de travail, ainsi qu'un appui financier sous forme de bourses de formation et de couverture des coûts liés à la recherche d'emploi afin d'améliorer le placement des chômeurs.

Source: BIT, à partir de sources nationales.

Encadré 6.8 Nouveau fonds d'indemnisation des travailleurs en République-Unie de Tanzanie

Ce nouveau fonds d'indemnisation des travailleurs (Workers' Compensation Fund – WCF) a été mis en œuvre en 2015-16 pour donner l'accès à une assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles aux plus de 2 millions de travailleurs du secteur formel du pays. Les prestations incluent l'aide médicale, l'indemnisation en cas d'invalidité temporaire et permanente, les services de rééducation, une subvention pour les soins constants, les frais d'obsèques et une indemnisation pour les personnes à charge en cas de décès de l'employé. Le WCF a été introduit par la loi de 2008 sur l'indemnisation des travailleurs et concernait à la fois les employeurs du secteur public et du secteur privé pour l'exercice 2015-16, qui avait débuté le 1^{er} juillet 2015. Depuis 2015, tous les employeurs sont tenus de contribuer au WCF. Si les employeurs du secteur privé doivent cotiser à hauteur de 1 pour cent du salaire de chaque employé, les employeurs du secteur public doivent cotiser à hauteur de 0,5 pour cent des salaires sur une base mensuelle. Le versement des prestations a commencé en 2016.

Source: BIT, à partir de sources nationales.

un socle élémentaire de protection sociale pour des populations importantes et être rentables. De nouvelles initiatives, comme le régime contributif au Cabo Verde (encadré 6.6), ont été mises en place pour résoudre les problèmes liés à la protection contre le chômage, tandis que l'incitation fiscale à l'emploi (Employment Tax Incentive – ETI, voir encadré 6.7) en Afrique du Sud vise à appuyer l'emploi et les entreprises.

Prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles

Dans de nombreuses régions d'Afrique, la protection d'une large palette de risques repose principalement sur la responsabilité de l'employeur et l'indemnisation directe, ce qui a des effets négatifs à la fois pour les travailleurs et pour les employeurs. Des évolutions positives sont observées au Malawi et en République-Unie de Tanzanie, qui en 2016 a mis en œuvre un régime d'assurance sociale d'indemnisation des travailleurs (encadré 6.8). Le Malawi en est actuellement à l'étape

de la planification de la mise en œuvre. Le Lesotho et le Botswana envisagent actuellement de mettre en place un régime d'assurance en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles (Mpedi et Nyenti, 2016).

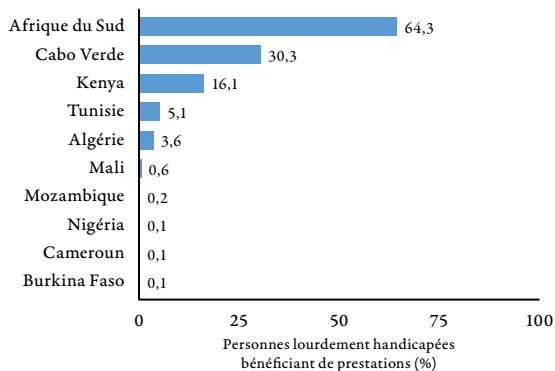
Prestations d'invalidité

La couverture effective de la protection sociale est relativement faible pour les personnes handicapées. S'il est impossible de réaliser des estimations régionales à partir des données présentes, les données disponibles pour les pays démontrent que, à l'exception notoire de l'Afrique du Sud, seule une minorité de personnes lourdement handicapées bénéficie de prestations de protection sociale (voir figure 6.5).

Pensions de vieillesse

Les personnes âgées sont la population la plus largement protégée en Afrique (près de 30 pour cent) par rapport aux autres groupes de populations (figure 6.6). Certains pays, comme le Botswana, le Lesotho, Maurice, la Namibie et les Seychelles, versent des pensions universelles à toutes les personnes âgées. En outre, les régimes d'assistance sociale incluent généralement les personnes

Figure 6.5 Indicateur 1.3.1 des ODD sur la couverture effective des personnes lourdement handicapées: pourcentage de personnes lourdement handicapées percevant des prestations d'invalidité en espèces en Afrique, 2015 ou dernières données disponibles



Note: Part des personnes handicapées touchant des prestations d'invalidité: nombre de personnes touchant des prestations d'invalidité en espèces sur le nombre de personnes lourdement handicapées. Ce dernier chiffre s'obtient en calculant le produit des taux de prévalence de l'invalidité (publiés pour chaque groupe de pays par l'Organisation mondiale de la santé) et la population de chaque pays. Voir aussi annexe II.

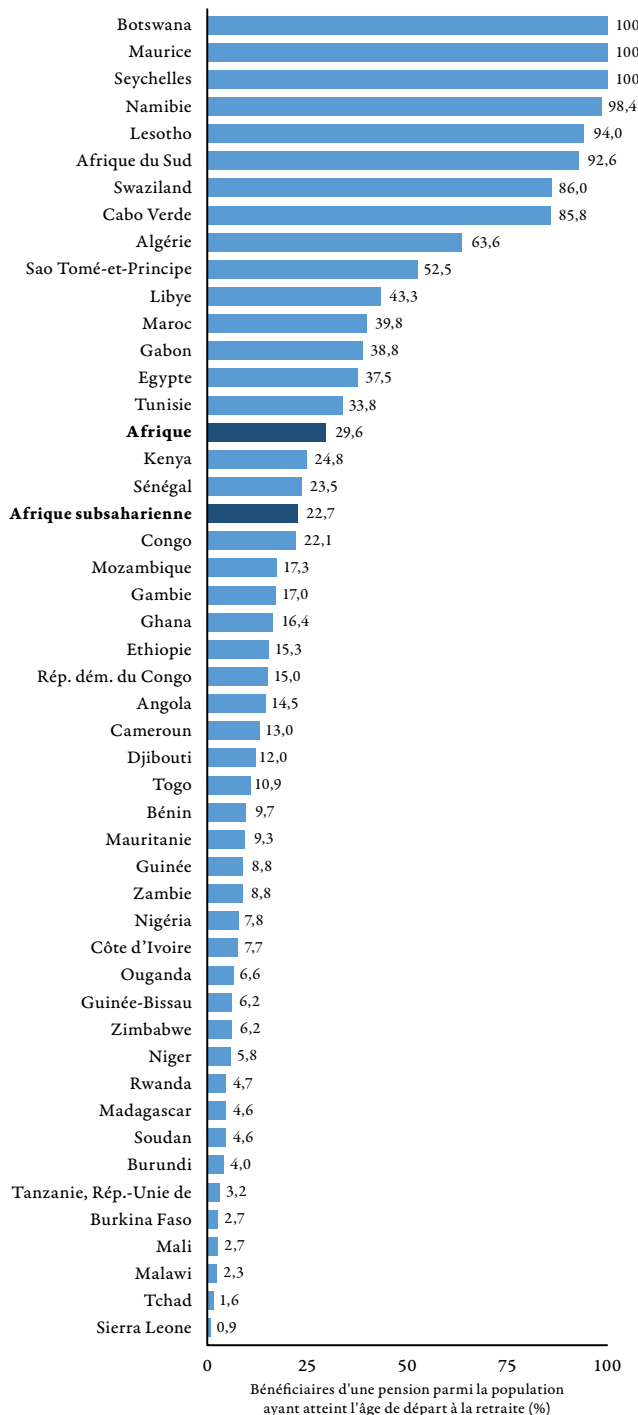
Sources: BIT, base de données sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database), d'après l'enquête sur la sécurité sociale; ILOSTAT; OMS; sources nationales. Voir aussi annexe IV, tableaux B.3 et B.8.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=54683>.

âgées parmi leurs groupes cibles. Si la plupart des pays adaptent des formes variables de transferts sociaux sous conditions de ressources pour les personnes âgées, certains pays sont actuellement en train de mettre en œuvre des régimes universels de pension sociale (voir encadré 6.9). Certains pays comme le Cabo Verde (voir encadré 6.10) parviennent presque à une couverture universelle en combinant les pensions de régimes contributifs et non contributifs. D'autres pays assouplissent quant à eux leur approche de ciblage pour atteindre une couverture presque universelle qui ne dépende que très légèrement des ressources (Mozambique et Zambie). En Afrique du Nord, l'extension de la protection sociale est à l'ordre du jour depuis la Printemps arabe (encadré 6.11).

Sur le plan contributif, des difficultés persistent avec la conversion des caisses de prévoyance et la mise en place de fonds de pension de sécurité sociale en Afrique du Sud, au Botswana, au Kenya, en Namibie, en Ouganda et au Swaziland. Dans certains pays (comme la Zambie), la mise en œuvre de réformes censées résoudre les problèmes de pérennité financière sur le long terme et permettre l'augmentation progressive des prestations prend du temps.

Figure 6.6 Indicateur 1.3.1 des ODD sur la couverture effective des personnes âgées: pourcentage de la population ayant atteint au moins l'âge légal de départ à la retraite percevant une pension de vieillesse en Afrique, dernières données disponibles



Note: Part des personnes âgées touchant une pension: nombre de personnes ayant atteint au moins l'âge légal de départ à la retraite bénéficiant d'une pension de vieillesse sur le nombre de personnes ayant atteint au moins l'âge légal de départ à la retraite. Voir aussi annexe II.

Sources: BIT, base de données sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database), d'après l'enquête sur la sécurité sociale; ILOSTAT; sources nationales. Voir aussi annexe IV, tableaux B.3 et B.12.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=54684>.

Encadré 6.9 Nouvelles pensions universelles à Zanzibar (République-Unie de Tanzanie), au Kenya et en Ouganda

Zanzibar (République-Unie de Tanzanie) a mis en œuvre un régime de pensions universelles (Universal Pension Scheme – ZUPS) assurant la sécurité de revenu des personnes âgées en 2016. Cette pension universelle de vieillesse couvre tous les résidents de Zanzibar à partir de 70 ans, à condition qu'ils aient résidé pendant au moins dix ans entre 18 ans et l'âge de départ à la retraite. Avec le temps, la limite d'âge devrait être abaissée progressivement à l'âge légal de départ à la retraite, soit 60 ans. En tant que bénéficiaires ayant une couverture vraiment universelle, les bénéficiaires des pensions de la caisse de sécurité sociale de Zanzibar (Zanzibar Social Security Fund – ZSSF) pourront cumuler les deux pensions ainsi que d'autres sources de revenu. Toutefois, la majorité de la population active de Zanzibar travaille dans l'économie informelle et ne touche qu'une prestation du ZSSF. Les premiers versements de ce régime, concernant 21 263 personnes âgées, ont été effectués en avril 2016 et chaque bénéficiaire a touché une pension mensuelle de 20 000 shillings tanzaniens (9,2 dollars).

Au **Kenya**, le secrétaire d'Etat aux Finances, Henry Rotich, a annoncé dans son discours du budget du 30 mars 2017 le lancement d'une pension universelle en janvier 2018. Les personnes âgées de 70 ans et plus recevront une pension mensuelle. Cette initiative doit fonctionner en parallèle avec le régime existant couvrant les personnes pauvres et vulnérables de 65 ans et plus. Les personnes âgées de 70 ans et plus auront droit à une couverture de l'assurance-maladie par l'intermédiaire de la Caisse nationale d'assurance hospitalière (National Hospital Insurance Fund) gérée par l'Etat. Le lancement officiel a eu lieu le 5 juillet 2017.

Source: Partenariat mondial pour la protection sociale universelle, 2016i, 2016j, 2016k, 2016l, 2016n, 2016o.

En **Ouganda**, la subvention aux personnes âgées (Senior Citizens Grant) est une pension universelle couvrant toutes les personnes âgées de 65 ans et plus (et de 60 ans et plus pour la région de Karamoja, plus vulnérable). A l'origine, le programme pilote a été déployé dans 15 districts. Par ailleurs, la subvention aux familles vulnérables (Vulnerable Family Grant) est versée aux ménages pauvres et vulnérables dans l'incapacité de travailler. Dans le cadre de ce programme, 25 000 shillings ougandais par mois seront versés aux personnes âgées admissibles, et un total de 123 000 personnes âgées (d'au moins 65 ans) en ont bénéficié au cours de la phase pilote. Après la réussite de la mise en œuvre du projet pilote, en août 2015, le gouvernement a annoncé un déploiement progressif à l'échelle nationale à 40 autres districts pour les cinq prochaines années. Outre les 20 nouveaux districts ajoutés lors de l'exercice 2015-16, cinq autres districts seront intégrés chaque année jusqu'à l'exercice 2019-20.

Tandis que le Botswana, le Lesotho, Maurice et la Namibie accordent déjà des pensions universelles en Afrique, d'autres pays prévoient de rendre universels leurs régimes de pensions non contributifs. La République-Unie de Tanzanie continentale a déjà commencé à débattre de la mise en œuvre d'un régime de cet ordre. Une proposition est en cours de discussion au sein du cabinet ministériel. En Afrique du Sud, il est proposé, dans le cadre de la réforme complète de la sécurité sociale, de supprimer les conditions de ressources existantes et de rendre universelle la pension de vieillesse (Old Age Grant).

Assistance sociale

Dans la plupart des pays d'Afrique, la couverture de l'assurance sociale est limitée, une grande partie de la population devant ainsi être couverte par les prestations de systèmes non contributifs, et principalement par l'assistance sociale (Cirillo et Tebaldi, 2016; PNUD, 2016). L'estimation régionale pour l'Afrique, présentée à la figure 6.7, démontre que moins d'une personne sur dix (9,5 pour cent) considérée comme vulnérable (c'est-à-dire les enfants, les adultes non couverts par des dispositions à caractère contributif et les personnes ayant atteint au moins l'âge de départ à la retraite et ne percevant pas de prestations de régimes contributifs) bénéficie d'une prestation à caractère non contributif. L'Afrique du Sud a atteint une couverture relativement élevée, de plus d'un tiers de sa population, grâce à ses

régimes de subventions sociales. L'assistance sociale touche également plus de 10 pour cent de la population au Malawi, au Niger et en Zambie.

L'extension des socles de protection sociale aux groupes vulnérables est une nécessité urgente en Afrique. Comme exposé précédemment, un nombre significatif de transferts en espèces a été développé dans la région. Dans plusieurs pays, ces programmes passent progressivement du stade d'intervention pilote (avec des financements et, dans certains cas, une mise en œuvre externes) au stade d'instruments nationaux de politiques sociales pleinement intégrés. Cela suppose un certain nombre de défis communs concernant l'institutionnalisation de l'assistance sociale. A l'échelle des politiques, des questions critiques sont soulevées concernant le rôle des transferts en espèces par rapport aux autres composantes des systèmes de politiques sociales (notamment,

Encadré 6.10 Régime de pensions non contributif au Cabo Verde

Outre le régime de pension contributif, depuis 2006, le Cabo Verde a mis en place une pension d'assistance sociale sous conditions de ressources pour les personnes âgées de 60 ans et plus et les personnes invalides à la suite de la fusion de deux régimes de pensions non contributifs. La gestion en a été confiée au Centre national des pensions sociales (CNPS). Les bénéficiaires perçoivent une pension mensuelle de 5 000 escudos (environ 50 dollars), soit 20 pour cent de plus que le seuil de pauvreté. Afin de pouvoir toucher une pension sociale, les personnes âgées doivent résider au Cabo Verde, être âgées de 60 ans ou plus, avoir un revenu inférieur au seuil national de pauvreté et n'être bénéficiaires d'aucun autre régime de sécurité sociale.

Le coût des pensions sociales s'élève à environ 0,4 pour cent du PIB; elles sont entièrement financées par des fonds publics et couvrent plus de 90 pour cent de la population cible (23 000 bénéficiaires).

Un fonds commun d'assurance a été créé dans le cadre du régime de pension sociale afin de subventionner l'achat de médicaments dans des pharmacies privées, à concurrence d'un plafond annuel de 2 500 escudos (environ 25 dollars). Ce fonds commun est financé par une cotisation mensuelle des bénéficiaires s'élevant à 100 escudos par pensionné. Il octroie également une prestation pour les frais d'obsèques de 7 000 escudos par mois (environ 70 dollars) en cas de décès.

Source: Partenariat mondial pour la protection sociale universelle, 2016b.

Encadré 6.11 Afrique du Nord: les pensions de vieillesse indispensables à la justice sociale au lendemain du Printemps arabe

Le Printemps arabe a remis en question l'accent mis sur la croissance économique, qui avait toujours placé au second plan les besoins sociaux pressants, et ce dans de nombreux pays d'Afrique du Nord. La politique sociale est désormais de plus en plus considérée comme un instrument essentiel à la justice sociale, en mettant l'accent sur le plein emploi, la protection sociale universelle et des services sociaux pour tous. Au lendemain du Printemps arabe, l'extension de la protection sociale est à l'ordre du jour de tous les gouvernements.

En ce qui concerne les pensions, principal élément des systèmes nationaux de protection sociale, les gouvernements d'Afrique du Nord se sont penchés sur des réformes visant à faire face aux problèmes de trésorerie à court terme du fait du ralentissement économique affectant la région, et à assurer la stabilité sur le long terme.

Egypte: après avoir annulé la réforme systémique des pensions proposée pour passer d'un régime à prestations définies à un régime à cotisations définies, qui avait provoqué des émeutes en 2011, le gouvernement égyptien, avec l'appui du BIT, a envisagé des réformes des paramètres non seulement pour améliorer la durabilité de son système public de pensions, mais également pour améliorer sa conception, conformément aux normes internationales sur la sécurité sociale. L'Égypte a ainsi lancé Karama («dignité» en arabe), un régime de pensions de vieillesse sous conditions de ressources destiné

aux Égyptiens âgés de 60 ans et plus, partiellement financé par un prêt de la Banque mondiale et les économies réalisées à la suite de la réforme des subventions à l'énergie. Les programmes d'assistance sociale ne ciblent que les plus pauvres, mais en 2017 un dialogue national a été ouvert pour étendre les socles de protection sociale. Malgré des améliorations, il reste beaucoup à faire pour atteindre une couverture universelle de la protection sociale. Il reste notamment encore à protéger toutes les personnes âgées par une pension de base garantie et universelle, et à assurer la couverture de tous les autres groupes vulnérables.

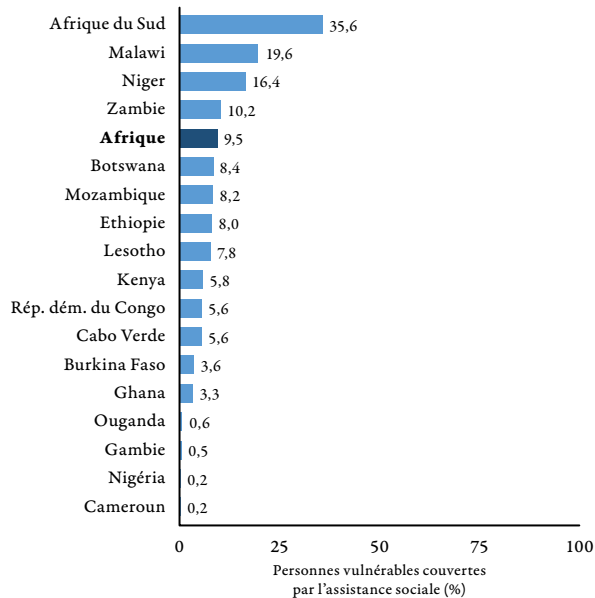
Tunisie: la protection sociale et les pensions sont l'un des quatre piliers du nouveau Contrat social tunisien (2013) et, en 2014, la Constitution tunisienne a reconnu le droit de tous à la protection sociale. La réforme des pensions de vieillesse de l'assurance sociale tunisienne s'oriente vers une modification des paramètres, sans changement de la nature du système. La pérennité financière du système de pension est un problème de plus en plus urgent depuis 2016, car, du fait du déficit budgétaire et du programme du FMI, des pressions sont exercées pour mettre en œuvre des ajustements visant à mettre un terme au déséquilibre financier à court terme du système de pensions. Dans le contexte de l'assistance apportée par le BIT à ce pays, on notera la pertinence du processus actuel de dialogue social en faveur d'une réforme de la sécurité sociale.

la complémentarité et les articulations avec les interventions sous forme de services, les systèmes de réaction en cas d'urgence et les mécanismes d'assurance sociale).

Des problèmes de conception ont également été soulevés, et notamment un certain nombre de problèmes

liés aux approches de ciblage (Brown, Ravallion et Van de Walle, 2016; Kidd, Gelders et Bailey-Athias, 2017), qui ont conduit à remettre en question le rôle de l'assistance sociale dans le contrat social en général, et la tendance dans la région semble être aux droits individuels

Figure 6.7 Indicateur 1.3.1 des ODD sur la couverture effective des groupes de population vulnérables: pourcentage de personnes vulnérables percevant des prestations non contributives en espèces en Afrique, 2015 ou dernières données disponibles



Note: Le nombre de personnes vulnérables prend en compte: a) tous les enfants; b) personnes en âge de travailler ne cotisant pas à un régime d'assurance sociale ni ne touchant de prestations contributives; et c) personnes ayant atteint au moins l'âge légal de départ à la retraite et ne touchant pas de prestations contributives (pensions de vieillesse). L'assistance sociale englobe toutes les formes de transferts en espèces non contributifs financés grâce à l'impôt général ou d'autres sources (hors assurance sociale). Voir aussi annexe II.

Sources: BIT, base de données sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database), d'après l'enquête sur la sécurité sociale; ILOSTAT; UNWPP; sources nationales. Voir aussi annexe IV, tableau B.3.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=54685>.

universels. Il existe également une résistance continue vis-à-vis de l'extension de l'aide au revenu pour les travailleurs pauvres, ce qui est reflété par le nouvel essor des stratégies visant à faire sortir progressivement les bénéficiaires de l'assistance sociale.

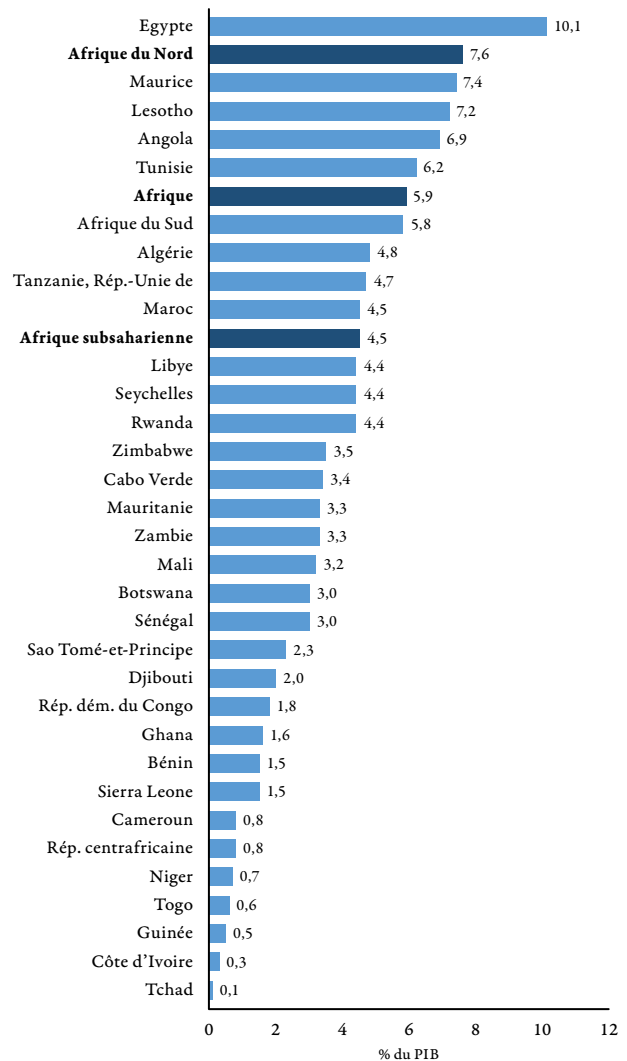
Les pays doivent renforcer la gouvernance et les mécanismes institutionnels de mise en œuvre de la protection sociale par des systèmes gouvernementaux décentralisés, ainsi que leurs capacités pour élaborer des mécanismes plus robustes de responsabilisation, de gestion des performances, de suivi et de coordination des institutions et des programmes. L'une des questions les plus brûlantes pour l'évolution de l'assistance sociale est le problème du financement, abordé à la section suivante. Il est impératif que les gouvernements identifient de nouvelles sources de financement de la protection sociale afin d'élargir la couverture.

6.1.3 Dépenses de protection sociale, hors santé

D'après les estimations régionales pour l'ensemble de l'Afrique, les dépenses de protection sociale, hors santé, s'élèvent à 5,9 pour cent du PIB, ce chiffre étant légèrement plus élevé en Afrique du Nord, avec 7,6 pour cent du PIB, contre 4,5 pour cent en Afrique subsaharienne (figure 6.8).

Les dépenses de protection sociale concernant les enfants restent faibles, en particulier en Afrique subsaharienne (0,8 pour cent du PIB), d'autant plus que

Figure 6.8 Dépenses publiques de protection sociale en Afrique, hors santé, dernières données disponibles (en pourcentage du PIB)

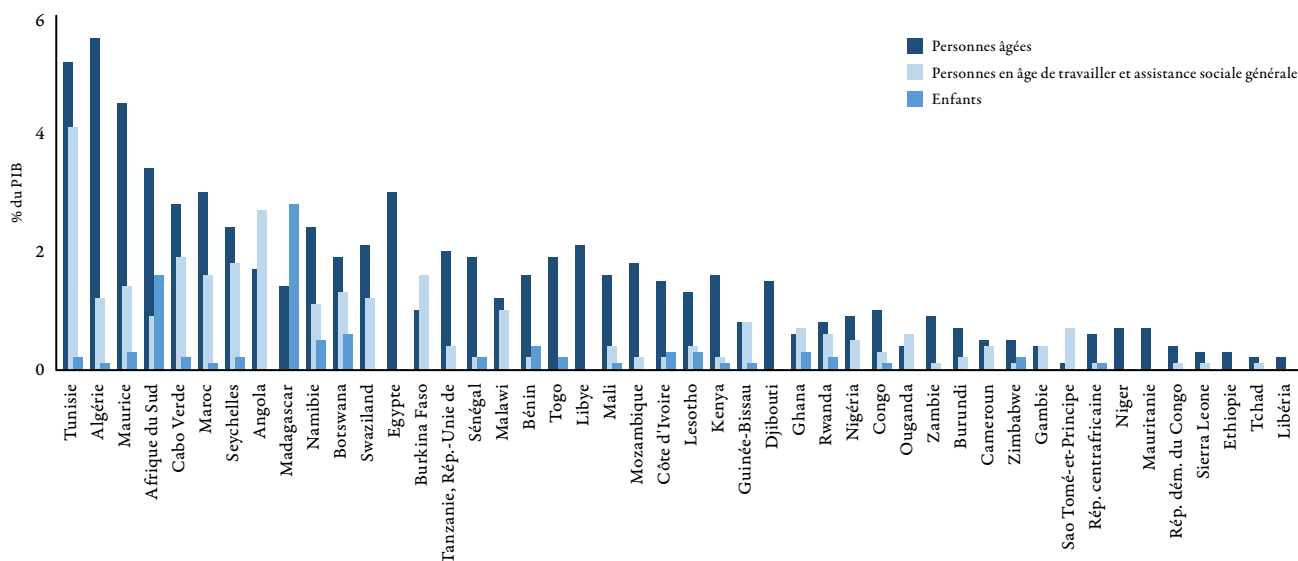


Note: Les dépenses totales de protection sociale, hors dépenses liées à la santé, sont estimées en pourcentage du PIB.

Source: BIT, base de données sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database), d'après l'enquête sur la sécurité sociale. Voir aussi annexe IV, tableaux B.16 et B.17.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=54686>.

Figure 6.9 Composition des dépenses de protection sociale, hors santé, en Afrique, dernières données disponibles (en pourcentage du PIB)



Note: Les dépenses publiques de protection sociale hors santé sont estimées en pourcentage du PIB.

Source: BIT, base de données sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database), d'après l'enquête sur la sécurité sociale. Voir aussi annexe IV, tableau B.17.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=54687>.

la part des enfants (de 0 à 14 ans) dans la population totale est de 43 pour cent (région où ce chiffre est le plus élevé) (figure 6.9).

Cette région compte la plus petite part de population en âge de travailler au monde. La part des dépenses en pourcentage du PIB consacrées à ce groupe est faible, mais supérieure aux chiffres de la plupart des pays asiatiques et arabes.

Comme dans toutes les régions, la majeure partie des dépenses de protection sociale non liées à la santé est consacrée aux personnes âgées. C'est en Afrique que la proportion est la plus élevée (65,6 pour cent), même si ce continent compte la plus faible part de personnes âgées de toutes les régions (3,8 pour cent). Plus de 60 pour cent des dépenses de protection sociale non liées à la santé sont consacrées aux prestations de vieillesse, qui représentent environ 1,3 pour cent du PIB (taux le plus bas parmi les régions) alors que, à 3,8 pour cent de la population, la part des personnes âgées est plus faible qu'ailleurs.

La récente période de prospérité dont a bénéficié la région est terminée et un certain nombre de pays suivent désormais une politique budgétaire plus austère. Face à la récession actuelle, bon nombre de pays africains ajustent leurs dépenses. La suppression des subventions et la réduction ou le plafonnement des salaires, notamment pour les fonctionnaires travaillant

dans les secteurs sociaux, constituent les principales mesures d'ajustement envisagées en Afrique subsaharienne, suivies par le ciblage des prestations de protection sociale (se traduisant souvent par une réduction de la couverture) et par des réformes des pensions. Le chapitre 7 présente une discussion sur le sujet.

La suppression des subventions prévaut dans pratiquement tous les pays africains, de l'Angola à la Zambie. Il pourrait s'agir d'une source de financement de l'extension de la protection sociale; toutefois, la suppression des subventions universelles profitant à l'ensemble de la population s'accompagne souvent d'un filet de sécurité composé de transferts en espèces ciblant étroitement les personnes les plus pauvres, ce qui est insuffisant pour atteindre les ODD. Par exemple, des pays comme l'Égypte, le Kenya, le Mozambique ou encore la Tunisie suppriment progressivement leurs subventions à l'énergie dont bénéficient tous les citoyens, mais compensent cette suppression uniquement pour les personnes pauvres, au moyen de filets de sécurité à ciblage étroit; la majeure partie de la population, dont les revenus sont très faibles, ne recevra pas de compensation, subira ainsi une perte nette de revenu, et deviendra donc plus vulnérable. Un certain nombre de subventions alimentaires ont été supprimées progressivement de façon trop précoce, à une époque où les prix des produits alimentaires étaient très élevés. Par conséquent, la

suppression des subventions a entraîné des manifestations et des émeutes dans de nombreux pays (Ortiz et coll., 2015). Le chapitre 7 présente une discussion sur ce thème. Les économies engendrées par la suppression des subventions devraient être utilisées pour élargir le système de protection sociale à tous, y compris les socles, comme convenu dans les ODD.

Face à la pression budgétaire, plus de dix gouvernements de la région envisagent des réformes des pensions, ce qui est reflété par les discussions avec le FMI. Il s'agit notamment de la Côte d'Ivoire, du Kenya, du Maroc, de Maurice, de la République-Unie de Tanzanie, de la Tunisie et de la Zambie. Cette pression budgétaire à court terme ne doit pas freiner la réalisation des objectifs du Programme de développement durable à l'horizon 2030. Des solutions sont disponibles pour élargir l'espace budgétaire pour la protection sociale, même dans les pays les plus pauvres (Ortiz, Cummins et Karunanethy, 2017). Les pays doivent étudier la faisabilité des différentes options de financement par le dialogue national. Le dialogue social est idéal pour articuler des solutions optimales au sein de la politique budgétaire d'une part et la nécessité d'une sécurité de l'emploi et de revenu d'autre part.

6.1.4 Perspectives régionales

La plupart des pays d'Afrique ont fait de la protection sociale un domaine prioritaire de leur stratégie de développement. Aussi, des plans et politiques nationaux de protection sociale ont été adoptés ou sont en cours d'élaboration dans la plupart des Etats africains. Les années à venir seront ainsi consacrées aux priorités suivantes:

- Etendre la protection sociale aux travailleurs de l'économie informelle afin de formaliser et d'améliorer leurs conditions de travail.
- Développer les régimes d'assistance sociale pour les personnes dans l'incapacité de travailler, c'est-à-dire les enfants, les mères avec nouveau-nés, les personnes handicapées, les personnes âgées, les personnes pauvres avec ou sans travail, et les personnes en état d'insécurité alimentaire,
- Etablir des systèmes universels de couverture de la santé.
- Revoir les politiques nationales de protection sociale (par exemple au Kenya avec le nouveau Plan d'investissement dans la protection sociale 2030) en

combinant les régimes non contributifs et contributifs pour obtenir une couverture universelle. Identifier de nouvelles stratégies d'élargissement de l'espace budgétaire en faveur de la protection sociale afin de financer convenablement les systèmes de protection sociale, socles compris.

- Renforcer des cadres juridiques de la protection sociale et améliorer des cadres réglementaires.
- Renforcer les institutions et les capacités, en particulier dans les Etats fragiles, et améliorer notamment la coordination des régimes de protection sociale.
- Faciliter l'accès à la sécurité sociale des travailleurs migrants d'Afrique, y compris la portabilité des prestations.
- Améliorer la résilience face aux chocs climatiques et autres, intégrer des soutiens aux moyens de subsistance favorisant la résilience dans les programmes de protection sociale, et améliorer la coordination entre systèmes de protection sociale et systèmes de réaction en cas d'urgence.

6.2 Amériques

6.2.1 Défis et priorités de la protection sociale dans la région

Les systèmes de sécurité sociale en Amérique latine et aux Caraïbes ont évolué depuis le début du XX^e siècle de façon fragmentée et stratifiée, créant des lacunes de couverture et des inégalités au niveau de la portée et de l'adéquation des prestations. Du fait des contraintes structurelles pesant sur l'économie et de la forte incidence du travail informel, dans de nombreux pays, les résultats de la protection sociale sont nettement insatisfaisants. Toutefois, ces quinze dernières années ont été une période fructueuse de réformes et d'avancées dans les domaines de la protection sociale et les politiques sociales accusant des retards, un phénomène largement associé aux évolutions positives observées sur les marchés du travail de la région, mais également dû à l'introduction d'innovations en matière de protection sociale (CEPALC, 2016). Par conséquent, l'incidence de la pauvreté a diminué drastiquement ces dix dernières années, et même plus rapidement que dans d'autres régions du monde (Ocampo et Gómez-Arteaga, 2016).

Ces quinze dernières années, les pays d'Amérique latine et des Caraïbes ont réalisé des avancées considérables en matière de protection sociale, grâce

à l'extension des régimes contributifs, associée à une reprise de l'emploi, mais également grâce à l'expansion des régimes non contributifs de protection sociale financés par les impôts. Cette avancée est reflétée à la fois par les indicateurs de couverture contributive et ceux de couverture non contributive. La protection sociale et les bons résultats du marché du travail sont des facteurs clés de la réduction de la pauvreté. Toutefois, des lacunes importantes subsistent en raison de l'hétérogénéité régionale en matière d'adéquation des prestations, de couverture effective, de dépenses publiques de protection sociale, et de résultats des systèmes.

Il existe également certaines restrictions à l'élargissement de l'espace budgétaire en vue de l'extension de la couverture, mais également des problèmes liés à la fragmentation, à la stratification et au manque d'articulation et de coordination entre les programmes et institutions du secteur. Certains groupes et secteurs sont exclus de la protection sociale ou ont une couverture effective très faible, notamment les micro-entrepreneurs, les travailleurs indépendants et les travailleurs ruraux et domestiques. L'extension de la couverture à certaines populations «difficilement accessibles» est capitale pour la réduction des inégalités entre les sexes et entre les ethnies. En raison des différentes contraintes, la couverture effective des populations rurales reste un défi considérable pour la région (BIT, 2016k).

L'augmentation de la couverture dans la région s'aligne sur les objectifs de développement durable relatifs à l'extension de la protection sociale, santé incluse. Toutefois, il existe une grande hétérogénéité régionale en matière de configuration des systèmes, de niveaux de sécurité et d'étendue de la couverture, de dépenses publiques de protection sociale et de résultats. Par conséquent, les défis rencontrés dans cette région sont très divers, selon le pays ou la sous-région. Dans les pays où le niveau de développement est plus faible, les principaux défis sont liés à la mise en place ou à l'expansion des socles de protection sociale, à l'aménagement d'un espace budgétaire en faveur de la protection sociale et au renforcement des institutions de protection sociale. Dans les pays moyennement développés, les principaux objectifs consistent en la consolidation des socles de protection sociale, en l'extension de la sécurité sociale aux groupes difficiles à couvrir grâce à des politiques de formalisation et en la coordination institutionnelle

(Bertranou, Casali et Schwarzer, 2014). Enfin, dans les pays les plus développés de la région, les principaux défis relèvent de la durabilité économique, du maintien des niveaux de couverture et du financement, de l'approfondissement des politiques de formalisation afin de continuer à élargir la couverture contributive et de l'amélioration de la qualité des dépenses de protection sociale.

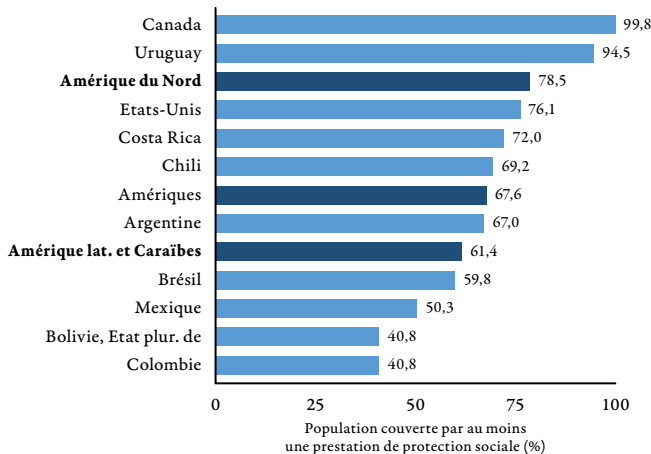
6.2.2 Couverture effective de la protection sociale: suivi de l'indicateur 1.3.1 des ODD dans la région Amériques

Environ 67 pour cent de la population des Amériques bénéficie d'une couverture effective de la protection sociale dans au moins un domaine, ce qui est supérieur de 22 points de pourcentage à la moyenne mondiale, mais reste en deçà de la couverture en Europe et en Asie centrale. Malgré des efforts récents portant sur l'élaboration de systèmes complets de protection sociale, des défis restent à relever pour atteindre une couverture universelle².

Il existe une nette divergence entre les niveaux de couverture d'Amérique du Nord d'une part, et d'Amérique latine et des Caraïbes d'autre part (voir figure 6.10). Les pays développés d'Amérique du Nord, soit le Canada et les Etats-Unis, ont tendance à enregistrer des taux de couverture plus élevés grâce à leur plus haut niveau de développement économique et d'investissement social. Le Canada en est un bon exemple; en revanche, aux Etats-Unis une personne sur quatre n'a toujours accès à aucune sorte de protection sociale sous forme de prestations en espèces. Par rapport à l'Amérique du Nord, de nombreux pays d'Amérique latine et des Caraïbes présentent toujours des lacunes considérables de couverture, 40 pour cent de la population en moyenne n'étant pas couverte. Les disparités considérables en termes de couverture entre les pays d'Amérique latine et des Caraïbes sont encore plus nettes. Alors que l'exemple positif de l'Uruguay démontre qu'il est également possible d'atteindre des taux de couverture élevée dans des pays moins avancés dans leur développement, dans d'autres pays comme l'Etat pluri-national de Bolivie et la Colombie, 60 pour cent de la population n'est toujours pas couverte.

² Le caractère limité des données disponibles (sauf pour la couverture effective des pensions de vieillesse) ne permet pas de conduire une analyse statistique très détaillée de la région.

Figure 6.10 Indicateur 1.3.1 des ODD: pourcentage de la population couverte par au moins une prestation de protection sociale dans la région Amériques (couverture effective), 2015 ou dernières données disponibles



Note: La couverture effective de la protection sociale correspond au nombre de personnes cotisant activement à un régime d'assurance sociale ou percevant des prestations (contributives ou non contributives), exprimé en pourcentage de la population totale. La protection de la santé n'est pas couverte par l'indicateur 1.3.1 des ODD. Voir aussi annexe II.

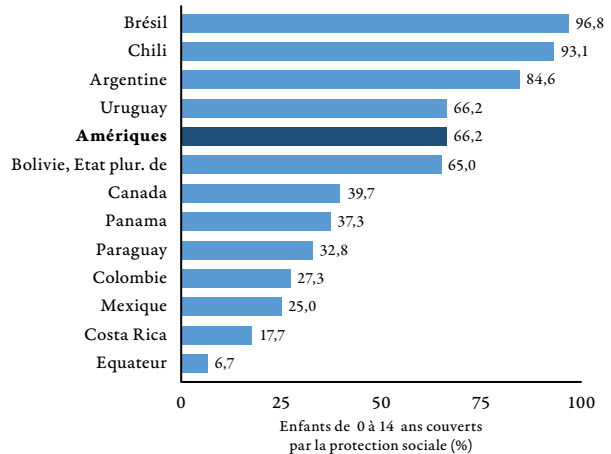
Sources: BIT, base de données sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database), d'après l'enquête sur la sécurité sociale; ILOSTAT; sources nationales. Voir aussi annexe IV, tableau B.3.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=54688>.

Prestations à l'enfance et aux familles

Dans la plupart des pays de la région, la mise en place d'une protection sociale pour les enfants reste un défi (voir figure 6.11). Plus d'un tiers des enfants âgés de 0 à 14 ans ne sont pas couverts. Certains pays d'Amérique latine et des Caraïbes ont redoublé d'efforts pour atteindre une couverture universelle, comme l'Argentine, où 85 pour cent de tous les enfants ont un accès effectif aux prestations à l'enfance. Dans d'autres pays où les prestations à l'enfance sont octroyées par des régimes non contributifs sous conditions de ressources uniquement, comme au Costa Rica et en Equateur, les taux de couverture sont inférieurs et atteignent, respectivement, 18 et 7 pour cent. Seuls le Brésil et le Chili atteignent des taux de couverture effective de plus de 90 pour cent en combinant des régimes contributifs et des régimes non contributifs sous conditions de ressources. En Amérique du Nord, où des données sont disponibles pour le Canada uniquement, la couverture est limitée et estimée à moins de 40 pour cent de tous les enfants de 0 à 14 ans.

Figure 6.11 Indicateur 1.3.1 des ODD sur la couverture effective des enfants et des familles: pourcentage d'enfants et de ménage percevant des prestations à l'enfance et aux familles en espèces dans la région Amériques, 2015 ou dernières données disponibles



Note: Part des enfants couverts par des prestations de sécurité sociale: nombre d'enfants/ménages touchant des prestations à l'enfance en espèces rapporté au nombre d'enfants/ménages avec des enfants. Voir aussi annexe II.

Sources: BIT, base de données sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database), d'après l'enquête sur la sécurité sociale; ILOSTAT; UNWPP; sources nationales. Voir aussi annexe IV, tableaux B.3 et B.4.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=54689>.

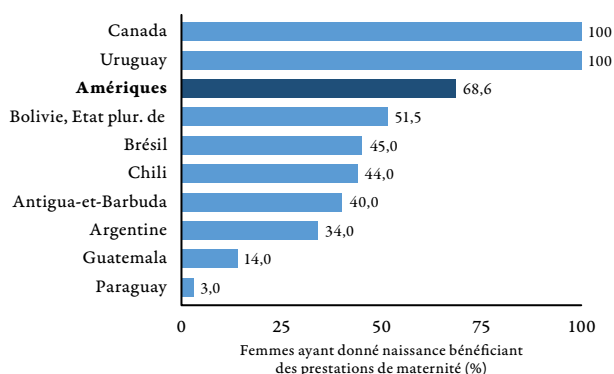
Protection de la maternité

La couverture effective des prestations de maternité en espèces est supérieure à la moyenne mondiale de 41 pour cent, avec une part estimée à 68,6 pour cent des femmes ayant un emploi et bénéficiant de prestations de maternité (figure 6.12). Toutefois, les différences entre les pays sont considérables et de nombreux pays rencontrent encore des difficultés pour parvenir à une couverture universelle. Si seuls le Canada et l'Uruguay parviennent à une couverture effective de 100 pour cent des femmes ayant un emploi, seuls 50 pour cent des femmes ayant un emploi perçoivent des prestations de maternité dans l'Etat plurinational de Bolivie. A l'autre extrémité, les niveaux d'exclusion sont très élevés au Guatemala et au Paraguay, où plus de 85 pour cent des femmes ayant un emploi ne perçoivent pas de prestations de maternité en espèces.

Protection contre le chômage

Par rapport à d'autres risques, la part des personnes en âge de travailler et au chômage percevant des prestations de chômage est assez faible dans la région. Dans la

Figure 6.12 Indicateur 1.3.1 des ODD sur la couverture effective des mères avec nouveau-nés: pourcentage de femmes ayant donné naissance percevant des prestations de maternité en espèces dans la région Amériques, 2015 ou dernières données disponibles

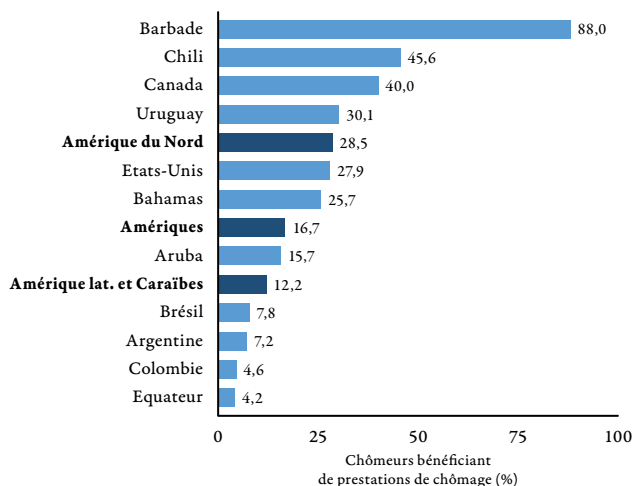


Note: Part des femmes ayant donné naissance couvertes par les prestations de maternité: nombre de femmes percevant des prestations de maternité en espèces rapporté au nombre de femmes ayant donné naissance au cours de la même année (estimation fondée sur les taux de fertilité en fonction de l'âge ou du nombre de naissances vivantes corrigé par la part de naissances de jumeaux ou de triplés). Voir aussi annexe II.

Sources: BIT, base de données sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database), d'après l'enquête sur la sécurité sociale; ILOSTAT; UNWPP; sources nationales. Voir aussi annexe IV, tableaux B.3 et B.5.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=54690>.

Figure 6.13 Indicateur 1.3.1 des ODD sur la couverture effective des chômeurs: pourcentage de chômeurs percevant des prestations de chômage en espèces dans la région Amériques, dernières données disponibles



Note: Part des chômeurs touchant des prestations: nombre de bénéficiaires de prestations de chômage en espèces rapporté au nombre de chômeurs. Voir aussi annexe II.

Sources: BIT, base de données sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database), d'après l'enquête sur la sécurité sociale; ILOSTAT; sources nationales. Voir aussi annexe IV, tableaux B.3 et B.6.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=54691>.

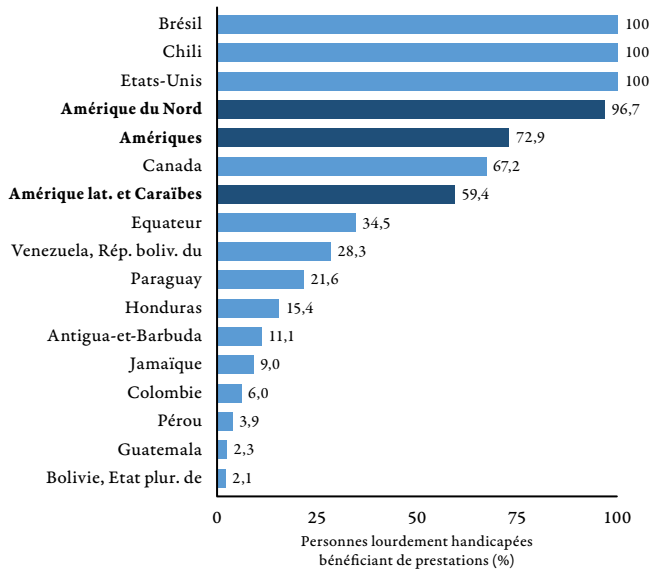
majorité des pays de la région évalués, moins de 45 pour cent des chômeurs perçoivent effectivement des prestations de chômage (voir figure 6.13). La Barbade est la seule exception positive, car 88 pour cent des chômeurs y perçoivent des prestations dans le cadre de son régime obligatoire d'assurance sociale. Par contraste, seuls 28,5 pour cent des chômeurs d'Amérique du Nord perçoivent des prestations de chômage, la couverture étant estimée à 40 pour cent pour le Canada et à 28 pour cent pour les Etats-Unis. Ces chiffres indiquent que la couverture des prestations de chômage n'est pas forcément plus importante dans les pays à revenu élevé. Dans d'autres pays d'Amérique latine et des Caraïbes, les régimes de protection contre le chômage couvrent une part encore moins importante des chômeurs (12 pour cent). Certains pays de cette région, comme le Chili et le Costa Rica, ont mis en œuvre des régimes d'épargne en cas de chômage avec des comptes individuels, ce qui ne garantit généralement pas de paiements périodiques. Il reste encore du chemin à parcourir pour atteindre une couverture universelle, sachant que 55 pour cent des chômeurs ne sont pas protégés contre la perte de revenu en cas de chômage. En Colombie et en Equateur, seule une minorité de chômeurs (moins de 5 pour cent) perçoit des prestations de chômage.

Cela s'explique partiellement par le fait que la plupart des régimes de protection contre le chômage se limitent aux salariés, ce qui entraîne des taux de couverture effective faibles dans les pays où la part des travailleurs atypiques sur le nombre total de travailleurs est très importante. Dans d'autres pays comme l'Equateur, la faible couverture s'explique notamment par le fait que la protection contre le chômage prend la forme de sommes forfaitaires, et non de prestations périodiques en espèces.

Prestations d'invalidité

La couverture de la protection sociale des personnes lourdement handicapées varie fortement d'une sous-région à l'autre et au sein des sous-régions (voir figure 6.14). L'Amérique du Nord est la sous-région la plus avancée, avec une couverture de 96,7 pour cent, les Etats-Unis étant en tête puisqu'ils ont atteint une couverture universelle. Par contraste, au Canada, seuls les deux tiers des personnes lourdement handicapées ont accès à des prestations d'invalidité. En Amérique latine et aux Caraïbes, la plupart des pays disposent de régimes obligatoires pour l'invalidité; toutefois, la couverture en est très variable, avec un écart de couverture

Figure 6.14 Indicateur 1.3.1 des ODD sur la couverture effective des personnes lourdement handicapées: pourcentage de personnes lourdement handicapées percevant des prestations d'invalidité en espèces dans la région Amériques, 2015 ou dernières données disponibles



Note: Part des personnes handicapées touchant des prestations d'invalidité: nombre de personnes touchant des prestations d'invalidité en espèces rapporté au nombre de personnes lourdement handicapées. Ce dernier chiffre est égal au produit des taux de prévalence de l'invalidité (publiés pour chaque groupe de pays par l'Organisation mondiale de la santé) et de la population du pays. Voir aussi annexe II.

Sources: BIT, base de données sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database), d'après l'enquête sur la sécurité sociale; ILOSTAT; UNWPP; OMS; sources nationales. Voir aussi annexe IV, tableaux B.3 et B.8.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=54692>.

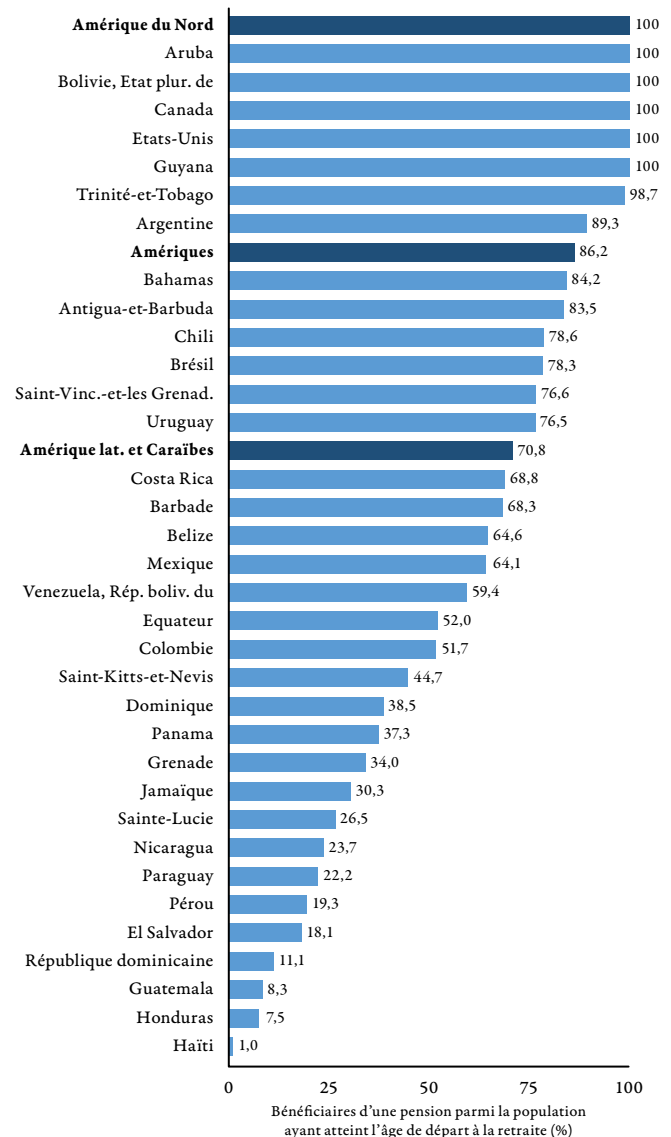
de plus de 90 points entre le meilleur et le moins bon élève, l'Etat plurinational de Bolivie et le Brésil. Si, dans des pays comme le Brésil, le Chili ou l'Uruguay, plus de 90 pour cent (et parfois 100 pour cent) des personnes lourdement handicapées ont effectivement accès à des prestations d'invalidité, dans d'autres, comme l'Etat plurinational de Bolivie, le Guatemala et le Pérou, moins de 5 pour cent des personnes handicapées perçoivent des prestations d'invalidité.

Pensions de vieillesse

De toutes les tranches d'âge, les personnes âgées sont la population la plus largement couverte dans cette région. Presque tous les pays disposent d'un régime de pensions de vieillesse inscrit dans la législation nationale. La différence au niveau de la couverture effective des personnes âgées dans la région Amériques (86 pour cent de la population cible) par rapport au premier de la classe

au niveau mondial, l'Europe et l'Asie centrale (95 pour cent de la population cible) n'est que de 9 points de pourcentage, alors qu'il est d'environ 25 points pour d'autres risques, comme le chômage. Comme l'illustre la figure 6.15, en Amérique du Nord, en moyenne, toutes les personnes âgées ayant au moins l'âge de départ à la

Figure 6.15 Indicateur 1.3.1 des ODD sur la couverture effective des personnes âgées: pourcentage de la population ayant au moins l'âge légal de départ à la retraite percevant une pension de vieillesse dans la région Amériques, dernières données disponibles



Note: Part des personnes âgées touchant une pension: nombre de personnes ayant au moins l'âge légal de départ à la retraite touchant une pension de vieillesse rapporté au nombre de personnes ayant au moins l'âge légal de départ à la retraite. Voir aussi annexe II.

Sources: BIT, base de données sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database), d'après l'enquête sur la sécurité sociale; ILOSTAT; sources nationales. Voir aussi annexe IV, tableaux B.3 et B.12.

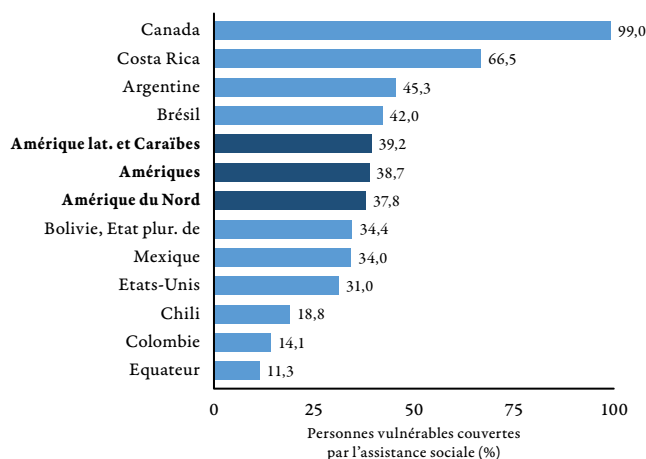
Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=54693>.

retraite perçoivent des prestations en espèces. Aux Etats-Unis comme au Canada, la couverture des pensions de vieillesse est universelle. En Amérique latine et aux Caraïbes, 71 pour cent des personnes âgées perçoivent une pension de vieillesse, ce qui est légèrement supérieur à la moyenne mondiale de 67 pour cent. Toutefois, des inégalités considérables demeurent dans la sous-région. Des taux de couverture de 100 pour cent ont été relevés à Aruba, dans l'Etat plurinational de Bolivie et au Guyana, où des prestations périodiques en espèces sont versées aux personnes âgées. Dans de nombreux pays de la sous-région (23), au moins 50 pour cent des personnes âgées ont effectivement accès à des pensions leur assurant un certain niveau de sécurité de revenu pour leur vieillesse. Toutefois, en Amérique latine et aux Caraïbes, les régimes de pension de vieillesse en sont encore au début de leur développement par rapport à l'Amérique du Nord. Par exemple, si au Nicaragua, environ une personne âgée sur quatre a droit à une pension de vieillesse, au Pérou, c'est moins d'une sur cinq (19 pour cent), et à Haïti, une sur 100 seulement.

Assistance sociale

Concernant la couverture des populations vulnérables, les chiffres diffèrent légèrement de ceux de la population globale (voir figure 6.16). L'Amérique du Nord comme l'Amérique latine et les Caraïbes ont encore beaucoup de chemin à parcourir pour atteindre une couverture universelle d'ici à 2030. Dans la plupart des pays de la région, les populations vulnérables sont confrontées à des défis plus importants dans l'accès aux systèmes de protection sociale; aussi, la part des populations vulnérables couvertes par la protection sociale est inférieure à celle de la population totale. La part de l'Amérique du Nord est d'ailleurs inférieure à celle de l'Amérique latine et des Caraïbes, même si la part de la population totale couverte par la protection sociale y est plus grande. Par exemple, aux Etats-Unis, la couverture de la population vulnérable est nettement inférieure (31 pour cent) par rapport à celle du total des bénéficiaires (76 pour cent). De même, en Amérique latine et aux Caraïbes, 39 pour cent de la population vulnérable en moyenne a accès aux systèmes de protection sociale par rapport au total des bénéficiaires (61 pour cent). Au Chili, en Colombie et en Equateur, moins d'une personne vulnérable sur cinq bénéficie d'une protection sociale. Le Canada est la seule exception positive de la région: la quasi-totalité de la population vulnérable y est couverte par la protection sociale.

Figure 6.16 Indicateur 1.3.1 des ODD sur la couverture effective des groupes de population vulnérables: pourcentage de personnes vulnérables percevant des prestations en espèces, à caractère non contributif, dans la région Amériques, 2015 ou dernières données disponibles



Note: Le nombre de personnes vulnérables tient compte: a) de tous les enfants; b) des personnes en âge de travailler ne cotisant pas à un régime d'assurance sociale ni ne touchant de prestations contributives; et c) des personnes ayant au moins l'âge légal de départ à la retraite et ne touchant pas de prestations contributives (pensions de vieillesse). L'assistance sociale englobe toutes les formes de transferts en espèces non contributifs financés grâce à l'impôt général ou d'autres sources (hors assurance sociale). Voir aussi annexe II.

Sources: BIT, base de données sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database), d'après l'enquête sur la sécurité sociale; ILOSTAT; UNWPP; sources nationales. Voir aussi annexe IV, tableau B.3.

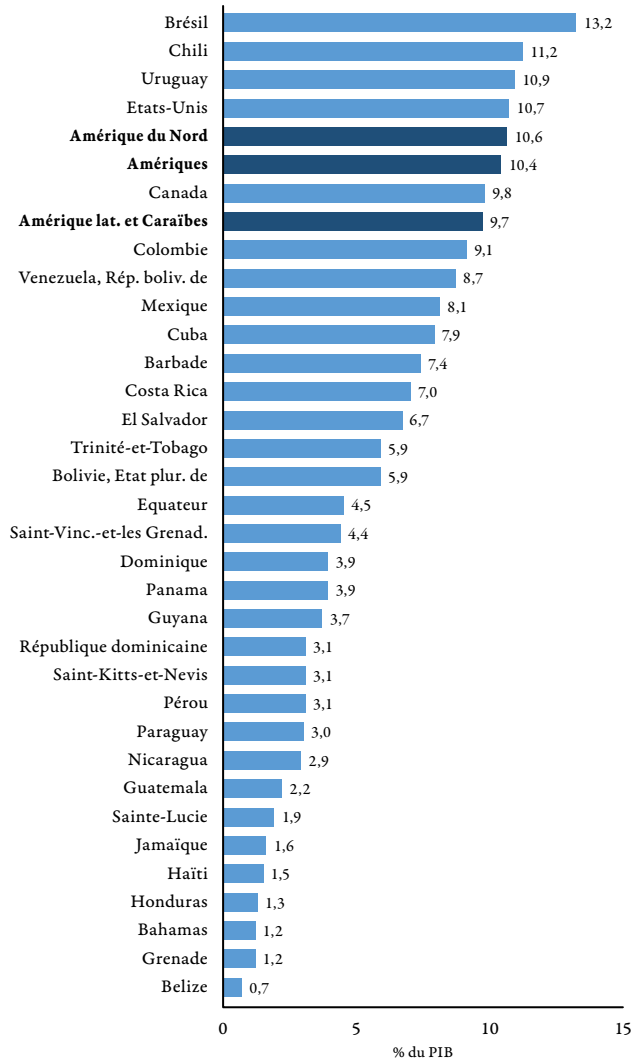
Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=54694>.

6.2.3 Tendances des dépenses de protection sociale, hors santé

Le niveau des dépenses totales de protection sociale, hors santé, dans la région Amériques, s'élève à environ 10,4 pour cent du PIB: il est très légèrement supérieur en Amérique du Nord, à environ 10,6 pour cent du PIB, contre 9,7 pour cent du PIB en Amérique latine et aux Caraïbes (voir figure 6.17). Les écarts sont considérables d'un pays à l'autre. Le Brésil, le Canada, le Chili, les Etats-Unis et l'Uruguay comptent parmi les pays présentant les niveaux les plus élevés de couverture et de dépenses de protection sociale. A l'autre extrémité du spectre, des pays à revenu élevé et intermédiaire, comme les Bahamas, Grenade et le Guatemala, allouent moins de 3 pour cent de leur PIB aux dépenses de protection sociale, ce qui est inférieur au niveau des dépenses de protection sociale de plusieurs pays à faible revenu.

En ce qui concerne la répartition des dépenses de protection sociale, hors santé, une part importante des

Figure 6.17 Dépenses publiques de protection sociale, hors santé, dans la région Amériques, dernières données disponibles (en pourcentage du PIB)



Note: Les chiffres correspondant aux dépenses totales de protection sociale, hors dépenses publiques liées à la santé, sont estimés en pourcentage du PIB.

Source: BIT, base de données sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database), d'après l'enquête sur la sécurité sociale. Voir aussi annexe IV, tableaux B.16 et B.17.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=54695>.

dépenses sociales publiques de la région cible la population âgée, comme dans toutes les autres régions du monde (voir figure 6.18). C'est le cas de pays comme le Brésil, les Etats-Unis et l'Uruguay. Dans ces pays, les dépenses de protection sociale dédiées aux personnes âgées correspondent à environ 50 pour cent du total des dépenses de protection sociale. A contrario, la répartition des dépenses de protection sociale est plus équilibrée dans des pays comme le Canada et le Chili. Enfin, certains pays comme l'Etat plurinational de Bolivie, la République dominicaine et le Paraguay mettent

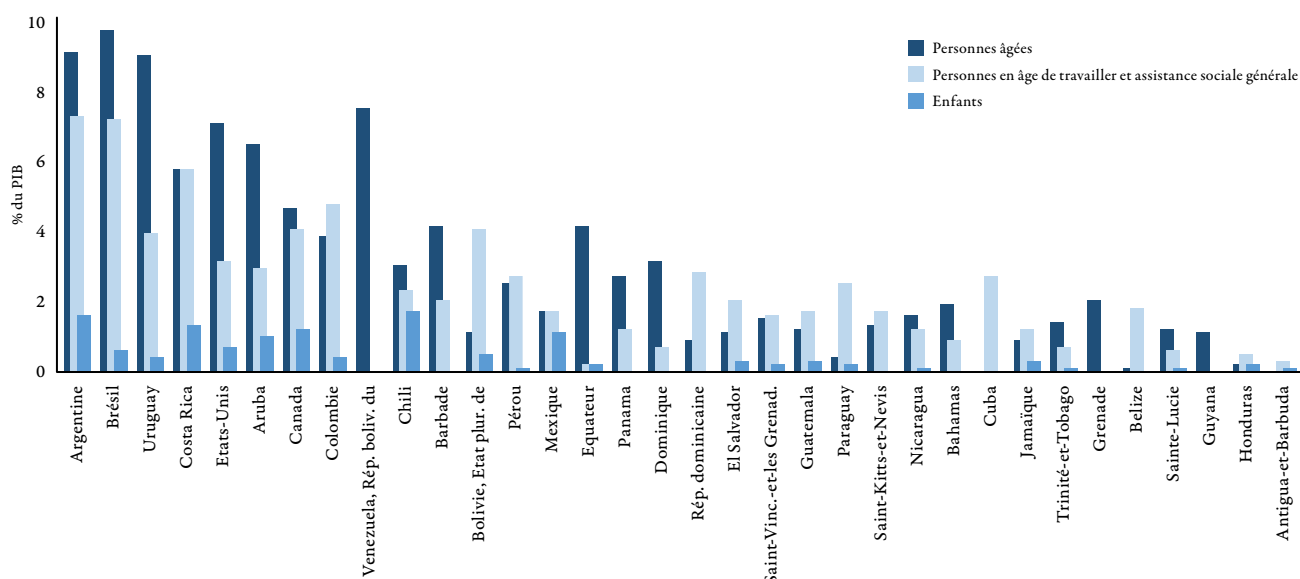
davantage l'accent sur l'octroi d'une protection sociale aux personnes en âge de travailler.

Même si la population en âge de travailler compose les deux tiers de la population de la région Amériques, les dépenses de protection sociale destinées à ce groupe ne correspondent qu'à une faible part du total des dépenses de protection sociale hors santé. De nombreux pays, comme les Bahamas, Dominique, le Panama et Sainte-Lucie, illustrent cette tendance. Dans ces pays, moins de 20 pour cent du total des dépenses de protections sociales sont alloués aux populations en âge de travailler. Toutefois, un certain nombre de pays de la région consacrent une plus grande partie de leurs ressources à la satisfaction des besoins en sécurité de revenu des personnes en âge de travailler qu'aux besoins des personnes âgées ou des enfants; ainsi, le Belize, l'Etat plurinational de Bolivie, la République dominicaine et le Paraguay consacrent plus de 60 pour cent de leurs ressources dédiées à la protection sociale aux personnes en âge de travailler et à l'assistance sociale générale. Dans la région Amériques, le nombre de pays (16 sur 34) concentrant leurs dépenses de protection sociale sur les personnes en âge de travailler est relativement élevé par rapport à d'autres régions du monde. Par exemple, en Europe et en Asie centrale, seuls quatre pays allouent davantage de dépenses de protection sociale hors santé aux personnes en âge de travailler qu'aux personnes âgées.

Comme dans toutes les autres régions du monde, une très faible part des dépenses publiques hors santé est consacrée à la protection sociale des enfants. Les dépenses publiques de protection sociale consacrées aux enfants représentent la plus grande part du PIB au Chili, avec 1,7 pour cent, suivi par l'Argentine avec 1,5 pour cent du PIB, tandis qu'elles ne représentent que 0,1 pour cent du PIB à Sainte-Lucie et 0,02 pour cent du PIB en République dominicaine. Certains pays, comme Cuba, Grenade et la République bolivarienne du Venezuela, ne disposent d'aucun programme de protection sociale des enfants inscrit dans la législation nationale ni ne consacrent de ressources à des programmes d'assistance sociale plus larges ciblant les enfants.

En Amérique latine et aux Caraïbes, les dépenses publiques de protection sociale ciblant les enfants n'équivalent qu'à un dixième des dépenses publiques de protection sociale ciblant les personnes âgées, alors même que la part des enfants sur la population totale y est nettement plus élevée que celle des personnes âgées (les enfants représentent 25 pour cent de la population totale de l'Amérique latine et des Caraïbes, contre 7,6 pour cent). En Amérique du Nord, les dépenses de

Figure 6.18 Composition des dépenses de protection sociale hors santé dans la région Amériques, dernières données disponibles (en pourcentage du PIB)



Note: Les chiffres correspondant aux dépenses publiques de protection sociale hors santé sont estimés en pourcentage du PIB.

Sources: BIT, base de données sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database), d'après l'enquête sur la sécurité sociale. Voir aussi annexe IV, tableau B.17.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=54696>.

protection sociale consacrées aux personnes âgées sont 20 fois supérieures aux dépenses consacrées aux enfants, quand bien même la part des enfants dans la population totale est plus importante que celle des personnes âgées. De manière générale, le faible niveau de dépenses consacrées aux enfants par rapport aux autres groupes de population dénote un net manque d'investissement dans la protection sociale des enfants. Cela peut avoir des effets dévastateurs sur la pauvreté des enfants et sur d'autres indicateurs du bien-être des enfants, comme le taux de nutrition, en particulier dans les régions où la part des enfants dans la population totale est relativement élevée. Malgré une baisse très importante, l'incidence de la pauvreté infantile reste très élevée (Lucchetti et coll., 2016). Si les ressources allouées à la protection sociale des enfants n'augmentent pas, il y aura probablement des effets négatifs à l'avenir, à savoir que la main-d'œuvre future risque de se voir limitée dans sa capacité à réaliser son plein potentiel économique et social.

Si la région des Amériques a connu une décennie de prospérité globalement propice à l'extension de la protection sociale, un certain nombre de pays d'Amérique centrale et des Caraïbes se trouvent dans une situation budgétaire inconfortable et envisagent des

réformes d'ajustement, et notamment des réformes des pensions, qui sont en cours de discussion au Costa Rica, à El Salvador, à Grenade, au Guyana, en Jamaïque, au Nicaragua et à Saint-Vincent-et-les Grenadines. La réforme des subventions touche huit pays de la région, dont l'Etat plurinational de Bolivie, El Salvador, le Guyana, le Nicaragua, le Paraguay et le Suriname. La réduction des subventions pourrait être une source de financement de l'extension de la couverture de la protection sociale (voir chapitre 7 pour une discussion sur le sujet). La limitation de la masse salariale du secteur public, et notamment des fonctionnaires travaillant dans les secteurs sociaux, est une autre mesure d'austérité à court terme fréquente touchant en particulier le Belize, le Costa Rica, El Salvador, Grenade, la Jamaïque, le Mexique et le Suriname, entre autres (Ortiz et coll., 2015). En 2016, au Brésil, le nouveau gouvernement a décrété un gel des dépenses publiques pendant vingt ans, qui devrait avoir des effets sociaux négatifs et freiner les avancées en matière d'application des droits de l'homme³.

Il est important que ces ajustements à court terme n'entravent pas les avancées en matière de réalisation des ODD. Les réductions des dépenses du gouvernement

³ Philip Alston, Rapporteur spécial des Nations Unies sur l'extrême pauvreté et les droits de l'homme, a signalé le 9 décembre 2016 que le plafonnement des dépenses publiques pendant vingt ans au Brésil constituait une violation des droits de l'homme (HCDH, 2016).

ne sont pas inévitables pendant les périodes d'austérité, il existe des alternatives permettant l'élargissement de l'espace budgétaire en faveur de la protection sociale, même dans les pays les plus pauvres. De fait, il existe un large éventail de solutions pour élargir la marge de manœuvre budgétaire et générer des ressources en faveur des investissements sociaux, qui sont toutes encouragées par les Nations Unies et les institutions financières internationales (Ortiz, Cummins et Karunanethy, 2017). Les pays doivent étudier la faisabilité des différentes options de financement par le dialogue national. Le dialogue social est idéal pour articuler d'une part des solutions optimales dans le cadre des politiques budgétaires et d'autre part la nécessité d'un emploi et d'une sécurité de revenu.

6.2.4 Perspectives régionales

Ces dernières années ont eu lieu des changements importants au niveau des caractéristiques et de la portée des systèmes de protection sociale dans la région des Amériques. Grâce à l'évolution favorable des marchés du travail, assortie d'un élargissement de l'espace fiscal en faveur de la protection sociale, presque tous les pays ont élargi leurs programmes non contributifs, qui viennent compléter la couverture encore supérieure assurée par les régimes contributifs. Du fait des progrès accomplis par les institutions du travail, un certain nombre de pays procède à l'extension de la couverture légale à de nouveaux groupes de travailleurs et améliore les indicateurs d'emplois salariés et de formalisation. L'administration du travail, l'inspection du travail et les innovations en matière de collecte des cotisations de sécurité sociale jouent un rôle fondamental dans ces résultats. Toutefois, des lacunes demeurent dans de nombreux domaines au niveau de la couverture, de l'administration et du financement.

Pour atteindre les ODD, il faut poursuivre les avancées en matière de protection sociale dans la région, et cibler les priorités décrites ci-après.

- Augmenter le niveau de formalisation de l'économie, ayant pour double effet, d'une part, l'octroi d'une couverture suffisante et effective et, d'autre part, l'extension des régimes d'assurance sociale aux groupes difficiles à couvrir, comme les travailleurs ruraux, les indépendants, les travailleurs domestiques et les travailleurs migrants, entre autres.
- Etendre la couverture effective de la protection sociale aux enfants et aux autres groupes vulnérables en comblant les lacunes restantes dans l'accès aux transferts en espèces et en améliorant l'adéquation.
- Concevoir et appliquer des stratégies d'élargissement de l'espace fiscal et intensifier les effets redistributifs de la politique budgétaire afin de soutenir l'amélioration des systèmes de protection sociale.
- Etendre la couverture légale et effective des systèmes de protection contre le chômage.
- Garantir l'accès effectif de la population aux services de santé et limiter la fragmentation, y compris en termes de droits, des systèmes de santé.
- Garantir la durabilité des régimes de pension contributifs, sans en affecter l'adéquation, et augmenter la couverture des personnes âgées par des régimes mixtes (contributifs et non contributifs).
- Limiter la fragmentation et la segmentation interne des régimes de prestations, et améliorer la coordination des politiques de protection sociale, entre elles et avec les autres politiques sociales.
- Mettre en œuvre des mécanismes efficaces afin d'adapter les politiques de protection sociale aux évolutions technologiques, démographiques et climatiques.

6.3 Etats arabes

6.3.1 Défis et priorités de la protection sociale dans la région

Si la nécessité de la protection sociale est largement reconnue, le droit fondamental de l'homme à la sécurité sociale reste lettre morte pour une grande majorité de la population mondiale, y compris dans les Etats arabes.

Bien que la plupart des pays arabes aient mis en place des programmes et des institutions de sécurité sociale ces dernières décennies, la couverture effective de la sécurité sociale reste faible, car la plupart des régimes d'assurance sociale concernent uniquement les travailleurs du secteur public et privé sous contrat régulier, tandis que les autres catégories de travailleurs, y compris dans les nouvelles formes de travail, sont exclues de la couverture. La part élevée du secteur informel, le faible taux d'activité des femmes et le niveau élevé du chômage sont autant de causes des faibles taux de couverture de la protection sociale, en particulier pour les femmes (dont la couverture ne dépasse pas 10 pour cent dans la plupart des pays).

Si tous les pays subventionnent certains biens (comme le pétrole et la nourriture), ou procèdent à des transferts en espèces ciblés, leur efficacité est limitée pour ce qui est de réduire la pauvreté et la vulnérabilité. La plupart des transferts en espèces et des filets de sécurité ne sont pas fondés sur les droits; leur portée est faible, ils sont fragmentés, leur couverture et leurs prestations sont limitées, et leur coût administratif est souvent lourd. Du fait de l'éparpillement des ressources, les bénéficiaires ne peuvent percevoir que de petits transferts et certains ménages dans le besoin sont exclus, car ils ne respectent pas les critères d'attribution spécifiques (CESAO, 2014). Les fonds de la zakat⁴ et les organisations caritatives et religieuses jouent également un rôle important dans la protection sociale de la région. Même si peu d'informations sont disponibles, selon les estimations, les organisations religieuses dépensent des dizaines de millions de dollars E.-U. au profit de milliers de personnes (Jawad, 2014). Les organisations non gouvernementales (ONG) octroient également des prestations sous conditions de ressources à certaines catégories de bénéficiaires dans des endroits particuliers, principalement par l'intermédiaire de réseaux scolaires et hospitaliers, ainsi que des transferts en espèces et en nature aux ménages pauvres. Elles jouent un rôle encore plus important d'aide humanitaire de premier plan en pleine crise des réfugiés.

Les enseignements tirés de la crise économique et financière mondiale de 2008 quant au double intérêt de la protection sociale (sécurité de revenu des personnes vulnérables et préservation de la cohésion sociale en période de crise et en cas de défaut des politiques économiques) ont été renforcés dans la région par les soulèvements du Printemps arabe. Cela a permis de soutenir la croissance et de protéger les populations des Etats arabes contre les effets négatifs des chocs alimentaire, pétrolier et financier (BIT, 2014a). La plupart des pays arabes ont mis en place ou élargi leurs mesures de protection sociale depuis 2010, même les pays n'ayant pas été visiblement touchés par les soulèvements. Toutefois, pour la plupart, ces mesures visaient à assurer la stabilité sociale et constituaient une stratégie de reprise dans les pays en conflit, mais ne répondent toujours pas au besoin de restructurer et de renforcer les systèmes de protection sociale.

La crise des réfugiés et l'instabilité politique (notamment en Iraq, en République arabe syrienne et au Yémen), les mesures d'assainissement budgétaire,

sans oublier la corruption et le manque de transparence (Ottaway, 2016), menacent de compromettre les efforts déployés en faveur de l'extension de la couverture de la sécurité sociale.

En outre, les conflits qui touchent la région, ainsi que les crises des réfugiés qui en découlent, ont eu des effets négatifs sur les systèmes de protection sociale de nombreux Etats arabes, et ce du fait de la faiblesse des administrations de protection sociale existantes (Jawad, 2015). Par exemple, le Liban accueille plus d'un million de réfugiés, ce qui constitue la concentration de réfugiés par tête la plus élevée au monde (Renda, 2017). Le nombre de personnes vivant sous le seuil de pauvreté au Liban a augmenté de 66 pour cent depuis 2011 et, selon les estimations de la Banque mondiale, 170 000 Libanais sont devenus pauvres entre 2011 et 2014. De plus, il est estimé que près de 350 000 réfugiés syriens résidant au Liban sont incapables de répondre à leurs besoins primaires de survie et que près de 350 000 Libanais vivent avec moins d'un dollar par jour (Kukrety, 2016).

Compte tenu des faibles taux de couverture de la protection sociale dans les Etats arabes, du fait de la faiblesse structurelle des systèmes, exacerbée par l'instabilité politique, il est urgent de développer des socles nationaux de protection sociale assurant une sécurité de revenu minimum pour toutes les personnes dans le besoin.

La protection sociale est explicitement citée comme un instrument clé de la réalisation des ODD 1, 5 et 10, en plus des ODD 3 et 8. Dans le cas des Etats arabes, l'une des conditions préalables à la réalisation de cet objectif est l'instauration d'un partenariat efficace et efficient entre les différents acteurs: gouvernements, organisations d'employeurs et de travailleurs, y compris les travailleurs de l'économie informelle, et société civile. Toutefois, l'un des défis à relever dans la réalisation des ODD concerne le faible niveau de liberté dans la région, en particulier de liberté d'association, d'expression et de rassemblement pacifique. De plus, pour un suivi efficace des ODD, des données générées à l'échelle nationale seront nécessaires pour la plupart des indicateurs. C'est un défi, du fait du manque de méthodes normalisées de collecte des données dans la plupart des pays arabes. C'est peut-être la raison pour laquelle seuls deux pays de la région, la Jordanie et le Qatar, ont soumis un des rapports d'examen nationaux volontaires se rapportant aux ODD lors du Forum de haut niveau sur le développement durable en juillet

⁴ La zakat est une obligation religieuse pour les musulmans dont la richesse dépasse un certain seuil, et elle implique de faire don de 2,5 pour cent de sa richesse.

2017⁵. Non seulement l'absence de données sur la pauvreté dans la plupart des pays arabes limite le suivi de la réalisation des ODD, mais de plus les données disponibles ne concordent pas toujours avec les autres sources. L'aspect politique est donc la principale lacune dans la réalisation des ODD.

La région fait également face à des niveaux inégaux de déplacements forcés de populations suite aux récents conflits et aux crises humanitaires qui en ont découlé. La guerre en République arabe syrienne à elle seule a engendré des millions de réfugiés dont plus d'un million et demi sont enregistrés dans les pays voisins de Jordanie et du Liban (HCR, 2017a). En parallèle, les conflits faisant rage en Iraq et au Yémen ont précipité des millions de personnes sur les routes dans ces deux pays, alors même que le Yémen accueille plus d'un quart de million de réfugiés fuyant la Corne de l'Afrique (HCR, 2017b, 2017c).

Dans la plupart des cas, les personnes cherchant refuge à l'étranger ne sont pas éligibles aux programmes de protection sociale de leur pays d'accueil. Par conséquent, l'aide sociale des populations déplacées de la région incombe souvent aux acteurs humanitaires. Mais les crises secouant la région se prolongent et d'autres solutions sont recherchées pour répondre aux besoins de ces populations sur le long terme, y compris la sécurité de revenu des personnes âgées. Avec des partenaires comme le HCR, l'OIT étudie la façon dont

certaines populations réfugiées sur le long terme pourraient accéder à certains programmes nationaux de protection sociale, comme l'assurance santé et les services essentiels, avec l'appui budgétaire de la communauté internationale.

6.3.2 Couverture effective de la protection sociale

Aperçu des systèmes nationaux de sécurité sociale

Quelques Etats arabes, comme la Jordanie, ont développé des politiques cohérentes de protection sociale à l'échelle nationale. Dans la plupart des pays, la protection sociale demeure fragmentée et s'appuie sur toute une diversité d'outils, comme les programmes d'emploi public et l'assurance sociale d'une petite partie des travailleurs de l'économie formelle, ou encore des subventions et des filets de sécurité pour les personnes dépourvues de contrat de travail formel (voir tableaux 6.1 et 6.2). Ainsi, dans la plupart des pays de la région, l'éventail des prestations d'assurance sociale se limite à la vieillesse, à l'invalidité et aux pensions de survivants, ainsi qu'à des prestations en cas d'accident du travail et maladie professionnelle, tandis que seuls l'Arabie saoudite, le Bahreïn, la Jordanie et le Koweït se

Tableau 6.1 Régimes de protection sociale pour les travailleurs du secteur privé dans les Etats arabes

	Arabie saoudite	Bahreïn	Emirats arabes unis	Iraq	Jordanie	Koweït	Liban	Oman	Qatar	Rép. arabe syrienne	Territoire palestinien occupé	Yémen
Pensions de vieillesse	AS	AS	AS	AS	AS	AS	ADA	AS	AS	AS	AS	AS
Survivants	AS	AS	AS	AS	AS	AS	...	AS	AS	AS	AS	AS
Invalidité/handicap	AS	AS	AS	AS	AS	AS	ADA	AS	AS	AS	AS	AS
Accidents du travail et maladies professionnelles	AS	AS	AS	AS	AS	AS	ADA	AS	AS	AS	AS	...
Maladie	...	...	...	AS	...	...	ADA	...	...	...	...	...
Soins médicaux	...	...	...	...	...	...	AS	...	...	...	...	...
Maternité	...	...	...	AS	AS	...	AS	...	...	...	...	...
Chômage	AS	AS	...	...	(AS)	AS	...	...	...	...	...	...
Famille	...	...	...	AS	...	...	AS	...	...	...	...	...
Assistance sociale	FS	FS	FS	FS	FS	FS	FS	FS	FS	FS	FS	FS

Note: AS = assurance sociale; ADA = autre dispositif d'assurance (caisse de prévoyance, etc.); ASO = assistance sociale obligatoire (fondée sur les droits); FS = prestations de filet de sécurité (non fondées sur les droits).

Source: AISS/SSA, Social Security Programs Throughout the World (les programmes de sécurité sociale dans le monde).

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=54791>.

⁵ Voir <https://sustainabledevelopment.un.org/vnrs/> (en anglais).

Tableau 6.2 Structure schématique de la protection sociale dans les Etats arabes

Protection sociale régie par la législation nationale Prestations de chômage, famille, maternité, santé, maladie, accidents du travail et maladies professionnelles, invalidité, vieillesse, survivants et emploi		Aucune protection sociale régie par la législation nationale				
Salariés du secteur public	Salariés du secteur privé (formel)	Salariés du secteur privé (informel)	Enfants	Indépendants et économie informelle	Personnes en âge de travailler qui ne travaillent pas	Personnes âgées

Note: Les cases non grisées désignent les priorités des politiques des Etats arabes.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=54792>.

sont dotés de régimes d'assurance-chômage. En outre, la plupart de ces pays ne disposent pas de régimes d'assurance de la maternité et le paiement des salaires des femmes pendant leur congé maternité est à la charge de l'employeur. Les droits aux prestations en espèces en cas de maladie ou aux prestations aux familles sont encore moins répandus. La plupart des pays arabes sont également dépourvus de mécanismes efficaces de protection de la santé; il en résulte que les dépenses de santé catastrophiques restent un facteur critique de vulnérabilité et de pauvreté.

Bon nombre d'Etats arabes proposent des programmes d'assistance sociale financés par l'impôt, mais ces programmes ne sont pas fondés sur les droits, et ainsi les prestations sont octroyées à titre discrétionnaire, contrairement à celles qui découlent de droits bien définis. L'autre problème de ces programmes d'assistance sociale est leur financement, souvent décidé de façon ponctuelle, engendrant un niveau élevé d'insécurité pour les institutions comme pour les bénéficiaires. Enfin, les mesures d'austérité prises par la plupart des pays, sauf ceux du Conseil de coopération du Golfe (CCG), contraignent les gouvernements à réduire ou à supprimer les subventions sociales. Pourtant, les économies réalisées par ces suppressions de subventions ne sont pas utilisées pour renforcer les mesures de protection sociale, ce qui contribue à aggraver la vulnérabilité et la pauvreté.

Prestations de vieillesse, d'invalidité et de survivants

La plupart des programmes remontent aux années 1960 et 1970 et tous les pays de la région sont dotés d'au moins un régime obligatoire d'assurance sociale garantissant la sécurité de revenu pendant la vieillesse ou en cas d'invalidité ou de décès (voir également le tableau 6.1 ci-dessus), généralement limité aux travailleurs du secteur

public (fonctionnaires, professeurs, juges, militaires et personnel de sécurité) et aux travailleurs du secteur privé formel ayant des contrats réguliers. Le Liban est le seul pays de la région qui ne dispose pas encore d'un régime de pensions pour les travailleurs du secteur privé. Le Territoire palestinien occupé (TPO) a adopté la première législation octroyant des pensions de vieillesse, d'invalidité et de survivants pour les travailleurs du secteur privé en 2016 (voir encadré 6.12) et établit actuellement une institution indépendante de sécurité sociale afin de mettre en œuvre ce nouveau régime de pensions.

L'âge légal de départ à la retraite tourne autour de 60 ans, ce qui est assez jeune par rapport aux autres régions, et il est même inférieur pour les femmes. L'âge de départ à la retraite anticipée dans les Etats arabes est également nettement inférieur à la moyenne mondiale: dans de nombreux pays de la région, les travailleurs peuvent partir à la retraite dès 45 ans s'ils ont cotisé pendant au moins vingt ans.

En majorité, ces régimes sont financés par les cotisations d'assurance sociale des travailleurs et des employeurs, selon un pourcentage fixe du salaire du salarié, et dans certains cas avec l'appui additionnel du budget de l'Etat. Les cotisations vont de 14 pour cent des revenus mensuels du travailleur en Iraq à 21,1 pour cent en République arabe syrienne.

Du fait du contrat social implicite existant entre les citoyens et les Etats dans la région arabe, étant donné le grand nombre de jeunes cotisants et le faible nombre de retraités, les régimes de pension accordent des conditions de retraite et des niveaux de prestation assez généreux. Par exemple, le taux de remplacement des pensions de vieillesse, d'invalidité et de survivants varie entre un taux d'accumulation de 2 pour cent par année de service au Bahreïn à 5 pour cent par année de service au Qatar. Les pensions s'élèvent parfois à 100 pour cent de l'ancien salaire, comme c'est le cas en Arabie saoudite, au Qatar, en République arabe syrienne et au Yémen

Tableau 6.3 Taux d'accumulation pour le calcul des pensions et des montants maximaux des pensions, sélection de pays (en pourcentage)

	Arabie saoudite	Bahreïn	Iraq	Jordanie	Koweït	Oman	Qatar	Rép. arabe syrienne	Yémen
Taux d'accumulation (%)	2,5	2	2,5	2,5	2 (après 15 ans de contrib.)	3	5	2,5	Dernier salaire mensuel, multiplié par le nombre de cotisations, divisé par 420
Taux maximal (%)	100	80	...	...	95	80	100	100	100

Source: BIT, à partir de AISS/SSA, Social Security Programs Throughout the World (les programmes de sécurité sociale dans le monde).

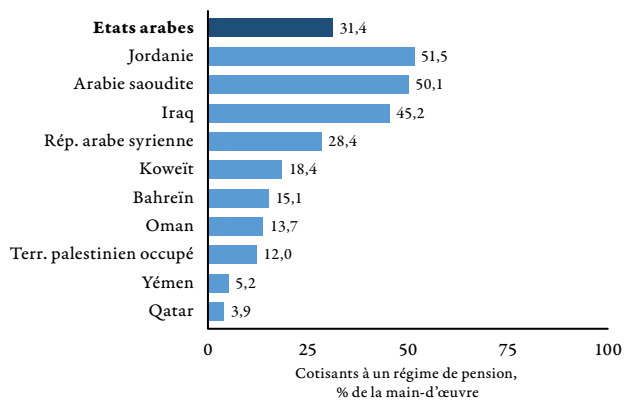
Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=54793>.

(voir tableau 6.3). Les conditions d'attribution sont également assez généreuses. Toutefois, ces deux éléments se sont avérés instables au fil du temps et plusieurs pays, comme la Jordanie, ont déjà entamé une réforme de leurs régimes de pensions.

Du fait que dans la région les régimes obligatoires de pension se limitent aux travailleurs du secteur formel, ils laissent de côté de nombreuses catégories de travailleurs, comme les travailleurs temporaires ou saisonniers, les travailleurs du secteur informel, les travailleurs agricoles, domestiques, ou migrants et une grande partie des indépendants. Seuls quelques pays, comme l'Arabie saoudite, le Bahreïn et la Jordanie, permettent aux travailleurs indépendants de participer, sur la base du volontariat, au régime obligatoire de pensions. Si la couverture des pensions se limite dans les pays du CCG aux travailleurs nationaux, les citoyens d'un pays du CCG travaillant dans un autre pays du CCG sont obligatoirement couverts par la législation de leur pays d'origine en matière de sécurité sociale.

Les limites des régimes de pension de la région se reflètent également dans le faible taux de couverture légale de la région, qui s'élève à 31,4 pour cent de la main-d'œuvre (voir figure 6.19). Ce faible taux reflète également des écarts importants entre hommes et femmes en ce qui concerne la couverture de la protection sociale, qui s'observent également sur les marchés du travail de la région, le taux de couverture des femmes étant souvent de moitié inférieur à celui des hommes, et parfois même encore plus faible. Cette faible couverture des pensions s'explique également par une augmentation de l'emploi informel et par des taux de chômage élevés chez les jeunes, à plus de 31 pour cent, soit la moyenne régionale la plus élevée au monde. Les jeunes femmes sont encore plus pénalisées, car leur taux de participation à la main-d'œuvre s'élève à

Figure 6.19 Pensions de vieillesse, couverture effective: pourcentage de la main-d'œuvre cotisant à un régime de pension dans les Etats arabes, sélection de pays, dernières données disponibles



Note: Cotisants actifs. La tranche d'âge considérée est 15-64 ans pour le dénominateur et, dans la mesure du possible, également pour le numérateur, pour le cas des cotisants actifs. Pondéré selon la population totale.

Sources: BIT, base de données sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database), d'après l'enquête sur la sécurité sociale; ILOSTAT; sources nationales. Voir également annexe IV, tableau B.11.

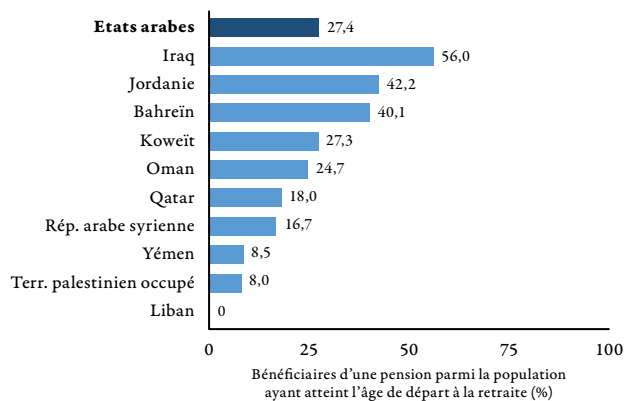
Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=54697>.

seulement 13,5 pour cent et leur taux de chômage à 49 pour cent⁶.

L'Arabie saoudite et la Jordanie présentent le taux de couverture des pensions le plus élevé, avec respectivement 50 et 52 pour cent de la main-d'œuvre, tandis que le taux de couverture est nettement inférieur pour les autres pays du CCG, du fait du nombre important de travailleurs étrangers, provenant principalement d'Asie du Sud et d'Asie du Sud-Est, ne bénéficiant pas d'une couverture de la sécurité sociale et contraints de quitter le pays à l'expiration de leur permis de travail. Ce phénomène est également reflété par le pourcentage de bénéficiaires des pensions de vieillesse ayant au

⁶ Estimations du BIT, *Modèles économétriques de tendances*, novembre 2016.

Figure 6.20 Indicateur 1.3.1 des ODD sur la couverture effective des personnes âgées: pourcentage de la population ayant au moins l'âge légal de départ à la retraite percevant une pension de vieillesse dans les Etats arabes, sélection de pays, dernières données disponibles



Note: Part des personnes âgées touchant une pension: nombre de personnes ayant au moins l'âge légal de départ à la retraite touchant une pension de vieillesse rapporté au nombre de personnes ayant au moins l'âge légal de départ à la retraite. Voir également annexe II.

Sources: BIT, base de données sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database), d'après l'enquête sur la sécurité sociale; ILOSTAT; sources nationales. Voir également annexe IV, tableaux B.3 et B.12.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=54698>.

moins l'âge légal de départ à la retraite, supérieur au pourcentage de cotisants dans les pays du CCG (voir figure 6.20). Les pays du CCG, dont la majorité de la population est composée de travailleurs migrants, sont donc confrontés au défi considérable de combler les lacunes de couverture des travailleurs migrants. La République arabe syrienne est l'un des pays où la couverture des pensions a augmenté ces dernières années, car en temps de guerre la sécurité sociale est reconnue comme une source fiable de sécurité de revenu.

Les pensions sociales ou servies par des régimes non contributifs sont rares dans la région. Les prestations en espèces à caractère non contributif existantes, destinées aux personnes âgées, octroyées par des gouvernements ou des ONG, ne sont en général pas fondées

sur des droits clairs, mais versées de façon discrétionnaire. De plus, du fait du manque de coordination et de systèmes d'informations sur la gestion efficaces, certaines personnes sont doublement couvertes tandis que d'autres ne le sont pas. En outre, ces régimes dépendent généralement du budget public, laissant souvent les personnes les plus nécessiteuses sans protection adéquate. L'Iraq est ici une exception notoire car le pays a mis en place en 2014 un régime d'assistance sociale destiné aux citoyens âgés ayant des revenus limités et n'ayant accès à aucune autre forme de pension. Ce régime, combiné à l'assurance sociale, a permis d'augmenter le taux de couverture effective des personnes âgées. Ailleurs, des régimes similaires pourraient contribuer à réduire les inégalités entre les sexes en matière de couverture des pensions en complétant ou en substituant les droits déséquilibrés à l'assurance sociale. Toutefois, il convient également de prêter attention aux niveaux des prestations, qui sont souvent nettement inférieurs dans les programmes d'assistance sociale par rapport aux régimes d'assurance sociale.

Protection en cas d'accidents du travail et maladies professionnelles

La plupart des pays de la région sont dotés de régimes d'assurance sociale couvrant les risques liés aux accidents du travail et aux maladies professionnelles. Les employeurs doivent cotiser aux régimes obligatoires d'accidents du travail et maladies professionnelles, et les taux de cotisation vont généralement de 1 à 4 pour cent des revenus mensuels du travailleur. Certains pays, comme les Emirats arabes unis, le Koweït, le Liban et le Qatar, s'appuient toujours sur des dispositions à la charge de l'employeur pour assurer la protection contre les accidents du travail. Du fait que tous les pays du CCG, à l'exception d'Oman, prévoient une couverture contre les accidents du travail et les maladies professionnelles soit par l'intermédiaire d'un régime obligatoire

Tableau 6.4 Protection contre les accidents du travail et les maladies professionnelles, couverture légale: pourcentage de la main-d'œuvre couverte par des régimes de protection contre les accidents du travail et les maladies professionnelles, sélection de pays

	Arabie saoudite	Bahreïn	Jordanie	Koweït	Liban	Oman	Rép. arabe syrienne	Yémen
Régime	AS	AS	AS	CE	CE	AS	AS	AS
Taux de couverture obligatoire	89,9	84,6	44,6	95,1	47,8	40,2	47,8	37,7

Note: CE = à la charge de l'employeur; AS = assurance sociale.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=54794>.

d'assurance sociale, soit par l'intermédiaire de systèmes d'indemnisation financés par les employeurs, non seulement pour les travailleurs nationaux, mais également pour la main-d'œuvre étrangère, la couverture y est relativement élevée et va de 80 à plus de 90 pour cent. En revanche, dans le reste de la région, moins de la moitié de la main-d'œuvre est légalement couverte, ce qui s'explique principalement par le grand nombre d'indépendants et de travailleurs du secteur informel (tableau 6.4).

Si tous les pays sont dotés d'une forme ou d'une autre de protection contre les accidents du travail et les maladies professionnelles, l'accès effectif à celle-ci est souvent bien plus difficile à obtenir, ce qui est principalement dû à une application incomplète de la législation du travail en vigueur.

Protection contre le chômage

Malgré la croissance économique rapide de ces dix dernières années, le taux de chômage agrégé des Etats arabes s'élève à plus de 10 pour cent, ce qui est l'un des taux les plus élevés au monde, et les chiffres sont encore plus élevés pour les jeunes, avec 31 pour cent de chômeurs⁷. Cet enjeu est d'autant plus marqué depuis la crise financière mondiale et la chute du prix du pétrole qui, combinés aux troubles sociaux provoqués par les soulèvements, ont poussé plusieurs pays de la région arabe à mettre en place une série de politiques sociales et économiques, et notamment des prestations d'assistance et une assurance-chômage, afin d'assurer la sécurité de revenu aux travailleurs en période de chômage et de récession économique. Si le Bahreïn était le seul pays de la région à mettre en place un régime obligatoire d'assurance-chômage pour les travailleurs au chômage involontaire en recherche d'emploi en 2006, l'Arabie saoudite et le Koweït lui ont emboîté le pas en 2014 et 2013, et les Emirats arabes unis et Oman sont en train de concevoir des régimes de ce type pour leurs travailleurs du secteur privé. En 2010, la Jordanie a mis en place un régime de comptes d'épargne individuels en cas de chômage, qui n'est toutefois fondé ni sur la solidarité ni sur la mutualisation.

Les rares régimes d'assurance-chômage sont financés par des cotisations réparties entre les employeurs et les salariés, et allant de 1,5 à 3 pour cent du salaire des salariés. Les prestations de chômage sont généralement versées pendant une période de six mois à un taux de

60 pour cent du dernier salaire du salarié. Les conditions d'attribution sont variables mais, dans la plupart des cas, le chômeur doit avoir cotisé pendant un certain temps au régime, être inscrit à une agence pour l'emploi et être en capacité de travailler et disponible pour travailler.

Si les niveaux de couverture légale sont élevés dans certains pays, dans la pratique, les taux de couverture effective sont nettement inférieurs. Par exemple, au Bahreïn, seuls 9,8 pour cent des chômeurs perçoivent des prestations du régime d'assurance sociale. Bien souvent, les indépendants, les non-nationaux et les non-résidents ne sont pas éligibles pour recevoir des prestations, ou se voient imposer des limites de participation au régime. Dans certains pays, les chômeurs perdent également leur droit aux prestations par une pratique de résignation forcée ou pour des raisons politiques.

De plus, le taux de chômage des jeunes, qui demeure élevé dans la région arabe, et en particulier pour les femmes, suggère que la croissance économique ne suffit pas à relever le défi du chômage chez les jeunes. Parmi l'éventail des politiques mises en œuvre, en particulier par les pays du CCG, se trouvent des régimes d'assistance en cas de chômage qui, combinés à un renforcement des capacités, visent à aider les personnes à la recherche de leur premier emploi à entrer sur le marché du travail. Toutefois, certains de ces régimes ont suscité la controverse, car il arrive que des prestations soient versées à des personnes finissant par ne jamais travailler par la suite (Jones et Williamson, 2013).

Protection de la maternité

Dans les Etats arabes, les prestations de maternité en espèces concernent principalement les travailleuses du secteur public. Si presque tous les pays arabes ont connu une hausse impressionnante de leur part des femmes dans la main-d'œuvre ces vingt dernières années, les femmes ont tendance à être employées dans le secteur public, car les conditions d'emploi y sont plus favorables. Outre les autres différences dans les conditions d'emploi entre le secteur public et le secteur privé, comme la rémunération, le temps de travail et l'intensité du travail, il est important de citer les prestations de maternité relativement généreuses offertes aux femmes dans le secteur public.

Si la plupart des pays du monde ont mis en place des dispositions de protection de la maternité dans

⁷ Estimations du BIT, *Modèles économétriques de tendances*, novembre 2016.

Encadré 6.12 Extension de la sécurité sociale dans le Territoire palestinien occupé (TPO)

Seuls les travailleurs du secteur public (31 pour cent de la main-d'œuvre) perçoivent à l'heure actuelle des prestations de protection sociale dans le TPO, où vivent 4,8 millions de Palestiniens. En revanche, la majorité des travailleurs du secteur privé (53 pour cent de la main-d'œuvre) n'est pas effectivement couverte en cas de vieillesse, d'invalidité ou de décès, d'accident du travail ou de maternité.

Avec l'appui du BIT, le cadre du système actuel de sécurité sociale a été élaboré en 2013 par le Comité national tripartite de sécurité sociale, présidé par le Premier ministre, en consultation avec les organisations des travailleurs et des employeurs, des représentants des ministères concernés et des membres de la société civile et du milieu universitaire. Fondé sur les lois existantes (Régime de pension des fonctionnaires (loi sur la retraite publique n° 7 de 2005), loi sur le travail n° 7 de 2000), ainsi que sur la convention (n° 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952, et les bonnes pratiques internationales, ce cadre cherche une approche plus efficace de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale en assurant sa durabilité, d'après une évaluation actuarielle de l'OIT.

Le Comité national tripartite de sécurité sociale a finalisé en octobre 2015 un nouveau projet de loi sur la sécurité sociale, qui a été soumis au Conseil des ministres pour adoption en novembre 2015. Entre octobre 2015 et mars 2016, le Conseil des ministres et le Président du TPO ont soumis des amendements à un nouveau projet de loi sur la sécurité sociale qui a été adopté en mars 2016. Toutefois, ces amendements n'étaient pas pleinement acceptés par la société civile palestinienne ni alignés sur les recommandations de l'OIT. Ensuite, un comité ministériel a été mis en place pour étudier les effets des amendements de la nouvelle loi, organiser des consultations plus larges et proposer des dispositions alternatives reposant sur le consensus national et avec l'appui

technique de l'OIT. Le 26 septembre 2016, le Conseil des ministres a approuvé les amendements à la loi sur la sécurité sociale alignés sur les recommandations de l'OIT, les normes internationales du travail et les bonnes pratiques, et les amendements ont été promulgués par le Président palestinien le 29 septembre 2016. Le nouveau système vise à élargir les prestations de vieillesse, d'invalidité et de décès, ainsi que les prestations de maternité et contre les accidents du travail et les maladies professionnelles, aux travailleurs du secteur privé et à leur famille. Il devrait couvrir 82 646 travailleurs en 2018 et passer à 336 440 travailleurs en 2025.

Le TPO et le BIT ont signé un accord de mise en œuvre afin d'appuyer la mise en place de la Corporation palestinienne de la sécurité sociale (Palestinian Social Security Corporation – PSSC). La PSSC est chargée légalement par la nouvelle loi sur la sécurité sociale n° 19 de 2016 d'administrer le premier système complet de sécurité sociale du TPO de façon à couvrir tous les travailleurs du secteur privé et leur famille.

La protection sociale est l'un des domaines clés du nouvel Agenda politique national palestinien pour les années 2017 à 2022, et du prochain Programme de travail décent de l'OIT pour le Territoire palestinien occupé (2017-2020), qui stipule que l'une de ses priorités est l'extension de la protection sociale à toutes les personnes dans le besoin dans le TPO. La protection sociale compte parmi l'une des six priorités identifiées par le Plan-cadre des Nations Unies pour l'assistance au développement (United Nations Development Agreement Framework – UNDAF) pour le TPO afin de soulager les effets économiques et sociaux de l'occupation. Les programmes de protection sociale ont fait leurs preuves en tant qu'outil clé dans les efforts de réduction de la pauvreté et des inégalités, de lutte contre la faim et d'appui à la croissance inclusive des pays en développement.

Source: Bureau régional de l'OIT pour les Etats arabes.

leurs régimes d'assurance sociale, le Code du travail de la plupart des pays du Moyen-Orient précise que le congé payé de maternité est à la charge de l'employeur. Cependant, ces dispositions peuvent avoir pour incidence imprévue de décourager l'embauche des femmes, contribuant à leur faible participation sur le marché du travail, qui y est de 26 pour cent de la main-d'œuvre, contre 56 pour la moyenne mondiale. Même lorsque des cadres légaux ou réglementaires sont en place, l'accès effectif aux prestations de maternité est parfois limité dans la pratique, en particulier lorsque les femmes rencontrent des difficultés pour bénéficier de régimes à la charge de l'employeur sans garantie de l'Etat.

Plusieurs pays, notamment l'Iraq, la Jordanie et le TPO (voir encadré 6.12), sont passés à des régimes d'assurance sociale où les cotisations sont versées par les employeurs pour leurs salariés hommes et femmes afin de financer les régimes obligatoires d'assurance de la maternité, divisant plus équitablement le risque. Le coût de la maternité est ainsi « mutualisé » et n'est plus directement pris en charge par certains employeurs. Cette approche lève certains des obstacles à l'emploi des femmes dans le secteur privé et améliore les perspectives d'emploi des femmes tout en réduisant la dichotomie entre emplois dans le secteur public et dans le secteur privé. Cela contribue à la croissance économique et à l'augmentation de la sécurité de revenu

des femmes et de leur famille. En Jordanie, le passage d'un régime à la charge de l'employeur à un régime d'assurance de la maternité a certainement contribué à l'augmentation de plus de 30 pour cent de la part des femmes en âge d'avoir des enfants dans la main-d'œuvre du secteur privé formel (BIT, 2015e).

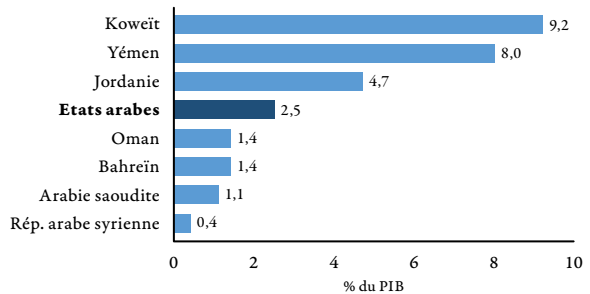
6.3.3 Tendances des dépenses de protection sociale, hors santé

Selon les dernières données disponibles, les Etats de la région consacrent en moyenne 2,5 pour cent de leur PIB à la protection sociale, hors santé (voir figure 6.21), mais il existe des écarts importants à l'échelle régionale et les dépenses vont d'environ 0,4 pour cent du PIB en République arabe syrienne à 9,2 pour cent au Koweït. Les dépenses de protection sociale dans la région, jugées faibles, résultent en partie du modèle de développement qui a longtemps prévalu et accordé une priorité absolue à la croissance économique, au détriment des politiques de redistribution. Les Etats arabes maintiennent un secteur public relativement important, au nom d'un contrat social conclu entre l'Etat et la population.

L'instabilité de la région a affecté les dépenses publiques de sécurité sociale et de santé, en particulier en République arabe syrienne, où les dépenses ont chuté de 3,2 pour cent en 2000 à 1,9 pour cent en 2010. Le Liban a lui aussi été touché, avec une baisse globale des dépenses de 3,2 pour cent en 1995 à 2,1 pour cent en 2015, avec une coupe drastique de 0,7 pour cent en 2012, au moment où la crise syrienne et l'afflux de réfugiés au Liban étaient à leur paroxysme. Oman a été confronté à une légère augmentation des dépenses de sécurité sociale et de santé, qui sont passées de 3,7 pour cent en 1995 à 3,8 pour cent en 2013.

Le Yémen a lui bénéficié d'une augmentation remarquable de ses dépenses, les dépenses publiques totales de sécurité sociale et de santé étant passées de 1,4 pour cent en 2000 à 9,6 pour cent en 2012. Au Bahreïn, les dépenses ont légèrement augmenté et, de 3,6 pour cent en 2015, elles doivent atteindre 4,0 pour cent d'ici à cinq ans. En Jordanie, les fluctuations du pourcentage de dépenses de ces vingt dernières années ont débouché sur un taux de dépenses totales de sécurité sociale et de santé de 8,9 pour cent du PIB. Le Koweït a lui aussi enregistré une variation du pourcentage de dépenses publiques de sécurité sociale: ce taux était de 11,1 pour cent en 1995, puis il est descendu à 6,5 pour cent en dix ans avant de remonter à 11,4 pour cent en 2011.

Figure 6.21 Dépenses publiques de protection sociale, hors santé, dans les Etats arabes, sélection de pays, dernières données disponibles (en pourcentage du PIB)



Note: Les chiffres correspondant aux dépenses totales de protection sociale, hors dépenses publiques liées à la santé, sont estimés en pourcentage du PIB.

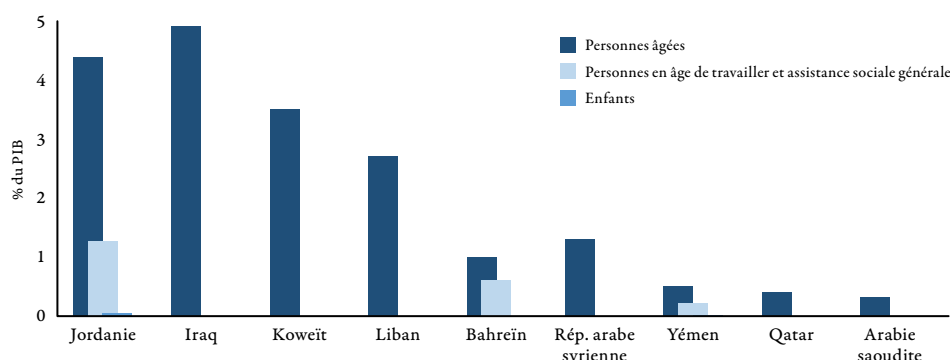
Sources: BIT, base de données sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database), d'après l'enquête sur la sécurité sociale. Voir également annexe IV, tableaux B.16 et B.17.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=54699>.

Il est toutefois difficile d'avoir une image claire de la composition des dépenses de protection sociale dans les Etats arabes, car les données disponibles sont limitées (voir figure 6.22).

Si la majorité des gouvernements ont eu comme première réaction de faire évoluer leurs interventions de protection sociale après la crise économique et financière de 2008, puis le Printemps arabe, une vague de réactions plus récente, cette fois sous la pression des institutions financières internationales, les porte à l'assainissement budgétaire, ce qui menace certaines des avancées de ces dix dernières années et ajoute de nouveaux obstacles à l'extension de la protection sociale. La réforme des subventions est la mesure clé d'ajustement dans la région arabe, car les pays subissent des pressions pour réformer leurs subventions, notamment à l'énergie et, dans certains cas, aux produits alimentaires. La Jordanie, le Liban et le Yémen (avant le conflit) envisageaient de réduire leurs subventions énergétiques; la Jordanie dispose également de programmes importants de subventions alimentaires qui sont une composante essentielle de ces systèmes de protection sociale, et une réforme est actuellement en cours de discussion pour ces derniers. Les autres mesures d'ajustement répandues incluent la baisse ou le gel des salaires, et les réformes du marché du travail. Le chômage est élevé dans la région et le secteur public est souvent le principal employeur. La baisse des salaires risque donc d'avoir des effets sociaux négatifs (Ortiz et coll., 2015).

Figure 6.22 Composition des dépenses de protection sociale, hors santé, dans les Etats arabes, pays sélectionnés, dernières données disponibles (en pourcentage du PIB)



Note: Les chiffres correspondant aux dépenses publiques de protection sociale hors santé sont estimés en pourcentage du PIB.

Sources: BIT, base de données sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database), d'après l'enquête sur la sécurité sociale. Voir également annexe IV, tableau B.17.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=54700>.

6.3.4 Perspectives régionales

Dans les Etats arabes, les systèmes de protection sociale nécessitent encore des réformes stratégiques pour l'extension de la couverture. Depuis les années 1990, les réformes économiques de la région ont placé la protection sociale au second rang, avec des effets limités, et ont donné la priorité à l'assainissement et aux considérations budgétaires, laissant de côté la sécurité de revenu et la satisfaction des aspirations arabes. Une vision claire et ambitieuse est indispensable pour surmonter les déficits actuels de la protection sociale. Cette vision doit adopter une approche universelle, mais progressive, et être acceptée par les sociétés, un résultat qu'il est plus facile d'obtenir par le dialogue social. Plusieurs conditions sont nécessaires pour passer de cette vision à la réalité.

- Les pays devraient se concentrer sur l'élaboration de systèmes complets de protection sociale, y compris des socles de protection sociale pour tous, en suivant une approche fondée sur les droits; l'exhaustivité englobe l'extension de la couverture des personnes, mais également l'élargissement de la palette des prestations afin de garantir leur adéquation à une vie décente et digne.
- Le niveau agrégé des dépenses publiques de protection sociale doit augmenter considérablement, par exemple par la réallocation des dépenses publiques ou une augmentation des recettes fiscales par une amélioration des impôts sur le revenu ou des cotisations d'assurance sociale; l'expérience démontre que les décisions politiques et sociales ainsi que la volonté politique jouent un rôle central dans ces

décisions. Pour preuve, des pays ayant des niveaux de développement économique similaires ont des niveaux extrêmement disparates d'investissement dans la protection sociale.

- Les régimes contributifs doivent être mieux adaptés aux caractéristiques du marché du travail, en particulier au nombre élevé de travailleurs ayant une forme d'emploi atypique ou un emploi informel; cette adaptation appelle des politiques innovantes, mais également des efforts conjoints d'administration de la sécurité sociale et d'inspection du travail afin d'améliorer l'application des lois et la conformité avec ces dernières.
- Il convient de renforcer les synergies entre les régimes contributifs et non contributifs en développant des solutions politiques innovantes.
- Les réformes doivent chercher un juste équilibre entre durabilité et adéquation aux besoins, malgré la pression croissante exercée sur les gouvernements pour mettre en place des mesures d'assainissement budgétaire.
- La conception des systèmes de protection sociale doit reconnaître les défis spécifiques rencontrés par les femmes sur le marché du travail; les systèmes doivent en tenir compte, en particulier pour celles qui ont un emploi informel ou vulnérable.
- Les législations nationales doivent chercher à traiter de façon égale les travailleurs nationaux et les travailleurs migrants; les pays doivent développer des accords bilatéraux ou multinationaux de sécurité sociale pour maintenir les droits à la sécurité sociale des travailleurs migrants.

- Dans les pays en situation de crise, les réponses humanitaires et les aides au développement doivent renforcer leurs investissements dans la protection sociale, en particulier dans les socles nationaux de protection sociale, afin de limiter les effets catastrophiques des crises, promouvoir le développement durable et renforcer les capacités institutionnelles. Il convient en particulier, avec l'appui de la communauté internationale, de trouver des solutions durables afin de garantir aux populations déplacées de force un certain niveau de sécurité de revenu et d'accès aux services sociaux essentiels.
- L'évolution des politiques nationales et des cadres légaux doit s'assortir d'améliorations de la gestion et de l'administration des régimes et de la prestation de services de qualité, notamment décentralisés.

6.4 Asie et Pacifique

6.4.1 Défis et priorités de la protection sociale dans la région

Ces dernières décennies ont été caractérisées par des niveaux élevés de croissance économique combinés à une réduction importante de la pauvreté dans la région de l'Asie et du Pacifique. Malgré cela, 1,2 milliard de personnes vivent encore sous le seuil de pauvreté de 3,10 dollars (PPA 2011) par jour, les inégalités se creusent au sein des pays et d'un pays à l'autre, et un travailleur sur dix vit en situation d'extrême pauvreté (avec moins de 1,90 dollar par jour). Le modèle de développement qui a prévalu pendant des décennies dans la région accordait la priorité à la croissance économique, aux dépens des politiques de redistribution. Cela a eu pour conséquence de réduire la marge de manœuvre budgétaire disponible pour les dépenses sociales (Holliday, 2000); ainsi, une grande partie de la population s'est vu refuser son droit à la protection sociale.

Les conséquences socio-économiques de la crise financière asiatique de 1997, ainsi que de la crise mondiale de 2008-09 et de la récession qui ont suivi ont mis en évidence les limites de ce modèle de développement. Les pays d'Asie ont découvert que les systèmes de protection sociale inadéquats et sous-développés ont exposé leur population à des vulnérabilités excessives et sapé les investissements à long terme dans le capital humain. En réaction, la protection sociale est donc devenue prioritaire dans le programme pour le développement de la région. Plusieurs pays la considèrent ainsi comme un pilier important de leur nouveau modèle de croissance

inclusive et prennent des mesures concrètes pour étendre la protection sociale à tous (voir encadré 6.13). Un consensus émerge sur les liens positifs entre protection sociale et croissance économique inclusive du point de vue du rôle de développement de l'Etat dans l'amélioration de l'employabilité et dans la stimulation de l'économie (Koehler, 2011; CESAP, 2015).

Encadré 6.13 Engagement de l'ASEAN en faveur de l'extension de la protection sociale pour tous

Les crises économiques et financières de 2008-09 ont mis en évidence le rôle de la protection sociale dans la réduction des risques face à des marchés non régulés et dans la préservation de la stabilité économique et sociale dans les périodes de récession. Entre 2009 et 2012, plusieurs instances mondiales ont plaidé en faveur de l'extension de la protection sociale, et notamment les Nations Unies, le G20 et la 101^e Conférence internationale du Travail, avec l'adoption de la recommandation n° 202.

Les Etats membres de l'Association des nations de l'Asie du Sud-Est (ASEAN) n'ont pas échappé à la règle. Au cours de la même période, dans le cadre du processus d'intégration régionale de l'ASEAN, des voix se sont élevées en faveur de l'amélioration de la protection sociale et de l'extension progressive de la couverture pour tous selon une approche tout au long du cycle de vie. Cela a débouché, en 2013, lors du 23^e Sommet à Brunéi Darussalam, sur l'adoption de la Déclaration sur le renforcement de la protection sociale de l'ASEAN par les dix dirigeants de l'ASEAN, qui se sont engagés à compléter les socles de protection sociale, une priorité pour atteindre une croissance équitable.

En 2015, les Etats membres, qui s'étaient engagés à actualiser cette déclaration, ont convenu d'un cadre régional et d'un plan d'action pour la mise en œuvre. L'élargissement de la protection sociale est également l'une des priorités du Programme de travail des ministres du Travail de l'ASEAN pour la période 2016-2020. Les Etats membres définissent actuellement un cadre de suivi pour mesurer les avancées de l'extension de la protection sociale en s'appuyant sur les ODD et les indicateurs pertinents. Cet instrument servira à évaluer la conformité des Etats membres à la déclaration de 2013.

Dans ce cadre, ces six dernières années, les Etats membres de l'ASEAN, par l'intermédiaire du Secrétariat de l'ASEAN, ont renforcé leur collaboration sur la protection sociale avec l'appui du BIT. L'ASEAN a notamment demandé l'expertise du BIT et des références aux normes de l'OIT pour effectuer des recherches axées sur l'action sur plusieurs points: évolution actuelle et future des régimes de pension; protection sociale des travailleurs migrants; difficultés que présente l'extension de la couverture aux travailleurs de l'économie informelle; financement de la protection sociale; suivi des avancées de la protection sociale.

Source: Bureau régional de l'OIT pour l'Asie et le Pacifique; BIT et BAD (2014); Ong et Peyron Bista (2015), d'après des documents publiés par le Secrétariat de l'ASEAN.

Encadré 6.14 Le vieillissement de la population en Asie

L'amélioration du niveau de vie, en particulier en matière de nutrition, d'hygiène, de soins de santé et d'éducation, a entraîné une augmentation considérable de l'espérance de vie dans la région. En cinquante ans, soit depuis 1960, l'espérance de vie en Asie et Pacifique a augmenté de près de trente ans, soit une augmentation près de deux fois plus importante que l'augmentation de l'espérance de vie en Europe au cours de la même période. L'allongement de la vie est sans nul doute une évolution positive mais, comme elle ne s'accompagne pas d'une augmentation au même rythme de la fertilité, les pays d'Asie vieillissent à un taux jamais égalé. Là où les pays de l'OCDE ont mis entre cinquante et cent ans pour passer de sociétés jeunes à des sociétés âgées, les pays d'Asie ont mis seulement entre vingt et vingt-cinq ans (Banque mondiale, 2016c). De fait, cela représente déjà des défis considérables pour certains pays, comme le Japon et la République de Corée du Sud. Au Japon, une personne sur quatre est déjà une personne âgée. Ce taux ne devrait faire qu'augmenter, car de plus en plus de personnes atteignent désormais le quatrième âge (90 ans et plus), pour lesquelles les dépenses de soins de santé augmentent très nettement. Le Viet Nam compte également parmi les pays vieillissant le plus rapidement au monde. En effet, l'espérance de vie y était de 70,4 ans en 1990 et est passée à 75,6 ans en 2014. Conséquence directe, en 2008, 8,9 millions de personnes avaient l'âge de départ à retraite, et ce nombre devrait atteindre 21 millions d'ici à 2030. De nombreux pays vieillissent plus vite qu'ils ne s'enrichissent. Même des pays comme le Bangladesh et la République démocratique populaire lao, qui disposent actuellement d'une population jeune en plein essor capable d'engendrer un dividende démographique

important au cours des années à venir, ne seront pas épargnés par la crise du vieillissement. D'ici à la fin du siècle, par exemple, le taux de dépendance liée à l'âge au Laos devrait être multiplié par six (BIT, 2015f).

Le taux de pauvreté des personnes âgées en République de Corée du Sud est déjà le plus élevé des pays de l'OCDE: il est près de dix fois supérieur à celui de l'Espagne, pour un PIB par tête similaire. En Asie, où l'activité informelle caractérise le marché du travail, cela met à rude épreuve les modèles contributifs de financement de la protection sociale. Ainsi, le financement par l'impôt gagne en popularité, en particulier pour les soins de santé. Les gouvernements d'Asie pourraient tirer profit de politiques actives du marché du travail augmentant la productivité et la part des femmes dans la main-d'œuvre, et pourraient ajuster leurs systèmes de protection sociale, en particulier pour les pensions et les soins de santé, et mettre en œuvre de nouvelles garanties de soins sur le long terme, afin de répondre aux nouveaux défis auxquels ils sont confrontés.

La stratégie de l'accélération de la mobilité du travail, déjà partiellement appliquée, se révèle utile. La migration inter-ASEAN a quasiment été multipliée par quatre ces vingt dernières années (BIT et BAD, 2014). Grâce aux migrations régionales, avec leur apport de main-d'œuvre opérationnelle et leur potentiel de cotisation à la sécurité sociale, les pays aux populations vieillissantes pourront compenser la pression exercée par le vieillissement sur leurs systèmes de sécurité sociale. Toutefois, comme les pays en développement vieillissent eux aussi, cette stratégie de l'immigration n'est pas une panacée. Les politiciens devront donc faire preuve de beaucoup d'innovation et de flexibilité pour relever les nombreux défis que pose le vieillissement.

Sources: D'après des données de la BAD, du BIT, de l'OCDE et de la Banque mondiale.

Malgré les disparités régionales, la tendance générale est positive dans la région, et plusieurs pays créent de nouveaux régimes ou élargissent considérablement la couverture de leurs régimes existants. L'extension rapide de la couverture légale de la protection sociale, en particulier aux travailleurs indépendants et à ceux de l'économie informelle, ainsi que l'introduction effective de régimes contributifs et non contributifs à ces travailleurs et à leur famille, sont des éléments significatifs de cette tendance.

Malgré la récession mondiale, la croissance devrait atteindre 5,5 pour cent en 2017 et 5,4 pour cent en 2018 dans la région Asie et Pacifique (FMI, 2017c). A long terme, les défis portent sur le maintien d'une croissance rapide tout en garantissant une plus grande inclusion, en réduisant la précarité de l'emploi, en

augmentant la productivité et en trouvant des solutions aux conséquences du vieillissement rapide de la population. L'emploi est de plus en plus précaire, et les formes atypiques d'emploi se multiplient (temporaire, à temps partiel, en détachement et contractuel) (BIT, 2016l).

La part de l'emploi informel reste élevée, en particulier en Asie du Sud-Est et Océanie et en Asie du Sud et Pacifique, où il atteignait respectivement 54,1 pour cent et 73,6 pour cent en 2015 (BIT, 2016m). Ces travailleurs de l'économie informelle ont un accès nul ou très limité à une couverture essentielle de la sécurité sociale. Dans de nombreux pays d'Asie, les prestations de protection sociale sont octroyées aux travailleurs du secteur formel cotisant à une assurance sociale ainsi qu'aux ménages pauvres ayant accès à l'assistance sociale. Un certain nombre de ménages (le «segment manquant»)

ne sont couverts ni par l'assurance sociale ni par l'assistance sociale. Les personnes de ce segment manquant travaillent généralement dans l'économie informelle et il s'agit d'un groupe vulnérable qui a un besoin urgent d'appui en matière de protection sociale (BAD, 2013; Samson et Kenny, 2016; Wening Handayani, 2016).

Le vieillissement est un problème de plus en plus important dans la région (encadré 6.14). Contrairement aux économies développées d'Europe et d'Amérique du Nord, la population de la plupart des pays d'Asie et du Pacifique vieillit avant que ne soient mis en place des systèmes robustes de protection sociale. Cela engendre un fardeau supplémentaire pour les familles, et suppose également des défis financiers supplémentaires pour les systèmes de pension. Dans plusieurs pays, l'immigration joue déjà un rôle important dans l'allègement des effets du vieillissement.

Les inégalités entre hommes et femmes persistent dans l'emploi, comme le démontre le faible taux de participation des femmes par rapport à celui des hommes (BIT, 2016m). En outre, les femmes sont surreprésentées dans les formes de travail vulnérables, en particulier le travail domestique non rémunéré, qui concerne près d'une femme sur cinq employées dans la région Asie et Pacifique (BIT, 2016l).

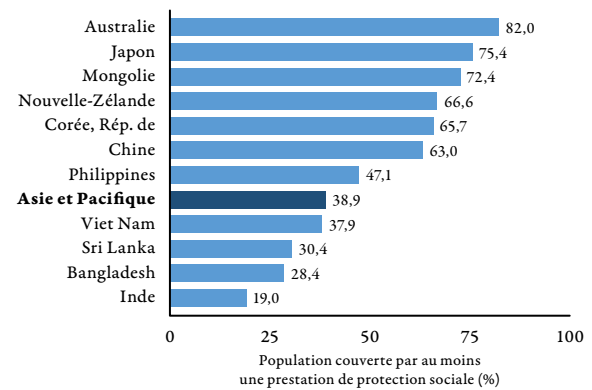
Si plusieurs pays ont déjà progressé vers un niveau élémentaire de sécurité de revenu et de soins médicaux pour tous les citoyens, les décideurs sont confrontés à plusieurs défis centraux: combler les lacunes en matière de couverture, améliorer la gouvernance des régimes de protection sociale et libérer les marges de manœuvre budgétaires nécessaires aux politiques de protection sociale.

Les travailleurs migrants travaillant dans le secteur formel sont couverts légalement par les systèmes nationaux existants de sécurité sociale, mais sont confrontés à des défis dans l'exercice de leurs droits aux prestations, en particulier pour les pensions de vieillesse. La grande majorité des travailleurs migrants, cantonnée à des emplois peu qualifiés et faiblement rémunérés du secteur informel, est encore exclue des régimes nationaux dans le pays d'accueil. Certains pays (comme l'Indonésie, les Philippines et le Sri Lanka) ont développé des régimes spécifiques afin de couvrir leurs ressortissants qui travaillent à l'étranger.

6.4.2 Couverture effective de la protection sociale: suivi de l'indicateur 1.3.1 des ODD en Asie et Pacifique

En Asie et dans le Pacifique, 38,9 pour cent de la population totale ont effectivement accès à au moins un domaine de la protection sociale (voir figure 6.23). La région se caractérise par la disparité de la couverture de la protection sociale. La différence de couverture entre l'Australie et l'Inde, aux deux extrémités du spectre, est de plus de 70 points de pourcentage. Dans la région se trouvent ainsi des pays qui en sont aux premières étapes de l'élaboration de leurs systèmes de protection sociale, mais également des pays disposant déjà de systèmes complets (BIT, 2016m), offrant ainsi des niveaux de couverture élevés. L'Australie, le Japon, la République de Corée et la Nouvelle-Zélande, où le taux de couverture pour au moins un risque est de plus de 65 pour cent, en sont de bons exemples. Cette situation n'est toutefois pas l'apanage des économies développées: la Chine, la Mongolie, la Thaïlande et le Viet Nam disposent ainsi aussi de systèmes «complets»⁸.

Figure 6.23 Indicateur 1.3.1 des ODD: pourcentage de la population couverte par au moins une prestation de protection sociale dans la région Asie et Pacifique (couverture effective), 2015 ou dernières données disponibles



Note La couverture effective de la protection sociale correspond au nombre de personnes cotisant activement à un régime d'assurance sociale ou percevant des prestations (contributives ou non contributives), exprimé en pourcentage de la population totale. La protection de la santé n'est pas couverte par l'indicateur 1.3.1 des ODD. Voir aussi annexe II.

Sources: BIT, base de données sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database), d'après l'enquête sur la sécurité sociale; ILOSTAT; sources nationales. Voir aussi annexe IV, tableau B.3.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourcelid=54701>.

⁸ Les systèmes sont considérés comme complets lorsqu'ils couvrent les huit domaines suivants, énoncés dans la convention (n° 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952: prestations en cas de maladie; prestations de chômage; prestations de vieillesse; prestations en cas d'accident du travail et de maladies professionnelles; prestations à l'enfance et aux familles; prestations de maternité; prestations d'invalidité; prestations de survivants.

La Mongolie et la Chine couvrent respectivement 72 et 63 pour cent de leur population dans au moins un domaine de la protection sociale. Certains de ces pays se sont imposés comme des références mondiales étant donné la vitesse à laquelle ils ont mis ces programmes en place en assurant une couverture universelle. C'est notamment le cas des pensions universelles et de la santé en Chine et en Thaïlande, et des prestations universelles à l'enfance en Mongolie.

À l'autre bout du spectre, des pays comme l'Inde ne couvrent que 19 pour cent de leur population pour au moins une éventualité, et d'autres, comme le Bangladesh et le Sri Lanka, couvrent moins d'un tiers de la population pour au moins une éventualité.

Prestations à l'enfance et aux familles

La couverture de la protection sociale des enfants est assez faible dans la région. Toutefois, certains pays se démarquent avec une couverture universelle, comme l'Australie et la Mongolie (voir figure 6.24)⁹. D'autres pays comme l'Indonésie, les Philippines et le Timor-Leste ont mis en place des programmes conditionnels de transfert en espèces ciblant les familles avec enfants,

mais les niveaux de couverture sont relativement faibles aux Philippines et ne dépassent pas les 14 pour cent.

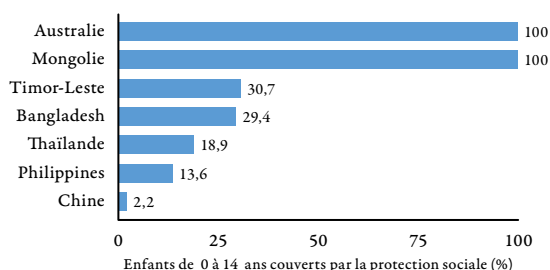
La Thaïlande combine une allocation à l'enfance relevant de l'assurance sociale avec la subvention d'appui à l'enfance (Child Support Grant) récemment mise en place consistant en un transfert monétaire à caractère non contributif sous conditions de ressources aux familles avec enfants de 0 à 3 ans. Dans des pays comme la République démocratique populaire lao et le Cambodge, les prestations en espèces versées aux familles avec enfants se cantonnent toujours à des projets pilotes à petite échelle, malgré des effets positifs sur le développement. Plusieurs pays de la région ne bénéficient pas de prestations à l'enfance ou aux familles régies par la législation. Les pressions relatives à l'assainissement budgétaire ont également remis en question la prestation universelle à l'enfance de Mongolie, mais le gouvernement a très récemment décidé de maintenir le caractère universel de l'éligibilité (voir encadré 2.2).

Protection de la maternité

La protection sociale de la maternité continue de représenter un défi (figure 6.25). En moyenne, les pays de la région ne couvrent qu'un tiers des femmes donnant naissance par des prestations de maternité en espèces. Il faut également noter que certains des pays présentant un taux de fertilité élevé ont des lacunes importantes à combler d'ici à 2030. Au Bangladesh et aux Philippines, les femmes donnent naissance deux à trois fois dans leur vie¹⁰, mais, respectivement, seulement 21 et 9 pour cent des femmes donnant naissance une année donnée perçoivent des prestations de maternité. La Mongolie est le seul pays de la région disposant d'une protection universelle de la maternité, tandis que le Myanmar et les Philippines comptent parmi les pays où la couverture est inférieure à 10 pour cent. Les faibles niveaux de couverture correspondent aux pays où la protection de la maternité est restreinte aux travailleuses de l'économie formelle.

Certains pays ont étendu leur couverture de la protection sociale aux femmes du secteur informel au moyen de transferts en espèces pendant la grossesse et lors de l'accouchement. C'est notamment le cas du programme Indira Gandhi Matritva Sahyog Yojana en Inde et du programme de transfert en espèces maternel

Figure 6.24 Indicateur 1.3.1 des ODD sur la couverture effective des enfants et des familles: pourcentage d'enfants et de ménages percevant des prestations à l'enfance et aux familles en espèces dans la région Asie et Pacifique, 2015 ou dernières données disponibles



Note: Part des enfants couverts par des prestations de sécurité sociale: nombre d'enfants/ménages touchant des prestations à l'enfance rapporté au nombre d'enfants/ménages avec des enfants. Voir aussi annexe II.

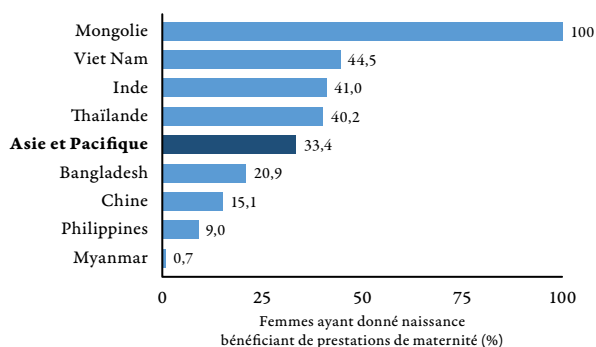
Sources: BIT, base de données sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database), d'après l'enquête sur la sécurité sociale; ILOSTAT; UNWPP; sources nationales. Voir aussi annexe IV, tableaux B.3 et B.4.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=54702>.

⁹ L'Australie octroie des prestations à l'enfance jusqu'à l'âge de 16 ans, et jusqu'à 19 ans si l'enfant est scolarisé à plein temps; la Mongolie octroie des prestations à l'enfance à tous les enfants âgés de 0 à 17 ans.

¹⁰ Banque mondiale, Indicateurs du développement dans le monde, 2015.

Figure 6.25 Indicateur 1.3.1 des ODD sur la couverture effective des mères avec nouveau-nés: pourcentage de femmes ayant donné naissance percevant des prestations de maternité en espèces dans la région Asie et Pacifique, 2015 ou dernières données disponibles



Note: Part des femmes ayant donné naissance couvertes par les prestations de maternité: nombre de femmes percevant des prestations de maternité en espèces rapporté au nombre de femmes ayant donné naissance au cours de la même année (estimation fondée sur les taux de fertilité en fonction de l'âge ou du nombre de naissances vivantes corrigé par la part de naissances de jumeaux ou de triplés). Voir aussi annexe II.

Sources: BIT, base de données sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database), d'après l'enquête sur la sécurité sociale; ILOSTAT; UNWPP; sources nationales. Voir aussi annexe IV, tableaux B.3 et B.5.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourcelid=54703>.

et pour les enfants au Myanmar. Ce dernier a été lancé par le gouvernement du Myanmar en 2017, et il vise à devenir progressivement un transfert universel pour les femmes enceintes et les enfants jusqu'à deux ans.

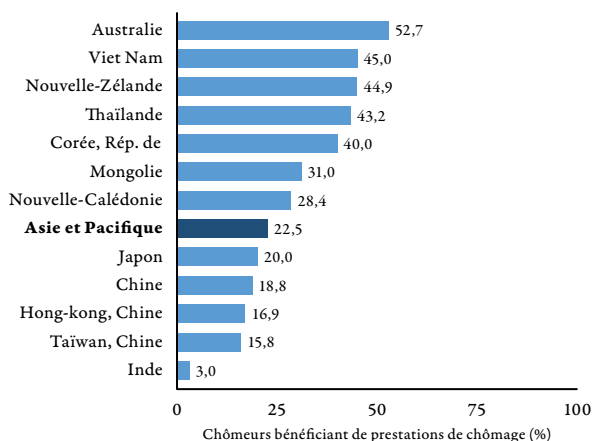
Dans un certain nombre de pays, la protection de la maternité est entièrement à la charge des employeurs, qui doivent financer les congés de maternité et les coûts des soins de santé liés à la grossesse et à l'accouchement. Le fait que ce risque soit à la charge de l'employeur a des effets négatifs sur la fiabilité et le niveau de la protection (BIT, 2016m).

La protection de la paternité s'étend en Asie et dans le Pacifique. Les pays de la région accordant une protection de la paternité sont la Chine, le Japon, la République de Corée, la République islamique d'Iran, le Myanmar et le Viet Nam (voir encadré 3.5).

Prestations de chômage

Le pourcentage de chômeurs bénéficiant de prestations de chômage en espèces demeure relativement faible par rapport aux autres risques. La situation s'explique en partie par le fait que de nombreux pays de la région n'ont pas accordé la priorité à la mise en place de

Figure 6.26 Indicateur 1.3.1 des ODD sur la couverture effective des chômeurs: pourcentage de chômeurs percevant des prestations de chômage en espèces dans la région Asie et Pacifique, dernières données disponibles



Note: Part des chômeurs touchant des prestations: nombre de bénéficiaires de prestations de chômage en espèces rapporté au nombre de chômeurs. Voir aussi annexe II.

Sources: BIT, base de données sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database), d'après l'enquête sur la sécurité sociale; ILOSTAT; sources nationales. Voir aussi annexe IV, tableaux B.3 et B.6.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourcelid=54704>.

prestations de chômage: pour bon nombre d'entre eux, elles sont toujours à la charge de l'employeur, et elles prennent la forme d'une indemnité de licenciement lors de la rupture du contrat de travail. C'est le cas du Brunéi Darussalam, de l'Indonésie, du Pakistan, de Singapour et du Sri Lanka.

Contrairement à d'autres risques, la couverture des prestations de chômage n'est pas forcément plus importante dans les pays à revenu élevé (voir figure 6.26).

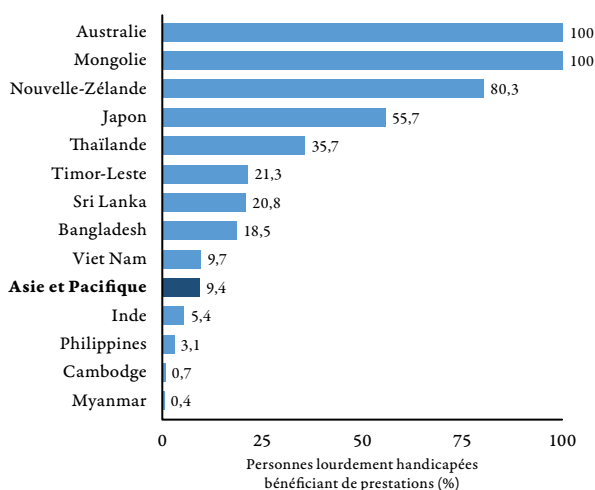
Les prestations de chômage en espèces sont généralement limitées aux travailleurs salariés de l'économie formelle, ce qui, dans une région où l'emploi informel prédomine nettement, affecte les niveaux de couverture. Certains pays, en particulier en Asie du Sud, ont choisi de mettre en place des régimes de garantie minimum d'emploi. C'est le cas au Bangladesh, en Inde et au Népal, qui ont mis en place un droit à un nombre minimum de journées de travail, en particulier dans les zones rurales.

Si les prestations de chômage sont l'un des domaines de la sécurité sociale les moins représentés dans la région, la mise en place de régimes d'assurance-chômage monte en puissance et plusieurs pays, comme l'Indonésie, la Malaisie, le Népal et les Philippines, organisent actuellement des dialogues nationaux sur la conception de ces régimes (BIT, 2016m).

Prestations d'invalidité

La couverture effective des prestations d'invalidité est très disparate dans la région, l'Australie et la Mongolie atteignant un taux de couverture de 100 pour cent des personnes lourdement handicapées; la Nouvelle-Zélande, 80 pour cent; et le Japon, 56 pour cent. En revanche, au Cambodge, en Inde, au Myanmar, aux Philippines et au Viet Nam, moins d'une personne lourdement handicapée sur dix est couverte (voir figure 6.27).

Figure 6.27 Indicateur 1.3.1 des ODD sur la couverture effective des personnes lourdement handicapées: pourcentage de personnes lourdement handicapées percevant des prestations d'invalidité en espèces dans la région Asie et Pacifique, 2015 ou dernières données disponibles



Note: Part des personnes invalides touchant des prestations d'invalidité: nombre de personnes touchant des prestations d'invalidité en espèces rapporté au nombre de personnes lourdement handicapées. Ce dernier chiffre est égal au produit du taux de prévalence de l'invalidité (publié pour chaque groupe de pays par l'Organisation mondiale de la santé) par la population du pays. Voir aussi annexe II.

Sources: BIT, base de données sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database), d'après l'enquête sur la sécurité sociale; ILOSTAT; UNWPP; OMS; sources nationales. Voir aussi annexe IV, tableaux B.3 et B.8.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=54705>.

Pensions de vieillesse

La vieillesse est l'un des risques les mieux couverts de la région, mais ce résultat masque des disparités importantes d'un pays à l'autre. La Chine (voir encadré 6.15 et figure 6.28), le Japon, les Maldives, la Mongolie, la Nouvelle-Zélande et le Timor-Leste octroient une couverture universelle. L'Australie, le Brunei Darussalam, la République de Corée, Hong-kong (Chine) et la Thaïlande présentent des niveaux de couverture supérieurs à 70 pour cent et se rapprochent de la couverture universelle. A l'opposé, d'autres pays, comme le Bhoutan, le Cambodge, la République démocratique populaire lao, le Pakistan ou encore Vanuatu, la couverture effective reste inférieure à 6 pour cent de la population âgée (voir figure 6.29).

Les pays ayant mis en place un niveau de couverture élevé disposent généralement de régimes financés par l'impôt (ou des pensions sociales) afin d'étendre rapidement la couverture aux populations ayant la capacité contributive la plus faible. Dans la région se dégage une tendance progressive, mais positive, à la mise en œuvre de pensions sociales. Même les pays dont le système de protection sociale est moins développé étudient la possibilité de lancer des pensions universelles financées par l'impôt. C'est le cas de Kiribati, du Myanmar, du Népal, de Samoa, du Timor-Leste et du Viet Nam. Certains de ces pays ont opté pour une approche progressive, en déterminant des âges d'éligibilité élevés (90 ans au Myanmar et 70 au Népal) en prévoyant d'étendre progressivement la couverture à des tranches d'âge plus basses. Au Viet Nam, un régime universel de pension sociale couvre toutes les personnes âgées de plus de 80 ans; cette pension est versée sous conditions de ressources aux personnes âgées de 60 à 79 ans.

Il convient également de souligner les solutions mises en place par certains pays pour intégrer au sein du même régime approche contributive et financement par l'impôt, en particulier pour garantir la sécurité de revenu des populations rurales et de l'économie informelle.

La région est également très hétérogène en ce qui concerne les régimes contributifs: de manière générale, les régimes à prestations définies prévalent (notamment en République de Corée, en Thaïlande et au Viet Nam), mais dans un petit nombre de pays la principale composante du système reste une forme de régime à cotisations définies établi dans le cadre des caisses de prévoyance nationales (Fidji, Inde, Malaisie et Singapour), héritage de l'époque coloniale.

Encadré 6.15 Pensions universelles en Chine

La Chine offre un exemple intéressant de la façon dont la volonté politique, associée à l'innovation, peut enclencher un processus extrêmement rapide d'extension de la couverture, même à des catégories dont la capacité contributive est faible. Entre 2009 et 2013, la Chine a multiplié par trois le nombre de personnes couvertes par son système de pensions de vieillesse, réalisant des progrès impressionnants pour atteindre son objectif de couverture universelle d'ici à 2020. Le système actuel de pensions d'Etat se compose de trois régimes: *a)* régime de pensions pour les travailleurs urbains; *b)* régime de pensions pour les fonctionnaires et les employés du gouvernement; *c)* régime de pensions pour les résidents en milieu rural et les résidents en milieu urbain non couverts par les deux premiers.

Il convient de citer une innovation importante, le recours à l'inspection du travail pour améliorer le respect des règles et, par conséquent, étendre la couverture effective. Suite à l'unification des systèmes d'informations de l'inspection du travail et de la sécurité sociale, les services d'inspection du travail ont pu veiller à ce que toutes les entreprises, quelle que soit leur taille, affilient leurs travailleurs au système de sécurité sociale.

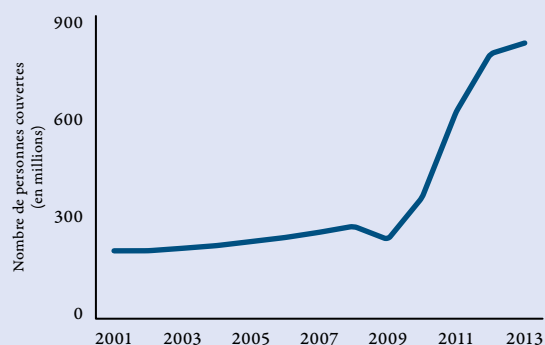
Autre innovation: le régime de pensions destiné aux résidents en milieu rural et en milieu urbain, et composé de deux parties: *a)* une composante de solidarité, pension de base sous forme d'une prestation à taux fixe entièrement financée par des subventions publiques; *b)* une composante de pension individuelle, financée par les cotisations de l'assuré et complétée par des subventions publiques. Les affiliés à ce régime cotisent tous les ans au compte, choisissant librement entre différents niveaux de taux de cotisation annuelle, de 100 à maximum 2000 yuans. Le montant initial de la pension de base de ce régime est de 70 yuans par mois, somme complétée par la composante de pension individuelle, ainsi qu'éventuellement par des compléments des autorités locales, à leur discrétion et selon leurs recettes propres. La participation à ce système se fait sur la base du volontariat et les résidents sont éligibles aux pensions au bout de quinze ans de cotisations.

Pourquoi le régime s'est-il étendu aussi rapidement? En subventionnant intégralement la prestation à taux fixe, les pouvoirs publics ont pris en charge une part importante du coût de la prestation, la

Sources: Partenariat mondial pour la protection sociale universelle, 2016m; BIT, 2016n; Banque mondiale, 2016c.

rendant plus attractive aux yeux des cotisants potentiels. La principale innovation concerne le fait que cette prestation à taux fixe a également été proposée aux personnes ayant au moins l'âge de départ à la retraite (60 ans), même si elles n'avaient pas atteint le niveau de cotisation requis. Deux types de processus leur permettent d'obtenir une couverture: elles peuvent verser une cotisation forfaitaire pour compenser toute lacune dans les conditions d'ouverture des droits au cours des quinze années de cotisations (Banque mondiale, 2016c), ou, si elles ont des enfants, elles peuvent faire valoir une politique «d'engagement familial» qui permet aux personnes n'ayant pas cotisé de toucher la pension à taux fixe tant que leurs enfants en âge de travailler cotisent au système de pension. Le niveau de cotisation minimum requis, relativement faible, associé au fait que les cotisants peuvent définir leur propre niveau de cotisation, rend ce régime attractif. En échange d'une cotisation minimum de 100 yuans par an, un adulte qui travaille cotise pour sa future pension, mais garantit également immédiatement l'octroi d'une pension d'au moins 70 yuans par mois à ses parents. En outre, le gouvernement local doit verser une partie de la cotisation, ce qui permet d'augmenter les pensions.

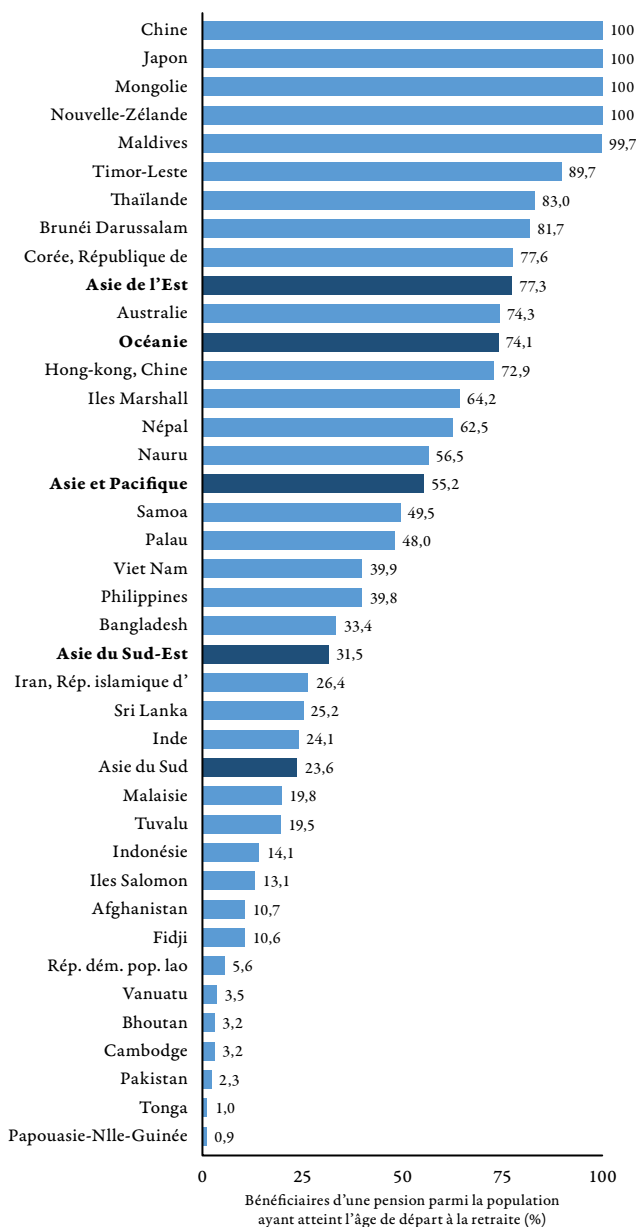
Figure 6.28 Chine: extension de la couverture des pensions de vieillesse, 2001-2013



Source: Annual Statistical Bulletins on Human Resources and Social Security Development (ASB – Bulletins statistiques annuels sur les ressources humaines et le développement de la sécurité sociale), 2001-2013.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=54706>.

Figure 6.29 Indicateur 1.3.1 des ODD sur la couverture effective des personnes âgées: pourcentage de la population ayant au moins l'âge légal de départ à la retraite percevant une pension de vieillesse dans la région Asie et Pacifique, dernières données disponibles



Note: Part des personnes âgées touchant une pension: nombre de personnes ayant au moins l'âge légal de départ à la retraite touchant une pension de vieillesse rapporté au nombre de personnes ayant au moins l'âge légal de départ à la retraite. Voir aussi annexe II.

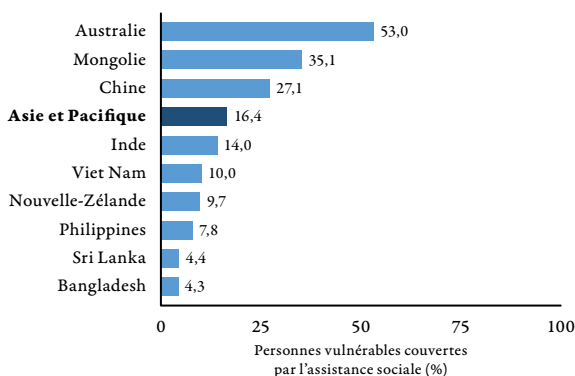
Sources: BIT, base de données sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database), d'après l'enquête sur la sécurité sociale; ILOSTAT; sources nationales. Voir aussi annexe IV, tableaux B.3 et B.12.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=54707>.

Assistance sociale

Compte tenu de la couverture d'assurance sociale relativement limitée dans de nombreux pays d'Asie, les prestations d'assistance sociale peuvent jouer un rôle important dans la protection des personnes non couvertes par les mécanismes contributifs, et donc vulnérables face aux risques sociaux. Toutefois, la couverture d'assistance sociale des personnes vulnérables est disparate en Asie et dans le Pacifique (figure 6.30). Dans la région, c'est l'Australie qui octroie des prestations d'assistance sociale à la plus grande part des personnes vulnérables (53 pour cent), suivie par la Mongolie (35 pour cent). C'est au Bangladesh que la couverture est la plus faible (4 pour cent), tandis que dans les autres pays plus des deux tiers des personnes vulnérables n'ont pas accès à des prestations d'assistance sociale. L'extension des socles de protection sociale est une priorité cruciale dans la région.

Figure 6.30 Indicateur 1.3.1 des ODD sur la couverture effective des groupes de population vulnérables: pourcentage de personnes vulnérables percevant des prestations en espèces, à caractère non contributif, dans la région Asie et Pacifique, 2015 ou dernières données disponibles



Note: Le nombre de personnes vulnérables tient compte: a) de tous les enfants; b) des personnes en âge de travailler ne cotisant pas à un régime d'assurance sociale ni ne touchant de prestations contributives; c) des personnes ayant au moins l'âge légal de départ à la retraite et ne touchant pas de prestations contributives (pensions de vieillesse). L'assistance sociale englobe toutes les formes de transferts en espèces non contributifs financés grâce à l'impôt général ou d'autres sources (hors assurance sociale). Voir aussi annexe II.

Sources: BIT, base de données sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database), d'après l'enquête sur la sécurité sociale; ILOSTAT; UNWPP; sources nationales. Voir aussi annexe IV, tableau B.3.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=54708>.

6.4.3 Tendances des dépenses de protection sociale, hors santé

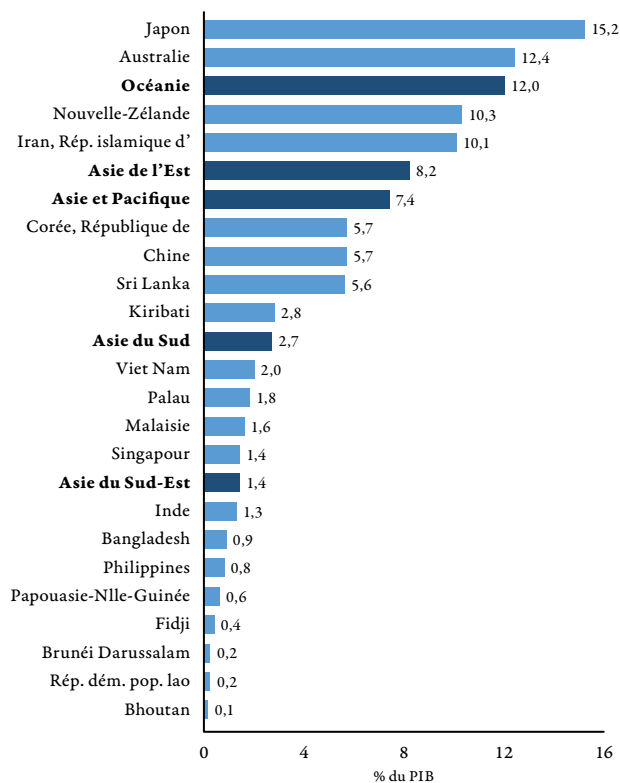
Le niveau des dépenses de protection sociale varie fortement d'un pays à l'autre dans la région, et va de 15,2 pour cent du PIB au Japon à 0,1 pour cent au Bhoutan (voir figure 6.31). Suivent l'Australie et la Nouvelle-Zélande, avec respectivement 12,4 et 10,3 pour cent, qui présentent aussi des niveaux relativement plus élevés de dépenses. Le contraste est saisissant avec des pays comme le Brunéi Darussalam (0,2 pour cent), la République démocratique populaire lao (0,2 pour cent) et le Bangladesh (0,9 pour cent).

Si, en moyenne, les dépenses de protection sociale atteignent seulement 7,4 pour cent du PIB en Asie et dans le Pacifique, de manière générale, la tendance régionale est à la hausse ces dernières années. En effet, l'intérêt croissant accordé à la protection sociale ces dernières années dans plusieurs pays a entraîné une augmentation des investissements publics, et la majorité des pays élargissent l'allocation des ressources publiques à la protection sociale. Par exemple, la Thaïlande dépensait moins de 1 pour cent du PIB en 2000 mais, en 2015, les dépenses publiques de protection sociale sont passées à près de 3,7 pour cent, soit plus de trois fois plus en quinze ans. L'augmentation la plus importante s'est produite entre 2000 et 2012, où les dépenses ont atteint leur pic à 4,4 pour cent du PIB. La Chine est un autre exemple de pays connaissant une tendance clairement positive. Le pays a presque doublé ses dépenses en vingt ans, passant de 3,2 pour cent du PIB consacré aux dépenses publiques de protection sociale en 1995 à 6,3 pour cent en 2015. Ces deux pays sont des exemples internationaux d'expansion rapide de la couverture de protection sociale, en particulier dans le domaine de la protection sociale de la santé et de la couverture de protection sociale des personnes âgées, car la couverture est presque universelle pour ces deux risques. D'autres pays ont plus que doublé leurs dépenses publiques de protection sociale ces vingt dernières années: République de Corée, Népal, Philippines, Samoa-Occidental et Singapour.

Toutefois, la tendance inverse se confirme au Brunéi Darussalam, en Indonésie, au Pakistan et en République démocratique populaire lao, qui se distinguent par une baisse progressive du pourcentage de PIB alloué à la protection sociale depuis 2000 (BIT, 2016m).

Malgré le ralentissement de la croissance économique observé ces dernières années dans la région, la tendance générale n'est pas à la réduction des dépenses publiques de protection sociale. C'est probablement dû

Figure 6.31 Dépenses publiques de protection sociale, hors santé, en Asie et Pacifique, dernières données disponibles (en pourcentage du PIB)



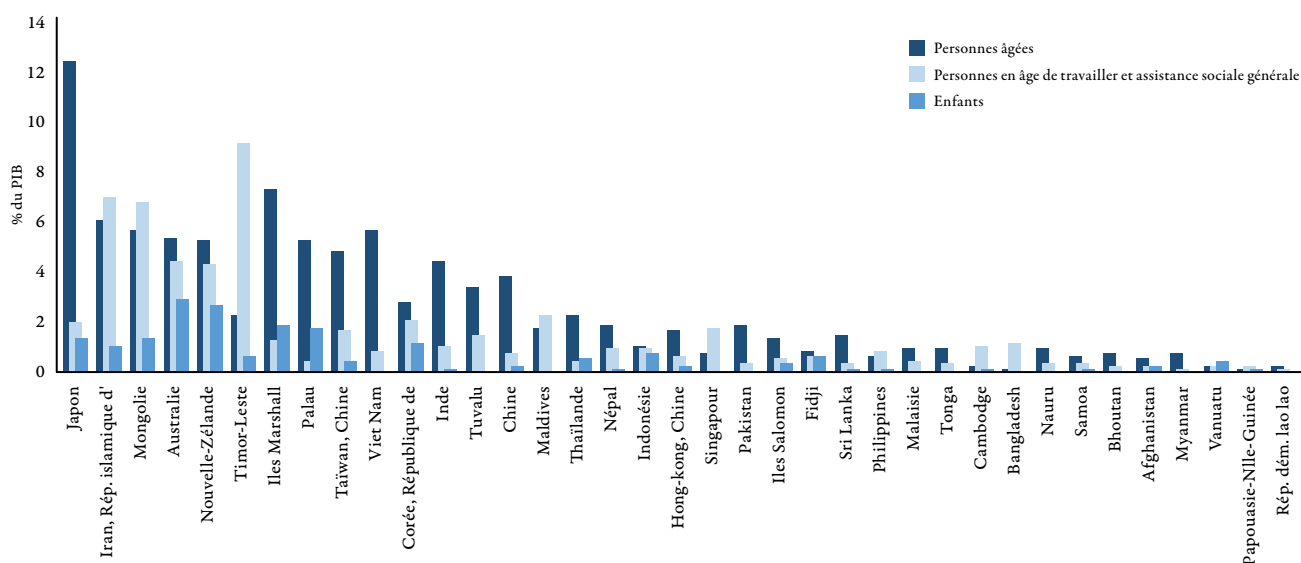
Note: Les chiffres correspondant aux dépenses totales de protection sociale, hors dépenses publiques liées à la santé, sont estimés en pourcentage du PIB. Source: BIT, base de données sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database), d'après l'enquête sur la sécurité sociale. Voir aussi annexe IV, tableaux B.16 et B.17.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=54709>.

au fait que ces pays avaient au départ des niveaux de dépenses relativement faibles.

Toutefois, les autres dépenses sociales, ne relevant pas des dépenses de sécurité sociale, ont été réduites dans un nombre de pays. La réduction des subventions sociales et les baisses ou gels des salaires du secteur public sont en tête des mesures d'austérité en Asie orientale et en Océanie. Des réformes des subventions sont envisagées dans des pays comme les Fidji, l'Indonésie, la Malaisie, le Myanmar, la Thaïlande et le Timor-Leste. Si ces réformes ciblent principalement les subventions énergétiques, d'autres prévoient une réduction des subventions aux récoltes des fermiers des îles isolées de Kiribati et une réduction des subventions à l'hébergement aux Philippines. En outre, treize pays envisagent une baisse ou un gel des salaires publics, c'est-à-dire des salaires des fonctionnaires, et notamment de ceux travaillant dans les secteurs sociaux (la majorité des îles du Pacifique,

Figure 6.32 Composition des dépenses de protection sociale, hors santé, en Asie et Pacifique, dernières données disponibles (en pourcentage du PIB)



Note: Les chiffres correspondant aux dépenses publiques de protection sociale hors santé sont estimés en pourcentage du PIB.

Source: BIT, base de données sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database), d'après l'enquête sur la sécurité sociale. Voir aussi annexe IV, tableau B.17.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=54710>.

la République démocratique populaire lao, la Malaisie, le Timor-Leste et le Viet Nam). Conformément à l'ensemble type d'ajustements appliqué dans des pays procédant à un assainissement budgétaire (Ortiz et coll., 2015), les Fidji, l'Indonésie, les Iles Marshall, les Etats fédérés de Micronésie et Palau, entre autres, envisagent des réformes des pensions contributives, tandis que la Malaisie, la Mongolie et Tuvalu subissent des pressions pour cibler plus étroitement leurs régimes de protection sociale. Des réformes du marché du travail sont également au programme dans au moins cinq pays de la région: le Cambodge, la Chine, l'Indonésie, le Timor-Leste et Tuvalu.

De nombreux gouvernements d'Asie, faisant preuve de créativité, ont identifié de nouvelles marges de manœuvre budgétaire pour étendre la couverture de la protection sociale ainsi que les prestations; par exemple, la Thaïlande réalloue des sommes destinées aux dépenses militaires à des prestations de santé universelles; la Mongolie a financé une prestation à l'enfance universelle avec une taxe sur les exportations minières; et l'Indonésie a étendu la protection sociale grâce à une réforme des subventions énergétiques (BIT, 2016). Si une part importante de l'extension de la protection sociale en Asie résulte certainement des cotisations, les gouvernements doivent continuer à envisager de nouvelles formes de financement de l'assistance sociale. Un certain nombre de pays de la région

disposent de réserves importantes et de niveaux de taxation encore faibles, ce qui pourrait être envisagé avec d'autres options d'accroissement de la manœuvre budgétaire, comme la suppression des flux financiers illicites (Ortiz et coll., 2015), dans le cadre des processus de dialogue national sur le développement.

En ce qui concerne la composition des dépenses de protection sociale, les niveaux de dépenses les plus élevés sont généralement liés à la protection sociale des personnes âgées. C'est le cas de pays comme la Chine, le Japon, le Myanmar, le Népal, Palau, la Thaïlande et le Viet Nam. Dans ces pays, les dépenses destinées aux personnes âgées représentent près de 50 pour cent du total des dépenses de protection sociale.

A l'inverse, des pays comme l'Australie, l'Indonésie et Singapour présentent une répartition plus équilibrée de leurs dépenses publiques (voir figure 6.32).

6.4.4 Perspectives régionales

Du fait des déficits actuels de protection sociale dans la région et des principaux défis à relever, il apparaît clairement que pour atteindre les objectifs définis dans le cadre des ODD, les pays de la région Asie et Pacifique devront intensifier leurs efforts d'extension de la protection sociale, en ciblant particulièrement les actions décrites ci-après.

- Étendre la protection sociale aux travailleurs de l'économie informelle en associant régimes contributifs et non contributifs afin d'atteindre une couverture universelle.
- Bâtir des socles de protection sociale pour les personnes dans l'incapacité de travailler, comme les enfants, les mères avec nouveau-nés, les personnes invalides, les personnes âgées, les personnes pauvres et les chômeurs.
- Elever le niveau global de dépenses publiques de protection sociale afin d'étendre la couverture de la protection sociale.
- Renforcer le système fiscal pour financer la protection sociale et trouver des moyens innovants d'accroître les marges de manœuvre budgétaires au profit de la protection sociale.
- Prêter attention à l'adéquation des prestations, même si l'extension de la couverture reste l'objectif principal en Asie.
- Adapter la conception et la mise en œuvre des régimes contributifs aux caractéristiques régionales du marché du travail, notamment à la prépondérance des formes atypiques de travail.
- Promouvoir des solutions innovantes, basées sur des approches régionales combinant régimes contributifs et régimes financés par l'impôt, et intégrant les préoccupations relatives à l'extension de la couverture et à l'adéquation des prestations.
- Investir considérablement dans l'administration et dans la gestion des régimes, y compris la prestation de services de qualité aux niveaux décentralisés.
- Accélérer la progression en vue d'atteindre la cible 1.3 des ODD et les objectifs qui lui sont liés, en donnant la priorité à la protection sociale dans les stratégies de développement national.
- Renforcer, à l'avenir, les échanges internationaux de connaissances et la collaboration Sud-Sud pour que les pays puissent davantage profiter de la richesse et de la diversité des expériences régionales et mondiales.

6.5 Europe et Asie centrale

6.5.1 Défis et priorités de la protection sociale dans la région

Les systèmes de protection sociale, socles compris, sont traditionnellement bien établis dans la région et les niveaux de couverture y sont élevés par rapport aux autres régions. Toutefois, il existe des écarts importants sur le plan du niveau des dépenses de protection sociale, des sources de financement, de l'adéquation des prestations et du rôle des partenaires sociaux. Certains pays, et parmi eux la majorité des Etats membres de l'Union européenne, disposent de systèmes de protection sociale matures et complets, généralement constitués de systèmes d'assurance sociale bien ancrés et de régimes d'assistance sociale universels financés par l'impôt (Commission européenne, 2017a). Cependant, dans certains pays, des mesures d'assainissement budgétaire mettent en danger les avancées réalisées. Dans d'autres parties de la région, et en particulier en Asie centrale, les systèmes de protection sociale sont confrontés à des problèmes de limitation de la couverture et d'inadéquation des niveaux de prestation, mais également de contraintes budgétaires et de capacités administratives insuffisantes, et manquent à leurs objectifs de protection des personnes contre la pauvreté et l'emploi informel (Gassmann, 2011).

Dans l'ensemble, les débats nationaux sur les politiques reflètent le fait que les systèmes de protection sociale de la région sont de plus en plus confrontés à des problèmes de couverture, d'adéquation et de pérennité financière. L'évolution du monde du travail et le vieillissement de la population exercent une pression toujours plus grande sur la viabilité financière des systèmes de protection sociale, ainsi que sur le développement durable de manière générale. Parmi les principales causes, l'essor des formes d'emploi atypiques, dont les temps de travail réduits, les contrats temporaires et les faibles rémunérations, ainsi que l'émergence de nouvelles formes d'emploi (plates-formes), qui représentent un défi à la fois pour la couverture et pour les niveaux de prestation, car de nombreux travailleurs sont et seront confrontés à des lacunes importantes en matière de couverture à l'heure actuelle et à l'avenir (BIT, 2016b; Degryse, 2016). Les jeunes générations subissent notamment des pressions particulières du fait de l'évolution démographique et des changements structurels du marché du travail, notamment le passage à des formes de travail atypiques et changeantes, mais également les effets durables de la récession mondiale

Encadré 6.16 Le modèle social européen affaibli par les réformes d'ajustement à court terme

Depuis 2010, les politiques d'assainissement budgétaire et d'austérité ciblent les réformes des retraites et des droits à la santé afin de limiter les obligations financières de l'Etat à long terme, et ainsi d'éviter «une augmentation des dépenses en pourcentage du PIB» (FMI, 2010a, p. 16, 2010b) et de contenir les autres dépenses, même si l'adoption de ces politiques était prématurée (BIT, 2014a). S'il existe plus d'un «modèle social européen» au sens strict du terme, cette expression a été utilisée pour décrire l'expérience collective des Etats-providence européens, qui s'inscrivait dans un contrat social plus large, et a contribué à la croissance économique et au progrès social, plus particulièrement après la seconde guerre mondiale. Toutefois, ces dernières années, le modèle social européen est mis à rude épreuve et a été qualifié de trop coûteux, de fardeau, et a été accusé de réduire la compétitivité et de décourager la croissance. Or, les mesures d'ajustement ont contribué à augmenter la pauvreté, qui touche désormais 86,8 millions de personnes dans l'Union européenne, soit plus de 17 pour cent de la population, principalement des enfants, des femmes et des personnes invalides. Le nombre d'enfants risquant de basculer dans la pauvreté ou l'exclusion sociale s'élevait toujours à 22,3 millions en 2015, soit 26,7 pour cent des enfants de 0 à 16 ans. Selon les estimations, si les mesures d'assainissement budgétaire se poursuivent, 15 à 25 millions de personnes supplémentaires risquent de basculer dans la pauvreté d'ici à 2025 (Oxfam, 2013). L'augmentation de la pauvreté et des inégalités est le fruit à la fois de la gravité de la récession mondiale et des faibles taux d'emploi, mais également de décisions politiques spécifiques visant les politiques universelles, freinant les transferts sociaux et limitant l'accès à des services publics de qualité. Le concept d'accès universel à des conditions de vie décentes pour tous les citoyens,

longtemps accepté, est menacé par une fracture de plus en plus importante entre des programmes ciblant les pauvres de façon plus étroite et une plus grande priorité accordée à l'épargne individuelle pour les groupes de revenu moyen à supérieur. Les réussites du modèle social européen, qui avaient permis de considérablement réduire la pauvreté et de promouvoir la prospérité après la seconde guerre mondiale, sont sapées depuis la crise par des réformes d'ajustement à court terme.

Les difficultés que connaissent de nombreux Européens pour atteindre et conserver un niveau de vie décent, l'émergence de formes d'emploi informel nouvelles et atypiques, ainsi que la prépondérance de l'emploi précaire et informel pendant la crise, ont alimenté les débats sur la nécessité de renforcer la dimension sociale de l'Europe, en mettant l'accent sur cette question clé: comment les gouvernements pourront-ils créer plus d'emplois de meilleure qualité et octroyer des prestations sociales adéquates à tous, tout en garantissant l'équité et l'inclusion sociale?

Dans ce contexte, différents efforts ont été fournis pour élaborer de nouveaux cadres et régimes innovants, à l'échelle nationale et européenne. Le socle européen des droits sociaux, lancé en 2017, en est un bon exemple. Toutefois, la coordination politique européenne continue d'accorder la priorité à la croissance et aux réformes structurelles, par l'intermédiaire de mécanismes comme le Pacte de stabilité et de croissance de l'UE, de la procédure concernant les déséquilibres macroéconomiques ou encore du Semestre européen (missions de suivi entreprises en 2009), mettant sur la touche les politiques sociales et faisant passer au second plan le bien-être des populations européennes, aspect que les gouvernements peuvent mettre en œuvre à l'échelle nationale s'ils disposent des financements suffisants.

Sources: Commission européenne (2017b); BIT (2014b); FMI (2010a, 2010b); Vaughan-Whitehead (2014, 2016), et les données d'Eurostat.

découlant de la crise financière. Les réformes mises en place à ce jour ont engendré une situation où les jeunes seront probablement confrontés à une augmentation des taux de cotisation nécessaires pour financer les dépenses futures du nombre croissant de retraités, alors même qu'ils doivent s'attendre à avoir droit à des pensions de vieillesse inférieures à celles d'aujourd'hui (Commission européenne, 2017a). Ces éventuelles conséquences doivent être traitées au nom de l'équité intergénérationnelle et du maintien de la cohésion sociale au sein de la région.

De nombreux pays sont également confrontés à l'inadéquation des niveaux de prestation, qui maintient de nombreuses personnes, ayant même parfois un emploi, dans la pauvreté (BIT, 2017f). Par exemple, dans certains pays d'Europe orientale et centrale, les prestations à l'enfance sont faibles et ont donc des effets

limités sur l'amélioration de la sécurité de revenu des familles avec enfants (Bradshaw et Hirose, 2016). En outre, si les systèmes de protection vieillesse de nombreux pays incluent une pension sociale universelle ou une pension minimum, les niveaux de prestation sont généralement inférieurs au seuil de pauvreté et ne parviennent donc pas à éviter la pauvreté des personnes âgées (Commission européenne, 2015c).

Certaines réformes récentes ont ciblé le renforcement de la couverture de la protection sociale des personnes qui étaient auparavant exclues ou mal couvertes, comme les travailleurs à temps partiel ou les indépendants (Commission européenne, 2017b; BIT, 2016b). D'autres pays, en particulier en Asie centrale, ont procédé à une refonte de leurs systèmes de protection sociale depuis les années 1990 pour assurer la transition vers une économie de marché, et l'adaptent maintenant

aux circonstances actuelles, en fournissant des efforts considérables pour combler les lacunes en matière de couverture et renforcer l'adéquation et la pérennité des prestations (UNICEF, 2015b). Toutefois, il faudra intensifier les efforts pour élaborer des systèmes complets de protection sociale.

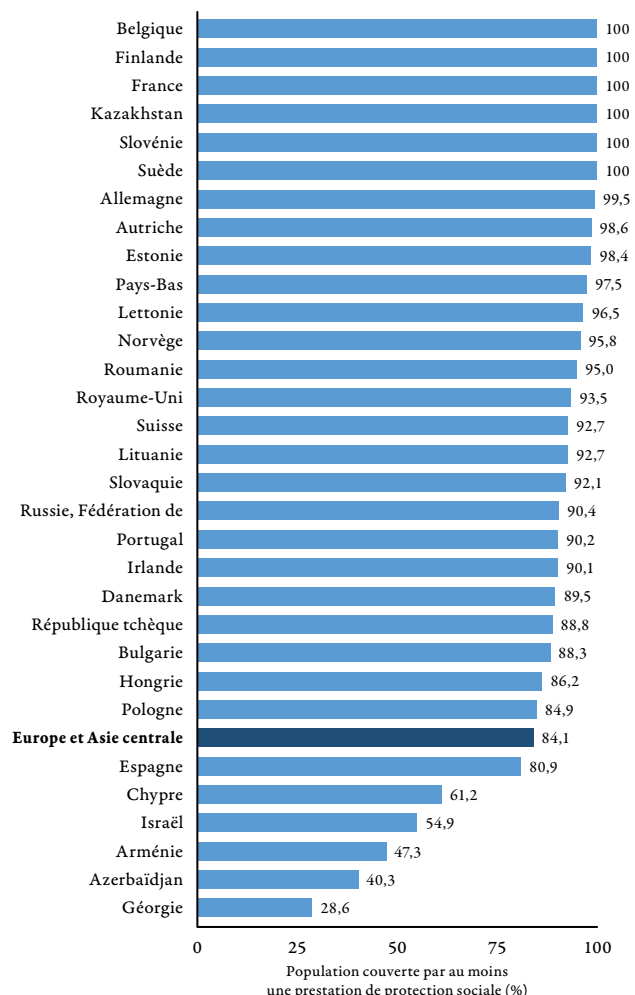
Les pensions de vieillesse sont l'objet de l'un des principaux débats faisant rage dans la région. Si de nombreux pays ont su mettre en place une couverture universelle de la protection sociale pour les personnes âgées, certains sont confrontés à des défis en matière de viabilité et d'adéquation. Dans le cadre de l'assainissement budgétaire, les gouvernements européens ont pris une série de mesures concernant leur système de pension publique, comme le rallongement de la durée de cotisations nécessaire pour toucher une pension à taux plein, l'augmentation de l'âge légal de départ à la retraite, avec le même âge pour les hommes et pour les femmes, et la baisse du niveau des prestations. Les États membres de l'Union européenne ont accordé la priorité à des mesures assurant la pérennité financière au sens large du système de pension; cependant, l'adéquation des prestations reste très préoccupante (Commission européenne, 2015c, 2015d). Par exemple, l'adéquation des niveaux des pensions futures des femmes est inquiétante, du fait de leurs périodes de cotisations plus courtes et de leurs niveaux de cotisation plus faibles en moyenne (ce qui est particulièrement dû aux écarts salariaux entre hommes et femmes) tout au long la vie, mais également de leur espérance de vie plus longue. Ainsi, du fait des réformes des paramètres des systèmes publics de pension, les futurs retraités de nombreux pays européens toucheront des pensions de vieillesse plus faibles (BIT, 2014a), limitant la responsabilité de l'État dans la garantie de la sécurité de revenu des personnes âgées.

En revanche, certains pays d'Europe orientale et centrale ont inversé les réformes de privatisation des pensions prises dans les années 1990 et renationalisé totalement ou partiellement leurs régimes de pension. Des réformes ont été appliquées ces dernières années pour garantir la viabilité sur le long terme des systèmes de pension. Le principe contributif est davantage mis en avant et les niveaux de prestation sont plus directement liés aux cotisations effectivement versées, soulevant des inquiétudes sur l'adéquation des prestations (Hirose et Hetteš, 2016). Certains pays d'Asie centrale ont commencé à mettre en place des régimes privés de pension; par exemple, en 2014, l'Arménie a mis en place un système obligatoire par capitalisation pour les travailleurs du secteur public, et ce système reste volontaire pour les travailleurs du secteur privé.

6.5.2 Couverture effective de la protection sociale: suivi de l'indicateur 1.3.1 des ODD en Europe et en Asie centrale

Par rapport à d'autres régions, la couverture effective et agrégée de la protection sociale (hors santé) en Europe et en Asie centrale est relativement élevée et atteint 84 pour cent de la population (voir figure 6.33). De

Figure 6.33 Indicateur 1.3.1 des ODD: pourcentage de la population couverte par au moins une prestation de protection sociale (couverture effective) en Europe et Asie centrale, 2015 ou dernières données disponibles

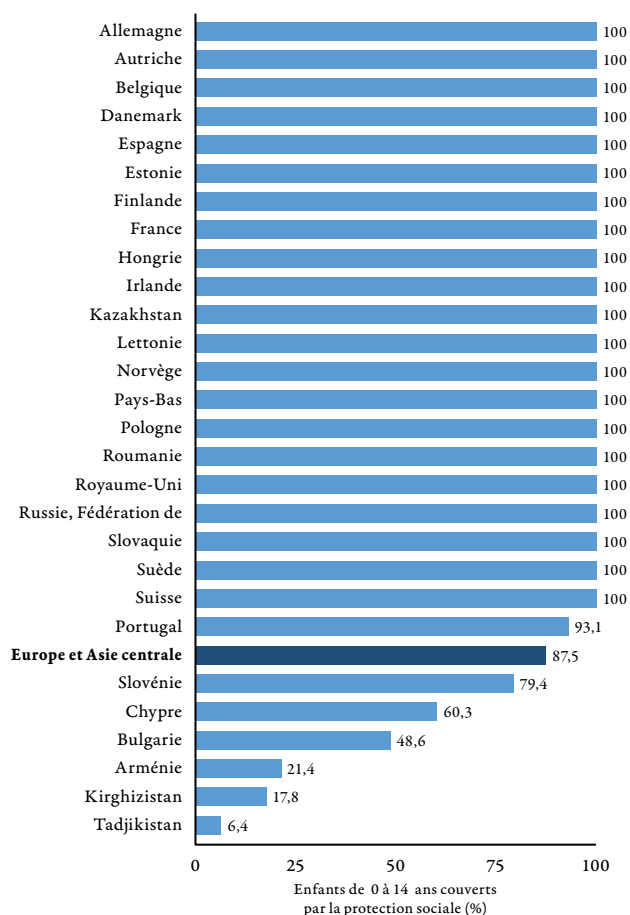


Note: La couverture effective de la protection sociale correspond au nombre de personnes cotisant activement à un régime d'assurance sociale ou percevant des prestations (contributives ou non contributives), exprimé en pourcentage de la population totale. La protection de la santé n'est pas couverte par l'indicateur 1.3.1 des ODD. Voir aussi annexe II.

Sources: BIT, base de données sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database), d'après l'enquête sur la sécurité sociale; base de données SOCR de l'OCDE; ILOSTAT; sources nationales. Voir aussi annexe IV, tableau B.3.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=54711>.

Figure 6.34 Indicateur 1.3.1 des ODD sur la couverture effective des enfants et des familles: pourcentage d'enfants et de ménages percevant des prestations à l'enfance et aux familles en espèces en Europe et Asie centrale, 2015 ou dernières données disponibles



Note: Part des enfants couverts par des prestations de sécurité sociale: nombre d'enfants/ménages touchant des prestations à l'enfance en espèces rapporté au nombre d'enfants/ménages avec des enfants. La protection de la santé n'est pas couverte par l'indicateur 1.3.1 des ODD. Voir aussi annexe II.

Sources: BIT, base de données sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database), d'après l'enquête sur la sécurité sociale; base de données SOCR de l'OCDE; ILOSTAT; UNWPP; sources nationales. Voir aussi annexe IV, tableaux B.3 et B.4.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=54712>.

nombreux pays de la région, et en particulier en Europe septentrionale, méridionale et occidentale disposent de systèmes complets de protection sociale assurant une protection universelle ou quasi universelle dans au moins un domaine de la protection sociale, hors santé. Par exemple, en France, au Kazakhstan et en Suède, la totalité de la population est couverte par au moins un régime de protection sociale. Dans d'autres pays, la couverture de la protection sociale est incomplète; par

exemple, moins de la moitié de la population est couverte par au moins une prestation de protection sociale en Arménie, en Azerbaïdjan et en Géorgie.

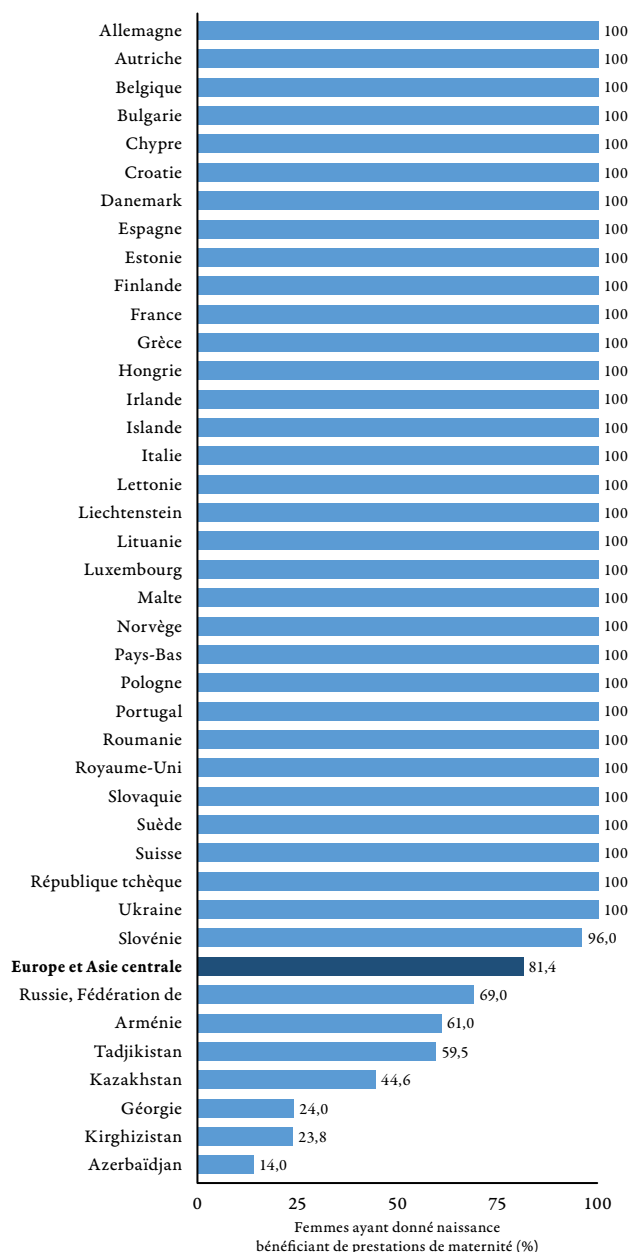
Prestations à l'enfance et aux familles

Si de nombreux pays de la région assurent une couverture universelle des enfants, en moyenne, 88 pour cent de tous les enfants de 0 à 14 ans ont effectivement accès aux prestations de protection sociale (voir figure 6.34). La protection universelle est atteinte dans 21 pays par différents moyens, et notamment par des régimes universels en Autriche, en Estonie et en Finlande, par une combinaison de régimes contributifs et non contributifs en Belgique et en Fédération de Russie, ou encore par des prestations non contributives au Kazakhstan et en Pologne (voir aussi figure 2.4). En revanche, la couverture effective par des prestations à l'enfance est nettement inférieure en Arménie, au Kirghizistan et au Tadjikistan.

Protection de la maternité

Par rapport à d'autres régions, les niveaux de couverture effective des prestations de maternité en espèces sont relativement élevés en Europe et en Asie centrale. La protection de la maternité est l'un des risques les mieux couverts dans la région. En moyenne, 81 pour cent des femmes ayant un emploi sont couvertes par des régimes de prestations de maternité en espèces (voir figure 6.35). La majorité des pays, et en particulier les Etats membres de l'Union européenne, octroient des prestations de maternité en espèces à toutes les femmes ayant un emploi pendant leur maternité. De nombreux pays sont parvenus à une couverture universelle par des régimes d'assurance sociale (c'est notamment le cas de l'Autriche, de la Belgique, de Chypre et de l'Islande), tandis que d'autres (comme la Croatie, Malte, le Portugal et le Royaume-Uni) complètent l'assurance sociale par des régimes d'assistance sociale. En Asie centrale, la protection de la maternité reste un défi. Par exemple, en Azerbaïdjan, en Géorgie et au Kirghizistan, plus de 75 pour cent des femmes ayant un emploi n'ont toujours pas accès à des prestations de maternité, malgré les régimes d'assurance sociale existants.

Figure 6.35 Indicateur 1.3.1 des ODD sur la couverture effective des mères avec nouveau-nés: pourcentage de femmes ayant donné naissance percevant des prestations de maternité en espèces en Europe et Asie centrale, 2015 ou dernières données disponibles



Note: Part des femmes ayant donné naissance couvertes par les prestations de maternité: nombre de femmes percevant des prestations de maternité en espèces rapporté au nombre de femmes ayant donné naissance au cours de la même année (estimation fondée sur les taux de fertilité en fonction de l'âge ou du nombre de naissances vivantes corrigé par la part de naissances de jumeaux ou de triplés). Voir aussi annexe II.

Sources: BIT, base de données sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database), d'après l'enquête sur la sécurité sociale; base de données SOCR de l'OCDE; ILOSTAT; UNWPP; sources nationales. Voir aussi annexe IV, tableaux B.3 et B.5.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=54713>.

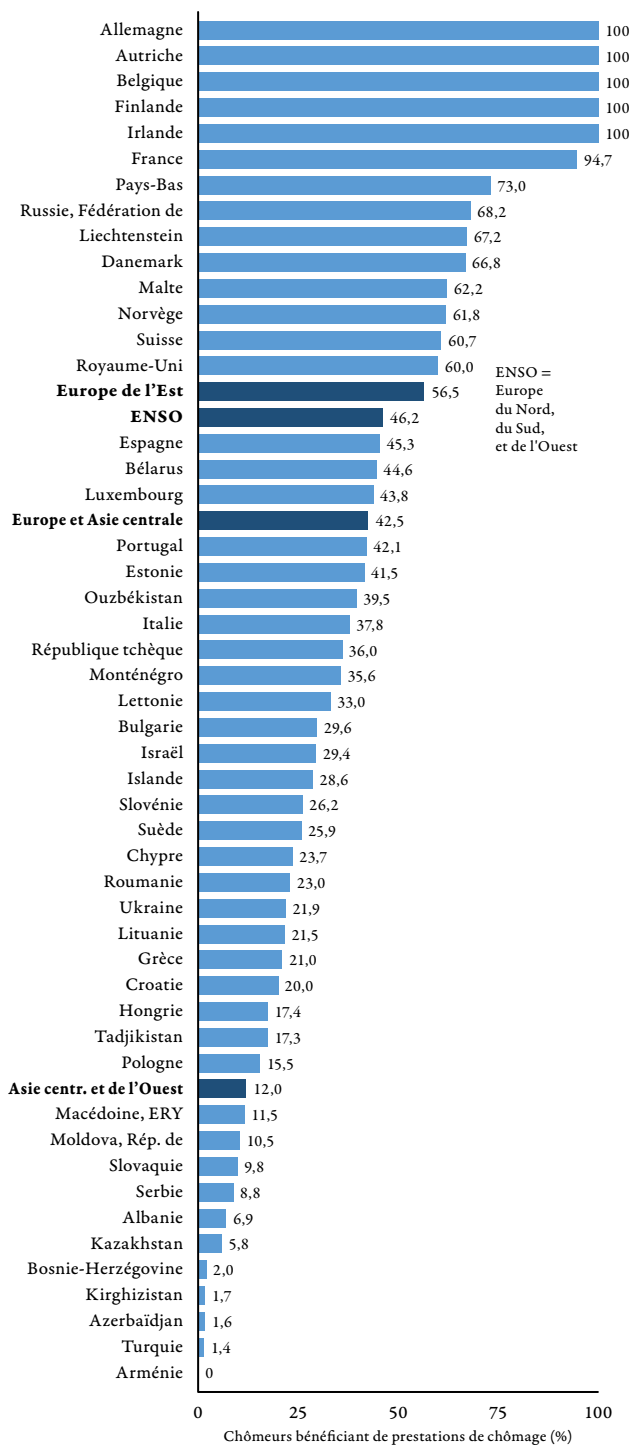
Protection contre le chômage

En moyenne, 42,5 pour cent des chômeurs perçoivent des prestations de chômage en Europe et en Asie centrale (voir figure 6.36); la proportion est de 57 pour cent en Europe orientale, de 46 pour cent en Europe septentrionale, méridionale et occidentale, et seulement de 12 pour cent en Asie centrale et occidentale. Ces faibles taux de couverture s'expliquent par un certain nombre de facteurs, notamment les forts taux de chômage de longue durée dans certains pays, mais également les niveaux élevés d'emploi informel et le fait que de nombreux chômeurs ne sont pas inscrits auprès d'agences pour l'emploi. Parmi les pays qui complètent l'assurance sociale par une assistance en cas de chômage, l'Allemagne, l'Autriche et l'Irlande atteignent des niveaux de couverture effective de 100 pour cent des chômeurs, tandis que d'autres pays présentent une couverture effective moindre, 73 pour cent aux Pays-Bas, 62 pour cent à Malte et 45 pour cent en Espagne. En revanche, dans d'autres pays de la région, et en particulier en Asie centrale et occidentale, seule une minorité de chômeurs perçoit des prestations de chômage, soit 12 pour cent des chômeurs en moyenne. Cependant, les chômeurs sont parfois encore éligibles à des prestations d'assistance sociale générales.

Prestations d'invalidité

La part des personnes lourdement handicapées touchant des prestations d'invalidité est estimée à 87 pour cent (voir figure 6.37). Une comparaison entre les différentes sous-régions révèle que l'Europe orientale présente les niveaux de couverture les plus élevés (près de 98 pour cent), précédant ainsi l'Europe septentrionale, méridionale et occidentale avec environ 92 pour cent. En revanche, en Asie centrale et occidentale, un peu plus de la moitié de la population cible a accès à des prestations d'invalidité. La plupart des pays atteignant une couverture universelle octroient les prestations d'invalidité en espèces par l'intermédiaire de mécanismes d'assurance sociale (c'est notamment le cas de la Belgique, de la Hongrie et de l'Italie), d'une combinaison de prestations d'assurance sociale et de prestations universelles non contributives (comme en Azerbaïdjan, en Bulgarie et en Lettonie) ou encore de régimes sous conditions de ressources (comme en Arménie, en Finlande et en Irlande). D'autres pays (comme la Géorgie) s'appuient exclusivement sur des prestations non contributives (voir aussi figure 3.25).

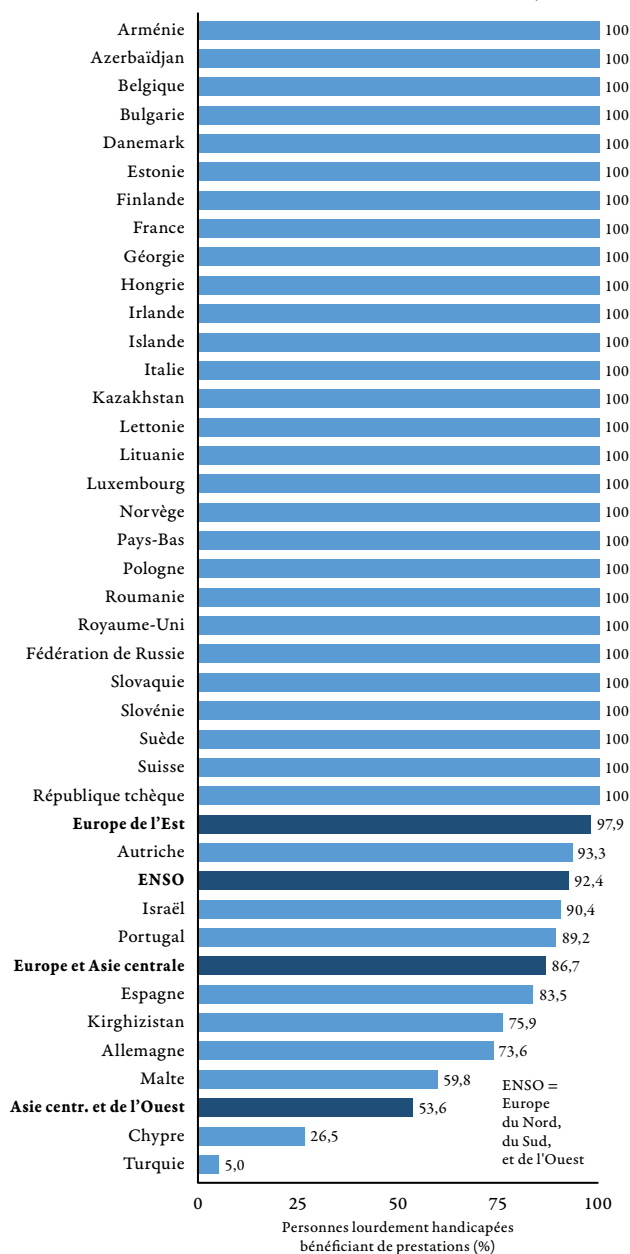
Figure 6.36 Indicateur 1.3.1 des ODD sur la couverture effective des chômeurs: pourcentage de chômeurs percevant des prestations de chômage en espèces en Europe et Asie centrale, 2015 ou dernières données disponibles



Note: Part des chômeurs touchant des prestations: nombre de bénéficiaires de prestations de chômage rapporté au nombre de chômeurs. Voir aussi annexe II.
Sources: BIT, base de données sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database), d'après l'enquête sur la sécurité sociale; base de données SOCR de l'OCDE; ILOSTAT; sources nationales. Voir aussi annexe IV, tableaux B.3 et B.6.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=54714>.

Figure 6.37 Indicateur 1.3.1 des ODD sur la couverture effective des personnes lourdement handicapées: pourcentage de personnes lourdement handicapées percevant des prestations d'invalidité en espèces en Europe et Asie centrale, 2015 ou dernières données disponibles



Note: Part des personnes invalides touchant des prestations d'invalidité: nombre de personnes touchant des prestations d'invalidité rapporté au nombre de personnes gravement handicapées. Ce dernier chiffre est égal au produit du taux de prévalence de l'invalidité (publié pour chaque groupe de pays par l'Organisation mondiale de la santé) par la population du pays. Voir aussi annexe II.

Sources: BIT, base de données sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database), d'après l'enquête sur la sécurité sociale; base de données SOCR de l'OCDE; ILOSTAT; UNWPP; base de données de l'OMS; sources nationales. Voir aussi annexe IV, tableaux B.3 et B.8.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=54715>.

Dans d'autres parties de la région, et en particulier en Asie centrale et occidentale, seule la moitié des personnes lourdement handicapées perçoivent effectivement des prestations d'invalidité.

Pensions de vieillesse

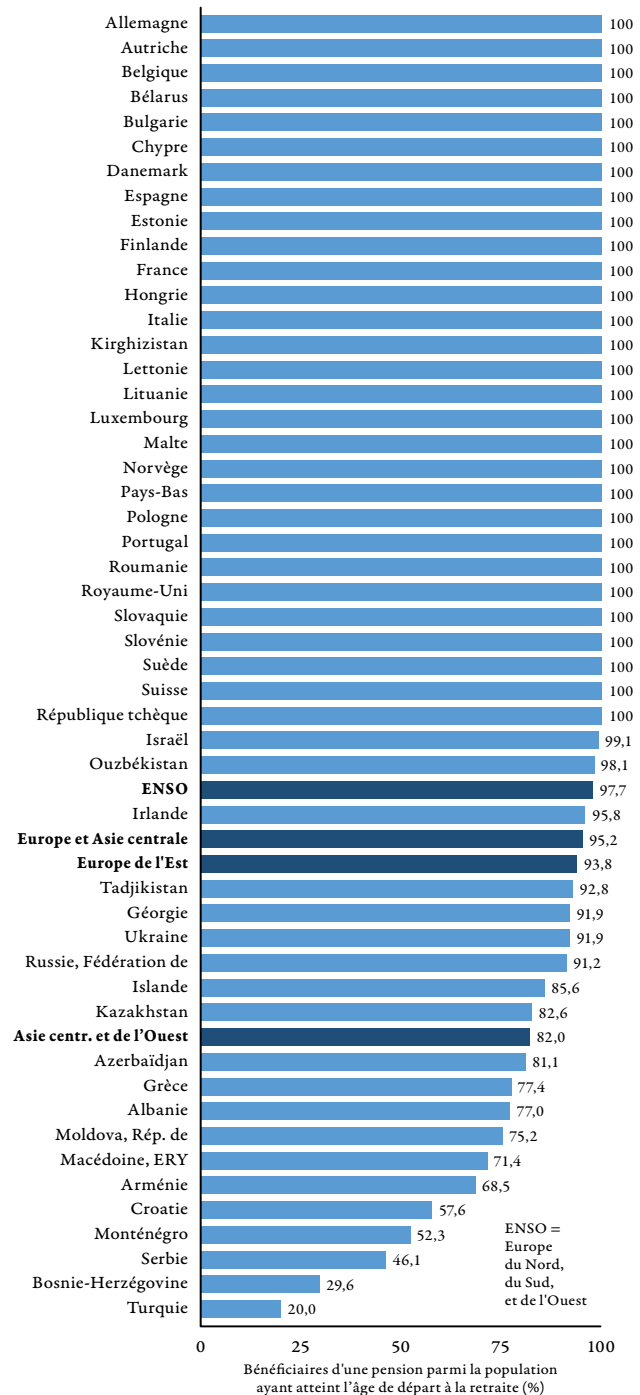
En Europe et en Asie centrale, la couverture des pensions de vieillesse est relativement importante. En moyenne, 95,2 pour cent des personnes âgées ayant au moins l'âge de la retraite perçoivent une pension (voir figure 6.38). Malgré cette tendance positive, certains pays rencontrent toujours des difficultés pour étendre la couverture des pensions, en particulier en Asie centrale et occidentale, où la couverture effective atteint actuellement 82 pour cent en moyenne.

La majorité des pays où toutes les personnes âgées perçoivent effectivement des pensions de sécurité sociale sont situés en Europe septentrionale, méridionale et occidentale, mais il existe également en Europe orientale et en Asie centrale et occidentale quelques exemples positifs de pays atteignant une couverture universelle des pensions de vieillesse (Kirghizistan, Slovaquie, République tchèque). Dans ces 29 pays, la couverture universelle des personnes âgées dépend de différents types de programmes. Par exemple, aux Pays-Bas, en Pologne et en Roumanie, elle dépend principalement de régimes de pension contributifs, tandis que d'autres pays complètent les régimes contributifs par un régime non contributif, qui couvre soit toutes les personnes âgées, comme c'est le cas au Danemark, soit les personnes âgées dont les revenus sont inférieurs à un certain seuil, comme c'est le cas en Belgique, en Israël et à Malte. Toutefois, il est encore difficile pour certains pays de garantir la couverture des personnes âgées par des pensions, et notamment en Europe du Sud-Est.

Assistance sociale

La couverture des personnes vulnérables par l'assistance sociale – il s'agit ici des enfants, des adultes non couverts par des régimes contributifs et des personnes ayant au moins l'âge de la retraite ne percevant pas de prestations contributives (pensions) – est très disparate dans la région. Si la couverture universelle des personnes vulnérables est atteinte dans certains pays, comme en Belgique, en Finlande, en France, au Kazakhstan, en Slovénie et en Suède, dans les autres

Figure 6.38 Indicateur 1.3.1 des ODD sur la couverture effective des personnes âgées: pourcentage de la population ayant au moins l'âge légal de départ à la retraite percevant une pension de vieillesse en Europe et Asie centrale, dernières données disponibles



Note: Part des personnes âgées touchant une pension: nombre de personnes ayant au moins l'âge légal de départ à la retraite touchant une pension de vieillesse rapporté au nombre de personnes ayant au moins l'âge de départ à la retraite. Voir aussi annexe II.

Sources: BIT, base de données sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database), d'après l'enquête sur la sécurité sociale; base de données SOCR de l'OCDE; base de données ILOSTAT; sources nationales. Voir aussi annexe IV, tableaux B.3 et B.12.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=54716>.

pays la couverture est nettement moindre, c'est notamment le cas dans certains pays d'Asie centrale et occidentale. En moyenne, une personne vulnérable sur trois n'est couverte par aucun régime de protection sociale (voir figure 6.39). Toutefois, des tendances positives s'observent dans la région, et notamment l'extension

progressive des prestations d'assistance sociale aux familles en situation de pauvreté au Kirghizistan et au Tadjikistan.

6.5.3 Dépenses de protection sociale, hors santé

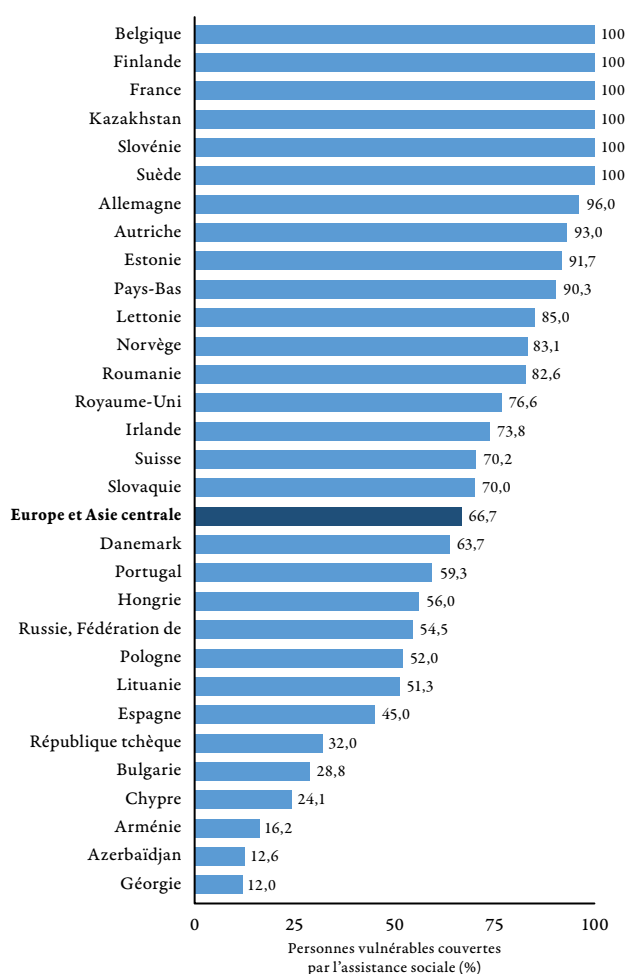
Le total des dépenses de protection sociale (hors dépenses liées à la santé) dans la région est en moyenne plus élevé que dans les autres régions et, selon les estimations, environ 16,5 pour cent du PIB est alloué à la protection sociale (voir figure 6.40). Dans de nombreux pays, la part des dépenses de protection sociale sur le PIB a augmenté, en partie du fait de la récession et de l'augmentation du taux de chômage (BIT, 2017f). Dans d'autres pays, la part des dépenses de protection sociale en pourcentage du PIB a considérablement baissé suite à des mesures d'assainissement budgétaire.

Les écarts sont considérables d'un pays à l'autre: si les dépenses totales de protection sociale atteignent environ 23 pour cent du PIB en Finlande et en France, la Fédération de Russie alloue environ 11 pour cent et l'Arménie et le Kazakhstan, respectivement 5,1 et 3,9 pour cent de leur PIB à la protection sociale. De fait, la comparaison entre les sous-régions révèle que l'Europe septentrionale, méridionale et occidentale est en tête avec un niveau de dépenses de 17,7 pour cent du PIB, précédant l'Europe orientale avec 12,5 pour cent. En revanche, le niveau des dépenses est relativement faible en Asie centrale et occidentale: 9 pour cent.

En ce qui concerne la composition des dépenses de protection sociale hors santé, une part importante des dépenses est allouée à la sécurité de revenu des personnes âgées dans la majorité des pays (voir figure 6.41), ce qui est en partie dû à la structure démographique de la population. Dans l'ensemble, l'Europe compte la part de personnes âgées la plus élevée au monde, mais il existe d'importantes disparités régionales. Si les personnes âgées représentent 19,6 pour cent de la population en Europe septentrionale, méridionale et occidentale, et 14,6 pour cent en Europe orientale, elles représentent seulement 7,7 pour cent de la population en Asie centrale et occidentale (voir figure 4.4). De même, la part des dépenses de protection sociale allouée aux personnes âgées varie fortement dans la région.

Les dépenses de protection sociale dédiées aux personnes en âge de travailler incluent les prestations de chômage, les prestations en cas d'accident du travail et de maladies professionnelles, les prestations d'invalidité, les prestations de maternité et l'assistance sociale

Figure 6.39 Indicateur 1.3.1 des ODD sur la couverture effective des groupes de population vulnérables: pourcentage de personnes vulnérables percevant des prestations non contributives en espèces en Europe et Asie centrale, 2015 ou dernières données disponibles

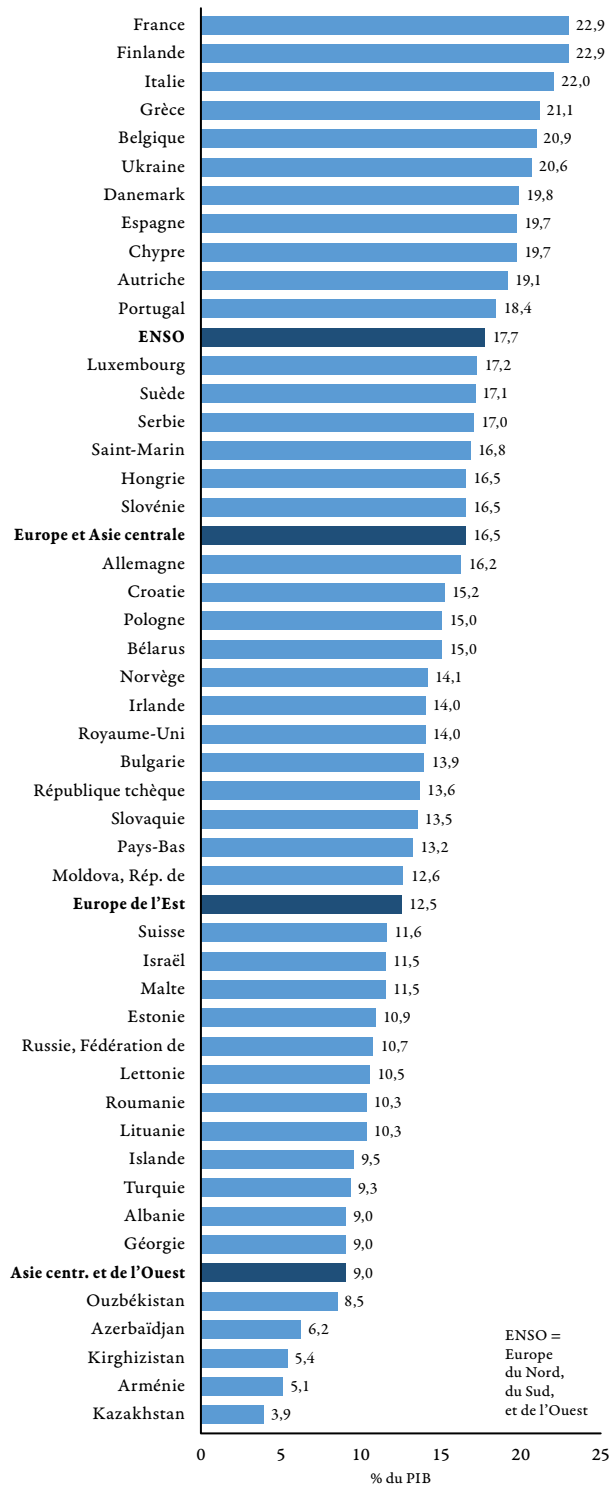


Note: Le nombre de personnes vulnérables tient compte: a) de tous les enfants; b) des personnes en âge de travailler ne cotisant pas à un régime d'assurance sociale ni ne touchant de prestations contributives; c) des personnes ayant au moins l'âge de départ à la retraite et ne touchant pas de prestations contributives (pensions de vieillesse). L'assistance sociale englobe toutes les formes de transferts en espèces non contributifs financés grâce à l'impôt général ou d'autres sources (hors assurance sociale). Voir aussi annexe II.

Sources: BIT, base de données sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database), d'après l'enquête sur la sécurité sociale; base de données SOCR de l'OCDE; ILOSTAT; UNWPP; sources nationales. Voir aussi annexe IV, tableau B.3.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=54717>.

Figure 6.40 Dépenses publiques de protection sociale, hors santé, en Europe et Asie centrale, dernières données disponibles (en pourcentage du PIB)



Note: Les dépenses totales de protection sociale, hors dépenses liées à la santé, sont estimées en pourcentage du PIB.

Source: BIT, base de données sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database), d'après l'enquête sur la sécurité sociale. Voir aussi annexe IV, tableaux B.16 et B.17.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=54718>.

générale. Même si les personnes en âge de travailler constituent le groupe le plus important en proportion de la population totale, dans certains pays, comme l'Albanie, la Bosnie-Herzégovine, la Bulgarie, la Grèce, Malte et l'Ukraine, les dépenses allouées aux prestations en faveur des personnes en âge de travailler ne représentent qu'une faible part des dépenses totales. En revanche, des pays comme l'Arménie, la Belgique, le Danemark et la Finlande ont une répartition plus équilibrée des dépenses de protection sociale entre les différentes tranches d'âge.

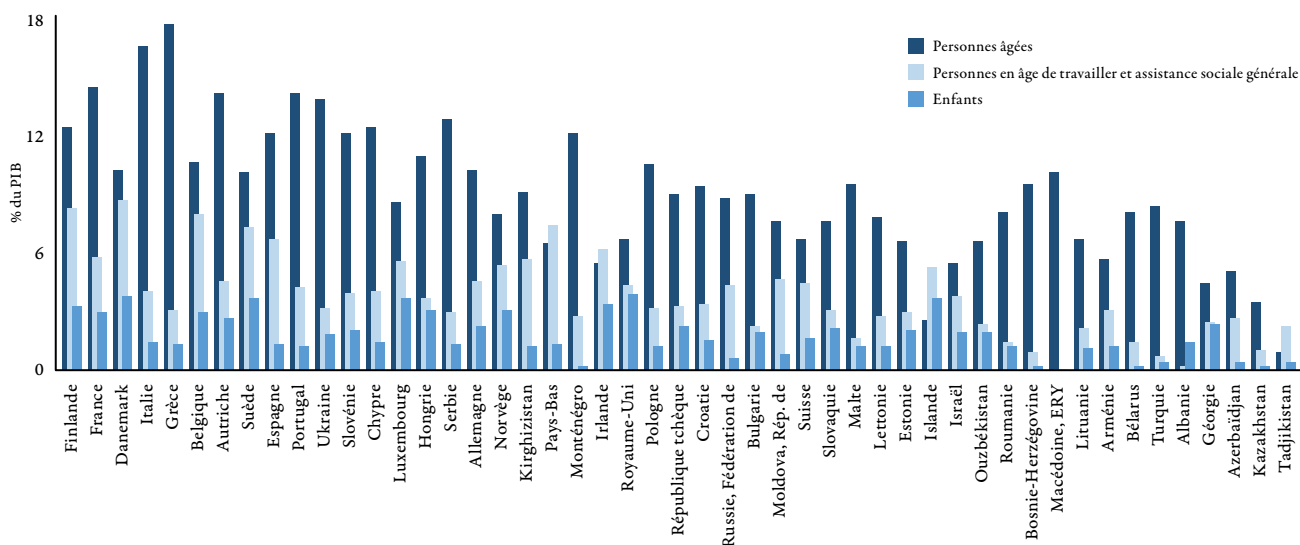
Les dépenses de protection sociale allouées aux enfants varient fortement d'un pays à l'autre. Si elles représentent environ 3,8 pour cent du PIB au Royaume-Uni, d'autres pays n'allouent qu'une fraction de cette somme aux prestations à l'enfance et aux familles. Les dépenses liées à la protection sociale des enfants sont estimées à environ 2,5 pour cent du PIB en Europe septentrionale, méridionale et occidentale et à 1,1 pour cent en Europe orientale (voir figure 2.3). En Asie centrale et occidentale, la faible part des dépenses publiques dédiées aux prestations à l'enfance (0,8 pour cent du PIB) est frappante, étant donné la part importante des enfants sur la population totale: 25 pour cent en Asie centrale et occidentale.

Comme la pauvreté des enfants représente un défi considérable pour la région, les niveaux existants de dépenses de protection sociale semblent insuffisants pour répondre convenablement aux besoins des enfants et des familles en matière de sécurité de revenu, y compris dans les pays à revenu élevé de la région. La situation est particulièrement préoccupante en Asie centrale et occidentale, où une personne sur quatre est un enfant, car la faible sécurité de revenu des enfants peut nuire considérablement à leur développement (UNICEF, 2015b, 2017).

6.5.4 Perspectives régionales

Ce bref examen de l'état de la protection sociale en Europe et en Asie centrale démontre que la région a réalisé des avancées louables dans l'élaboration de systèmes complets de protection sociale, y compris les socles de protection sociale, conformément à la recommandation n° 202. Toutefois, des lacunes importantes demeurent dans la couverture et l'adéquation des prestations, notamment en ce qui concerne la couverture adéquate des indépendants et des formes d'emploi atypiques, y compris les formes de travail émergentes. Pour atteindre les objectifs

Figure 6.41 Composition des dépenses de protection sociale, hors santé, en Europe et Asie centrale, dernières données disponibles (en pourcentage du PIB)



Note: Les dépenses publiques de protection sociale hors santé sont estimées en pourcentage du PIB.

Source: BIT, base de données sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database), d'après l'enquête sur la sécurité sociale. Voir aussi annexe IV, tableau B.17.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourcelid=54795>.

définis dans le cadre des ODD, il est essentiel de se concentrer sur les actions décrites ci-après.

- Pour les pays à revenu élevé et revenu intermédiaire (tranche supérieure) de la région ayant déjà atteint des niveaux élevés de couverture et d'adéquation des prestations, il est essentiel de préserver les progrès déjà réalisés et de veiller à ce que les réformes actuelles et futures ne menacent pas la couverture ou l'adéquation des prestations, mais mettent en place des modalités de financement durable, en combinant efficacement cotisations et financement par l'impôt. Il sera ainsi possible de relever le défi du maintien d'un juste équilibre entre adéquation des prestations et pérennité financière.
- Pour les pays toujours confrontés à une couverture limitée et à de faibles niveaux de prestation, la priorité sera d'étendre la couverture aux groupes de population qui ne sont pas encore couverts afin d'atteindre une couverture universelle, et en même temps de veiller à ce que les niveaux de prestation soient adéquats et répondent aux besoins des personnes. Dans certains pays, il faudra intensifier les efforts afin de lutter contre le travail non déclaré et de faciliter la transition vers l'économie formelle, tout en garantissant des modalités de financement durable en combinant cotisations et impôts généraux.

- Pour accélérer les avancées vers la cible 1.3 des ODD et les objectifs connexes, il faudra prêter davantage attention à la réduction des lacunes en matière de couverture et d'adéquation. Plusieurs pays ont déjà accordé la priorité à la protection sociale dans leur Rapport de revue nationale volontaire dans le but d'atteindre les objectifs du Programme de développement durable à l'horizon 2030: Allemagne, Azerbaïdjan, Belgique, Danemark, Estonie, Finlande, France, Géorgie, Monténégro, Norvège, Portugal, Slovénie, Suède, Suisse et Turquie.
- Toute la région devra intensifier ses efforts pour veiller à ce que les systèmes de protection sociale couvrent de façon adéquate les personnes, quelle que soit leur forme d'emploi, en mettant en particulier l'accent sur l'amélioration de la protection des indépendants et des travailleurs ayant une forme d'emploi atypique, y compris les nouvelles formes d'emploi. Des solutions innovantes sont nécessaires pour veiller à ce que les mécanismes de protection sociale soient adaptés aux caractéristiques particulières de ces groupes et aux dynamiques du marché du travail.

Suivi des progrès accomplis dans la protection sociale: perspectives mondiales

7

POINTS CLÉS

- En vertu de l'ODD 1.3, les pays s'engagent à mettre en place des systèmes de protection sociale pour tous, adaptés au contexte national, y compris des socles de protection sociale, afin de réduire et prévenir la pauvreté. Malgré les progrès marquants de ces dernières années, seuls 29 pour cent de la population mondiale ont accès à des systèmes de sécurité sociale complets dans tous les domaines, des prestations à l'enfance et aux familles aux pensions de vieillesse, tandis que les restants ne sont que partiellement couverts ou ne le sont pas du tout.
- En 2015, le pourcentage de la population mondiale effectivement couverte par au moins une prestation sociale (indicateur 1.3.1 des ODD) n'est que de 45 pour cent; en d'autres termes, plus de la moitié de la population mondiale n'a aucune couverture effective, dans quelque domaine de protection sociale que ce soit. La protection des enfants reste insuffisante: un enfant sur trois seulement (35 pour cent) est couvert, ce qui indique un manque notoire d'investissement en faveur des enfants et des familles. Seules 41 pour cent des femmes avec nouveau-nés perçoivent des prestations de maternité en espèces leur assurant une sécurité de revenu pendant cette période critique de leur vie. Garantir la sécurité du revenu des travailleurs sans emploi constitue également un problème, un chômeur sur cinq seulement (22 pour cent) bénéficiant d'une prestation de chômage. En ce qui concerne les personnes lourdement handicapées, les lacunes de la couverture sont importantes: dans le monde entier, 28 pour cent d'entre elles seulement reçoivent des prestations d'invalidité. La couverture effective de protection vieillesse est de 68 pour cent de toutes les personnes ayant au moins atteint l'âge de départ à la retraite au niveau mondial. Malgré des progrès notoires dans l'extension de la couverture de la protection sociale, de nombreuses personnes n'en bénéficient toujours pas; c'est pourquoi il faut redoubler d'efforts afin d'assurer l'exercice du droit humain à la sécurité sociale et de réaliser les ODD.
- Le présent rapport fournit des données actualisées permettant d'assurer le suivi de l'ODD 1.3 en utilisant la base de référence de 2015 pour l'indicateur 1.3.1 des ODD. Il s'appuie sur la base de données du BIT sur la protection sociale dans le monde et sur l'enquête sur la sécurité sociale, une enquête administrative effectuée par le Bureau et périodiquement soumise aux pays. Pour suivre les progrès effectués dans la réalisation des ODD, il est nécessaire d'investir dans les capacités des pays à produire des statistiques sur la protection sociale, et notamment de déployer davantage d'efforts aux niveaux national, régional et international afin d'améliorer la collecte, l'analyse et la diffusion régulières de données sur la protection sociale. →

POINTS CLÉS (suite)

- Si l'on veut parvenir à une protection sociale universelle et réaliser les ODD, cela exigera des efforts dans plusieurs domaines. Il est indispensable d'étendre la couverture sociale aux travailleurs de l'économie informelle et de faciliter leur transition vers l'économie formelle pour parvenir à combler les déficits de travail décent et prévenir la pauvreté et la vulnérabilité. De manière plus générale, la promotion de systèmes de protection sociale, y compris de socles de protection sociale, qui soient accessibles à tous est une condition préalable à l'amélioration du niveau de vie des populations vulnérables et à la réalisation des ODD. Mais cela ne sera possible que si les prestations fournies répondent aux besoins de la population et garantissent des niveaux suffisants de protection. Des efforts accrus s'imposent pour assurer non seulement une couverture universelle, mais aussi des niveaux de prestations adéquats. Il est essentiel également, pour faire face aux défis futurs liés à l'évolution démographique, aux changements du monde du travail, aux migrations, aux contextes de fragilité et aux problèmes d'environnement, de faire en sorte que les systèmes de protection sociale soient bien adaptés en vue de faire du droit à la sécurité sociale pour tous une réalité.
- Malgré des progrès significatifs réalisés dans l'extension de la protection sociale partout dans le monde, plusieurs pays se sont lancés depuis 2010 dans des politiques d'assainissement budgétaire ou des politiques d'austérité. Ces ajustements à court terme ont une incidence sur un certain nombre de dépenses publiques, notamment celles qui ont trait à la protection sociale. En ce qui concerne les pays à revenu élevé, qui ont diminué toute une gamme de prestations sociales, cela est corroboré par de nombreuses sources. Pareilles mesures, ajoutées à un chômage persistant, une baisse des salaires et une hausse des impôts, ont contribué à accroître la pauvreté, laquelle touche désormais 86 millions de personnes dans l'Union européenne, soit plus de 17 pour cent de la population. La baisse du revenu des ménages se traduit par une diminution de la consommation intérieure et une baisse de la demande, d'où un ralentissement de la reprise. Les mesures d'assainissement budgétaire ne se limitent pas à l'Europe: en 2018, 124 pays – dont 81 pays en développement – vont ajuster leurs dépenses par rapport à leur PIB et leur nombre restera sensiblement le même jusqu'en 2020.
- Il n'y a pas de raison que les mesures d'austérité et les coupes budgétaires soient maintenues pendant une décennie; même les pays les plus pauvres peuvent dégager des marges de manœuvre budgétaires. Il existe un large éventail de solutions pour générer les ressources nécessaires à la protection sociale; plus particulièrement, on compte huit options de financement, appuyées par des documents d'orientation émanant d'institutions financières internationales et de l'ONU. Il est impératif que les pays s'emploient activement à examiner toutes les solutions de financement possibles pour promouvoir les ODD et leur propre développement par le biais de l'emploi et de la protection sociale.
- Aujourd'hui, tous les pays du monde entendent promouvoir une protection sociale universelle. Le renforcement des systèmes de protection sociale, y compris des socles de protection sociale, est soutenu grâce aux actions conjointes des institutions des Nations Unies à différents niveaux et aux efforts menés de concert avec des institutions et partenaires sociaux pertinents aux niveaux international, régional, sous-régional et national, notamment le Partenariat mondial pour la protection sociale universelle.

7.1 Progrès accomplis dans le développement des systèmes de protection sociale, y compris des socles de protection sociale

7.1.1 Suivi de l'indicateur 1.3.1 des ODD au niveau mondial

La protection sociale joue un rôle essentiel dans le développement durable en garantissant aux individus la sécurité du revenu et l'accès effectif aux soins de santé. Malgré les progrès importants réalisés ces dernières années, la sécurité sociale en tant que droit humain n'est toujours pas une réalité pour un grand nombre de personnes dans le monde: seulement 29 pour cent de la population mondiale a accès à la totalité des branches des systèmes complets de sécurité sociale¹, tandis que le reste de la population ne bénéficie que d'une couverture partielle, voire d'aucune couverture. Ce chiffre global masque des disparités considérables entre les régions. Si l'on veut mener à bien le Programme de développement durable à l'horizon 2030, il faut redoubler d'efforts pour établir des systèmes de protection sociale, y compris des socles de protection sociale, qui permettront de tirer pleinement parti du rôle fondamental que joue la protection sociale dans la promotion du développement social et économique.

Sur la base des examens présentés aux chapitres 1 à 6 du rapport, la présente section résume les principaux résultats obtenus pour l'indicateur 1.3.1 des ODD au niveau mondial et fournit des données statistiques supplémentaires venant s'ajouter à celles publiées dans le rapport de 2017 du Secrétaire général des Nations Unies sur la réalisation des objectifs de développement durable (Nations Unies, 2017c).

Seulement 45,2 pour cent de la population mondiale bénéficient d'une couverture effective de la protection sociale dans au moins un domaine (voir figures 7.1 et 7.2). Plus de 50 pour cent des habitants de la planète ne sont couverts effectivement par aucun domaine de la protection sociale². Les variations sont considérables d'une région à l'autre: dans la plupart des pays d'Europe et d'Asie centrale, ainsi qu'au Canada et en Uruguay, plus de 90 pour cent de la population bénéficient d'une couverture dans au moins un domaine. En revanche, moins de 30 pour cent de la population sont protégés

dans la plupart des pays d'Afrique pour lesquels on dispose de données, à l'exception notable de l'Égypte et de l'Afrique du Sud. La situation dans les Amériques, dont 67,6 pour cent des habitants sont couverts dans au moins un domaine de la sécurité sociale d'après des estimations régionales, témoigne des importantes avancées réalisées dans l'extension de la couverture sociale au cours de ces dernières années. En Asie et dans le Pacifique, la couverture régionale estimée à 39 pour cent de la population masque de grandes disparités d'une région à l'autre, avec des niveaux de couverture relativement élevés dans des pays comme l'Australie, la Chine, la République de Corée, le Japon et la Nouvelle-Zélande et une couverture limitée dans quelques autres pays pour lesquels on dispose de données. En règle générale, ces importantes disparités dans la couverture reflètent la tendance mondiale selon laquelle des niveaux élevés de couverture sociale sont habituellement associés à des pays ayant des niveaux élevés de développement économique; et pourtant, certains pays comme la Chine et l'Uruguay apportent la preuve que des efforts soutenus pour étendre la couverture sociale peuvent porter leurs fruits quel que soit le niveau de développement.

Afin de faire progresser l'extension de la protection sociale, il est nécessaire d'y consacrer des ressources suffisantes (voir section 7.2.7 ci-dessous). Ce n'est que si les pays investissent un montant suffisant de ressources que les systèmes de protection sociale pourront contribuer positivement au développement économique et social, à l'exercice effectif du droit à la sécurité sociale et à la réalisation des ODD. Le sous-investissement dans le domaine de la protection sociale, en particulier en Afrique, en Asie et dans les États arabes, constitue l'un des obstacles à la croissance inclusive et au développement durable (figure 7. 2).

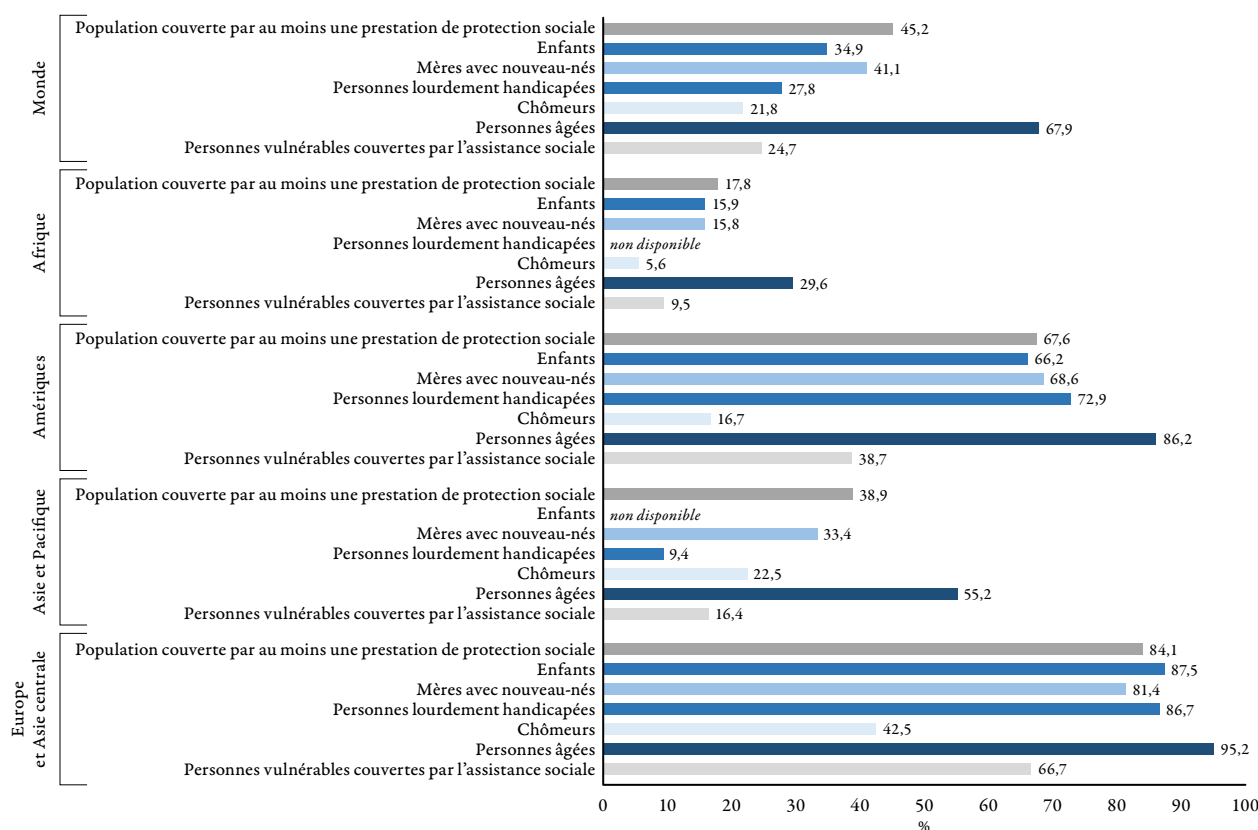
Prestations à l'enfance et aux familles

Les prestations en matière de protection sociale jouent un rôle fondamental pour ce qui est de favoriser le développement sain et le bien-être de l'enfant en améliorant la sécurité du revenu des familles, en réduisant et en prévenant la pauvreté et la vulnérabilité et en facilitant l'accès aux services de santé et à d'autres services

¹ La protection sociale comprend les prestations à l'enfance et aux familles, la protection de la maternité, les prestations de chômage, les prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles, les prestations de maladie, la protection de la santé, les prestations de vieillesse, les prestations d'invalidité et les prestations de survivants. Les dispositifs de protection sociale traitent de tous ces domaines grâce à une combinaison de régimes contributifs (assurance sociale) et de prestations à caractère non contributif, financées par l'impôt, notamment l'assistance sociale.

² Pour de plus amples informations sur l'indicateur 1.3.1 des ODD, voir l'annexe II.

Figure 7.1 Indicateur 1.3.1 des ODD: couverture effective de la protection sociale, estimations mondiales et régionales, par groupes de population (en pourcentage)



Note: Population couverte par au moins une prestation de protection sociale (couverture effective): proportion de la population totale qui bénéficie d'au moins une prestation en espèces contributive ou non contributive, ou cotise activement à au moins un régime de sécurité sociale.

Enfants: ratio enfants/ménage bénéficiant de prestations à l'enfance/aux familles en espèces sur le nombre total d'enfants/ménage avec des enfants.

Mères avec nouveau-nés: ratio de femmes bénéficiant de prestations de maternité en espèces sur le nombre de femmes ayant donné naissance au cours de la même année.

Personnes lourdement handicapées: ratio de personnes bénéficiant de prestations d'invalidité en espèces sur le nombre de personnes lourdement handicapées.

Chômeurs: ratio de bénéficiaires de prestations de chômage en espèces sur le nombre de chômeurs.

Personnes âgées: ratio de personnes ayant au moins l'âge légal de départ à la retraite bénéficiant d'une pension de vieillesse sur le nombre de personnes ayant au moins l'âge légal de départ à la retraite (contributive et non contributive).

Personnes vulnérables couvertes par l'assistance sociale: ratio des bénéficiaires de l'assistance sociale sur le nombre total de personnes vulnérables (soit tous les enfants et adultes qui ne sont pas couverts par des prestations contributives et les personnes ayant au moins l'âge légal de la retraite qui ne bénéficient pas de prestations contributives (pensions)). Pour plus de précisions, voir l'annexe II.

Source: BIT, base de données sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database), d'après l'enquête sur la sécurité sociale; ILOSTAT; sources nationales. Voir aussi annexe II; annexe IV, tableau B.3.

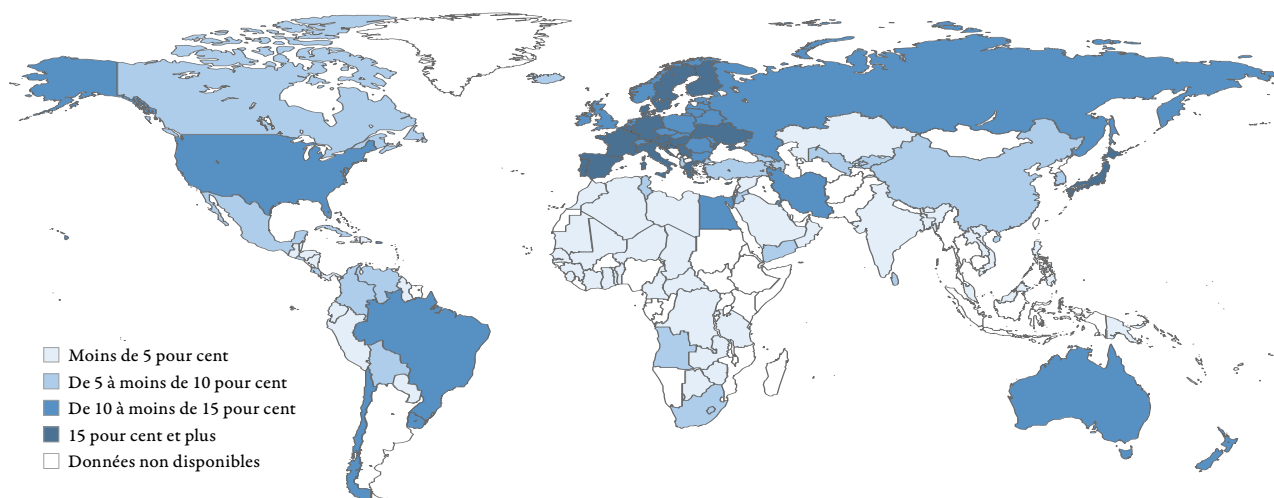
Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=54797>.

sociaux. La protection sociale de l'enfance reste pourtant un important défi à relever dans de nombreuses régions du monde, comme cela est décrit au chapitre 2. D'après les estimations de la couverture sociale dans le monde (voir figure 7.1), un enfant sur trois seulement (soit 34,9 pour cent) bénéficie de prestations (indicateur 1.3.1 des ODD relatif aux enfants), tandis que les deux autres tiers ne sont pas couverts.

En Europe et en Asie centrale, 87,5 pour cent des enfants âgés de 0 à 14 ans bénéficient de prestations à l'enfance ou aux familles, avec cependant de grandes variations d'une région à l'autre: si un grand nombre

de pays de ces régions sont parvenus à garantir une couverture universelle effective pour les enfants, d'autres ne prévoient le versement de telles prestations qu'à 10 pour cent de tous les enfants de la tranche d'âge susmentionnée. L'estimation pour les Amériques montre que deux enfants sur trois bénéficient de prestations familiales, ce qui est dû en partie à l'extension des programmes de transferts monétaires dans la région, mais les niveaux de prestations sont souvent modestes. Dans les Etats arabes, les données disponibles ne permettent pas d'établir d'estimations régionales. En Afrique, les enfants représentent 43 pour cent de la population,

Figure 7.2 Dépenses publiques de protection sociale, hors santé, dernières données disponibles (en pourcentage du PIB)



Note: Les dépenses totales de protection sociale sont estimées en pourcentage du PIB et excluent les dépenses publiques liées à la santé.

Source: BIT, base de données sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database), d'après l'enquête sur la sécurité sociale. Voir aussi annexe IV, tableaux B.16 et B.17.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=54796>.

mais 15,9 pour cent seulement de tous les enfants âgés de 0 à 14 ans bénéficient de prestations à l'enfance ou aux familles en espèces. De même, en Asie, à l'exception de l'Australie et de la Mongolie, la fourniture d'une protection sociale pour les enfants reste problématique et, quoi qu'il en soit, le manque de données ne permet pas d'établir d'estimations régionales. Dans de nombreux pays, la proportion des enfants âgés de 0 à 14 ans qui bénéficient de prestations en espèces n'est que de 30 pour cent, voire moins.

Au niveau mondial, l'extension de la couverture de la protection sociale constitue une tendance positive, et de nombreux gouvernements font savoir qu'ils étendent les prestations en espèces aux enfants. Toutefois, sous la pression de politiques d'assainissement budgétaire, plusieurs pays ont dû abaisser leurs niveaux de prestations ou limiter la couverture prévue pour les enfants, ce qui a eu des répercussions négatives sur les familles.

Protection de la maternité

La grossesse et l'accouchement sont des périodes critiques dans la vie des mères et des enfants et sont souvent caractérisés par des risques non négligeables pour la santé et les revenus. La protection de la maternité est essentielle pour atténuer les risques encourus par les mères et permettre aux enfants de prendre un bon départ dans la vie, comme cela est expliqué au chapitre 3. Alors que des progrès notables ont été réalisés

en ce qui concerne l'accès aux soins de santé maternelle, la sécurité du revenu pour les femmes enceintes et les jeunes mères reste à la traîne.

Dans le monde entier, la grande majorité (59 pour cent) des mères avec nouveau-nés n'a toujours pas accès à un régime d'allocations de maternité (indicateur 1.3.1 des ODD relatif aux mères avec nouveau-nés). En Afrique, seules 16 pour cent des mères avec nouveau-nés bénéficient de prestations de maternité en espèces, ce qui leur assure un niveau minimum de sécurité du revenu pendant cette période critique de leur vie. En Asie et dans le Pacifique, la couverture effective est sensiblement plus grande; mais si un tiers seulement de toutes les femmes ayant une activité professionnelle reçoivent des prestations de maternité en espèces, les deux autres tiers ne bénéficient d'aucune protection. Bien souvent, les difficultés rencontrées avec l'extension de la couverture tiennent aux niveaux élevés d'emploi informel et au manque de mécanismes appropriés de protection de la maternité pour les femmes qui travaillent en dehors de l'économie formelle.

Les taux plus élevés de couverture effective relevés en Europe et en Asie centrale (81 pour cent) et dans les Amériques (69 pour cent) sont dus en partie au fait que plusieurs pays de ces régions, en particulier les États membres de l'Union européenne, sont parvenus à une couverture universelle. Il n'en reste pas moins que les autres pays continuent d'éprouver de grandes difficultés à assurer une couverture universelle aux femmes enceintes.

Dans les pays en développement comme dans les pays avancés, des progrès ont été faits récemment dans l'élargissement de la couverture de la maternité par le biais de l'assurance sociale. Il est essentiel de ne plus tabler sur la responsabilité de l'employeur si l'on veut supprimer les obstacles qui incitent à ne pas employer des femmes. Toutefois, il importe également d'assurer la protection de la maternité aux femmes qui travaillent dans l'économie informelle ou dans des emplois atypiques et qui ne remplissent pas les conditions requises pour bénéficier de prestations à caractère contributif. Dans ce contexte, certains pays d'Asie, d'Afrique et d'Amérique latine ont mis en place des régimes et des programmes à caractère non contributif ou ont étendu ceux qui existaient déjà. Une autre difficulté à surmonter concerne l'amélioration de l'adéquation des prestations à la fois pour garantir la sécurité du revenu pendant le congé de maternité et assurer l'accès aux soins de santé maternelle.

Prestations de chômage

Les mesures d'aide aux chômeurs sont indispensables pour garantir la sécurité de leur revenu en cas de perte d'emploi et lors de la recherche d'un emploi. Elles permettent de réduire et de prévenir la pauvreté, de mieux mettre en adéquation les offres et les demandes d'emploi et de fournir un appui dans le cadre des changements structurels de l'économie (voir section 3.3). Toutefois, en comparaison avec d'autres éventualités, l'accès à la protection contre le chômage reste très limité partout dans le monde. A l'échelle de la planète, seuls 22 pour cent des travailleurs sans emploi bénéficient effectivement de prestations de chômage (indicateur 1.3.1 des ODD relatif aux chômeurs), comme vu au chapitre 3.

Les différences entre les régions sont considérables. La couverture effective concerne 43 pour cent des travailleurs sans emploi en Europe et en Asie centrale, malgré l'existence de régimes de sécurité sociale complets et parvenus à maturité. Au nombre des raisons pouvant expliquer la faible couverture figurent la cessation des droits aux prestations et le non-respect des conditions requises pour bénéficier de prestations. Ailleurs, les taux de couverture effective sont encore plus bas, avec 23 pour cent des demandeurs d'emploi dans la région de l'Asie et du Pacifique, 17 pour cent dans les Amériques et 6 pour cent en Afrique. La majorité des pays de ces régions ne dispose toujours pas d'un régime efficace de protection contre le chômage. Même dans les pays ayant instauré des régimes d'assurance chômage, la proportion de travailleurs sans emploi qui

bénéficient de prestations de chômage reste relativement faible en raison de taux d'emploi informel encore assez élevés.

Malgré des disparités notables en matière de couverture sociale au niveau mondial, un certain nombre de pays, notamment des pays à revenu faible et intermédiaire, ont étendu l'accès aux prestations de chômage existantes ou assuré l'accès à de nouvelles prestations ou étendu la couverture aux personnes qui en étaient auparavant exclues. D'autres pays ont élargi la portée de la protection en adoptant des mesures de promotion de l'emploi telles que le développement des compétences et des services de l'emploi dans un cadre cohérent et en complétant les prestations de chômage en espèces par des politiques de formation et d'autres politiques du marché du travail. Toutefois, certaines de ces mesures d'extension de la couverture ont fait place à des mesures d'assainissement budgétaire qui se traduisent par un durcissement des conditions ouvrant droit aux prestations de chômage, une diminution de la durée maximale des prestations ou une baisse des niveaux de prestations.

Prestations d'invalidité

Les prestations d'invalidité sont indispensables pour garantir aux personnes handicapées un emploi, la sécurité du revenu et une vie indépendante (voir chapitre 3). Toutefois, à l'échelle mondiale, seules 28 pour cent des personnes lourdement handicapées reçoivent des prestations d'invalidité en espèces (indicateur 1.3.1 des ODD relatif aux personnes handicapées), avec des écarts importants d'une région à l'autre (voir figure 7.1). La proportion de personnes lourdement handicapées qui bénéficient de prestations d'invalidité est de presque 87 pour cent en Europe et en Asie centrale et de 73 pour cent dans les Amériques, alors qu'en Asie et dans le Pacifique ces prestations ne couvrent que 9,4 pour cent des intéressés. On ne dispose pas d'estimations régionales comparables pour l'Afrique et les Etats arabes.

Parmi les faits nouveaux à noter dans ce domaine figure l'extension de la couverture dans certains pays d'Asie et d'Afrique sous forme de prestations d'invalidité en espèces à caractère non contributif, soit en incluant la situation de handicap dans des régimes de protection sociale plus larges, soit en créant des régimes spéciaux en faveur des personnes handicapées. Malgré ces avancées, d'autres pays limitent la couverture de leurs prestations d'invalidité dans le cadre des mesures d'austérité qu'ils appliquent, laissant ainsi un grand nombre de personnes handicapées sans protection.

Pensions de vieillesse

Les pensions de vieillesse jouent un rôle crucial dans la garantie de la sécurité du revenu durant la vieillesse, dans la prévention de la pauvreté liée à la vieillesse et dans le maintien d'un niveau de revenu suffisant après le départ à la retraite (voir chapitre 4). De fait, les personnes âgées (65 ans et plus) constituent le groupe de population qui bénéficie de la plus large couverture, comparé aux enfants ou aux personnes en âge de travailler. A l'échelle mondiale, la couverture effective concerne 68 pour cent des personnes âgées (indicateur 1.3.1 des ODD relatif aux personnes âgées), ce qui est dû en partie au fait que de nombreux pays ont intensifié leurs efforts pour assurer une protection universelle à ce groupe de personnes, comme cela est expliqué au chapitre 4. L'Europe et l'Asie centrale ainsi que les Amériques sont en tête de la tendance mondiale, avec 95 et 86 pour cent, respectivement, de la population âgée au bénéfice d'une pension de vieillesse. Alors que la presque totalité des personnes âgées en Europe et en Amérique du Nord perçoit des pensions, de nombreux pays, en particulier ceux qui subissent des pressions pour appliquer des mesures d'austérité, s'efforcent de trouver un équilibre entre l'adéquation des prestations et la viabilité financière de leurs systèmes de pensions.

En Asie et dans le Pacifique, en raison de l'extension de la protection sociale dans de nombreux pays, en Chine notamment, le taux de couverture au niveau régional a atteint plus de la moitié des personnes ayant dépassé l'âge de départ à la retraite. L'Afrique a également connu une avancée notable, bien que la couverture effective ne concerne encore que 30 pour cent seulement de la population ayant dépassé l'âge de départ à la retraite. Les difficultés rencontrées par ces pays dans la mise en place, l'extension et le financement des régimes de pensions sont davantage liées à des obstacles structurels tels que des niveaux élevés d'emploi informel, une capacité contributive réduite et des marges budgétaires limitées.

Une tendance positive observée dans les économies en développement ces dernières années a été l'introduction de pensions à caractère non contributif, en particulier dans les pays qui connaissent des niveaux élevés d'emploi informel et éprouvent des difficultés à étendre leurs régimes de pensions contributifs; toutefois, les niveaux des prestations sont souvent très bas.

Assistance sociale

Ces dernières années, les prestations à caractère non contributif ont retenu davantage l'attention en tant que moyen de combler les lacunes de la couverture de la protection sociale et de garantir à tous au moins une protection de base. Mais malgré les importants progrès réalisés dans l'extension de la couverture grâce aux régimes contributifs, de nombreuses personnes sont dépourvues de protection, essentiellement à cause des taux élevés d'emploi informel. Par conséquent, un indicateur supplémentaire reflète la proportion de la population vulnérable, définie comme étant l'ensemble des enfants et des adultes sans couverture d'assurance sociale qui reçoivent des prestations à caractère non contributif, y compris une assistance sociale. D'après les estimations mondiales, une personne sur quatre seulement (25 pour cent) considérées comme vulnérables – enfants, personnes en âge de travailler et personnes âgées ne cotisant pas à l'assurance sociale – perçoit une prestation à caractère non contributif (indicateur 1.3.1 des ODD relatif aux personnes vulnérables). Si en Europe et en Asie centrale 67 pour cent des personnes vulnérables perçoivent des prestations non contributives, elles ne sont que 39 pour cent dans les Amériques, 16 pour cent en Asie et dans le Pacifique et 10 pour cent en Afrique.

7.1.2 Constitution d'une base de connaissances statistiques sur la protection sociale pour le suivi des ODD

Pour suivre les progrès accomplis dans l'établissement de systèmes de protection sociale, y compris de socles de protection sociale, et pour mettre en œuvre les ODD, il convient d'investir systématiquement dans les capacités nationales pour l'établissement de statistiques sur la protection sociale. Pour cela, il faut déployer des efforts supplémentaires aux niveaux national, régional et international afin de renforcer les cadres de suivi ainsi que la collecte, l'analyse et la diffusion régulières de données et d'indicateurs clés, y compris des données ventilées par sexe, groupe d'âge et type de handicap, de sorte que ces données fournissent des orientations utiles pour les responsables des politiques et les autres parties prenantes. La recommandation n° 202 de l'OIT fait état d'engagements forts de la part des gouvernements et des partenaires sociaux à suivre les progrès réalisés dans l'extension de la protection sociale, notamment grâce à des mécanismes participatifs.

Si l'on veut progresser sur la voie de l'établissement de systèmes de protection sociale, y compris de socles de protection sociale, et réaliser l'ODD 1.3, il faut accorder une plus grande attention à l'amélioration des capacités de suivi afin de fournir une base de données solide aux responsables des politiques.

Des statistiques de sécurité sociale fiables fondées sur une méthodologie commune et des définitions, concepts et principes convenus concernant les données à recueillir sont indispensables pour une bonne gouvernance et l'élaboration de bonnes politiques. Le manque de données et de statistiques sur la protection sociale qui soient de bonne qualité et actualisées constitue un grave problème pour la plupart des pays en développement, lesquels éprouvent de réelles difficultés à recenser et combler les lacunes de la protection sociale. De nombreux pays ne disposent pas d'informations normalisées sur les principales caractéristiques stratégiques de ces différents programmes de sécurité sociale, telles que le nombre de personnes couvertes, les niveaux et les coûts des prestations, les sources de financement, la fréquence et la qualité des prestations offertes. Pour résoudre de tels problèmes, il faudra consentir d'importants efforts au niveau tant national qu'international.

L'OIT aide depuis des décennies ses Etats membres à réunir, compiler et analyser des statistiques sur la protection sociale, notamment au moyen de l'enquête sur le coût de la sécurité sociale effectuée par le Bureau depuis les années 1940, une enquête administrative soumise périodiquement aux pays et menée sous la conduite de la Conférence internationale des statisticiens du travail³. Le BIT a révisé l'enquête sur la sécurité sociale en 2015 pour tenir compte des ODD; l'édition 2016 du questionnaire de l'enquête est disponible en ligne, de même que le manuel relatif à l'enquête (BIT, 2016c)⁴.

Les données recueillies dans le cadre de l'enquête sur la sécurité sociale sont compilées dans la base de données du BIT sur la protection sociale dans le monde (World

Social Protection Database), complétée par d'autres sources⁵. Cette base de données est la principale source d'information sur la protection sociale du fait qu'elle permet de collecter, stocker et diffuser au niveau mondial un ensemble complet de données statistiques et d'indicateurs sur cette question. Elle contient des informations sur la configuration des systèmes nationaux de protection sociale et sur le coût, les dépenses et les recettes de ces systèmes, et des données sur la couverture effective et légale, y compris sur les bénéficiaires des prestations sociales et le montant des prestations.

Des efforts plus intenses sont néanmoins nécessaires à tous les niveaux en vue de développer et gérer le système d'indicateurs permettant de suivre la réalisation des ODD liés à la protection sociale. Les pays doivent accorder davantage d'importance à la production de statistiques et d'indicateurs, et y consacrer plus d'efforts et de ressources. La communauté internationale devrait apporter son appui à cet effet, notamment par le biais d'un soutien technique aux pays en développement en matière de conception et de mise en œuvre et pour le renforcement des capacités. Le suivi des progrès sur la voie de la réalisation des ODD requiert un investissement dans les capacités nationales dans le domaine des statistiques sur la protection sociale, notamment des efforts supplémentaires aux niveaux national, régional et international aux fins d'améliorer la collecte, l'analyse et la diffusion à intervalles réguliers des données relatives à la protection sociale.

7.2 Sur la voie de la protection sociale universelle et de la réalisation des ODD

Pour réaliser les objectifs du Programme de développement durable à l'horizon 2030, Il est nécessaire d'intensifier les efforts en vue d'accélérer les progrès dans l'extension de la protection sociale en tant

³ La résolution concernant l'élaboration des statistiques de la sécurité sociale, adoptée en 1957, reste le seul cadre global reconnu à l'échelle internationale pour l'élaboration de statistiques sur la protection sociale (CIST, 1957).

⁴ Disponible (en anglais) à l'adresse <http://www.social-protection.org/gimi/gess/ShowTheme.action?id=10>.

⁵ La base de données du BIT sur la protection sociale dans le monde complète, dans la mesure du possible de manière cohérente, les données issues de l'enquête sur la sécurité sociale. S'y ajoutent un certain nombre d'autres sources de données internationales et régionales, notamment l'Observatoire de la sécurité sociale de l'Association internationale de la sécurité sociale (AISS) et les *Régimes de sécurité sociale dans le monde* (Social Security Programs Throughout the World) publiés par l'AISS et la SSA (Social Security Administration – Administration de la sécurité sociale des Etats-Unis) (profils de pays de l'AISS relatifs à la sécurité sociale), en tant que source principale d'information pour le calcul des chiffres relatifs à la couverture légale. Les autres sources sont (par ordre alphabétique des organismes et/ou entités): l'indice de la protection sociale de la Banque asiatique de développement (BAD); la Banque mondiale et les retraites et l'Atlas de la protection sociale: Indicateurs de résilience et d'équité (ASPIRE); la Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC) et d'autres commissions régionales des Nations Unies; la base de données sur les dépenses sociales de l'Organisation de coopération et de développement économiques (SOCX); l'Observatoire mondial de la santé et les comptes nationaux de la santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), et l'Office de statistique de l'Union européenne (Eurostat), dont le Système européen de statistiques intégrées de la protection sociale (SESPROS).

qu'investissement dans les personnes et pour faire en sorte que la gamme et le niveau des prestations offertes répondent adéquatement aux besoins de la population. Il convient de déployer davantage d'efforts également pour que les systèmes de protection sociale soient institutionnalisés et bien intégrés dans la législation et les stratégies nationales de développement, qu'ils puissent compter sur une base de financement stable et durable et qu'ils soient dirigés et administrés avec efficacité et efficience.

Les sections ci-après décrivent un certain nombre de défis à relever et de perspectives à envisager par les politiques de protection sociale pour accélérer la mise en œuvre du Programme de développement durable à l'horizon 2030.

7.2.1 Etendre la protection sociale aux travailleurs de l'économie informelle et faciliter la transition vers l'économie formelle

A peu près la moitié de la main-d'œuvre mondiale travaille dans l'économie informelle et la grande majorité subit de graves déficits de travail décent, étant notamment privée de protection sociale. Du fait de ce manque de protection, les travailleurs et leur famille se retrouvent piégés dans un cercle vicieux de vulnérabilité, de pauvreté et d'exclusion sociale. C'est là une terrible menace non seulement pour leur bien-être personnel et leur exercice effectif des droits humains (en particulier le droit à la sécurité sociale), mais aussi pour le développement économique et social de leur pays.

Les travailleurs de l'économie informelle ne sont généralement pas couverts par des mécanismes contributifs (assurances sociales et autres régimes contributifs) à cause de facteurs divers, dont leur exclusion de la couverture légale, une faible conformité, des capacités contributives limitées, des rémunérations faibles et irrégulières et des procédures administratives complexes. Par ailleurs, ces travailleurs sont souvent exclus des programmes qui visent explicitement les individus ou les ménages pauvres ayant une capacité de gain limitée. Il en résulte que de nombreux travailleurs informels (dont un grand nombre de femmes) se retrouvent sans couverture effective, constituant ce que l'on pourrait appeler le «chaînon manquant» (BIT, à paraître, b; Ulrichs, 2016).

Les entreprises tirent profit de diverses façons de la couverture qu'elles accordent à leur main-d'œuvre. En effet, une meilleure protection sociale des travailleurs

a des effets positifs sur la productivité du travail et la compétitivité, et ce par l'amélioration de l'accès aux soins de santé, la baisse de l'absentéisme, une meilleure fidélisation et une plus grande motivation du personnel (Scheil-Adlung, 2014). Une étude récente révèle par exemple qu'au Viet Nam les entreprises ayant élargi leur couverture de sécurité sociale de 10 pour cent entre 2006 et 2011 ont enregistré un supplément de recettes par travailleur de 1,1 à 2,6 pour cent et une hausse de leurs bénéfices de 1,3 à 3,0 pour cent (Lee et Torm, 2017).

L'assurance sociale est un important instrument de mutualisation des risques financiers des entreprises, en particulier les risques d'accidents du travail et de maladies professionnelles, de protection de la maternité et de licenciement. Lorsque les employeurs peuvent compter sur des mécanismes d'assurance sociale plutôt que de devoir supporter personnellement l'indemnisation des travailleurs (responsabilité de l'employeur), ils sont mieux à même de planifier et gérer les flux financiers et de maîtriser les risques de manière plus prévisible. C'est pourquoi l'assurance sociale offre des avantages importants aux employeurs, tels que les prestations de maternité, l'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles et l'assurance-chômage (Kuddo, Robalino et Weber, 2015). Par conséquent, garantir une protection sociale complète aux travailleurs relève du «bon sens» économique, car cela permet de renforcer la productivité du travail et la compétitivité et d'offrir davantage de débouchés commerciaux.

Etendre la protection sociale aux travailleurs du secteur informel procure également un certain nombre d'avantages à la société dans son ensemble, en particulier lorsque ceux-ci contribuent à faciliter la transition de l'économie informelle vers l'économie formelle. L'extension des mécanismes d'assurance sociale à des groupes plus importants de travailleurs – qui n'étaient pas couverts auparavant – peut permettre d'améliorer la diversification des financements en faveur du système de protection sociale, ce qui atténue la pression sur les prestations d'assistance sociale financées par l'impôt. Elle permet aussi, par le biais des cotisations et des impôts, de partager le poids du financement du système de protection sociale de manière plus équitable entre les travailleurs ayant une capacité contributive, et elle fait en sorte que les cotisations et les impôts tiennent compte de cette capacité contributive (BIT, 2013a; AISS, 2016a). Elle contribue en outre à garantir la viabilité et l'adéquation des systèmes de protection sociale sur le long terme (BIT, 2014a).

Les expériences réussies d'extension de la couverture sociale aux travailleurs de l'économie informelle portent essentiellement sur deux grandes approches stratégiques⁶:

1. *Extension de la couverture au moyen de mécanismes contributifs*. Dans de nombreux pays, l'extension de la protection sociale à des groupes plus importants de la population s'est appuyée essentiellement sur des mécanismes de protection sociale fondés sur l'emploi (en général l'assurance sociale). Cette approche tend à se centrer sur des groupes spécifiques de travailleurs qui opèrent déjà pratiquement dans l'économie formelle, disposent d'une capacité contributive et peuvent donc être assez facilement couverts par des mécanismes de protection sociale liés à l'emploi. Bien souvent, la stratégie d'extension implique non seulement une modification de la législation, mais aussi des mesures visant à supprimer les obstacles administratifs au versement des cotisations en facilitant les démarches administratives et en adaptant les taux de cotisation et les paniers de prestations. On peut citer par exemple l'inclusion des travailleurs domestiques dans l'assurance-maternité et l'assurance-chômage (Afrique du Sud), les mutuelles à base professionnelle ou sectorielle (Sénégal), la facilitation de l'enregistrement des microentreprises et la collecte des impôts et cotisations dans le cadre du mécanisme de la «monotaxe» (*monotributo*) (Argentine et Uruguay, voir encadré 7.1) et l'inclusion des travailleurs indépendants dans les régimes d'assurance sociale (par exemple, Ghana, Kenya, République-Unie de Tanzanie)⁷.
2. *Extension de la couverture au moyen de mécanismes non contributifs (transferts sociaux)*. Dans d'autres pays, l'extension de la protection sociale à des groupes plus importants de la population s'est faite par le biais de l'extension à grande échelle de mécanismes non contributifs à des groupes de personnes qui n'en bénéficiaient pas auparavant, indépendamment de leur situation professionnelle. Ces mécanismes étaient largement financés par des recettes de l'Etat provenant des impôts, des recettes des ressources minérales ou de dons extérieurs, ou par

une combinaison de cotisations et d'impôts. Cette approche peut se résumer comme étant l'«extension de la protection sociale indépendamment du statut», fondée sur la perspective que, «en investissant dans les ressources humaines» au moyen d'une protection sociale qui contribue à faciliter l'accès aux services sanitaires et sociaux, à améliorer la sécurité du revenu et qui permet aux travailleurs de prendre des risques plus grands, on peut obtenir des résultats positifs en termes de capital humain et de productivité, ce qui facilitera la formalisation de l'emploi à moyen et à long terme. On peut citer par exemple les programmes de transferts en espèces en faveur des enfants et des familles au Brésil et au Mexique, les pensions sociales en Afrique du Sud, au Lesotho, à Maurice, en Namibie, au Népal et au Timor-Leste, ou l'extension de la protection de la santé financée par une combinaison d'impôts et de cotisations en Colombie, au Ghana, au Rwanda et en Thaïlande.

7.2.2 Promouvoir des systèmes de protection sociale inclusifs, y compris des socles de protection sociale

Les systèmes de protection sociale figurent parmi les instruments majeurs dont disposent les décideurs pour remédier aux inégalités et favoriser l'inclusion sociale. Bien souvent cependant, ils reflètent les formes d'inégalité, de discrimination et de désavantages structurels existantes. C'est pourquoi il est essentiel de mieux comprendre les facteurs qui déterminent l'exclusion sociale et de concevoir et mettre en œuvre des systèmes de protection sociale à même d'atténuer et de vaincre la marginalisation, la discrimination et les désavantages structurels, et il est essentiel également de promouvoir l'inclusion sociale (Babajanian et Hagen-Zanker, 2012). Ce n'est qu'à condition que ces facteurs soient bien compris et pris en compte dans la conception, la mise en œuvre et le suivi des systèmes de protection sociale que l'on pourra tirer pleinement parti de ces derniers et ainsi venir à bout des inégalités et promouvoir l'inclusion sociale et, partant, contribuer à la réalisation des ODD 1, 5 et 10 (Nations Unies, à paraître).

⁶ Ces approches se retrouvent à la fois dans la recommandation (n° 202) sur les socles de protection sociale, 2012, et la recommandation (n° 204) sur la transition de l'économie informelle vers l'économie formelle, 2015.

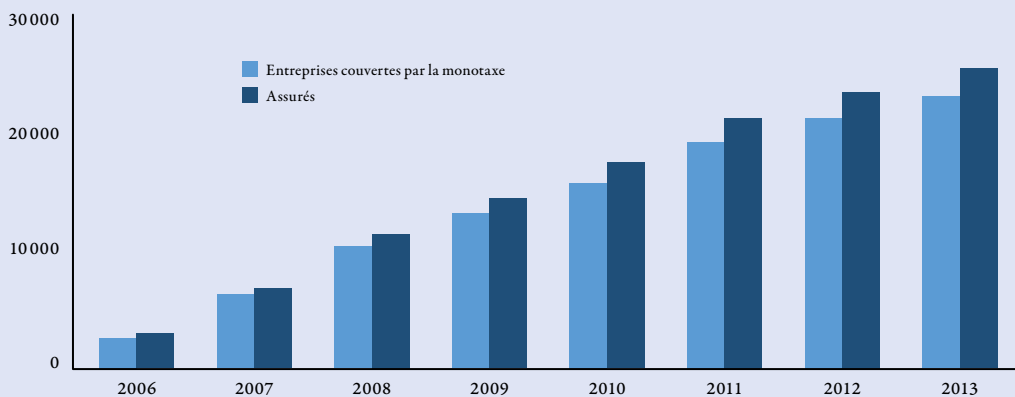
⁷ Toutefois, l'extension de la couverture d'assurance sociale dans le cadre de mécanismes volontaires se traduit rarement par une augmentation substantielle de la couverture. Des mécanismes obligatoires bien conçus et adaptés aux particularités et à la capacité contributive du groupe cible sont plus prometteurs.

Encadré 7.1 Etendre la protection sociale et faciliter la transition vers l'économie formelle: la monotaxe de l'Uruguay

La «monotaxe» est un mécanisme simplifié de collecte des impôts et des cotisations instauré en Uruguay. Les microentrepreneurs qui choisissent cette option, ainsi que leurs salariés, ont automatiquement droit aux prestations prévues par le régime de sécurité sociale contributif (à l'exception de la protection contre le chômage). Grâce à ce mécanisme, un paiement unique couvrant les impôts et les cotisations est collecté par l'Institut uruguayen de sécurité sociale (BPS), et la part correspondant aux impôts

est transférée aux autorités fiscales. Quant à la part restante, elle est utilisée par le BPS pour financer les prestations de sécurité sociale qui seront versées aux assurés et à leur famille. Le mécanisme de monotaxe s'est révélé un outil efficace pour étendre la couverture de la sécurité sociale aux travailleurs indépendants, aux femmes en particulier, et pour formaliser les micro- et petites entreprises (voir figure 7.3). L'Argentine, le Brésil et l'Équateur ont mis en place des systèmes similaires.

Figure 7.3 Extension de la couverture de la sécurité sociale aux travailleurs indépendants et aux travailleurs des microentreprises: nombre d'entreprises enregistrées dans le système de la monotaxe et d'assurés en Uruguay, 2006-2013



Source: Tiré de BIT, 2014f.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourcelid=54798>.

L'un des domaines dans lesquels une avancée importante – quoique encore insuffisante – a été réalisée est celui de l'égalité entre hommes et femmes dans les systèmes de protection sociale. De nombreuses études ont signalé les diverses façons dont ces systèmes peuvent refléter et reproduire les inégalités économiques et sociales entre les hommes et les femmes et ont appelé à accorder davantage d'attention à cette question (par exemple, Sabates-Wheeler et Kabeer, 2003; Kabeer, 2008; Jones et Holmes, 2013). En ce qui concerne les régimes contributifs, il s'agit par exemple d'étudier de quelle façon des carrières plus courtes et plus souvent interrompues, des écarts salariaux entre les sexes et des taux plus élevés d'emploi informel et de recrutement pour un travail non rémunéré peuvent entraîner une diminution de la couverture des prestations de vieillesse et du niveau des prestations versées aux femmes. Dans certains pays, on a remédié à ces problèmes par une meilleure prise en compte des activités de soins à la personne (Fultz, 2011; BIT, 2016a) et une augmentation

des garanties minimales de pensions, bien qu'une dépendance accrue vis-à-vis de dispositifs privés puisse avoir des conséquences négatives pour les femmes (voir chapitre 4). Dans les régimes non contributifs, les préoccupations relatives à l'égalité entre hommes et femmes ont porté essentiellement sur les préjugés sexistes dans les programmes de transferts conditionnels en espèces, qui renforcent les rôles traditionnels dévolus à chacun des deux sexes (par exemple, Molyneux, 2007), ainsi que sur le faible niveau des prestations, sur les critères d'éligibilité et les méthodes de ciblage trop restrictifs et sur les autres caractéristiques des programmes (par exemple, Fultz et Francis, 2013; Plagerson et Ulriksen, 2015; Orozco Corona et Gammage, 2017).

L'examen de la protection sociale des personnes handicapées au chapitre 3 a montré que la mise en place de systèmes inclusifs de protection sociale présentait un double enjeu. D'une part, chaque élément du système de protection sociale doit inclure les personnes handicapées, ce qui exige l'identification, l'analyse

et l'élimination des éventuels obstacles qui peuvent empêcher ces personnes de bénéficier effectivement de la sécurité sociale. D'autre part, il convient de tenir compte des besoins spécifiques des personnes handicapées et d'y répondre, ce qui peut nécessiter une combinaison coordonnée de prestations en espèces et en nature et de services pour permettre aux intéressés de continuer à mener une vie autonome et à participer pleinement à l'éducation, à l'emploi et à la société dans son ensemble. Les orientations fournies dans la recommandation n° 202 constituent un pas en avant important dans la mise en place d'une protection sociale inclusive pour les personnes handicapées, conformément à la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées adoptée en 2006 (Nations Unies, 2015a).

De la même manière, la garantie que les systèmes de protection sociale tiennent compte de la problématique du VIH aide à surmonter les obstacles politiques et sociaux qui, autrement, laisseraient de côté les personnes vivant avec le VIH et le sida, présentant un risque de contracter le virus ou séropositives (ONUSIDA, 2017). Cela suppose notamment de mettre en œuvre une combinaison efficace d'aides au revenu, lorsque cela est nécessaire, et de mesures visant à assurer un accès efficace aux soins de santé, pour répondre aux besoins spécifiques au VIH et au sida et aux besoins généraux, conformément à la recommandation (n° 200) sur le VIH et le sida, 2010, et à la recommandation n° 202 de l'OIT.

L'intégration des femmes, hommes et enfants autochtones dans les systèmes de protection sociale est très importante étant donné que les peuples autochtones en sont souvent exclus, en partie en raison de formes plus générales de marginalisation, de discrimination et d'exclusion sociale. Les systèmes de protection sociale devraient donc non seulement réduire la pauvreté et la vulnérabilité, mais aussi contribuer à attaquer les causes profondes des inégalités et de la pauvreté, tout en respectant l'intégrité culturelle et les aspirations au développement des peuples autochtones. Cela nécessite une approche plus ambitieuse dans la mise en place de moyens novateurs qui intègrent la participation des populations concernées. A cet égard, la reconnaissance et le respect des droits individuels et collectifs des peuples autochtones, y compris leur droit à la consultation et à la participation et leur droit de définir leurs propres priorités de développement, jouent un rôle fondamental. Une telle approche refléterait les orientations données par la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones de 2007 ainsi que par la convention (n° 169) relative aux peuples indigènes

et tribaux, 1989, et par la recommandation n° 202 et d'autres normes relatives à la sécurité sociale (BIT, à paraître, e).

D'importants progrès ont été réalisés ces dernières années pour rendre les systèmes de protection sociale plus inclusifs, en garantissant en particulier au moins un niveau minimal de sécurité sociale par le biais d'un socle de protection sociale. Toutefois, des efforts supplémentaires doivent être faits pour que les systèmes de protection sociale contribuent à une transformation profonde débouchant sur la suppression des discriminations et désavantages latents et sur la réalisation du droit humain à la sécurité sociale pour tous (UNRISD, 2016).

7.2.3 Garantir des prestations adéquates

Alors que partout dans le monde d'importantes avancées ont été faites s'agissant de l'extension de la protection sociale dans de nombreux domaines, la garantie de prestations adéquates reste un enjeu de premier plan pour les années à venir. Ainsi que le préconise l'ODD 1, les systèmes de protection sociale auront un impact non négligeable sur la prévention et la réduction de la pauvreté si les prestations sont suffisantes et conçues de façon à répondre aux besoins de la population. Cela concerne avant tout le niveau des prestations en espèces, mais d'autres aspects tels que la gamme et la portée des prestations existantes, les critères d'admissibilité et la prédictibilité des prestations jouent aussi un rôle important.

Pour des millions de personnes, les prestations de protection sociale constituent un moyen essentiel de subvenir à leurs besoins et elles jouent un rôle clé dans la prévention et la réduction de la pauvreté. Pour que les systèmes de protection sociale atteignent pleinement leurs objectifs, il est indispensable qu'ils soient bien conçus, et l'adéquation des prestations est un élément critique dans leur conception. Les prestations doivent pouvoir garantir au moins un niveau minimal de sécurité sociale – un socle de protection sociale – pour assurer une sécurité de revenu et un accès efficace aux soins de santé. L'ajustement régulier du niveau des prestations pour compenser les augmentations du coût de la vie est aussi un élément important de la conception des systèmes.

La pauvreté étant multidimensionnelle, le bien-être individuel dépend non seulement du niveau du revenu, mais aussi de l'accès à d'autres prestations sociales et services publics, qui forment tous un socle de protection. C'est pourquoi la question de l'adéquation des

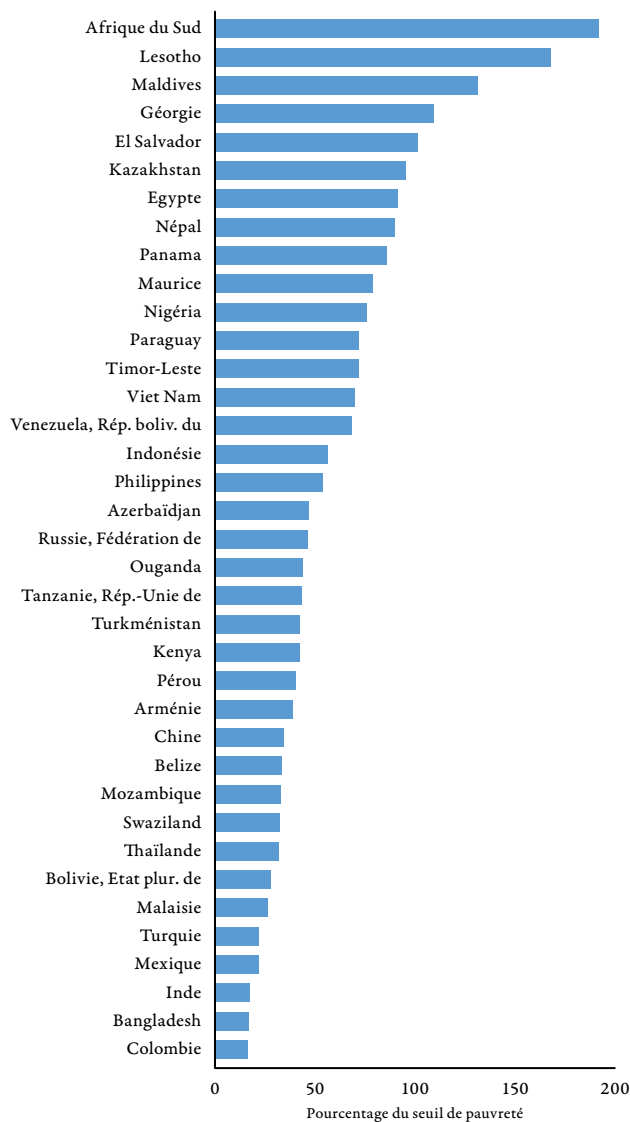
prestations devrait inclure simultanément l'accès des unités, familles ou personnes bénéficiaires à une combinaison appropriée de prestations en espèces et en nature telles que, notamment, l'éducation, le logement, les soins de santé, les soins de longue durée, l'approvisionnement en eau et l'alimentation (Commission européenne, 2015c).

Le type de dispositions de protection sociale et les prestations considérées comme socialement acceptables varient d'une société à l'autre et dépendent des attitudes qui prévalent vis-à-vis de questions telles que la répartition des responsabilités entre l'Etat et l'individu, les mécanismes de redistribution, y compris l'aide aux personnes pauvres et vulnérables, et la solidarité intergénérationnelle. La recommandation n° 202 de l'OIT comporte un ensemble de principes au nombre desquels figure une approche fondée sur les droits: droit aux prestations prescrit par la législation nationale et caractère adéquat et prévisible des prestations (BIT, 2014a). Des principes analogues sont énoncés dans la convention n° 102 de l'OIT qui fixe des normes minimales pour les neuf branches, notamment en ce qui concerne le niveau des prestations périodiques en espèces. D'autres conventions et recommandations de l'OIT fournissent des orientations concernant des branches spécifiques. Ainsi, s'agissant des prestations de vieillesse, d'invalidité et de survivants, la convention n° 128 et la recommandation n° 131 établissent des normes pour l'adéquation de leurs montants, et notamment pour que ceux-ci soient révisés à la suite de variations sensibles du niveau des gains ou du coût de la vie. L'annexe III du présent rapport résume les conditions minimales prévues pour les neuf branches (voir aussi BIT, 2017b).

Malgré les progrès accomplis à l'échelle mondiale en matière de protection sociale, l'adéquation des prestations reste un problème majeur. Comme le montre la figure 7.4, dans des pays comme l'Arménie, le Belize, l'Etat plurinational de Bolivie, la Colombie, l'Inde et la Turquie, le montant de la pension à caractère contributif représente moins de 50 pour cent de la valeur du seuil de pauvreté national. Dans ces pays, les personnes âgées qui reçoivent une pension sociale restent pauvres.

Si le niveau des prestations versées dans le cadre des systèmes de protection sociale est insuffisant pour assurer un niveau de vie minimum, la réalisation des objectifs de réduction de la pauvreté inscrits dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030 s'en trouvera compromise. L'adéquation des prestations joue donc un rôle crucial dans les stratégies visant à réaliser les ODD dans le domaine de la protection sociale.

Figure 7.4 Pensions à caractère non contributif en pourcentage du seuil de pauvreté national, pour une personne seule, dernières données disponibles



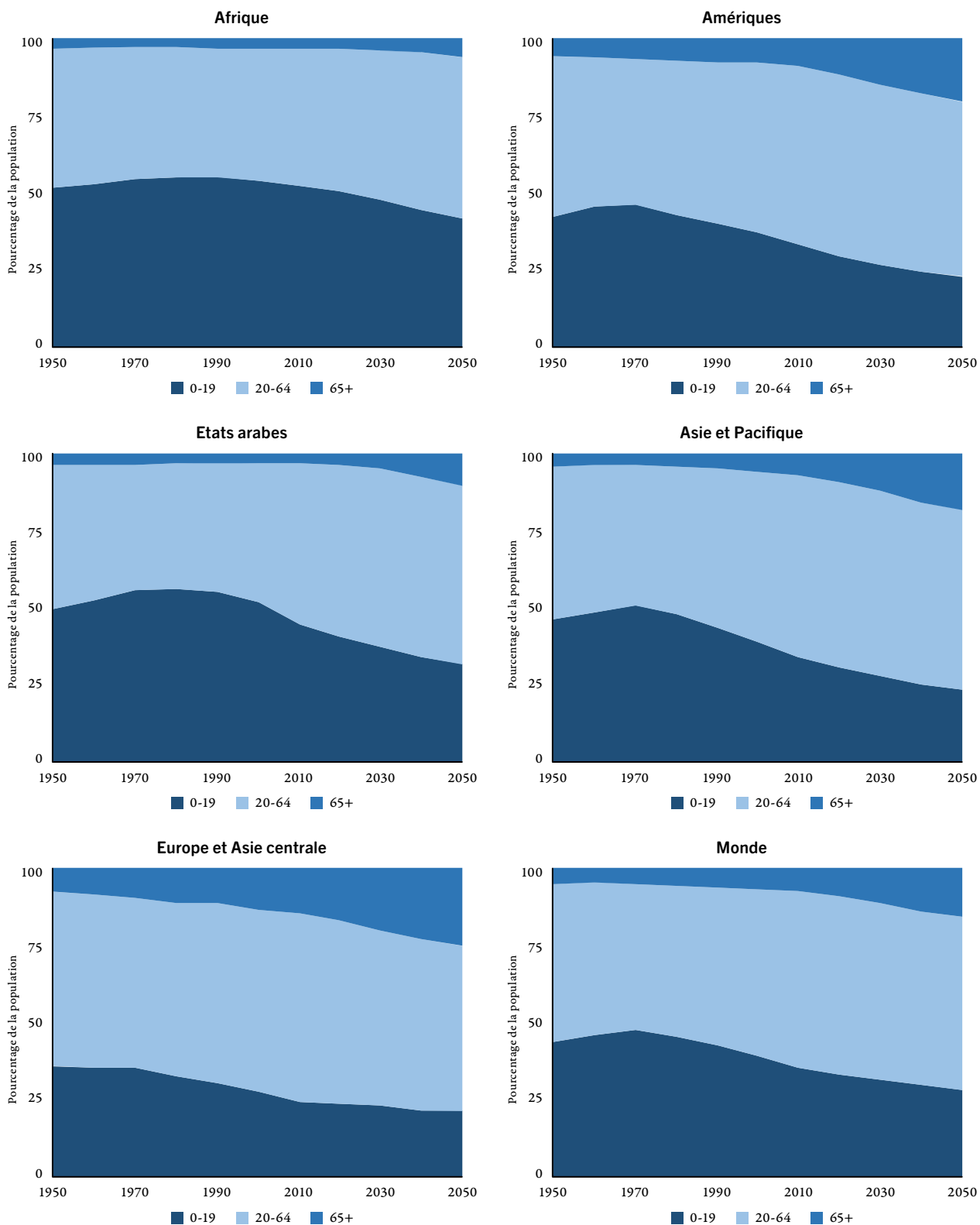
Sources: BIT, base de données sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database), d'après l'enquête sur la sécurité sociale; HelpAge International; sources nationales. Voir aussi annexe II; annexe IV, tableau B.10.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=54799>.

7.2.4 Faire face à l'évolution démographique

L'évolution démographique mondiale représente un défi pour les systèmes de protection sociale, et ce à divers égards (BIT, 2013c). Cette évolution se caractérise par un certain nombre de phénomènes complexes. Ainsi, la population mondiale va continuer de croître au cours des prochaines décennies, malgré la baisse constante des taux de fécondité. Elle se concentrera dans les pays en

Figure 7.5 Répartition de la population par groupe d'âge d'après des estimations et des projections, 1950-2050 (en pourcentage)



Note: La Convention relative aux droits de l'enfant de 1989 définit «un enfant» comme étant «tout être humain âgé de moins de 18 ans» (article 1). Le groupe d'âge de 0 à 19 ans a été utilisé pour les estimations pour des raisons de disponibilité de données.

Source: Calculs effectués par le BIT d'après les Perspectives de la population mondiale des Nations Unies, 2017.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=54800>.

développement où les trois quarts des personnes âgées de la planète vivront d'ici à 2050. La longévité continuera d'augmenter sensiblement et concernera aussi les populations rurales. Comme les femmes vivent plus longtemps que les hommes et que leur espérance de vie s'accroît plus rapidement, on assistera à une féminisation du vieillissement.

Dans les pays en développement, les cohortes de jeunes en âge de travailler sont importantes et continueront d'augmenter, ce qui créera des conditions propices au développement et au financement de la protection sociale; en revanche, c'est l'inverse qui se produira dans les pays à revenu élevé. A l'échelle mondiale, le groupe d'âge dont la croissance sera la plus rapide sera celui des personnes âgées de 80 ans et plus, et de fait ce groupe des personnes très âgées quadruplera au cours des quarante prochaines années. Cependant, les enfants et les jeunes continuant de former un groupe bien plus important, des investissements s'avèreront nécessaires.

Au niveau mondial, le ratio de dépendance démographique totale restera relativement stable au cours des quarante prochaines années: alors que la proportion mondiale des personnes âgées augmentera, notamment en Asie, celle des enfants régressera, comme le montre la figure 7.5. Toutefois, ces moyennes cachent des disparités régionales très importantes. En Afrique, le ratio de dépendance démographique devrait diminuer car l'augmentation de la proportion de personnes âgées sera plus que compensée par une réduction de la proportion d'enfants et une augmentation de celle de la population en âge de travailler. De même, dans les Etats arabes, le ratio de dépendance démographique diminuera car la proportion d'enfants baissera et celle des personnes en âge de travailler augmentera légèrement, ce qui compensera l'augmentation prévue de la proportion de personnes âgées. Dans la région Asie-Pacifique, où la situation démographique est assez hétérogène, le ratio de dépendance démographique restera constant car l'augmentation de la proportion de personnes âgées sera compensée par une réduction de la proportion d'enfants, alors que l'on s'attend à une légère réduction de la proportion des personnes en âge de travailler. Dans les Amériques, le ratio de dépendance restera plus ou moins stable du fait que l'accroissement de la proportion de personnes âgées sera plus fort que la réduction de celle des enfants, tandis que le nombre de personnes d'âge actif diminuera légèrement. Les tendances varient considérablement en Europe et en Asie centrale, où l'on

s'attend à une augmentation du ratio de dépendance démographique du fait que, même si le nombre d'enfants va légèrement diminuer, le nombre de personnes âgées va augmenter parallèlement à une diminution de la population en âge de travailler. Ces grandes variations régionales semblent indiquer que les généralisations doivent être évitées, en particulier l'argument de la «crise de la vieillesse» souvent utilisé pour précipiter les réformes des retraites.

Il est crucial de bien comprendre les évolutions démographiques pour mettre en œuvre le Programme de développement durable à l'horizon 2030, et en particulier l'ODD 1 sur l'élimination de la pauvreté. Les efforts de réduction de la pauvreté doivent porter tout particulièrement sur la pauvreté chez les enfants et chez les personnes âgées. Les pays doivent concevoir des politiques adaptées à leur contexte démographique particulier et éviter d'axer leurs réformes sur la diminution de l'aide sociale.

7.2.5 L'avenir du travail et de la protection sociale

Le monde du travail connaît de profonds changements. La numérisation et l'automatisation ont facilité l'émergence de nouvelles formes d'emploi (travail sur des plates-formes numériques par exemple) et ont entraîné, dans certains pays, une augmentation du travail sur appel ou d'autres formes de travail temporaire et à temps partiel, de travail économiquement dépendant et de travail intérimaire, souvent qualifiées de formes atypiques d'emploi (BIT, 2016b, 2016p; AISS, 2016b; Degryse, 2016)⁸. Si de telles formes d'emploi peuvent offrir une plus grande flexibilité aux entreprises, elles se traduisent souvent par des salaires plus faibles et plus instables et des niveaux plus élevés d'insécurité des revenus, des conditions de travail médiocres ou non réglementées et des droits de sécurité sociale inexistantes ou limités (BIT, 2016b, 2017f; Matsaganis et coll., 2016). Ces nouvelles formes d'emploi n'existent pas uniquement dans les pays à revenu élevé; dans un grand nombre de pays à revenu intermédiaire comme la Chine, l'Inde, la Malaisie et la Thaïlande, une catégorie de plus en plus importante de travailleurs non protégés occupés dans de nouvelles formes d'emploi coexiste actuellement avec un grand nombre de travailleurs occupés dans des formes traditionnelles d'emploi tel que l'agriculture de subsistance.

⁸ Pour une définition, voir chapitre 1, note 3.

Parallèlement à l'affaiblissement des institutions du marché du travail, l'évolution du travail et les relations d'emploi ont contribué à augmenter les inégalités et la sécurité dans de nombreuses régions du monde (Berg, 2015b) et à affaiblir le contrat social implicite dans de nombreuses sociétés (BIT, 2016b, 2016q). La montée de la précarisation exige que l'on accorde davantage d'attention aux politiques de l'emploi, des salaires et de la protection sociale afin que les fruits de la croissance économique soient partagés sur une base plus équitable (BIT, 2016q). Dans ce contexte, la capacité qu'a la protection sociale de réduire et prévenir la pauvreté et de remédier aux inégalités reste aussi pertinente que jamais (cibles 1.3, 5.4 et 10.4 des ODD).

Divers moyens d'action sont envisagés pour savoir comment les systèmes de protection sociale peuvent s'adapter à l'évolution du travail et combler les lacunes en matière de protection sociale. Ainsi, certains gouvernements ont adopté des mesures visant à étendre la couverture sociale à certaines catégories de travailleurs non salariés et vulnérables, notamment ceux qui ont plusieurs employeurs (Hill, 2015), aux travailleurs occasionnels et aux travailleurs indépendants (BIT, 2016b; Commission européenne, 2017b). Il est possible également d'améliorer la couverture des travailleurs en situation d'emploi atypique en abaissant les seuils relatifs au nombre minimum d'heures de travail, à la rémunération ou à la durée de l'emploi, en faisant preuve de plus de souplesse en ce qui concerne les cotisations ouvrant droit aux prestations, en acceptant la discontinuité du versement des cotisations et en assurant la transférabilité des prestations entre régimes de sécurité sociale et statuts dans l'emploi de sorte que les personnes qui changent d'emploi continuent d'être protégées (BIT, 2016b).

Par ailleurs, le débat a été rouvert au sujet de la mise en place d'un revenu universel de base comme moyen d'améliorer la sécurité du revenu face aux incertitudes en matière de travail. Selon ses partisans, celui-ci garantirait un niveau de vie minimum à toutes les personnes, quel que soit leur emploi, leur âge et leur sexe, et leur donnerait la liberté de choisir la vie qu'elles souhaitent mener. Ses partisans estiment également qu'il peut contribuer à diminuer la pauvreté tout en réduisant la complexité administrative et le coût des systèmes de protection sociale existants. Tout un éventail de propositions sont en discussion autour de l'appellation de revenu universel de base, toutes plus divergentes les unes que les autres en termes d'objectifs, de niveaux de prestations proposées, de mécanismes de financement et autres caractéristiques. Les opposants,

quant à eux, contestent la faisabilité économique, politique et sociale du revenu universel de base, remettent en question sa capacité à remédier aux causes structurelles de la pauvreté et des inégalités et craignent qu'il incite à ne pas travailler. En outre, ils prétendent que le revenu universel de base risque d'accroître la pauvreté et les inégalités et de nuire aux institutions du marché du travail comme la négociation collective, surtout quand le revenu universel de base est proposé dans une logique néolibérale ou libertarienne qui vise à abolir l'Etat-providence.

Certaines expériences avec le revenu de base ont déjà commencé à être menées ou sont prévues dans des pays tant développés qu'en développement. Le projet pilote le plus abouti, en Finlande, met en œuvre un revenu de base partiel pour 2000 demandeurs d'emploi sélectionnés (voir encadré 3.12). Il existe également d'autres petits projets pilotes en Inde, au Kenya et en Ouganda. Jusqu'à ce jour pourtant, aucun pays n'a mis en place un revenu universel de base à part entière en tant que pilier essentiel d'une aide au revenu qui suffirait à garantir un socle national de protection sociale. D'après des calculs récents de l'OCDE (2017b), un revenu de base fixé au niveau actuel des dépenses de sécurité sociale risquerait d'être en dessous du seuil de pauvreté pour une personne seule, ce qui aurait donc un impact limité sur la réduction de la pauvreté. Les questions relatives à la couverture, à l'adéquation des prestations, à l'accessibilité économique et aux modalités de financement, ainsi que les prestations et services qui accompagnent tout revenu universel de base doivent être examinées plus avant pour faire en sorte que ce revenu de base remplisse ses fonctions prévues.

Ce débat passionné au sujet du revenu universel de base trouve un écho auprès d'un grand nombre de personnes préoccupées par l'augmentation de l'insécurité économique et sociale, des inégalités grandissantes et des lacunes considérables dans la couverture sociale de la majeure partie de la population mondiale. De fait, la résurgence de ce débat réaffirme la nécessité et l'importance de garantir à chaque membre de la société au moins un niveau minimum de sécurité du revenu essentiel au respect de la dignité humaine. Les effets positifs attribués au revenu universel de base reflètent certains des principes fondamentaux de la sécurité sociale: assurer à tous au moins un niveau minimum de sécurité du revenu de manière à protéger et promouvoir la dignité humaine et accorder aux individus la marge de manœuvre nécessaire pour qu'ils s'engagent dans un travail constructif et décent et s'occupent de leur famille (BIT, 2012a; Behrendt et coll., à paraître).

Ces principes sont aussi au cœur des socles de protection sociale tels que définis par la recommandation n° 202 de l'OIT. Il n'est donc pas surprenant que le Rapporteur spécial des Nations Unies sur les droits de l'homme et l'extrême pauvreté ait noté que le revenu universel de base n'irait pas à l'encontre du concept de socle de protection sociale (Nations Unies, 2017d). Un socle de protection sociale défini à l'échelle nationale garantit au moins un niveau minimum de sécurité sociale tout au long de la vie, ce niveau devant permettre de vivre dignement. Certains gouvernements peuvent décider de mettre en œuvre le volet sécurité du revenu de leur socle de protection sociale grâce au revenu universel de base; d'autres peuvent préférer assurer ces garanties par d'autres moyens: régimes de prestations universels, d'assurance sociale, d'assistance sociale et d'impôt négatif sur le revenu, régimes d'emplois publics ou régimes d'aide à l'emploi, en espèces ou en nature. Il convient aussi de noter que la recommandation n° 202 va au-delà d'une sécurité élémentaire de revenu et qu'elle met l'accent sur un accès effectif aux soins de santé et à d'autres services sociaux et souligne la nécessité d'assurer des niveaux plus élevés de protection sociale, conformément à la convention n° 102 et à d'autres normes de sécurité sociale de l'OIT. Si le revenu universel de base peut permettre de combler les déficits de couverture, sa faisabilité financière, économique et politique représente de véritables défis. Toutefois, de nombreux gouvernements ont déjà mis en œuvre des régimes de prestations universelles pour certains sous-groupes de la population. Ainsi, les pensions de vieillesse universelles financées par l'impôt et les allocations familiales constituent un revenu de base pour les personnes âgées et les enfants. Dans les pays où ces régimes sont déjà opérationnels, ils se sont révélés très efficaces pour combler les lacunes de couverture des systèmes de sécurité sociale et garantir au moins une sécurité de revenu minimale pour un coût abordable.

La couverture universelle peut aussi être mise en œuvre par une combinaison de prestations financées par les cotisations et l'impôt. Le renforcement des éléments financés par l'impôt dans le cadre d'un système de protection sociale plus large peut contribuer à combler les lacunes en matière de couverture et assurer au moins un niveau de protection de base. Toutefois, afin de répondre pleinement aux besoins de sécurité sociale de la population, les régimes contributifs continueront de jouer un rôle clé pour garantir un plus large champ d'application et un plus haut niveau de protection au plus grand nombre de personnes possible, ainsi que le prévoit la recommandation n° 202. Une combinaison

de régimes contributifs et non contributifs est essentielle pour l'établissement d'un système complet de sécurité sociale doté d'un solide socle de protection sociale. Il faut déployer davantage d'efforts pour que les mécanismes de protection sociale continuent d'être les instruments de la solidarité sociale, reposant sur les principes du partage des risques et de l'équité en ce qui concerne tant le financement que les prestations. A cet égard, il est indispensable d'envisager une combinaison de différents mécanismes, financés de manière appropriée au moyen de taxes ou de cotisations, de manière à garantir une protection et une couverture adéquates (BIT, 2016b).

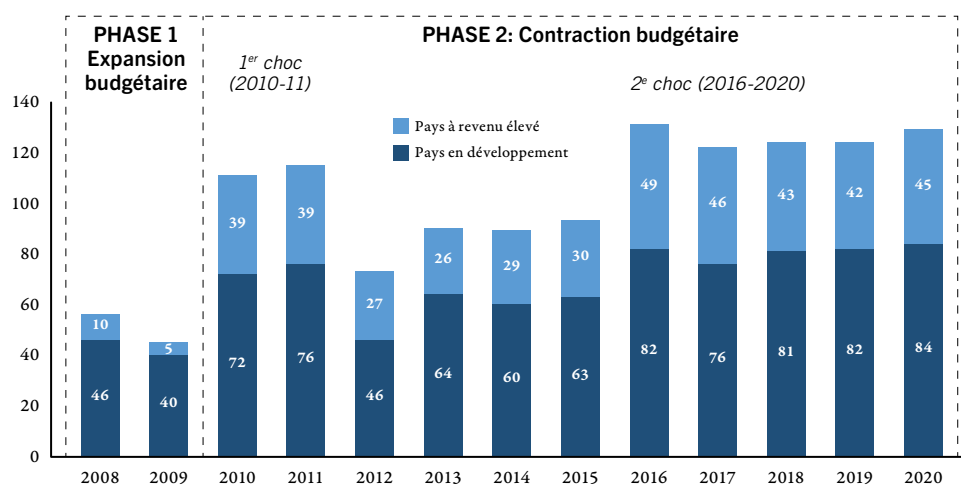
7.2.6 Les reculs de l'austérité de court terme

Durant la première phase de la crise (2008-09), la protection sociale a joué un rôle majeur dans la réponse à la crise, faite de mesures expansionnistes. Ainsi, 137 pays (73 pour cent des pays du monde) ont augmenté leurs dépenses publiques et quelque 50 pays à revenu élevé et intermédiaire ont annoncé des plans de relance budgétaire totalisant 2 400 milliards de dollars E.-U., dont un quart environ a été investi dans des mesures de protection sociale anticycliques.

Toutefois, en 2010, au début de la seconde phase de la crise, des coupes budgétaires prématurées avaient commencé à se généraliser, malgré un besoin urgent d'aide publique au sein des populations vulnérables (figure 7.6). En 2016, un puissant choc d'austérité se traduisant par une contraction des dépenses a commencé à se faire sentir au niveau mondial. Il devrait durer au moins jusqu'en 2020. En 2018, 124 pays – dont 81 pays en développement – ajusteront leurs dépenses en pourcentage du PIB, et leur nombre devrait augmenter légèrement en 2020. Ce processus d'ajustement à court terme va sans doute toucher plus de 6 milliards de personnes, soit près de 80 pour cent de la population mondiale. En outre, 30 pour cent des pays du monde subissent un resserrement budgétaire excessif, caractérisé par une réduction des dépenses publiques en deçà des niveaux d'avant la crise. Certains de ces pays – l'Angola, l'Erythrée, l'Iraq, le Soudan et le Yémen, par exemple – ont des besoins de développement élevés (Ortiz, Cummins et Karunanethy, 2017).

Ces ajustements à court terme affectent un certain nombre de dépenses publiques, dont celles qui concernent la protection sociale. De nombreuses personnes se sont demandé si le calendrier, l'étendue et l'ampleur des mesures actuelles d'assainissement des

Figure 7.6 Nombre de pays réduisant leurs dépenses publiques en pourcentage du PIB, 2008-2020



Source: Ortiz et coll., 2015, d'après FMI: Perspectives de l'économie mondiale pour 2015.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=54801>.

finances publiques peuvent vraiment favoriser la reprise socio-économique. En ce qui concerne les pays à revenu élevé qui ont déjà réduit l'éventail des prestations de protection sociale, cela est corroboré par de nombreuses sources. Allant de pair avec un chômage persistant, des salaires réduits et des impôts plus élevés, ces mesures contribuent à l'augmentation de la pauvreté, qui touche actuellement 86 millions de personnes dans l'Union européenne⁹, soit plus de 17 pour cent de la population, dont beaucoup d'enfants, de femmes et de personnes handicapées. En Europe, le nombre d'enfants vivant dans la pauvreté et l'exclusion sociale s'est accru de 467 000 entre 2007 et 2014 (Cantillon et coll., 2017; Eurostat, 2017). Le BIT estime que les futurs retraités recevront des pensions plus faibles dans au moins 14 pays d'Europe (BIT, 2014a). Les coupes budgétaires ont été déclarées inconstitutionnelles par plusieurs tribunaux nationaux. Ces réformes d'ajustement à court terme viennent miner les réussites du modèle social européen, qui avait su réduire considérablement la pauvreté et favoriser la prospérité et la cohésion sociale après la seconde guerre mondiale. En outre, les faibles niveaux de revenu des ménages donnent lieu à une baisse de la consommation intérieure et de la demande, ce qui freine la reprise¹⁰.

Les mesures d'assainissement des finances publiques ne se cantonnent pas à l'Europe; de nombreux pays en développement envisagent aussi d'adopter des mesures d'ajustement (voir tableau 7.1). Il s'agit des mesures ci-après:

- *Éliminer ou diminuer les subventions.* Au total, 132 gouvernements de 97 pays en développement et de 35 pays à revenu élevé diminuent leurs subventions, principalement sur le carburant, mais aussi sur l'électricité, les denrées alimentaires et l'agriculture. Cette politique est en vigueur principalement au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, ainsi qu'en Afrique subsaharienne. Lorsque les subventions de base sont supprimées, les prix des denrées alimentaires et des transports augmentent et peuvent devenir inabordable pour de nombreux ménages. Cette perte nette de bien-être a donné lieu à des protestations et à des émeutes dans un grand nombre de pays¹¹. La hausse du coût de l'énergie tend de son côté à ralentir l'activité économique et donc à créer du chômage. C'est pourquoi la suppression des subventions est souvent allée de pair avec l'élaboration d'un filet de sécurité destiné à indemniser

⁹ Eurostat, 2017; le seuil de «risque de pauvreté» équivaut à 60 pour cent du revenu médian national qui est disponible, après transferts sociaux.

¹⁰ Pour une analyse et une discussion, voir BIT, 2014a.

¹¹ Ces dernières années, de nombreux pays ont protesté contre les prix des denrées alimentaires: Algérie, Bangladesh, Burkina Faso, Égypte, Inde, Iraq, Jordanie, Maroc, Mozambique, Nigéria, Ouganda, Sénégal, République arabe syrienne, Tunisie et Yémen (Ortiz et coll., 2015). L'encadré 7.2 présente quelques données relatives aux manifestations et mouvements de protestation auxquels la suppression des subventions énergétiques a donné lieu. L'importante leçon à retenir est donc qu'il faut analyser soigneusement les impacts sociaux avant de supprimer les subventions sur les denrées alimentaires et autres subventions si l'on veut éviter de créer davantage de pauvreté et de menacer le développement humain à long terme.

Tableau 7.1 Principales mesures d'ajustement présentées par région, 2010-2015 (nombre de pays)

Région/niveau de revenu	Diminution des subventions	Réduction/plafonnement des salaires	Ciblage des prestations	Réforme des pensions	Réforme du travail	Réforme de la santé	Augmentation de la taxe à la consommation	Privatisation
Asie de l'Est et Océanie	15	18	10	6	9	2	18	8
Europe orientale/Asie centrale et occidentale	14	17	18	18	12	9	14	11
Amérique latine et Caraïbes	14	14	13	17	11	2	18	3
Moyen-Orient et Afrique du Nord	10	8	7	5	6	3	9	2
Asie du Sud	6	7	5	2	3	0	7	3
Afrique subsaharienne	38	32	15	12	8	6	27	13
Pays en développement	97	96	68	60	49	22	93	40
Pays à revenu élevé	35	34	39	45	40	34	45	15
Tous les pays	132	130	107	105	89	56	138	55

Source: Ortiz et coll., 2015, à partir d'une analyse de 616 rapports par pays du FMI.

Lien: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=54802>.

les personnes démunies; toutefois, cibler uniquement les plus pauvres est une mesure insuffisante car elle ne permet pas d'indemniser les ménages vulnérables ayant un revenu faible ou intermédiaire. La réduction des subventions offre la possibilité de dégager une marge de manœuvre budgétaire, mais il est important que les économies qu'elle permet de faire servent à élaborer des systèmes complets de protection sociale, y compris des socles de protection sociale, en vue de réaliser les ODD (encadré 7.2).

- *Réductions ou plafonnements des salaires.* Les dépenses ordinaires telles que celles afférentes aux salaires des enseignants, aux personnels de santé, aux travailleurs sociaux et aux fonctionnaires locaux tendant à constituer l'élément le plus important des budgets nationaux, 130 gouvernements de 96 pays en développement et de 34 pays à revenu élevé, selon les estimations, envisagent de baisser ou de plafonner les salaires, bien souvent dans le cadre de réformes du service civil. Cette politique peut provoquer une diminution ou une érosion de la valeur réelle des salaires, des retards dans le paiement des salaires, un gel des embauches et/ou des pertes d'emplois, autant de conséquences qui peuvent entraver gravement la prestation de services publics à la population (Cornia, Jolly et Stewart, 1987; Chai, Ortiz et Sire, 2010).
- *Rationalisation et ciblage des prestations de protection sociale.* Au total, 107 gouvernements de 68 pays en développement et de 39 pays à revenu élevé envisagent de rationaliser leurs dépenses de protection sociale au moyen d'une révision de leurs critères

d'admissibilité et d'un ciblage des personnes les plus pauvres, en réduisant dans de nombreux cas la couverture de la protection sociale, comme cela est indiqué dans divers chapitres du présent rapport. En ciblant étroitement les personnes pauvres, on risque d'exclure un grand nombre de ménages vulnérables et disposant d'un faible revenu. Dans la plupart des pays en développement, le fait de cibler les pauvres accroît la vulnérabilité des «classes moyennes» – dont la majeure partie a de très faibles revenus – et celle des personnes se trouvant juste au-dessus du seuil de pauvreté officiel (Cummins et coll., 2013). Plutôt que de cibler les prestations de protection sociale et de chercher à les diminuer en vue de réduire les dépenses à court terme, il serait particulièrement souhaitable de les améliorer en temps de crise et d'élaborer des systèmes de protection sociale pour tous.

- *Réforme des pensions de vieillesse.* Environ 105 gouvernements de 60 pays en développement et de 45 pays à revenu élevé ont engagé le débat sur les changements qu'ils peuvent apporter à leurs systèmes de pensions, par exemple la diminution des taux de cotisation des employeurs, l'augmentation des périodes ouvrant droit à pension, la prolongation de l'âge de départ à la retraite et la diminution des prestations, assorties dans certains cas d'une réforme structurelle des pensions à caractère contributif de la sécurité sociale. De ce fait, les futurs retraités vont sans doute toucher des prestations inférieures (voir à cet égard le chapitre 4 et d'autres sections du présent rapport).

Encadré 7.2 Enseignements tirés de l'utilisation de subventions énergétiques pour les systèmes de protection sociale

Depuis 2010, la réduction des subventions énergétiques relève d'une politique commune observée par les gouvernements de 132 pays. La réduction des subventions aux carburants s'accompagne souvent de la mise en place d'un filet de sécurité de base servant à indemniser les personnes démunies, comme en Angola, au Ghana et en Indonésie. Cependant, lorsque ces subventions sont supprimées, les prix des denrées alimentaires et des transports augmentent et peuvent devenir inabordable pour de nombreux ménages; par ailleurs, la hausse des coûts de l'énergie a tendance à ralentir l'activité économique et donc à créer du chômage. La suppression soudaine des subventions à l'énergie et les hausses de prix qui en ont découlé ont donné lieu à des protestations et à de violentes émeutes dans un grand nombre de pays: Cameroun, Chili, Inde, Indonésie, Kirghizistan, Mexique, Mozambique, Nicaragua, Niger, Nigéria, Ouganda, Pérou et Soudan. Ces mesures ont plusieurs conséquences importantes qui doivent être prises en considération:

- **Le calendrier.** Alors que les subventions peuvent être supprimées du jour au lendemain, la mise en place de programmes de protection sociale exige en revanche beaucoup de temps, en particulier dans les pays où les capacités institutionnelles sont limitées. Il existe donc un risque élevé que des subventions soient supprimées et laissent ainsi des populations sans protection, ce qui aurait pour conséquence que les coûts des denrées alimentaires, de l'énergie et des transports deviendraient inabordable pour de nombreux ménages.
- **Le ciblage des pauvres exclut d'autres ménages vulnérables.** Dans la plupart des pays en développement, les «classes moyennes» ont des bas revenus et sont vulnérables face aux augmentations de prix, ce qui signifie qu'une politique de suppression des subventions qui ne prévoirait des filets de sécurité qu'en faveur des pauvres risque de pénaliser les classes moyennes et les groupes à faible revenu.
- **L'affectation des économies réalisées.** Les économies réalisées grâce aux réductions des

subventions énergétiques devraient permettre aux pays d'élaborer des systèmes complets de protection sociale: si les subventions aux carburants sont importantes, les filets de sécurité compensatoires ont en général une portée et un coût faibles. Par exemple, au Ghana, la subvention aux carburants aurait coûté plus de 1 milliard de dollars E.-U. en 2013, alors que le programme LEAP (Programme de renforcement des moyens d'existence pour lutter contre la pauvreté) axé sur la protection sociale ne coûte que quelque 20 millions de dollars par année, ce qui ne représente qu'une proportion modeste des économies. Les discussions contenues dans les rapports par pays du FMI concernant l'Angola portent sur la réduction de subventions aux carburants qui bénéficient à tous les Angolais en contrepartie d'un programme de transferts conditionnels en espèces bien ciblé, destiné à protéger les personnes les moins nanties au moyen d'une subvention représentant 50 pour cent de la valeur du seuil de pauvreté et qui coûterait environ 0,5 pour cent du PIB par année, soit un huitième du niveau actuel des dépenses au titre des subventions aux carburants (FMI, 2014b). Il y a là une occasion manquée de créer un système de protection sociale des plus nécessaire pour tous les Angolais.

Les réformes des subventions sont complexes et leur impact social doit être correctement évalué et débattu dans le cadre du dialogue national afin que leurs effets nets sur le bien-être soient bien compris et que ces réformes soient acceptées avant de réduire progressivement les subventions ou de les supprimer.

La réduction des subventions énergétiques est une bonne occasion de mettre en place des systèmes de protection sociale pour tous, y compris des socles de protection sociale, et de réaliser les autres ODD. Les subventions aux carburants sont généralement importantes et devraient permettre aux gouvernements d'élaborer des systèmes complets et universels de protection sociale pour l'ensemble des citoyens, et pas uniquement pour les pauvres.

Source: BIT, 2016o; FMI, 2014b; Ortiz et coll., 2015.

- *Les réformes du travail* sont débattues par 89 gouvernements de 49 pays en développement et de 40 pays à revenu élevé. Les réformes consistent généralement à réviser les salaires minima, limiter les ajustements de salaire en fonction des indices du coût de la vie, décentraliser et affaiblir la négociation collective, faciliter les compressions d'effectifs et flexibiliser les procédures de protection de l'emploi (BIT, 2012d). Les réformes du marché du travail

sont censées avoir pour but d'augmenter la compétitivité et de soutenir les entreprises en période de récession, en visant à compenser partiellement le manque de performance du secteur financier. Les données disponibles montrent, toutefois, que bon nombre de ces réformes ne créeront pas d'emplois décents. Au contraire, dans un contexte de contraction économique, elles risquent plutôt d'engendrer une «précarisation» du marché du travail, de faire

baisser les revenus nationaux et, en fin de compte, d'entraver les efforts de redressement. Les travailleuses sont particulièrement touchées par de telles mesures (van der Hoeven, 2010; Ghosh, 2013; Berg, 2015a; Jaumotte et Osorio Buitron, 2015).

- *Réforme des systèmes de santé.* Globalement 56 gouvernements de 34 pays en développement et de 22 pays à revenu élevé débattent des réformes à opérer dans leurs systèmes de santé, d'une manière générale en faisant payer davantage les usagers (tarifs plus élevés ou copaiements) et en introduisant des mesures de réduction des dépenses dans les centres de santé publique (comme indiqué au chapitre 5). Une baisse de la qualité et une moindre disponibilité des prestations de santé ont entraîné une baisse des résultats en matière de santé (Karanikolos et coll., 2013; Kentikelenis, 2017).
- Plusieurs gouvernements envisagent également de mettre en place des mesures pour accroître leurs recettes, telles que le recours aux privatisations et, le plus souvent, l'augmentation des taxes à la consommation ou la TVA, notamment sur les produits de base consommés par tous les ménages, y compris les ménages pauvres. Il s'agit là donc d'une politique régressive.

Des organismes des Nations Unies ont signalé les impacts sociaux et économiques négatifs des politiques d'austérité et d'assainissement des finances publiques (Nations Unies, 2012; BIT, 2014a; CNUCED, 2011, 2016, 2017). Dans la plupart des pays développés, les restrictions salariales et l'austérité budgétaire ont fait baisser la demande globale, ce qui a eu des conséquences néfastes pour les pays en développement. D'après des projections fondées sur l'outil de modélisation des politiques mondiales de l'ONU, les réductions de dépenses, maintenant généralisées, auront une incidence négative sur le PIB mondial qui, selon les estimations, devrait avoir reculé de 5,5 pour cent en 2020, ce qui devrait provoquer la perte de millions d'emplois (Ortiz et coll., 2015).

Ces mesures d'ajustement à court terme doivent être remises en cause également en raison du coût humain élevé qu'elles entraînent et parce qu'elles ne permettent pas d'atteindre les ODD. Des mesures d'assainissement budgétaires mal conçues menacent non seulement le droit humain à la sécurité sociale, mais aussi les droits à l'alimentation, à la santé, à l'éducation et à d'autres biens et services essentiels (Nations Unies, 2011; HCDH, 2012a; Ortiz et Cummins, 2012; ONU

Femmes, 2015). Les politiques d'assainissement des finances publiques répondent à une logique de réduction des coûts, et leurs effets négatifs sur les femmes, les enfants, les personnes âgées, les chômeurs, les migrants ou les personnes handicapées sont considérés comme des dommages collatéraux lors de la recherche d'un équilibre budgétaire et d'un service de la dette (CESR, 2012; Seguino, 2009). La Haut-Commissaire aux droits de l'homme des Nations Unies a mis en garde sur le fait que «les mesures d'austérité mettent en danger les régimes de protection sociale, notamment les pensions, ayant donc des incidences très néfastes sur l'exercice des droits à la sécurité sociale et à un niveau de vie suffisant» (HCDH, 2013, paragraphe 13), en particulier pour les groupes vulnérables et marginalisés. Elle a insisté sur l'obligation faite aux Etats de préserver les droits de l'homme et d'assurer la satisfaction, à tout le moins, d'un niveau de base minimum pour tous les droits économiques, sociaux et culturels, y compris le droit à la sécurité sociale (HCDH, 2013, spécialement paragraphes 36-71).

D'autres solutions que ces réformes à court terme – touchant les pensions de vieillesse comme les prestations de santé – sont proposées dans divers chapitres du présent rapport. Il n'y a pas de raison que les mesures d'ajustement et les coupes budgétaires soient maintenues pendant une décennie. De nombreux pays ont assoupli leur politique entre 2012 et 2015, comme le montre la figure 7.6, et la plupart des pays à revenu intermédiaire étendent considérablement leurs régimes de protection sociale, donnant ainsi une leçon instructive en matière de développement. En outre, ainsi que cela sera exposé dans la section suivante sur les marges de manœuvre budgétaires, pratiquement tous les pays, même les plus pauvres, ont la capacité de financer la protection sociale. Plutôt que d'appliquer des mesures d'austérité à court terme, les décideurs devraient envisager toute une gamme de solutions pour élargir leur marge de manœuvre budgétaire et créer des ressources pour la protection sociale.

7.2.7 Marge de manœuvre budgétaire pour la protection sociale même dans les pays les plus pauvres

Aujourd'hui, en cette période de reprise mondiale fragile, d'assainissement budgétaire et de faible croissance, la nécessité de disposer de marges de manœuvre budgétaires n'a jamais été aussi grande. Le financement est au cœur des discussions tripartites de l'OIT depuis 2011.

La directrice générale du FMI a demandé à plusieurs reprises que l'on étudie avec détermination toutes les mesures susceptibles d'être adoptées pour soutenir la croissance et le développement en faisant le meilleur usage possible de la marge de manœuvre budgétaire¹². Compte tenu de l'importance de la protection sociale pour le développement humain et les ODD, il est en effet impératif que les gouvernements explorent toutes les possibilités d'élargissement de cet espace budgétaire pour promouvoir les ODD et leur développement national grâce à l'emploi et à la protection sociale.

Il existe toute une gamme de solutions qui permettent d'élargir l'espace budgétaire et de générer des ressources en faveur de la protection sociale, même dans les pays les plus pauvres. Plus précisément, il existe huit solutions de financement, toutes soutenues par des documents d'orientation des institutions financières internationales et de l'ONU. Elles sont amplement décrites dans un document conjoint de l'OIT, de l'UNICEF et d'ONU Femmes (Ortiz, Cummins et Karunanethy, 2017) présentant de nombreux exemples de gouvernements qui, partout dans le monde, les appliquent depuis des décennies. Ces huit solutions sont les suivantes:

1. *La réaffectation des dépenses publiques.* Il s'agit de la solution la plus courante. Elle comprend l'évaluation des allocations budgétaires actuelles grâce aux examens des dépenses publiques, à la budgétisation sociale et à d'autres analyses budgétaires, le remplacement des investissements coûteux et dont l'impact est faible par des investissements ayant de plus grandes répercussions socio-économiques, la suppression des inefficiences dans les dépenses et/ou la lutte contre la corruption. Par exemple, le Costa Rica et la Thaïlande ont réaffecté leurs dépenses militaires aux soins de santé universels; le Ghana, l'Indonésie et de nombreux autres pays en développement ont réduit ou supprimé les subventions sur les carburants et utilisé les gains ainsi obtenus pour étendre leurs programmes de protection sociale (Duran-Valverde et Pacheco, 2012; BIT, 2016o).
2. *L'augmentation des recettes fiscales.* C'est clairement le principal moyen de générer des ressources par la modification des différents types de taux de taxation (notamment des taxes sur la consommation, les
3. *L'extension de la couverture de la sécurité sociale et l'augmentation des recettes provenant des cotisations.* C'est le moyen traditionnel de financer l'assurance sociale (Cichon et coll., 2004). L'extension de la couverture et, par conséquent, l'intensification du recouvrement des cotisations sont des moyens fiables de financer la protection sociale puisqu'elles permettent de dégager un espace budgétaire pour d'autres dépenses sociales. Les prestations de protection sociale financées grâce aux cotisations liées à l'emploi encouragent également la formalisation de l'économie informelle; la «monotaxe» en Uruguay en est un exemple remarquable (BIT, 2014f). L'Argentine, le Brésil, la Tunisie et beaucoup d'autres pays ont montré qu'il était possible à la fois d'étendre la couverture et d'augmenter les cotisations.
4. *Le lobbying en faveur d'une aide et de transferts supplémentaires.* Il faut pour cela s'entretenir avec les différents gouvernements donateurs ou les organisations

bénéfices des entreprises, les activités financières, les importations et les exportations, les ressources naturelles) ou par le renforcement des méthodes de recouvrement de l'impôt et des obligations fiscales. Il est utile d'analyser l'incidence des taxes et des transferts sur la protection sociale (Bastagli, 2016). De nombreux pays augmentent leurs taxes en faveur de la protection sociale; par exemple, l'Etat plurinational de Bolivie, la Mongolie et la Zambie financent les pensions universelles, les allocations pour l'enfance et d'autres types de régimes à partir des taxes sur l'exploitation minière et le gaz (BIT, 2016r). Le Ghana, le Libéria et les Maldives ont introduit des taxes sur le tourisme pour soutenir les programmes sociaux; le Gabon a utilisé les recettes tirées de la TVA sur les communications mobiles pour financer son système universel de soins de santé; l'Algérie, Maurice et le Panama, notamment, ont complété leurs recettes de sécurité sociale avec des taxes élevées sur le tabac; et le Brésil a introduit une taxe provisoire sur les transactions financières pour étendre la couverture de la protection sociale (BIT, 2016s). D'autres pays ont organisé des loteries pour compléter les dépenses de sécurité sociale, comme la «Loterie sociale» en Chine ou la ONCE en Espagne en faveur de l'insertion sociale des aveugles.

¹² Par exemple, «Don't let the fiscal brakes stall global recovery» (Ne laissons pas le coup de frein budgétaire bloquer la reprise mondiale), *Financial Times*, 15 août 2011; «IMF Managing Director Christine Lagarde calls for bold, broad and accelerated policy actions» (La directrice générale du FMI, Christine Lagarde, appelle à prendre des mesures audacieuses, de grande ampleur et accélérées), communiqué de presse du *Financial Times*, 27 février 2016.

internationales en vue d'intensifier les transferts Nord-Sud ou Sud-Sud. Bien qu'ils soient nettement plus faibles que les traditionnels volumes de l'aide publique au développement, les transferts bilatéraux (par exemple depuis la Chine) et les transferts régionaux Sud-Sud peuvent aussi soutenir les investissements sociaux et ils méritent que l'on s'y intéresse. Dans le Programme d'action d'Addis-Abeba issu de la troisième Conférence internationale sur le financement du développement (2015), les gouvernements du monde entier ont accepté de relever ce défi, du moins en partie, dans le cadre d'un «nouveau pacte social» aux termes duquel ils sont convenus de mettre en place «des systèmes et des mesures de protection sociale pour tous, viables sur le plan budgétaire et adaptés aux contextes nationaux, y compris des socles de protection sociale...» (Nations Unies, 2015e, p. 6 de la version anglaise). Les Etats membres se sont aussi engagés à «mobiliser un appui international résolu en faveur de ces actions» et ont dit qu'ils envisageaient de «réfléchir à des modalités cohérentes de financement qui permettent de mobiliser des ressources additionnelles» (*ibid.*).

5. *L'élimination des flux financiers illicites.* Estimé à plus de dix fois le montant total de l'aide publique au développement reçue, un volume gigantesque de ressources sort illégalement des pays en développement chaque année. A ce jour, peu de progrès ont été accomplis et les décideurs devraient sévir contre le blanchiment d'argent, la corruption, l'évasion fiscale, la manipulation des prix commerciaux et d'autres infractions financières car elles sont illégales et privent les gouvernements des revenus nécessaires à la protection sociale et aux ODD.
6. *L'exploitation des réserves budgétaires et des devises étrangères des banques centrales.* Cette solution implique de puiser dans les économies budgétaires et d'autres recettes publiques déposées sur des fonds spéciaux, tels que les fonds souverains, ou d'utiliser les réserves de change excédentaires de la banque centrale pour le développement national et régional. L'Etat plurinational de Bolivie, le Chili, la Norvège et le Venezuela, notamment, recourent aux réserves budgétaires pour leurs investissements sociaux; le Fonds de pension gouvernemental–Etranger (Government Pension Fund-Global) de la Norvège est peut-être le cas le plus connu.
7. *La gestion de la dette: l'emprunt ou la restructuration de la dette existante.* Cela implique d'envisager des possibilités d'emprunts locaux et étrangers à faible

coût, y compris des conditions de faveur, après une évaluation minutieuse de la viabilité de la dette. Par exemple, en 2017, la Colombie a créé la première obligation à impact social dans les pays en développement et l'Afrique du Sud a émis des obligations de collectivités locales pour financer des services de base et l'infrastructure urbaine, et ce afin de remédier aux déséquilibres financiers après le régime d'apartheid. Pour les pays surendettés, la restructuration de la dette existante est sans doute possible et justifiable si la légitimité de la dette est discutable ou si le coût d'opportunité entraînant des privations pour les groupes vulnérables est élevé. Au cours de ces dernières années, plus de 60 pays ont réussi à renégocier leur dette et plus de 20 pays (par exemple l'Equateur et l'Islande par exemple) se sont révélés défaillants ou ont répudié leur dette publique, affectant les économies réalisées sur le service de la dette à des programmes de protection sociale (BIT, 2016t).

8. *L'adoption d'un cadre macroéconomique plus souple.* Cela implique des déficits budgétaires plus élevés et une hausse de l'inflation sans compromettre la stabilité macroéconomique. Durant la récession mondiale, un grand nombre de pays en développement ont utilisé les déficits budgétaires et des cadres macroéconomiques plus souples afin de pouvoir répondre aux demandes urgentes durant une période marquée par une faible croissance et d'appuyer les efforts de redressement économique et social.

Chaque pays est unique, et toutes les solutions doivent être soigneusement examinées – notamment leurs risques et leurs inconvénients – et faire l'objet de mûres réflexions dans le cadre d'un dialogue national. Le dialogue tripartite national regroupant le gouvernement, les employeurs et les travailleurs, ainsi que la société civile, des universitaires, les institutions des Nations Unies et d'autres acteurs est un élément fondamental pour stimuler l'engagement politique en vue d'exploiter toutes les possibilités en matière de marge budgétaire dans un pays et d'adopter la combinaison optimale de politiques publiques en faveur d'une croissance inclusive et de la protection sociale. Se déroulant souvent dans le cadre de processus de concertation nationale menée conjointement avec les Nations Unies sur la base du dialogue national d'évaluations de la protection nationale, le dialogue social national est le meilleur moyen d'élaborer une stratégie optimale en matière de politique macroéconomique et budgétaire et de définir les besoins de protection sociale et les investissements nécessaires à la réalisation des ODD.

7.2.8 La protection des migrants

Les mouvements migratoires se sont amplifiés et diversifiés ces dernières décennies. La démarcation entre pays d'origine et pays d'accueil s'estompe: les flux migratoires Sud-Sud ont sensiblement augmenté, bien que ce soit toujours dans les pays à revenu élevé que l'on comptabilise le plus grand nombre de migrants (BIT, 2015g). Parmi les quelque 244 millions de migrants dans le monde (Nations Unies, 2015c), l'OIT estime à 150,3 millions le nombre de travailleurs migrants.

L'une des plus grandes difficultés auxquelles sont confrontées les personnes qui émigrent est l'accès à la protection sociale, et notamment à la protection de la santé. Une législation et une réglementation administrative restrictives peuvent limiter l'accès des migrants à la protection sociale, en raison souvent du manque de coordination entre les pays en vue d'assurer la transférabilité des droits et des prestations. De plus, s'ils peuvent légalement bénéficier de la protection sociale, ce droit théorique n'est pas toujours suivi d'effet dans la pratique, en raison de la barrière linguistique ou d'autres barrières d'ordre matériel. Les travailleurs de l'économie informelle, dans leur pays d'accueil comme dans leur pays d'origine, ne sont pas reconnus ni protégés par la loi et sont davantage susceptibles d'être victimes de mauvaises conditions de travail, d'exploitation, de discrimination ou d'un manque de représentation, autant de facteurs qui entraînent souvent une aggravation de la pauvreté, des migrations irrégulières et une absence de protection sociale. Les femmes, qui représentent 44,3 pour cent du stock estimé de migrants (BIT, 2015g), sont exposées à des risques spécifiques, comme c'est le cas dans le domaine du travail domestique.

Les déficits de travail décent et les difficultés économiques comptent parmi les principaux facteurs à l'origine des migrations. Renforcer les systèmes de sécurité sociale, y compris les socles de protection sociale, va donc non seulement réduire les vulnérabilités et l'exclusion sociale, et contribuer au développement économique et social, mais va aussi remédier à l'une des causes profondes de la migration. Il est maintenant

communément admis que le travail décent (et notamment la protection sociale) tout comme les migrations pratiquées de façon ordonnée, sûre et responsable participent grandement au développement durable, tel que cela est énoncé dans les ODD 8.8 et 10.7.

Un exercice de recensement de l'OIT montre que, sur 120 pays, 70 (soit 58 pour cent) ont adopté des dispositions légales qui accordent l'égalité de traitement dans toutes les branches (à l'exception de l'accès aux soins de santé) du régime contributif de sécurité sociale; 73 pays ont des dispositions qui accordent l'égalité de traitement dans l'accès aux soins de santé et 105 en matière d'accidents du travail et maladies professionnelles. Sur les 120 pays en question, 26 n'ont conclu aucun accord bilatéral et 43 aucun accord multilatéral. Parmi les pays qui ont conclu des accords bilatéraux, seuls 8 en ont signé plus de 20 (van Panhuys, Kazi-Aoul et Binette, 2017)¹³.

Prenant en considération les obstacles particuliers auxquels sont confrontés les migrants, les conventions et recommandations de l'OIT proposent un cadre juridique international qui régit la protection des droits des travailleurs migrants à la sécurité sociale et repose sur des principes de base, à savoir: l'égalité de traitement; la conservation des droits acquis et le paiement de prestations à l'étranger («transférabilité»); la détermination de la législation applicable; la conservation des droits en cours d'acquisition (principe de «totalisation») et l'assistance administrative. Elles appellent également les Etats Membres à étendre la protection sociale et à conclure des accords bilatéraux ou multilatéraux. Les récents événements survenus dans le monde ont montré à quel point la protection sociale était déterminante pour les migrants et ils ont été l'occasion de renouveler l'appel en faveur d'un meilleur accès à la protection sociale et d'une meilleure transférabilité des droits¹⁴.

De toute évidence, il reste encore beaucoup à faire pour garantir aux migrants l'accès à la protection sociale. Il existe plusieurs moyens d'action, à savoir: 1) la ratification et l'application des conventions et recommandations de l'OIT; 2) la conclusion d'accords et de traités (bilatéraux et multilatéraux) en matière de sécurité sociale pour assurer l'égalité de traitement

¹³ Le recensement ne porte que sur la couverture légale et n'indique pas si les accords ou dispositions sont effectivement appliqués. De plus, les accords bilatéraux ne concernent souvent que quelques branches (notamment la vieillesse).

¹⁴ Par exemple dans la résolution de la Conférence internationale du Travail concernant une gouvernance équitable et efficace des migrations de main-d'œuvre (BIT, 2017g), dans la Déclaration de New York pour les réfugiés et les migrants (2016) et dans le Programme d'action d'Addis-Abeba (Nations Unies, 2015e) qui propose aussi aux gouvernements d'élargir et de diversifier l'assiette fiscale. Les cotisations de sécurité sociale et les impôts versés par les migrants peuvent contribuer à la réalisation de cet objectif tout en renforçant la viabilité financière des systèmes de sécurité sociale et la répartition des risques (Hagen-Zanker, Mosler Vidal et Sturge, 2017).

et la transférabilité des droits à la protection sociale¹⁵, ou l'extension des accords ou traités existants à des groupes comme les travailleurs indépendants et les travailleurs domestiques; 3) l'introduction de dispositions relatives à la sécurité sociale dans les conventions collectives¹⁶; 4) le renforcement des systèmes nationaux de sécurité sociale, notamment les socles de protection sociale pour tous, y compris pour les migrants et leur famille; 5) l'adoption d'autres mesures unilatérales tendant notamment à garantir l'égalité de traitement et le versement des prestations à l'étranger, à promouvoir la participation volontaire ou obligatoire aux régimes nationaux d'assurance, à créer des fonds d'aide sociale à l'intention des nationaux qui travaillent à l'étranger, ainsi que des mesures pour accompagner la formalisation ou la régularisation; et 6) l'adoption de mesures complémentaires visant à lever les obstacles d'ordre pratique, sous forme, entre autres, de campagnes de communication, de services juridiques et sociaux, de séances d'information avant le départ et de diffusion des documents dans la langue des intéressés.

Bien que le chemin puisse paraître quelque peu tortueux, il importe d'engager des dialogues entre les régions et au sein même des régions, d'organiser des consultations tripartites, de renforcer les capacités institutionnelles et d'améliorer les données et les technologies de l'information afin de mettre au point et d'appliquer des politiques qui, au final, permettront à tous, nationaux comme migrants, de bénéficier effectivement de la protection sociale.

7.2.9 Instauration des systèmes de protection sociale dans les contextes de crise et de fragilité

En 2018, la majeure partie des populations se trouvant en état de pauvreté extrême et quelque 30 pour cent des enfants du monde entier vivront dans des Etats qualifiés de fragiles. Un nombre croissant de pays ou de régions dans le monde connaissent de telles situations, ce qui hypothèque grandement l'extension, ou même la sauvegarde des droits en matière de protection sociale. Un simple coup du sort peut balayer des années d'avancée sociale, comme cela a été le cas lors de l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest (voir encadré 7.3)

Ces situations de fragilité montrent à quel point il importe de mieux coordonner les interventions de secours d'urgence et les efforts déployés sur le long terme pour promouvoir des mécanismes viables de protection sociale. L'instauration de systèmes complets de protection sociale, y compris de socles de protection sociale, peut s'inscrire dans le cadre des stratégies nationales de prévention des catastrophes et peut constituer un mécanisme efficace permettant aux pays de faire face aux besoins de protection en cas de chocs¹⁷. L'OIT collabore avec des partenaires humanitaires au sein du système des Nations Unies par l'intermédiaire d'un réseau visant à promouvoir la construction de systèmes de protection sociale dans les situations de crise et de fragilité, afin de prévenir et de surmonter les crises. Il s'agit notamment de:

- *Mobiliser les systèmes existants de protection sociale lors des opérations de secours déployées à la suite d'un choc.* Les pays qui disposent d'un système de protection sociale peuvent recourir aux dispositifs et programmes existants pour distribuer des secours en espèces et en nature aux populations touchées; une aide extérieure acheminée via le système en place peut aussi servir à transférer les nouvelles technologies et améliorer les capacités.
- *Cœuvrer à l'instauration d'un système national viable de protection sociale, qui sera progressivement institutionnalisé par le gouvernement.* A la suite d'une crise, les interventions immédiates de secours peuvent donner lieu à des programmes disparates financés par plusieurs donateurs internationaux; une meilleure coordination peut jeter les bases d'un système national viable de protection sociale, mis en œuvre à terme par le gouvernement.
- *Aménager les systèmes existants de protection sociale de manière à accroître leur capacité et renforcer leur résilience de sorte qu'ils puissent répondre rapidement et de manière appropriée aux futurs chocs.* Dans les pays régulièrement confrontés à des catastrophes naturelles et à d'autres situations de crise, l'établissement et la mise en application de plans d'urgence pouvant répondre rapidement et de manière appropriée aux événements préjudiciables peuvent réduire les temps d'intervention et accroître l'efficacité des

¹⁵ La recommandation (n° 167) sur la conservation des droits en matière de sécurité sociale, 1983, propose un accord modèle en matière de sécurité sociale.

¹⁶ La recommandation (n° 86) sur les travailleurs migrants (révisée), 1949, propose un accord type sur les migrations de travailleurs.

¹⁷ Le rôle important de la protection sociale à cet égard est également souligné dans la recommandation (n° 205) sur l'emploi et le travail décent pour la paix et la résilience, 2017, adoptée récemment.

Encadré 7.3 Efforts de redressement après l'épidémie d'Ebola

L'épidémie d'Ebola qui a éclaté en Afrique de l'Ouest en 2014-2016 a mis en exergue les carences et le grave manque de financement tant des systèmes de santé en Afrique de l'Ouest que du système de surveillance mondiale tendant à repérer et à neutraliser au plus vite les pandémies. Plusieurs facteurs ont participé à l'accélération de la transmission du virus ou au retardement des solutions à apporter, à savoir: les lacunes des systèmes de santé nationaux; l'accès insuffisant des habitants aux services de base comme l'eau, l'assainissement, les soins de santé et la protection sociale; la pratique dangereuse de certains rites traditionnels; la gouvernance trop centralisée et des mécanismes de responsabilisation défaillants; des retards dans l'intervention internationale. En Afrique de l'Ouest, ce qui a commencé par une crise sanitaire s'est rapidement transformé en une crise humanitaire, sociale et sécuritaire. En réponse à l'appel lancé par le Secrétaire général des Nations Unies et les gouvernements de la Guinée, du Libéria et de la Sierra Leone, un groupe de travail interinstitutions, dont l'OIT, a été

mis sur pied pour procéder au redressement après l'épidémie d'Ebola, en consultation avec plusieurs partenaires, dont la Communauté économique des Etats de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) et l'Union africaine. Ce groupe de travail s'est employé à trouver des solutions de redressement à court, moyen et long terme, tandis que s'est poursuivie l'administration de traitements médicaux d'urgence pour lutter contre l'épidémie. En mars 2016, l'Organisation mondiale de la santé a mis fin à la procédure d'urgence de santé publique: quelque 28 652 cas d'Ebola ont été comptabilisés ainsi que 11 325 décès. Les efforts visant à créer des systèmes de santé publique en Afrique de l'Ouest se poursuivent avec l'aide des partenaires du développement, tel que cela figure dans les stratégies nationales de redressement après l'épidémie d'Ebola en Guinée, au Libéria et en Sierra Leone, efforts qui tendent notamment à accroître leur capacité et à renforcer leur résilience de façon à apporter des réponses rapides aux éventuelles crises sanitaires futures.

Source: NU, 2015d.

actions conduites au niveau national; cela concerne la capacité à fournir des prestations supplémentaires ou complémentaires à ceux qui ont été le plus durement touchés, ou la capacité à étendre efficacement la couverture à de nouveaux bénéficiaires.

- *Etendre la protection sociale ou les services sociaux aux populations déplacées de force.* L'une des conséquences malheureuses de nombreuses situations de crise ou de fragilité est celle du déplacement forcé; en 2015, plus de 65 millions de personnes étaient soit des réfugiés, soit des demandeurs d'asile à l'étranger, soit des personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays. Plusieurs institutions et ONG s'emploient régulièrement à trouver des solutions et à fournir une aide humanitaire aux populations déplacées; il s'agit là de répondre aux besoins les plus immédiats mais, lorsque ces efforts sont associés à d'autres formes d'aide, ils peuvent aboutir à des solutions plus durables. Bon nombre de réfugiés du monde entier passent de très longues périodes en exil, pendant des crises qui perdurent le plus souvent; cela suscite un débat sur la nécessité d'apporter des solutions à long terme, par lesquelles on pourrait compléter les services d'urgence par d'autres formes d'aide, y compris le développement des compétences et la participation à des programmes nationaux de protection sociale.

7.2.10 Renforcer la dimension environnementale

L'élévation des températures et du niveau des mers, la sécheresse, les inondations et autres conséquences du changement climatique peuvent sérieusement mettre à mal les moyens de subsistance des individus ainsi que les économies nationales. Qu'elle soit récurrente ou ponctuelle, la nécessité de protéger les gens des répercussions des phénomènes météorologiques liés au changement climatique est une préoccupation majeure pour les pays tant développés qu'en développement, car il s'agit de s'attaquer aux causes profondes.

Les mesures d'atténuation du changement climatique, et notamment les efforts tendant à réduire les émissions de gaz à effet de serre, peuvent créer de nouveaux secteurs «verts» de l'économie. L'OIT estime que les efforts visant à réduire les émissions de carbone et à améliorer l'efficacité énergétique et l'utilisation efficace des ressources pourraient générer entre 15 et 60 millions de nouveaux emplois. Mais ceux dont les moyens de subsistance dépendent de pratiques moins respectueuses de l'environnement vont avoir besoin d'accompagnement, sous forme notamment de protection sociale, car les pays sont tenus de faire des choix difficiles pour éliminer progressivement les industries polluantes et autres industries non durables. Des mesures propres à assurer la reconversion des travailleurs et à protéger ceux qui perdent leur emploi ou leurs

moyens de subsistance vont s'imposer pour assurer une «juste transition» vers des économies et des sociétés vertes. L'Accord de Paris sur le climat, adopté en décembre 2015 par la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques (CCNUCC), fait référence à la nécessité de procéder à une juste transition. L'OIT a aussi, dans le cadre de négociations tripartites, mis au point une série de principes directeurs visant à assurer que les transitions structurelles vers une meilleure durabilité sont équitables sur le plan social (BIT, 2015h).

Dans la lutte contre le changement climatique, la protection sociale a une double fonction. Tout d'abord, elle peut contribuer à protéger les populations qui risquent d'être de plus en plus pénalisées par les phénomènes climatiques. Les prestations sociales, telles que les transferts en espèces ou en nature, et les programmes de garantie de l'emploi peuvent venir en aide aux ménages touchés par les phénomènes climatiques extrêmes ou par la lente dégradation de l'environnement liée au changement climatique. De nombreux pays aménagent leurs programmes actuels ou en conçoivent de nouveaux pour fournir, aux ménages les plus exposés, une protection sociale qui tienne compte des changements climatiques. C'est ainsi que, lorsque le typhon Haiyan a frappé les Philippines en 2013, le gouvernement a mis en œuvre un programme de garantie de l'emploi déjà existant pour fournir des possibilités de revenus aux ménages les plus pauvres. Grâce à l'appui de l'OIT et des collectivités locales, les participants au programme ont bénéficié de dispositifs publics de protection sociale visant à couvrir la maladie et les accidents professionnels (BIT et AFD, 2016a). En Ethiopie, le Programme de filet de sécurité productif (PSNP) fournit des transferts réguliers d'argent aux personnes démunies de manière chronique, mais il a ajouté un versement complémentaire dont le montant est fonction d'un indice climatique: lorsque, dans une région donnée, les précipitations se situent en deçà d'un chiffre précis, un versement complémentaire vient aider les habitants à faire face aux sécheresses à répétition (BIT et AFD, 2016b). Aux Etats-Unis, à la suite de l'ouragan Katrina qui a frappé le pays en 2005, le plafond des prestations a été relevé pour les habitants touchés par la catastrophe et déjà au bénéfice d'un programme de sécurité alimentaire. L'accès de nouveaux participants au programme a aussi été facilité grâce à l'allègement du nombre de documents réclamés pour justifier de l'identité et des salaires, dans le cadre des protocoles prédéfinis d'intervention en cas d'urgence et mis en œuvre pour optimiser le programme de réponse aux crises. Dans

chacun des cas, le fait de disposer d'un socle minimal de mesures de protection sociale avant la survenue d'une catastrophe permet d'accélérer les secours et s'avère plus efficace que les efforts décidés et mis en œuvre une fois seulement la catastrophe arrivée.

La seconde fonction de la protection sociale liée au changement climatique est celle d'un outil qui peut être utilisé pour protéger les individus et les ménages qui sont affectés de manière préjudiciable par les initiatives prises par les gouvernements pour abandonner les pratiques et industries polluantes. De nombreux pays se sont engagés à réduire leurs émissions de gaz à effet de serre, notamment dans leurs contributions prévues déterminées au niveau national et remises lors de la 21^e Conférence des parties à la CCNUCC (COP 21). Adopter des politiques énergétiques plus respectueuses de l'environnement, comme l'arrêt du subventionnement des combustibles fossiles, la conservation des forêts et la fermeture des sites de production à fortes émissions de carbone fait partie des nombreuses mesures adoptées par les pays.

Si certaines politiques climatiques s'avèrent efficaces pour réduire les gaz à effet de serre, elles ne vont pas manquer d'avoir des effets préjudiciables sur les travailleurs ou autres segments de la population dont les moyens de subsistance dépendent de pratiques non durables. Les prestations sociales, et notamment les allocations de chômage, les transferts en espèces et en nature, peuvent venir en aide à ceux qui perdent leur emploi, ceux qui se voient imposer de nouvelles restrictions dans leurs activités de subsistance ou sont confrontés à l'augmentation des prix des combustibles fossiles dont ils sont tributaires. Assortir ces réformes climatiques de mesures de protection sociale pour atténuer les retombées sociales néfastes s'avère également judicieux car les décideurs comptent souvent sur l'adhésion des individus et des communautés pour assurer la bonne mise en œuvre des réformes.

De nombreux pays ont déjà accompagné leurs réformes climatiques de mesures de protection sociale pour atténuer les répercussions sociales ou économiques négatives prévisibles. Ainsi la Chine a mis fin à de nombreuses activités d'exploitation forestière et a imposé des restrictions en matière d'occupation des sols afin de reboiser de vastes étendues des bassins du Yang Tsé Kiang et du fleuve Jaune. Des allocations et des prestations de chômage ont été allouées aux travailleurs concernés et des transferts d'argent ont été effectués à l'intention des habitants pour les dissuader de défricher les terres à des fins d'exploitation agricole et pour promouvoir les activités de préservation (BIT et AFD,

2016c). Au Brésil, le programme Bolsa Verde s'adresse aux ménages les plus pauvres qui vivent sur des sites protégés à des fins de conservation et prévoit un transfert d'argent complémentaire, conditionnant cette aide à une formation sur les entreprises durables et à des activités de préservation des forêts (BIT et AFD, 2016d; Schwarzer, van Panhuys et Diekmann, 2016).

7.3 Un partenariat mondial pour la protection sociale universelle

L'objectif qui consiste à instaurer des systèmes de protection sociale, y compris des socles de protection sociale, ne peut se concrétiser qu'au moyen d'efforts concertés aux niveaux national et international, et notamment d'efforts déployés conjointement par les institutions des Nations Unies et avec l'aide des institutions nationales, sous-régionales et régionales compétentes ainsi que des partenaires sociaux.

Dans les pays, des équipes multipartites ont été mises sur pied dès 2009 pour contribuer, grâce au dialogue national sur la protection sociale, à l'élaboration de stratégies nationales de protection sociale ainsi qu'à la conception pratique et à la mise en œuvre de socles de protection sociale. Ces équipes sont composées de représentants de divers ministères (travail, santé, protection sociale, finances, développement économique local, entre autres), des organisations de travailleurs et d'employeurs, de la société civile, du secteur privé, du système des Nations Unies, des banques de développement et des partenaires du développement. L'Initiative «Unis dans l'action» des Nations Unies pour un Socle de protection sociale (SPF-1) a été lancée en 2009 par la plus haute autorité de l'administration onusienne, le Conseil des chefs de secrétariat des organismes des Nations Unies¹⁸. Depuis lors, les équipes de pays des Nations Unies travaillent de concert pour engager des processus de concertation nationale menés sur la base d'évaluations, afin de concevoir et de mettre en œuvre des systèmes de protection sociale, y compris des socles de protection sociale, dans de nombreux pays d'Afrique, d'Asie, d'Europe orientale et d'Amérique latine. Le Groupe des Nations Unies pour le développement (GNUD) a publié des principes directeurs et la présidente du GNUD ainsi que le Directeur général du BIT¹⁹ ont, en 2014, lancé un appel à l'intention de

toutes les équipes de pays des Nations Unies; par ailleurs, des guides et autres documents ont été produits pour aider les équipes de pays des Nations Unies à instaurer des systèmes et des socles de protection sociale²⁰.

En 2012, les gouvernements, les employeurs et les travailleurs de nombreux pays ont adopté la recommandation (n° 202) de l'OIT sur les socles de protection sociale. Leur détermination à ériger des systèmes de protection sociale a conduit à la mise sur pied, pour les employeurs, d'un Réseau mondial d'entreprises pour les socles de protection sociale et au lancement de l'Initiative Protection sociale, liberté et justice pour les travailleurs. De plus, la Coalition mondiale pour les socles de protection sociale a été instituée par des groupes de la société civile dans le but d'enjoindre les États à donner effet à la recommandation n° 202; à ce jour, la coalition compte plus de 80 ONG membres et milite en faveur de l'ODD 1.3.

Cette même année 2012, le Conseil de coopération interinstitutions pour la protection sociale (SPIAC-B) a vu le jour, à l'initiative des dirigeants du G20. Il est composé de représentants d'organisations internationales et de donateurs bilatéraux et il est coprésidé par l'OIT et la Banque mondiale. Depuis 2015, date à laquelle les ODD ont été approuvés par l'Assemblée générale des Nations Unies, ses membres œuvrent pleinement à la réalisation des ODD portant sur la protection sociale.

En 2015, en adoptant les ODD, les pays du monde entier se sont engagés à mettre en place des systèmes de protection sociale pour tous, adaptés au contexte national, y compris des socles de protection sociale, afin de réduire et de prévenir la pauvreté. Des associations régionales comme l'Union africaine, l'ASEAN, les BRICS, la CARICOM, le MERCOSUR, l'ASACR et la CDAA, entre autres, s'emploient à promouvoir l'extension des systèmes de protection sociale.

La Banque mondiale et l'OIT ont lancé conjointement une initiative en faveur de la protection sociale universelle avec les principaux partenaires du développement, afin de promouvoir la réalisation de l'ODD 1.3. C'est ainsi que le Partenariat mondial pour la protection sociale universelle a été créé le 21 septembre 2016 à New York, au cours de la 71^e Assemblée générale des Nations Unies, démontrant, quelque 23 exemples de pays à l'appui, que la protection sociale universelle est réalisable dans les pays en développement (encadré 7.4).

¹⁸ Voir <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourcePDF.action?id=14583>.

¹⁹ Voir <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourcePDF.action?ressource.ressourceId=44138>.

²⁰ Voir <http://un.social-protection.org>.

Encadré 7.4 Un partenariat multipartite pour l'ODD 1.3

Un partenariat mondial réunit dans une seule et même structure divers réseaux représentatifs de différentes parties prenantes, qui tiennent compte des avantages comparatifs de chaque partie, afin de contribuer à la réalisation de l'ODD 1.3. Ces réseaux sont les suivants:

- *Le Conseil de coopération interinstitutions pour la protection sociale* (SPIAC-B), un mécanisme restreint de coordination interinstitutions composé de représentants d'organisations internationales et de donateurs bilatéraux. Coprésidé par l'OIT et la Banque mondiale, il a pour objectif d'améliorer la cohérence des politiques, de promouvoir la mobilisation en faveur de la protection sociale et de coordonner la coopération internationale dans des opérations déterminées par la demande des pays; il a produit un certain nombre d'outils interinstitutions d'évaluation de la protection sociale. Voir <http://www.ilo.org/newyork/issues-at-work/social-protection/social-protection-inter-agency-cooperation-board/lang--en/index.htm>.
- *L'approche des Nations Unies «Unis dans l'action» pour les socles de protection sociale*. Il s'agit là, pour le GNUD et l'OIT, d'un domaine prioritaire qui mobilise l'aide de toutes les institutions des Nations Unies et des partenaires du développement par l'intermédiaire des équipes de pays «Unis dans l'action» des Nations Unies pour les socles de protection sociale. L'objectif est d'élaborer et de mettre en œuvre, grâce à un dialogue d'assise nationale, des systèmes et des socles de protection sociale, comme le prévoient les plans-cadres des Nations Unies pour l'aide au développement (PNUAD) et les plans de mise en œuvre des ODD. Depuis 2009, des groupes de travail thématique régionaux exerçant sous les auspices du GNUD ont été mis sur pied dans les régions de l'Asie et du Pacifique, de l'Europe et de l'Asie centrale et des États arabes afin d'intensifier la coopération et d'adopter des positions, des outils et des méthodologies communs (BIT et GNUD, 2016) et de promouvoir des activités conjointes dans les pays sur les socles de protection sociale. Au niveau mondial, l'«Unité d'action» pour la protection sociale est un modèle de comportement pour le GNUD (GNUD et BIT, 2014). Le Bureau de la coordination des activités de développement des Nations Unies (UNDOCO) et un Fonds commun des Nations Unies pour les socles de protection sociale vont bientôt apporter leur appui à l'initiative «Unis dans l'action» en lançant une programmation commune. Voir <http://un.social-protection.org>.
- *Les organisations de la société civile*. La Coalition mondiale pour les socles de protection sociale, conduite par 80 organisations de la société civile, défend le droit à la protection sociale et l'extension des socles de protection sociale aux travailleurs de l'économie informelle et autres groupes vulnérables; elle fait grandement œuvre de sensibilisation et a établi un indicateur pour le socle de protection sociale (FES, 2016). Voir <http://www.socialprotectionfloorscoalition.org>.
- *Les travailleurs*. L'Initiative Protection sociale, liberté et justice pour les travailleurs, lancée par les syndicats, mobilise les organisations de travailleurs qui s'emploient à défendre les droits des travailleurs dans le cadre de la mise en place de systèmes de protection sociale et de réformes de la sécurité sociale. Voir <http://www.social-protection.org/gimi/gess/ShowProject.action?id=3048>.
- *Les employeurs*. Le Réseau mondial d'entreprises pour les socles de protection sociale est une plateforme d'échanges d'informations et un moyen d'impliquer plus concrètement les entreprises du secteur privé. Il fait valoir les arguments en faveur de la protection sociale, et explique notamment que la protection sociale contribue à stimuler la compétitivité des entreprises en améliorant la productivité des travailleurs, en attirant et en conservant les talents et en améliorant l'image de l'entreprise. Voir <http://www.social-protection.org/gimi/gess/ShowProject.action?id=3030>.
- *Le monde universitaire*. Les partenariats avec les universités et les centres de recherche, notamment le Centre international de formation de l'OIT et l'École des cadres du système des Nations Unies (UNSSC) à Turin, en Italie. Le Centre dispense, dans le cadre de l'Académie sur la sécurité sociale, un programme de formation annuel sur la gouvernance et le financement, les réformes et l'extension des systèmes de protection sociale, y compris les socles de protection sociale. Le Centre et l'UNSSC proposent un module commun de formation sur la protection sociale pour le développement durable dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030. Voir <http://www.itcilo.org/fr/domaines-de-competence/protection-sociale/acada-c-mie-de-la-sa-c-curita-c-sociale>.
- *Le Partenariat mondial pour la protection sociale universelle*, codirigé par l'OIT et la Banque mondiale, a été lancé en 2016 à New York, lors de la 71^e Assemblée générale des Nations Unies. En 2017, il réunit quelque 15 organisations internationales et autres partenaires du développement. Voir <http://www.social-protection.org/gimi/NewYork.action?id=34>.

Le Partenariat mondial pour la protection sociale universelle est le fruit d'une forte mobilisation internationale. Chacune des parties prenantes a de bonnes raisons de soutenir l'ODD 1.3: les gouvernements, parce qu'ils s'emploient à réduire la pauvreté, à promouvoir le développement économique et la stabilité politique; les organisations de travailleurs et la société civile, parce que la protection sociale est un droit de l'homme et qu'elle contribue à la justice sociale; les organisations d'employeurs et les entreprises du secteur privé, parce que la protection sociale améliore la productivité des travailleurs et la compétitivité des entreprises; les partenaires du développement et les banques de développement, parce que la protection sociale est le fer de lance d'un développement équitable, inclusif et durable. Le système des Nations Unies préconise l'«Unité

d'action» en faveur de la protection sociale, faisant valoir que c'est le moyen le plus efficace d'obtenir des résultats tangibles dans les pays. Tous ces acteurs réunis peuvent contribuer au succès de l'entreprise.

Le fait que des millions de gens se voient refuser l'accès à une protection sociale va à l'encontre des valeurs démocratiques et de la justice sociale, nuit aux efforts de développement et fait payer un lourd tribut politique aux gouvernements. Le Partenariat mondial pour la protection sociale universelle montre la détermination de la communauté internationale à remédier à cette anomalie et à renforcer la coopération. Les ODD ont fortement ancré dans les esprits, partout dans le monde, l'impérieuse nécessité de fournir une protection sociale appropriée à tous les individus. Il ne tient qu'à nous de passer à l'action.

Annexe I

Glossaire

Ce glossaire porte sur les concepts fondamentaux, les définitions et la méthodologie orientant les travaux d'analyse du Bureau international du Travail (BIT) en matière de sécurité sociale ou de protection sociale¹. L'objectif n'est pas d'arrêter une définition universelle, mais simplement de clarifier les termes et les concepts, tels qu'ils sont utilisés dans le présent rapport et au sein du BIT.

Programme de transferts en espèces. Régime ou programme non contributif qui fournit des prestations en espèces à des particuliers ou à des ménages et qui est généralement financé par l'impôt, par d'autres recettes publiques ou par des subventions ou prêts externes. Les programmes de transferts en espèces² peuvent ou non s'appliquer sous conditions de ressources.

Les programmes de transferts en espèces qui imposent certaines obligations comportementales aux familles sont qualifiés de programmes de transferts conditionnels en espèces (TCE). Cela peut signifier, par exemple, que les bénéficiaires sont tenus de veiller à ce que leurs enfants suivent une scolarité régulière ou d'utiliser des services de nutrition préventive et de soins de santé essentiels.

Programme public d'emploi. Programme gouvernemental offrant des possibilités d'emploi à certaines

catégories de personnes dans l'incapacité de trouver un autre emploi. Les programmes publics d'emploi incluent les régimes de garantie d'emploi et les programmes «cash for work» (argent contre travail) et «food for work» (nourriture contre travail) (voir encadré 3.2).

Programme/régime de protection sociale (programme/régime de sécurité sociale). Cadre réglementaire distinct visant à fournir des prestations de protection sociale aux personnes éligibles. Ce cadre devrait préciser le champ d'application du programme, qu'il s'agisse du territoire couvert ou des catégories de personnes concernées (groupe cible), les conditions régissant le droit aux prestations, le type de prestations, le montant des prestations (transferts en espèces), la périodicité et autres caractéristiques, ainsi que les modes de financement (cotisations, impôt général, autres sources), de gouvernance et d'administration du programme.

Le terme «programme» peut renvoyer à un large éventail de dispositifs, tandis que le terme «régime» est généralement utilisé dans un sens plus précis pour désigner un programme régi par la législation nationale et caractérisé par un certain degré de «formalité».

Un programme/régime peut bénéficier de l'appui d'une ou plusieurs institutions de sécurité sociale administrant la fourniture des prestations et leur

¹ Le présent glossaire est largement inspiré des définitions, concepts et méthodes figurant dans les deux premières éditions du présent rapport (BIT, 2010a; BIT, 2014a).

² Au sens strict, ce terme désigne tous les transferts sociaux en espèces, y compris les transferts totalement ou partiellement contributifs, même s'il est généralement employé dans son acception limitée aux transferts non contributifs.

financement. En règle générale, il devrait être possible d'établir une comptabilité distincte des recettes et des dépenses pour chaque programme de protection sociale. Il est fréquent qu'un programme de protection sociale offre une protection contre un seul type de risque ou subviene à un seul besoin et couvre un seul groupe spécifique de bénéficiaires, mais, en principe, une institution de sécurité sociale gère plus d'un programme de prestations.

Protection sociale. La protection sociale, ou sécurité sociale, est un droit fondamental défini comme l'ensemble des politiques et programmes conçus pour réduire et prévenir la pauvreté, la vulnérabilité et l'exclusion sociale tout au long du cycle de vie. La protection sociale comprend neuf domaines principaux: les prestations à l'enfance et aux familles, la protection de la maternité, les aides aux chômeurs, les prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles, les prestations en cas de maladie, la protection de la santé (soins médicaux), les prestations de vieillesse, les prestations d'invalidité/handicap, les prestations aux survivants. Les systèmes de protection sociale traitent tous ces domaines stratégiques au moyen d'une combinaison de régimes contributifs (assurance sociale) et de prestations non contributives financées par l'impôt (y compris l'assistance sociale).

En tant que droit humain, la protection sociale ou la sécurité sociale est inscrite dans la Déclaration universelle des droits de l'homme (1948), le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (1966) et dans d'autres grands instruments des Nations Unies relatifs aux droits de l'homme. Les Etats sont légalement tenus de protéger et de promouvoir les droits de l'homme, y compris le droit à la protection sociale ou à la sécurité sociale, et de veiller à ce que les particuliers puissent exercer leur droit sans discrimination. L'Etat doit s'assurer du versement de prestations selon des critères d'attribution clairs et transparents et de la bonne administration des institutions et des services. Lorsque les prestations et les services ne sont pas fournis directement par les institutions publiques, l'application effective des cadres législatifs est particulièrement importante pour la fourniture des prestations et des services (CESCR, 2008).

Le terme «protection sociale» est actuellement utilisé pour désigner la sécurité sociale, et les deux termes sont utilisés indifféremment. Il convient de noter que parfois le terme «protection sociale» recouvre une plus grande diversité de notions que le terme «sécurité sociale» et inclut la protection fournie entre les

membres de la famille ou de la communauté locale; mais il peut parfois aussi avoir un sens plus restreint et désigner uniquement des mesures destinées aux personnes les plus démunies, les plus vulnérables ou exclues de la société. Cependant, dans bien des cas, ces deux termes («sécurité sociale» et «protection sociale») sont largement interchangeables, et le BIT et les institutions des Nations Unies emploient généralement l'un et l'autre dans leurs échanges avec les mandants et dans les avis qu'ils leur adressent.

Régime contributif. Régime en vertu duquel les cotisations versées par les personnes protégées déterminent directement le droit aux prestations (droits acquis). Le type le plus courant de régime contributif de sécurité sociale est le régime obligatoire d'assurance sociale, qui couvre généralement les travailleurs du secteur formel et, dans certains pays, les travailleurs indépendants. Parmi les autres types classiques de régimes contributifs garantissant un certain niveau de protection – en l'absence d'assurance sociale – figurent les caisses nationales de prévoyance qui généralement versent une somme forfaitaire aux bénéficiaires lorsque certaines éventualités surviennent (vieillesse, invalidité ou décès). Dans le cas des régimes d'assurance sociale auxquels sont affiliés des travailleurs occupant des emplois rémunérés ou salariés, les cotisations sont généralement versées par les travailleurs et les employeurs (même si les régimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles sont souvent entièrement financés par les employeurs). Les régimes contributifs peuvent être intégralement financés par les cotisations. Toutefois, ils sont souvent financés en partie par l'impôt ou par d'autres sources, moyennant par exemple une subvention visant à combler le déficit, une subvention générale venant entièrement se substituer aux cotisations, ou encore une subvention destinée exclusivement à certaines catégories de cotisants ou de bénéficiaires (par exemple, les personnes qui ne cotisent pas, comme les parents avec enfants à charge, les étudiants, les militaires ou les chômeurs, ou qui ne cotisent pas à taux plein en raison de leur faible revenu ou encore qui perçoivent des prestations en deçà d'un certain seuil faute d'avoir suffisamment cotisé dans le passé).

Régime d'assurance sociale. Régime contributif de protection sociale garantissant une protection au moyen d'un mécanisme d'assurance, fondé sur: 1) le paiement préalable de cotisations, c'est-à-dire avant la survenance de l'éventualité prise en charge; 2) le partage ou la «mutualisation» des risques; et 3) la notion de garantie. Les cotisations versées par (ou pour) les

personnes assurées sont mises en commun et le fonds ainsi constitué est utilisé pour financer les dépenses supportées exclusivement par les personnes touchées par l'éventualité ou les éventualités prises en charge (lesquelles sont clairement définies). Contrairement au principe de l'assurance commerciale, selon lequel les primes de risque sont calculées individuellement, la mutualisation des risques opérée dans le cadre de l'assurance sociale est fondée sur le principe de solidarité.

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

Régime de garantie d'emploi. Programme public d'emploi garantissant à des ménages pauvres un nombre déterminé de journées de travail par an, pour un niveau de rémunération relativement faible (en général, le salaire minimum, s'il est adéquat).

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

Régime/programme d'assistance sociale. Régime offrant des prestations aux groupes vulnérables de la population, en particulier aux ménages en situation de pauvreté. La plupart des régimes d'assistance sociale sont soumis à conditions de ressources.

Régime/programme ciblé. Voir *Régime d'assistance sociale*.

Régime soumis à conditions de ressources.

Régime dont les bénéficiaires doivent apporter la preuve qu'ils sont dans le besoin. Ce type de régime, souvent qualifié de *régime d'assistance sociale*, est destiné à certaines catégories de personnes ou de ménages dont le niveau de ressources est inférieur à un plafond donné. Un examen des ressources est réalisé pour déterminer si les ressources (revenus ou biens) de la personne ou du ménage qui fait la demande d'affiliation sont inférieures au plafond défini, si le demandeur a droit à des prestations et, le cas échéant, le montant des prestations accordées. Dans certains pays, cet examen est effectué sur la base d'une estimation des ressources (*proxy means tests*), ce qui signifie que l'éligibilité du demandeur est déterminée au moyen non pas d'une évaluation effective de sa situation financière ou patrimoniale mais d'autres caractéristiques du ménage (estimations) jugées plus facilement observables. Les régimes soumis à conditions de ressources peuvent aussi assujettir la fourniture des prestations au respect de certaines autres conditions et obligations, telles que l'attestation d'emploi, des examens médicaux ou, dans le cas des enfants, l'assiduité scolaire. Certains régimes soumis à conditions de ressources offrent d'autres mesures aux bénéficiaires en complément du transfert de revenu.

Régime universel/régime catégoriel. Au sens strict, les régimes universels servent des prestations à la seule condition de résidence. Cependant, le terme est souvent employé pour désigner des régimes catégoriels offrant des prestations à de larges segments de la population sans imposer de conditions de ressources ou d'estimation de ressources. Les régimes catégoriels les plus courants sont ceux qui assurent un transfert de revenu en faveur de personnes âgées ou d'enfants sous réserve de certaines conditions d'âge ou de toutes les personnes handicapées. D'autres ciblent également les ménages dont la structure est particulière (par exemple, les familles monoparentales) ou des groupes professionnels spécifiques (tels les travailleurs ruraux). La plupart des régimes catégoriels sont financés par les ressources publiques.

Sécurité sociale. Le droit fondamental à la sécurité sociale est énoncé dans la Déclaration universelle des droits de l'homme (1948) et d'autres instruments juridiques internationaux. La notion de sécurité sociale s'entend ici de l'ensemble des dispositifs de prestations, en espèces ou en nature, visant à garantir une protection contre notamment:

- l'absence de revenu lié à l'emploi (ou l'insuffisance de revenu) pour cause de maladie, d'invalidité, de maternité, d'accident du travail et de maladies professionnelles, de chômage, de vieillesse ou du décès d'un membre de la famille;
- le manque d'accès, ou l'accès inabordable, aux soins de santé;
- l'insuffisance du soutien familial, en particulier pour les enfants et les adultes à charge;
- la pauvreté et l'exclusion sociale en général.

La sécurité sociale a donc deux dimensions (fonctionnelles) principales, à savoir la «sécurité du revenu» et la «disponibilité des soins médicaux», comme indiqué dans la Déclaration de Philadelphie (1944), qui fait partie intégrante de la Constitution de l'OIT et qui préconise de réaliser «l'extension des mesures de sécurité sociale en vue d'assurer un revenu de base à tous ceux qui ont besoin d'une telle protection ainsi que des soins médicaux complets» (article III. f)³. La recommandation n° 202 prévoit la garantie, au minimum, de l'accès à des soins de santé essentiels et à une sécurité élémentaire de revenu tout au long de la vie dans le cadre de socles de protection sociale définis à l'échelle nationale, ainsi que la mise en œuvre progressive de niveaux plus élevés de protection par les systèmes nationaux de sécurité sociale, conformément à la convention (n° 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952, et à d'autres instruments de l'OIT.

L'accès à la sécurité sociale est avant tout une responsabilité des pouvoirs publics; à ce titre, il est généralement fourni par l'intermédiaire d'institutions publiques et financé par les cotisations, l'impôt ou les deux. Cependant, la fourniture de prestations de sécurité sociale est souvent confiée à des entités privées. De plus, de nombreuses institutions privées (assurances, organismes d'entraide, caisses locales ou mutuelles) peuvent être amenées à assumer en partie certaines fonctions habituellement dévolues à la sécurité sociale, telles que l'administration des régimes de retraite professionnelle, qui complètent les composantes des

régimes publics de sécurité sociale et peuvent largement s'y substituer. Le droit à la sécurité sociale est subordonné au paiement des cotisations de sécurité sociale pour les périodes prescrites (régimes contributifs, souvent structurés comme des dispositifs d'assurance sociale) ou à l'obligation de résidence, assortie d'autres critères, auquel cas les prestations sont versées à tous les résidents du pays éligibles (régimes non contributifs). En fonction de ces autres critères, le droit aux prestations peut dépendre de l'âge, de l'état de santé, de la participation au marché du travail, du revenu ou d'autres facteurs déterminants du statut social ou économique, voire être assujéti au respect de certaines conditions comportementales.

La sécurité sociale se distingue des autres dispositifs sociaux à deux égards. Premièrement, les bénéficiaires reçoivent des prestations sans obligation réciproque simultanée (il ne s'agit donc pas d'une rémunération en échange d'un travail ou d'autres services). Deuxièmement, la sécurité sociale n'est pas fondée sur un accord individuel entre la personne protégée et le prestataire (contrairement à un contrat d'assurance-vie, par exemple); le contrat s'applique à un large groupe de personnes et a par conséquent un caractère collectif.

Selon la catégorie de conditions applicables, une distinction est également faite entre les régimes non soumis à conditions de ressources (les conditions d'éligibilité ne sont pas liées au niveau total de revenu ou de ressources du bénéficiaire et de sa famille) et les régimes soumis à conditions de ressources (qui n'accordent de prestations qu'aux personnes dont le niveau de revenu ou ressources est inférieur au plafond prescrit). Une catégorie spéciale de régimes «conditionnels» impose aux bénéficiaires (ou aux membres de leur famille), entre autres conditions, de participer à des programmes publics déterminés (par exemple, des programmes sanitaires ou éducatifs spécifiques).

Socle de protection sociale. La recommandation (n° 202) sur les socles de protection sociale, 2012, prévoit que les Etats Membres devraient établir ou maintenir des socles nationaux de protection sociale en tant

³ Ces deux dimensions principales sont également désignées dans la recommandation (n° 67) sur la garantie des moyens d'existence, 1944, et la recommandation (n° 69) sur les soins médicaux, 1944, comme étant des «élément[s] essentiel[s] de la sécurité sociale». Ces recommandations prévoient premièrement que les régimes de garantie des moyens d'existence soulagent «le besoin et [préviennent] l'indigence, en rétablissant jusqu'à un niveau raisonnable les moyens d'existence perdus en raison de l'incapacité de travailler (y compris la vieillesse) ou d'obtenir un emploi rémunérateur ou en raison du décès du soutien de famille» (recommandation n° 67, Principes directeurs, paragraphe 1); et deuxièmement que «tout service de soins médicaux [assure] à l'individu les soins que peuvent fournir les membres de la profession médicale et des professions connexes» et «[englobe] tous les membres de la communauté» (recommandation n° 69, paragraphes 1 et 8). La recommandation n° 202 tient également compte de ces deux éléments dans les garanties élémentaires de protection sociale qui devraient faire partie des socles nationaux de protection sociale (pour plus de détails, voir encadré 1.2).

qu'ensembles de garanties élémentaires de sécurité sociale définis à l'échelle nationale qui assurent une protection visant à prévenir ou à réduire la pauvreté, la vulnérabilité et l'exclusion sociale (BIT, 2012a). Ces garanties devraient assurer au minimum à toute personne dans le besoin, tout au long de la vie, l'accès à des soins de santé essentiels et une sécurité élémentaire de revenu, qui ensemble garantissent un accès effectif aux biens et services définis comme nécessaires à l'échelle nationale. Plus précisément, les socles de protection sociale devraient comporter au moins les quatre garanties de sécurité sociale suivantes, telles que définies à l'échelle nationale:

- a) accès à des soins de santé essentiels, y compris à des soins de maternité;
- b) sécurité élémentaire de revenu pour les enfants;
- c) sécurité élémentaire de revenu pour les personnes d'âge actif qui sont dans l'incapacité de gagner un revenu suffisant, en particulier en cas de maladie, de chômage, de maternité et d'invalidité; et
- d) sécurité élémentaire de revenu pour les personnes âgées⁴.

Ces garanties devraient être fournies à tous les résidents et tous les enfants, tels que définis par la législation nationale, et assujetties aux obligations internationales en vigueur.

La recommandation n° 202 dispose également que les garanties élémentaires de sécurité sociale devraient être instaurées par la loi. La législation nationale devrait définir la gamme, les conditions d'attribution et le niveau des prestations qui donnent effet à ces garanties, ainsi que définir des procédures de réclamation et de recours efficaces et accessibles.

Les socles de protection sociale correspondent, à bien des égards, à la notion «d'obligations fondamentales» visant à assurer, au moins, la satisfaction de l'essentiel de chacun des droits inscrits dans les traités relatifs aux droits de l'homme (Nations Unies, 2014; HCDH, 2013).

Système de sécurité sociale/système de protection sociale. Ensemble de régimes et de programmes de sécurité/protection sociale d'un pays. Il est à noter que «programme» est souvent utilisé dans un sens plus large que «régime».

Tous les régimes et toutes les institutions de sécurité sociale d'un pays sont inévitablement interdépendants et complémentaires du point de vue de leurs objectifs, de leurs fonctions et de leur financement, et ils forment en cela un système national de sécurité sociale. Pour des raisons d'efficacité et d'efficience, une coordination étroite au sein du système est essentielle. En outre, à des fins de coordination et de planification, il importe que les comptes de recettes et de dépenses de tous les régimes soient consolidés pour former un seul et même budget de sécurité sociale au niveau national, en vue d'une planification intégrée des dépenses et du financement à venir des régimes constituant le système de sécurité sociale.

Transfert social. Toutes les prestations de sécurité sociale comprennent des transferts, en espèces ou en nature, c'est-à-dire qu'elles constituent un transfert de revenu, de biens ou de services (par exemple, de services de soins de santé). Ce transfert peut être effectué des personnes actives vers les personnes âgées, des personnes en bonne santé vers les personnes malades, ou des personnes aisées vers les personnes pauvres, entre autres. Les bénéficiaires de ces transferts peuvent les recevoir par l'intermédiaire d'un régime spécifique de sécurité sociale parce qu'ils y ont cotisé (régime contributif), parce qu'ils sont résidents (régimes universels pour tous les résidents), parce qu'ils remplissent des conditions spécifiques liées à l'âge (régimes catégoriels) ou aux ressources (régimes d'assistance sociale), ou parce qu'ils satisfont à plusieurs de ces conditions à la fois. De plus, certains régimes (régimes de garantie d'emploi, programmes public d'emploi) font obligation aux bénéficiaires de réaliser des tâches déterminées ou d'adopter des comportements spécifiques (programmes de transferts conditionnels en espèces). Dans un pays donné, plusieurs régimes de différents types coexistent généralement et peuvent offrir des prestations à des groupes de population différents pour des éventualités similaires.

⁴ Recommandation n° 202, paragraphe 5.

Mesure de la couverture effective, de la couverture légale et des dépenses en matière de protection sociale

Couverture de la protection sociale

Mesure de la couverture effective dans l'indicateur 1.3.1 des ODD

Le rapport présente un ensemble complet de données pour le suivi de l'indicateur 1.3.1 des objectifs de développement durable (ODD) fondé sur les données compilées du questionnaire de l'enquête sur la sécurité sociale de 2016, ainsi que d'autres sources de données (plus de détails à la fin de la présente annexe). Cet ensemble de données a été soumis à la Division des statistiques des Nations Unies dans le cadre du suivi des ODD; en particulier l'ODD 1 («Éradiquer la pauvreté sous toutes ses formes») pour lequel l'OIT est notamment chargé de produire l'indicateur 1.3.1: proportion de la population bénéficiant de socles ou systèmes de protection sociale, par sexe et par groupes de population (enfants, chômeurs, personnes âgées, personnes handicapées, femmes enceintes, nouveau-nés, victimes d'un accident du travail, personnes pauvres et vulnérables).

Cet indicateur reflète la part des personnes effectivement couvertes par un système de protection sociale, y compris les socles de protection sociale (voir la définition de la «couverture effective» et des critères utilisés pour en effectuer la mesure dans la section suivante). Il couvre les principaux composants de la protection sociale: allocations à l'enfance et aux familles et prestations en cas de maternité, appui aux personnes au chômage, aux personnes handicapées, aux victimes d'un

accident du travail et aux personnes âgées¹, afin d'assurer au moins un niveau de protection de base pour toutes les principales éventualités tout au long de la vie, comme le définit la recommandation (n° 202) sur les socles de protection sociale, 2012.

Les calculs englobent différents indicateurs afin de distinguer la couverture effective des enfants, des chômeurs, des personnes âgées et des personnes handicapées, des femmes enceintes et des femmes avec nouveau-nés, des travailleurs protégés contre les accidents du travail, et les personnes pauvres et vulnérables. Dans chaque cas, la couverture est exprimée en part du groupe de population respectif.

Les indicateurs obtenus sont présentés ci-après.

- a) *Proportion de la population protégée dans au moins un domaine*: proportion de la population bénéficiant de prestations en espèces pour au moins une des éventualités (prestations contributives ou non contributives) ou cotisant activement à au moins un régime de sécurité sociale.
- b) *Proportion des enfants couverts par des prestations de protection sociale*: nombre d'enfants/ménages touchant des prestations en espèces à l'enfance ou aux familles sur le nombre d'enfants/ménages avec des enfants.
- c) *Proportion des femmes ayant donné naissance couvertes par les prestations de maternité*: nombre de femmes percevant des prestations de maternité en espèces sur le nombre de femmes ayant donné naissance au cours

¹ La santé est englobée dans d'autres indicateurs relatifs aux ODD.

de la même année (estimation fondée sur les taux de fertilité en fonction de l'âge publiés dans les perspectives de la population mondiale des Nations Unies – UN World Population Prospects – ou du nombre de naissances vivantes corrigé par la part de naissances de jumeaux ou de triplés).

- d) *Part des personnes handicapées touchant des prestations d'invalidité*: nombre de personnes bénéficiant de prestations d'invalidité en espèces sur le nombre de personnes lourdement handicapées. Ce dernier chiffre s'obtient en calculant le produit des taux de prévalence de l'invalidité (publiés pour chaque groupe de pays par l'Organisation mondiale de la santé) et la population de chaque pays.
- e) *Part des chômeurs touchant des prestations*: nombre de bénéficiaires de prestations de chômage en espèces sur le nombre de chômeurs.
- f) *Part des travailleurs couverts en cas d'accident du travail et de maladies professionnelles*: nombre de personnes protégées par une assurance en cas d'accident du travail et de maladies professionnelles sur le nombre total d'employés ou de la main-d'œuvre.
- g) *Part des personnes âgées touchant une pension*: nombre de personnes ayant au moins l'âge légal de départ à la retraite touchant une pension de vieillesse sur le nombre de personnes ayant au moins l'âge de départ à la retraite (régimes contributifs et non contributifs).
- h) *Part des personnes vulnérables touchant des prestations*: nombre de bénéficiaires de l'assistance sociale sur le nombre total de personnes vulnérables. Ce dernier chiffre est calculé en soustrayant à la population totale le nombre de personnes en âge de travailler cotisant à un régime d'assurance sociale ou touchant des prestations contributives, ainsi que toutes les personnes ayant au moins l'âge de départ à la retraite et touchant des prestations contributives.

Indicateurs agrégés de couverture

Dans ce rapport sont utilisées deux mesures agrégées de la couverture excluant toutes les deux la santé pour des raisons méthodologiques (pour les mesures de la couverture de la santé, voir ci-dessous).

La *part de la population bénéficiant d'une protection sociale complète* est estimée à partir du nombre de personnes en âge de travailler bénéficiant d'une couverture de la sécurité sociale complète, c'est-à-dire qui sont

couvertes légalement pour les huit domaines (maladie, chômage, vieillesse, accidents du travail et maladies professionnelles, responsabilités familiales, maternité, invalidité, survivants) conformément à la convention n° 102.

La part de la population protégée dans au moins un domaine (indicateur 1.3.1 a)) des ODD, tel que décrit ci-dessus, reflète la couverture effective de la population dans au moins un domaine, c'est-à-dire la part de la population touchant des prestations contributives ou non contributives dans un domaine minimum ou cotisant activement à au moins un régime de sécurité sociale.

Mesurer la couverture de la protection sociale: concepts et critères

Généralités

La mesure de la couverture de la protection sociale est une tâche complexe. Il convient de prendre en compte plusieurs dimensions pour aboutir à une évaluation complète. Dans la pratique, peu de pays disposent de l'ensemble complet de données statistiques nécessaire à une évaluation approfondie de la couverture de la sécurité sociale; néanmoins, des informations partielles sont disponibles pour un grand nombre de pays. De nombreux pays ont reconnu la nécessité de procéder à un suivi plus régulier de la couverture de la sécurité sociale et redoublent d'efforts pour améliorer la collecte et l'analyse de données.

La couverture de la sécurité sociale est un concept pluridimensionnel englobant notamment les trois dimensions présentées ci-après.

- *La portée*. Elle est mesurée ici par la gamme (nombre) et le type de domaines (branches) de la sécurité sociale auxquels la population d'un pays a accès. Les différents groupes de population peuvent bénéficier d'une couverture de portée différente selon leur statut sur le marché du travail, et ce facteur doit être pris en compte dans l'évaluation de la portée.
- *L'étendue*. Cela désigne généralement le pourcentage de personnes couvertes par rapport à la population totale ou au groupe cible (définie par exemple par le sexe, l'âge ou le statut sur le marché du travail) par les mesures de sécurité sociale de chaque domaine spécifique.
- *Le niveau*. Cela désigne l'adéquation de la couverture pour une branche spécifique de la sécurité sociale. Il peut être mesuré par le niveau des prestations en espèces délivrées, la mesure des niveaux de

Tableau AII.1 Les multiples dimensions de la couverture: exemples de questions et d'indicateurs

Dimension de la couverture	Couverture légale	Couverture effective
Portée	Quels domaines de la sécurité sociale sont-ils inscrits dans la législation nationale? Pour un groupe de population donné: par quel(s) domaine(s) de la sécurité sociale ce groupe est-il couvert selon la législation nationale?	Quels sont les domaines de la sécurité sociale effectivement mis en place? Pour un groupe de population donné: par quels domaines de la sécurité sociale ce groupe est-il effectivement couvert (prestations réellement disponibles)?
Etendue	Pour un domaine (une branche) donné(e) de la sécurité sociale: quelles sont les catégories de population couvertes d'après la législation nationale? Quel pourcentage de la population ou de la main-d'œuvre est-il couvert d'après la législation nationale?	Pour un domaine (une branche) donné(e) de la sécurité sociale: quelles sont les catégories de population qui bénéficient réellement d'un accès aux prestations en cas de besoin (actuellement ou à l'avenir)? «Ratio de couverture des bénéficiaires»: pour un domaine donné de la sécurité sociale, quel pourcentage de la population touchée par l'éventualité reçoit les prestations ou bénéficie des services (par ex. pourcentage des personnes âgées touchant une pension de vieillesse; pourcentage des chômeurs touchant une allocation de chômage)? «Ratio de couverture des cotisants»: pour un domaine donné de la sécurité sociale, quel pourcentage de la population cotise au régime, ou est affilié autrement au régime, et peut donc s'attendre à recevoir des prestations si besoin (par ex. pourcentage de la population en âge de travailler ou de la main-d'œuvre cotisant à un régime de protection vieillesse)? Par extension, le «ratio de couverture des personnes protégées» inclurait les personnes qui, en partant du principe que la législation ne change pas, auraient droit à l'avenir à une prestation non contributive, en vertu soit d'un régime universel, soit d'un régime sous conditions de ressources, à condition qu'elles remplissent les critères d'éligibilité.
Niveau	Pour un domaine donné de la sécurité sociale: quel est le niveau de protection octroyé d'après la législation nationale? Pour les prestations en espèces: quel est le montant ou le taux de remplacement prescrit d'après la législation nationale?	Pour un domaine donné de la sécurité sociale: quel est le niveau de protection effectivement octroyé (par ex. pour des prestations en espèces, niveau moyen des prestations en proportion du revenu médian, du salaire minimum ou du seuil de pauvreté)?

Source: D'après le BIT, 2010a.

prestation pouvant être absolue ou relative par rapport à des valeurs de référence sélectionnées, comme les revenus antérieurs, les revenus moyens, le seuil de pauvreté, etc. Les mesures de la qualité sont généralement relatives et peuvent être objectives ou subjectives. Par exemple, la mesure de la satisfaction des bénéficiaires par rapport à leurs attentes.

Lors de la mesure de la couverture, il convient de distinguer la couverture légale² de la couverture effective pour chacune des trois dimensions ci-dessus, de façon à ce que soient représentées les diverses dimensions de la couverture, résumées ci-après dans le tableau AII.1.

Couverture légale

L'estimation de la *portée de la couverture légale* implique généralement de mesurer le nombre de domaines (branches) de la sécurité sociale par lesquels, selon la

législation nationale en vigueur, la population ou des groupes spécifiques sont couverts. La liste des neuf branches couvertes par la convention (n° 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952, sert d'orientation.

L'estimation de l'*étendue de la couverture légale* exploite à la fois des informations sur les groupes couverts par les régimes légaux d'un domaine (d'une branche) donné(e) de la sécurité sociale d'après la législation nationale, et les informations statistiques disponibles quantifiant le nombre de personnes concernées à l'échelle nationale. Un groupe de population peut être identifié comme étant légalement couvert par un domaine spécifique de la sécurité sociale (par ex. vieillesse, chômage, maternité) si la législation en vigueur stipule que ce groupe doit être obligatoirement couvert par l'assurance sociale; ou que ce groupe a droit aux prestations non contributives spécifiées dans certaines circonstances, comme une pension de vieillesse d'Etat après 65 ans, ou une aide au revenu si celui-ci est en deçà

² La couverture légale est parfois appelée «couverture obligatoire» et prend en compte le fait que des dispositions peuvent être inscrites dans des dispositions statutaires autres que des lois.

d'un certain seuil. Le ratio de couverture légale d'une branche donnée de la sécurité sociale est le ratio entre le nombre estimé de personnes légalement couvertes et, le cas échéant, la population totale ou la main-d'œuvre de la tranche d'âge concernée, le nombre total d'employés (c'est-à-dire les travailleurs salariés) ou le nombre total de personnes occupées (incluant les employés et les indépendants). Par exemple, comme la convention n° 102 permet aux pays ratificateurs d'assurer une couverture par l'assurance sociale, des prestations universelles ou sous conditions de ressources, ou une combinaison des deux, elle formule également des alternatives aux exigences minimales d'étendue de la couverture, à savoir: a) des classes prescrites de salariés, représentant au minimum 50 pour cent de tous les salariés; ou b) des classes prescrites de la population active, représentant au minimum 20 pour cent de tous les résidents; ou c) tous les résidents dont les ressources pendant l'éventualité ne dépassent pas des limites prescrites.

Le *niveau de couverture légale* de branches spécifiques de la sécurité sociale est généralement mesuré (pour les prestations en espèces) par des ratios de prestations ou de remplacement calculés pour des catégories spécifiques de bénéficiaires, en reprenant les formules ou les montants de prestations spécifiés dans la législation. Par exemple, la convention n° 102 prévoit des taux de remplacement minimal pour les prestations en espèces pour sept des neuf branches qu'elle couvre (voir tableau en annexe III ci-dessous). Elle précise également que ces taux minimaux devraient s'appliquer au bénéficiaire type remplissant les conditions d'admissibilité, et qu'ils devraient être accordés au minimum aux personnes dont les revenus ne dépassent pas un certain niveau prédéfini et prescrit.

Couverture effective

Mesurer la couverture effective doit refléter la manière dont les dispositions légales sont mises en œuvre dans la pratique. La couverture effective diffère généralement de la couverture légale (et est généralement inférieure) du fait de problèmes de non-conformité et d'application des dispositions légales, ou autre écart des politiques réelles par rapport au texte législatif. Afin de parvenir à une évaluation complète de la couverture, il convient d'utiliser en parallèle les mesures de la couverture légale et de la couverture effective.

Mesurer la portée de la *couverture effective* d'un pays met en évidence le nombre de domaines (branches) de la sécurité sociale pour lesquels la législation applicable

est effectivement mise en œuvre. Il s'agit ainsi de savoir si, dans tous les domaines, la majorité de la population légalement couverte l'est aussi effectivement (ce qui est mesuré par la portée de la couverture effective; voir ci-dessous).

Lors de la mesure de l'étendue de la couverture effective, il convient de distinguer la couverture mesurée du point de vue des *personnes protégées* et des *bénéficiaires réels*. Les personnes protégées sont celles dont les prestations sont garanties, mais qui n'en bénéficient pas nécessairement à l'heure actuelle. Il s'agit par exemple des personnes qui cotisent activement à une assurance sociale et ont donc la garantie de bénéficier des prestations pour une éventualité précise, comme une pension de vieillesse lorsqu'ils atteindront l'âge de départ à la retraite, ou certaines prestations non contributives en cas de besoin.

Pour les *personnes protégées*, le *ratio de couverture des cotisants* reflète, pour les régimes contributifs, le nombre des personnes qui seraient protégées si elles étaient touchées par l'éventualité couverte, maintenant ou à l'avenir. Il s'agit donc la part de la population occupée (ou bien de la population en âge de travailler, ou de la main-d'œuvre) qui cotise directement ou indirectement à l'assurance sociale pour un domaine donné de la sécurité sociale et percevra donc les prestations en cas de besoin. Il s'agit par exemple du pourcentage de personnes occupées qui cotise à un régime de retraite. Le *ratio de couverture des personnes protégées* inclut les personnes ayant droit à des prestations non contributives, en partant du principe que la législation ne change pas.

Pour les bénéficiaires réels, le *ratio de couverture des bénéficiaires* décrit la part de la population touchée par une certaine éventualité (par exemple, les personnes âgées ou les chômeurs) bénéficiant effectivement des prestations de protection sociale applicables (par exemple, pension de vieillesse, allocation de chômage). Ce ratio reflète le nombre de personnes touchant effectivement les prestations, comme le nombre de bénéficiaires de certaines prestations de vieillesse sur l'ensemble des résidents ayant au moins l'âge légal de départ à la retraite, ou le nombre de bénéficiaires d'un certain type d'aide au revenu sur toutes les personnes au chômage ou vivant en dessous du seuil de pauvreté.

La mesure du *niveau de couverture effective* permet d'identifier le niveau des prestations (généralement par rapport à certains montants de référence) que reçoivent effectivement les bénéficiaires, comme les prestations de chômage ou les pensions versées, par rapport aux revenus moyens, au salaire minimum ou au seuil de

pauvreté. Pour les régimes de pension contributifs, le niveau de couverture effectif peut également faire référence aux niveaux de prestations futures.

Lors de l'évaluation de la couverture et des lacunes en la matière, il convient de distinguer la couverture par 1) l'assurance sociale contributive, 2) les régimes universels couvrant tous les résidents (ou tous les résidents d'une catégorie donnée³) et 3) les régimes sous conditions de ressources couvrant potentiellement toutes les personnes répondant aux critères requis de revenus ou de biens. Pour l'assurance sociale, il est pertinent de se pencher sur le nombre de ceux qui sont effectivement membres et cotisants de ces régimes et pourraient donc éventuellement être couverts, avec parfois leurs dépendants, en cas de survenue d'une éventualité couverte par leur assurance sociale. Ces personnes relèvent de la catégorie des personnes «protégées» en cas de survenue d'une éventualité donnée. Le concept de personne protégée peut également s'appliquer aux personnes couvertes par des programmes universels ou catégoriels si tous les résidents, ou tous les résidents d'une catégorie donnée (comme la tranche d'âge), ont droit à certaines prestations ou à un accès gratuit à des services sociaux, conformément à la législation et à la pratique, en cas de survenue d'une éventualité donnée. Il s'avère toutefois assez difficile d'établir qui est de fait «effectivement protégé» par les prestations sous conditions de revenu ou d'estimation de ressources, ou par les transferts conditionnels en espèces.

Les mesures susmentionnées de portée et de niveau de couverture doivent être appliquées spécifiquement à certains domaines (branches) de la sécurité sociale (et parfois même seulement à certains régimes ou types de régimes); elles ne fournissent pas de mesure générique de la couverture de la sécurité sociale. Il est indispensable de veiller à la spécificité des indicateurs de couverture par zone pour réaliser une analyse judicieuse et pertinente pour l'élaboration de politiques.

Couverture de la santé

Les données relatives à la protection de la santé contenues dans ce rapport concernant la couverture rurale/urbaine et de soins de longue durée sont très rares et, quand bien même elles sont disponibles, sont difficilement comparables. L'une des quelques bases de données disponibles et offrant un aperçu des principales

dimensions de la couverture et de l'accès aux soins de santé a été mise au point par le BIT (2014a). Dans ce contexte, nous utilisons ces données, qui se déclinent en cinq indicateurs traduisant l'accessibilité, la disponibilité et la protection financière des services de santé de qualité, ainsi que des informations sur les performances de santé, d'après les taux de mortalité maternelle. Afin de désagréger les données mondiales, de nouvelles méthodologies ont été élaborées pour évaluer les déficits et les lacunes concernant la couverture rurale/urbaine et des soins de longue durée. Les méthodes utilisées ne sont délibérément pas propres à un pays, et ce afin d'assurer la comparabilité entre les pays.

La couverture légale de la population rurale a été estimée à l'aide du pourcentage du PIB transmis par le secteur agricole. Les données du PIB transmises par les autres secteurs ont quant à elles servi à estimer la couverture légale des populations urbaines. Dans les pays où la couverture légale nationale dépasse les 99 pour cent ou est inférieure à 1 pour cent de la population, il a été supposé que les disparités rurales et urbaines étaient les mêmes. Du fait de la forte corrélation observée entre ces deux facteurs, le déficit d'accès causé par le manque de personnel, le déficit financier et le taux de mortalité maternelle de la population rurale ont été estimés à partir du taux d'assistance qualifiée à la naissance (*SBA – skilled birth attendance*) relevé. Dans les pays où le déficit national était de zéro, il a été assumé qu'il n'y avait aucun déficit rural ni urbain. Le niveau des frais à la charge du patient de la population rurale a été estimé à partir des données sur les dépenses des ménages de la Banque mondiale. Comme la base de données est biaisée en faveur des pays à revenu faible et intermédiaire, les non-concordances entre population rurale et urbaine dans les pays à revenu élevé ont été supposées égales. Toutes les évaluations des estimations sont pondérées par le nombre de naissances par rapport à la population et se réfèrent à des données issues des Perspectives de la population mondiale, de la Banque mondiale (base de données des indicateurs de développement mondial, base de données sur la consommation mondiale) et de l'OMS (données de l'Observatoire mondial de la santé).

Pour ce qui est de l'élaboration des données de couverture et d'accès aux soins de longue durée, nous avons utilisé les bases de données internationales existantes et les rapports pertinents d'organisations internationales comme l'OCDE, l'OMS, la Banque mondiale et

³ Ces régimes sont également qualifiés de catégoriels.

Tableau All.2 Comparaison des différentes définitions utilisées pour mesurer les dépenses de protection sociale

Source	Définition	Fonctions/domaines couverts
Fonds monétaire international (FMI) https://www.imf.org/external/pubs/ft/gfs/manual/fra/pdf/ch6ann.pdf	Dépenses de protection sociale Les dépenses de protection sociale des administrations publiques comprennent les dépenses afférentes aux services et transferts dont bénéficient des particuliers et des ménages à titre individuel et celles afférentes à des services fournis à titre collectif. Les dépenses liées aux services et transferts à caractère individuel sont classées dans les groupes 7101 (maladie et invalidité) à 7107 (exclusion sociale); les dépenses liées aux services fournis à titre collectif sont classées dans les groupes 7108 (R&D dans le domaine de la protection sociale) et 7109 (protection sociale n.c.a.). Les services de protection sociale de type collectif s'occupent notamment de la définition et la mise en œuvre d'une politique publique; de la formulation et de l'application de normes et de réglementations applicables à la fourniture de services de protection sociale; de la recherche appliquée et du développement expérimental dans le domaine des affaires et des services relatifs à la protection sociale.	Maladie, invalidité, vieillesse, survivants, famille et enfant, chômage, logements, exclusion sociale (assistance sociale), recherche sur la protection sociale, dépenses administratives générales de protection sociale.
	Dépenses de santé Les dépenses publiques de santé comprennent les dépenses consacrées aux services fournis à des particuliers et les dépenses consacrées aux services fournis à titre collectif. Les dépenses afférentes aux services individuels sont classées dans les groupes 7071 (produits, appareils et matériels médicaux) à 7074 (service de santé publique); les dépenses consacrées aux services collectifs sont classées dans les groupes 7075 (R&D dans le domaine de la santé) et 7076 (santé n.c.a.).	Santé
EUROSTAT http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Social_protection_statistics/fr#D.C3.A9penses_de_protection_sociale	Dépenses de protection sociale Les dépenses de protection sociale incluent: les prestations sociales, les coûts administratifs (qui représentent les frais de gestion et de fonctionnement du régime social) et les autres dépenses (qui comprennent les coûts divers des régimes de protection sociale, en particulier le paiement du revenu foncier).	Prestations de santé/soins de santé (y compris congé maladie, soins médicaux et fourniture de produits pharmaceutiques), d'invalidité, de vieillesse, aux survivants, aux familles et à l'enfance, de chômage, pour le logement, contre l'exclusion sociale (assistance sociale).
Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) https://data.oecd.org/social/spending.htm (en anglais) http://www.oecd.org/fr/social/panorama-de-la-societe-19991304.htm	Dépenses de protection sociale Les dépenses sociales englobent les prestations en espèces, l'octroi direct en nature de biens et de services et les exonérations d'impôts à des fins sociales. Les prestations peuvent cibler les ménages à faibles revenus, les personnes âgées, les personnes invalides, les malades, les chômeurs ou les jeunes. Pour être qualifiés de «sociaux», ces programmes doivent prévoir soit la participation obligatoire, soit la redistribution des ressources entre les ménages. Les prestations sociales sont qualifiées de «publiques» lorsque le gouvernement général (c'est-à-dire les gouvernements centraux, étatiques et locaux, y compris les fonds de sécurité sociale) contrôle le flux financier en question. Toutes les prestations sociales non octroyées par le gouvernement général sont considérées comme étant privées. Les transferts privés entre ménages ne sont pas considérés comme étant «sociaux» et sont exclus.	Vieillesse, survivants, invalidité, familles, programmes actifs du marché du travail, chômage, logement, et autres domaines.
	Dépenses de santé Les dépenses de santé mesurent la consommation finale de biens et de services de santé. Cela englobe les dépenses de sources publiques et privées de biens et services médicaux et les programmes et administrations de santé publique et de prévention, mais pas les dépenses en capital (investissements).	Santé

l'OIT, dans la mesure où elles couvraient des informations comparables sur les aspects concernés. De plus, nous avons utilisé des bases de données très connues et conduit des recherches bibliographiques, notamment en termes de législation, de politiques de soins à long terme et d'octroi de services et de prestations en espèces. Après avoir synthétisé les données collectées, nous avons contacté des experts nationaux, des

universitaires, des auteurs, des représentants du gouvernement et des décideurs de pays sélectionnés pour en contrôler la qualité.

Plus d'informations sur les méthodologies utilisées sont disponibles dans l'annexe IV, tableau B.13, ainsi que dans les publications du BIT sous-jacentes (Scheil-Adlung, 2015a, 2015b).

Tableau AII.2 Comparaison des différentes définitions utilisées pour mesurer les dépenses de protection sociale

Source	Définition	Fonctions/domaines couverts
Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC) http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB_CEPALSTAT/MethodosClasificaciones.asp?idioma=i (en espagnol)	Dépenses de protection sociale La CEPALC utilise la définition d'EUROSTAT et de l'OCDE. Voir le document suivant «Classification of final expenditure on GDP» (Classification des dépenses finales par rapport au PIB): http://www.oecd.org/std/prices-ppp/37985038.pdf . Dépenses de santé Voir la définition du FMI ci-dessus.	Vieillesse, invalidité due aux accidents du travail et maladies professionnelles, survivants, chômeurs, démunis, familles et enfants, sans-abri, personnes à faible revenu, populations indigènes, migrants, réfugiés, alcooliques et toxico-manes, etc. Santé
Government Spending Watch (GSW) http://www.governmentspendingwatch.org/research-analysis/social-protection (en anglais)	Dépenses de protection sociale Toutes les dépenses du gouvernement stimulant le développement économique des personnes pauvres et favorisant la croissance inclusive et génératrice d'emplois peuvent contribuer à cet objectif. Toutefois, les données de GSW ciblent les interventions directes du gouvernement ayant été les plus efficaces dans la réduction de la pauvreté et dans la création d'emplois, qui sont appelées dépenses de «protection sociale».	Filets de sécurité sociale, fonds sociaux, services/assistance sociale et aide sociale, interventions sur le marché du travail et programmes d'assurance sociale (y compris les pensions). Sont exclus tous les services sociaux octroyés par le gouvernement et pouvant être classés comme relevant de l'éducation ou de la santé, de la nutrition ou de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène pour tous.
Banque asiatique de développement (BAD) https://www.adb.org/sites/default/files/publication/204091/ki2016.pdf (en anglais)	Dépenses de protection sociale Il s'agit des dépenses du gouvernement visant à octroyer des prestations en espèces ou en nature aux personnes malades, totalement ou partiellement invalides et âgées, ainsi qu'aux survivants et aux chômeurs, entre autres. Dépenses de santé Il s'agit des dépenses du gouvernement visant à octroyer des produits, des appareils et des équipements médicaux; les services en ambulatoire; les services hospitaliers; les services de santé publique, entre autres.	Maladie, invalidité, vieillesse, survivants, chômeurs, etc. Santé
Organisation mondiale de la santé (OMS) http://apps.who.int/gho/data/node.wrapper.imr?x-id=1 (en anglais)	Dépenses de santé Dépenses de santé du gouvernement général: montant des dépenses de santé destinées à des prestations en espèces ou fournies en nature par des entités gouvernementales, comme le ministère de la Santé, d'autres ministères, des organismes parapublics ou des agences chargées de la sécurité sociale (sans doublons au niveau des transferts du gouvernement en matière de sécurité sociale et les fonds extrabudgétaires). Englobe toutes les dépenses de ces entités, quelle que soit la source, inclut donc tout financement par des dons passant par ces entités. Ces dépenses englobent les paiements de transfert aux ménages visant à compenser les coûts des soins médicaux et les fonds extrabudgétaires visant à financer les biens et services de santé, ainsi que les dépenses courantes et les dépenses en capital.	Santé

Dépenses de protection sociale

Les données sur les dépenses de protection sociale sont collectées selon des normes différentes dans le monde entier. Au sein de l'Union européenne, il s'agit du système SESPROS, tandis que des données comparables d'autres régions du monde sont disponibles dans les statistiques de finances publiques (SFP) du FMI, soit suivant la nouvelle norme SFP 2014, soit suivant les anciennes, SFP 2001 ou 1986.

Les données utilisées dans le présent rapport proviennent de différentes sources: voir tableau AII.2 et la section en fin d'annexe «Sources des données».

Estimations mondiales et régionales

Les résultats régionaux des indicateurs de couverture effective et légale ont été obtenus en faisant la moyenne des chiffres des pays de chaque région, pondérés par groupes de population concernés. Pour la couverture effective, les estimations sont fondées sur les données administratives fournies par les pays (l'enquête du BIT sur la sécurité sociale SSI). Des imputations ont été utilisées pour les régions d'ODD pour lesquelles le nombre de pays couverts était insuffisant. Les estimations régionales et mondiales ont été produites en collaboration avec le Département des statistiques du BIT (voir les détails concernant la méthodologie ci-dessous).

Tableau AII.3 Groupes régionaux

Région	Sous-région (au sens large)	Pays et territoires
Afrique	Afrique du Nord	Algérie, Egypte, Libye, Maroc, Sahara occidental, Soudan, Tunisie
	Afrique subsaharienne	Afrique du Sud, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Cameroun, République centrafricaine, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Djibouti, Erythrée, Ethiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Maurice, Mauritanie, Mayotte, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, Réunion, Rwanda, Sainte-Hélène, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Somalie, Soudan du Sud, Swaziland, Tanzanie (République-Unie de), Tchad, Togo, Zambie, Zimbabwe
Amériques	Amérique latine et Caraïbes	Anguilla, Antigua-et-Barbuda, Antilles néerlandaises, Argentine, Aruba, Bahamas, Barbade, Belize, Bolivie (Etat plurinational de), Brésil, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, Curaçao, Dominique, El Salvador, Equateur, Grenade, Guadeloupe, Guatemala, Guyane française, Guyana, Haïti, Honduras, Iles Caïmans, Iles Malouines (Falkland), Iles Turks-et-Caïcos, Iles Vierges britanniques, Iles Vierges des Etats-Unis, Jamaïque, Martinique, Mexique, Montserrat, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, Porto Rico, République dominicaine, Sainte-Lucie, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Martin (partie française), Saint-Martin (Royaume des Pays-Bas), Saint-Vincent-et-les Grenadines, Suriname, Trinité-et-Tobago, Uruguay, Venezuela (République bolivarienne du)
	Amérique du Nord	Bermudes, Canada, Etats-Unis, Groenland, Saint-Pierre-et-Miquelon
Etats arabes	Etats arabes	Arabie saoudite, Bahreïn, Emirats arabes unis, Iraq, Jordanie, Koweït, Liban, Oman, Qatar, République arabe syrienne, Territoire palestinien occupé, Yémen
Asie et Pacifique	Asie de l'Est	Chine, Corée (République de), Corée (République populaire démocratique de), Hong-kong (Chine), Japon, Macao (Chine), Mongolie, Taïwan (Chine)
	Asie du Sud-Est	Brunéi Darussalam, Cambodge, Indonésie, République démocratique populaire lao, Malaisie, Myanmar, Philippines, Singapour, Thaïlande, Timor-Leste, Viet Nam
	Asie du Sud	Afghanistan, Bangladesh, Bhoutan, Inde, Iran (République islamique d'), Maldives, Népal, Pakistan, Sri Lanka
	Iles du Pacifique	Australie, Fidji, Guam, Iles Cook, Iles Mariannes du Nord, Iles Marshall, Ile Norfolk, Iles Salomon, Kiribati, Micronésie (Etats fédérés de), Nauru, Niue, Nouvelle-Calédonie, Nouvelle-Zélande, Palau, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Polynésie française, Samoa, Samoa américaines, Tokelau, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, Wallis-et-Futuna
Europe et Asie centrale	Europe du Nord, du Sud et de l'Ouest	Albanie, Allemagne, Andorre, Autriche, Belgique, Bosnie-Herzégovine, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Gibraltar, Grèce, Guernesey, Iles anglo-normandes, Iles Féroé, Ile de Man, Irlande, Islande, Italie, Jersey, Kosovo, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Macédoine (ex-République yougoslave de), Malte, Monaco, Monténégro, Norvège, Pays-Bas, Portugal, Royaume-Uni, Saint-Marin, Serbie, Slovénie, Suède, Suisse
	Europe de l'Est	Bulgarie, Bélarus, Hongrie, Moldova (République de), Pologne, Roumanie, Russie (Fédération de), Slovaquie, République tchèque, Ukraine
	Asie centrale et de l'Ouest	Arménie, Azerbaïdjan, Chypre, Géorgie, Israël, Kazakhstan, Kirghizistan, Ouzbékistan, Tadjikistan, Turkménistan, Turquie

Note: Les chiffres ne couvrent pas toujours tous les pays d'une région, en raison d'informations manquantes ou de données non fiables.

Les résultats régionaux des indicateurs de dépenses ont été obtenus en faisant la moyenne des chiffres des pays de chaque région, pondérés par le PIB total du pays correspondant. Les données sur le PIB utilisées correspondent au PIB courant en dollars des Etats-Unis selon la Banque mondiale.

Groupes régionaux et groupes de revenu

Les groupes régionaux et les groupes de revenu sont présentés dans les tableaux AII.3 et AII.4.

Estimation des données agrégées mondiales et régionales relatives aux indicateurs de la protection sociale: description méthodologique

Les estimations mondiales et régionales présentées dans ce rapport sont fondées sur des modèles économétriques conçus pour imputer les données manquantes dans les pays pour lesquels les données nationales ne sont pas disponibles. Le résultat des modèles est un ensemble complet d'estimations sur une année pour sept indicateurs de la protection sociale pour 169 pays. Les données nationales (transmises et imputées) sont ensuite agrégées pour produire les estimations mondiales et régionales des indicateurs de protection sociale.

Tableau AII.4 Groupes de revenu

Groupe de revenu	Pays et territoires
Revenu élevé	Allemagne, Andorre, Antigua-et-Barbuda, Antilles néerlandaises, Arabie saoudite, Aruba, Australie, Autriche, Bahreïn, Bahamas, Barbade, Belgique, Bermudes, Brunei Darussalam, Canada, Chili, Chypre, Corée (République de), Curaçao, Danemark, Emirats arabes unis, Espagne, Estonie, États-Unis, Finlande, France, Gibraltar, Grèce, Groenland, Guam, Guernesey, Guyane française, Hong-kong (Chine), Hongrie, Îles anglo-normandes, Îles Caïmans, Îles Féroé, Îles Malouines (Falkland), Île de Man, Îles Mariannes du Nord, Île Norfolk, Îles Turks-et-Caïcos, Îles Vierges britanniques, Îles Vierges des États-Unis, Irlande, Islande, Israël, Italie, Japon, Jersey, Koweït, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Macao (Chine), Malte, Martinique, Monaco, Niue, Norvège, Nouvelle-Calédonie, Nouvelle-Zélande, Oman, Palau, Pays-Bas, Pologne, Polynésie française, Porto Rico, Portugal, Qatar, Réunion, Royaume-Uni, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Marin, Saint-Martin (partie française), Saint-Martin (Royaume des Pays-Bas), Saint-Pierre-et-Miquelon, Seychelles, Singapour, Slovaquie, Slovaquie, Suède, Suisse, Taïwan (Chine), République tchèque, Trinité-et-Tobago, Uruguay, Wallis-et-Futuna
Revenu intermédiaire (tranche supérieure)	Afrique du Sud, Albanie, Algérie, Anguilla, Argentine, Azerbaïdjan, Bélarus, Belize, Bosnie-Herzégovine, Botswana, Brésil, Bulgarie, Chine, Colombie, Costa Rica, Croatie, Cuba, République dominicaine, Dominique, Équateur, Fidji, Gabon, Grenade, Guadeloupe, Guinée équatoriale, Guyana, Îles Cook, Îles Marshall, Iran (République islamique d'), Iraq, Jamaïque, Kazakhstan, Liban, Libye, Macédoine (ex-République yougoslave de), Malaisie, Maldives, Maurice, Mexique, Monténégro, Montserrat, Namibie, Nauru, Panama, Paraguay, Pérou, Roumanie, Russie (Fédération de), Sainte-Lucie, Saint-Vincent-et-les Grenadines, Samoa, Samoa américaines, Serbie, Suriname, Thaïlande, Tonga, Turkménistan, Turquie, Tuvalu, Venezuela (République bolivarienne du)
Revenu intermédiaire (tranche inférieure)	Angola, Arménie, Bangladesh, Bhoutan, Bolivie (État plurinational de), Cabo Verde, Cambodge, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Djibouti, Égypte, El Salvador, Géorgie, Ghana, Guatemala, Honduras, Îles Salomon, Inde, Indonésie, Jordanie, Kenya, Kirghizistan, Kiribati, Kosovo, Lesotho, Maroc, Mauritanie, Mayotte, Micronésie (États fédérés de), Moldova (République de), Mongolie, Myanmar, Nicaragua, Nigéria, Ouzbékistan, Pakistan, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Philippines, République arabe syrienne, République démocratique populaire lao, Sahara occidental, Sainte-Hélène, Sao Tomé-et-Principe, Soudan, Sri Lanka, Swaziland, Tadjikistan, Territoire palestinien occupé, Timor-Leste, Tunisie, Ukraine, Vanuatu, Viet Nam, Yémen, Zambie
Faible revenu	Afghanistan, Bénin, Burkina Faso, Burundi, République centrafricaine, Comores, Corée (République populaire démocratique de), Érythrée, Éthiopie, Gambie, Guinée, Guinée-Bissau, Haïti, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mozambique, Népal, Niger, Ouganda, République démocratique du Congo, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone, Somalie, Soudan du Sud, Tanzanie (République-Unie de), Tchad, Togo, Zimbabwe

Note: Les chiffres ne couvrent pas toujours tous les pays d'une région, en raison d'informations manquantes ou de données non fiables.

Couverture des données

Les données d'entrée utilisées dans le modèle ont été collectées au moyen de l'enquête du BIT sur la sécurité sociale (SSI). Le nombre de pays pour lesquels des données ont été transmises pour chaque variable incluse dans les estimations mondiales et régionales est le suivant: couverture globale par la protection sociale (au moins une éventualité), 72 pays; personnes âgées, 138 pays; personnes lourdement handicapées, 71 pays; mères avec nouveau-nés, 66 pays; enfants, 60 pays; chômeurs, 75 pays; population vulnérable, 65 pays.

Des informations détaillées sur la part des populations mondiale et régionale pour lesquelles des données ont été communiquées au BIT par l'intermédiaire de la SSI sont fournies dans le tableau AII.7 pour chaque indicateur. Les années des données d'entrée correspondent à la période 2012-2016.

Description du modèle économétrique

Des modèles distincts sont appliqués pour chaque indicateur de la protection sociale pour lequel des agrégats régionaux et mondiaux sont générés. Pour six des

sept indicateurs (couverture globale, personnes lourdement handicapées, mères avec nouveau-nés, enfants, chômeurs et population vulnérable), les modèles des moindres carrés ordinaires (MCO) (*ordinary least squares (OLS)*) sont utilisés, et la localisation géographique et le niveau de revenu servent de variables explicatives. Plus précisément, la variable dépendante dans chaque modèle est la proportion de la population couverte par le régime de protection sociale donné (i) et les variables indépendantes sont les groupes régionaux interagissant avec les groupes de revenus, comme indiqué dans l'équation 1:

$$\text{Indicateur de protection sociale}_i = \alpha_i + \beta_i (\text{Région} \times \text{Groupe de revenu}) + \varepsilon_i \quad (1)$$

Les groupes de revenu correspondent aux quartiles de PIB par habitant en parité de pouvoir d'achat (PPA), d'après la base de données des Indicateurs du développement dans le monde. Le tableau AII.5 énumère les dix groupes régionaux utilisés dans les régressions et qui correspondent aux groupes régionaux utilisés dans le cadre du suivi mondial et régional des ODD.

La couverture des données de l'indicateur de couverture pour la vieillesse étant beaucoup plus importante que les autres indicateurs, de simples moyennes

Tableau AII.5 Groupes régionaux utilisés dans les régressions*

Caucase et Asie centrale	Océanie
Régions développées	Asie du Sud-Est
Asie orientale	Asie méridionale
Amérique latine et Caraïbes	Afrique subsaharienne
Afrique du Nord	Asie occidentale

* Les groupes régionaux utilisés dans le rapport sont basés sur la classification du BIT (voir tableau AII.3), et diffèrent des groupes régionaux utilisés dans le cadre du suivi des ODD.

régionales des données transmises relatives à la couverture de la vieillesse ont été utilisées pour imputer des valeurs dans les pays qui ne disposent pas de données. Dans les quelques cas où les estimations MCO étaient hors limites (couverture <0 pour cent ou >100 pour cent), elles ont été remplacées par de simples moyennes régionales.

Méthode de production des données agrégées mondiales et régionales

Pour chaque indicateur de protection sociale, les agrégats régionaux et mondiaux sont produits uniquement si les données transmises par l'intermédiaire de la SSI correspondent à plus de 40 pour cent de la population d'une région donnée. Lorsque ce seuil est atteint, les agrégats régionaux et mondiaux sont ensuite obtenus par les moyennes pondérées des estimations nationales sous-jacentes (transmises ou imputées). La pondération utilisée pour chaque indicateur est répertoriée dans le tableau AII.6.

Tableau AII.6 Variables de pondération pour chaque indicateur

Indicateur	Variable de pondération	Source de la variable de pondération
Couverture globale	Population totale	Perspectives de la population mondiale des Nations Unies – UN World Population Prospects – révision 2015
Personnes âgées	Population de 65 ans et plus	Perspectives de la population mondiale des Nations Unies – UN World Population Prospects – révision 2015
Personnes lourdement handicapées	Population totale	Perspectives de la population mondiale des Nations Unies – UN World Population Prospects – révision 2015
Mères avec nouveau-nés	Femmes âgées de 15 à 49 ans	Perspectives de la population mondiale des Nations Unies – UN World Population Prospects – révision 2015
Enfants	Population âgée de 0 à 14 ans	Perspectives de la population mondiale des Nations Unies – UN World Population Prospects – révision 2015
Chômeurs	Chômage total	BIT, Modèles économétriques des tendances – Trends Econometric Models – novembre 2016
Population vulnérable	Population totale	Perspectives de la population mondiale des Nations Unies – UN World Population Prospects – révision 2015

Sources de données

Ce rapport repose sur la base de données du BIT sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database), qui fournit des statistiques nationales précises sur les différentes dimensions des systèmes de sécurité sociale ou de protection sociale, notamment des indicateurs clés pour les décideurs, les fonctionnaires des organisations internationales et les chercheurs et le suivi des ODD par les Nations Unies (Nations Unies, 2017b).

La plupart des données de la base de données du BIT sur la protection sociale (World Social Protection Database) sont collectées par l'intermédiaire de l'enquête du BIT sur la sécurité sociale (SSI), de la collecte périodique des données administratives des ministères nationaux du travail, de la sécurité sociale, du bien-être social, des finances et d'autres ministères. L'édition 2016 de l'enquête sur la sécurité sociale est une mise à jour du questionnaire précédent, adaptée pour mieux refléter les ODD récemment adoptés. Les questionnaires et le manuel SSI sont disponibles en ligne (BIT, 2016c).

Pour mesurer la couverture légale, la principale source de données est la suivante: AISS/SSA, Social Security Programs Throughout the World (Les programmes de sécurité sociale dans le monde). Elle est utilisée en parallèle des données sur la main-d'œuvre tirées de la base de données ILOSTAT.

Autres sources de données:

- Pour les indicateurs de couverture effective: statistiques mondiales de protection sociale, dont celles d'EUROSTAT, des bases de données Banque mondiale sur les pensions et ASPIRE, de l'UNICEF, d'ONU FEMMES, de HelpAge, de l'OCDE et de l'AISS.

Tableau AII.7 Couverture des données sous-jacente aux agrégats mondiaux et régionaux
(part de la population régionale pour laquelle des données ont été transmises)

Région	Couverture des données transmises						
	Estimation globale	Personnes lourdement handicapées	Personnes vulnérables	Personnes âgées	Mères avec nouveau-nés	Enfants	Personnes au chômage
Monde	0,76	0,51	0,72	0,95	0,66	0,41	0,63
Afrique	0,65	0,17	0,57	0,74	0,41	0,45	0,50
Amériques	0,86	0,72	0,80	0,88	0,41	0,56	0,81
Etats arabes	0,00	0,02	0,00	0,36	0,00	0,00	0,00
Asie et Pacifique	0,81	0,50	0,76	0,99	0,77	0,33	0,52
Europe et Asie centrale	0,69	0,85	0,68	0,96	0,81	0,63	0,94
Sous-région (au sens large)							
Afrique du Nord	0,42	0,23	0,00	0,32	0,60	0,00	0,00
Afrique subsaharienne	0,71	0,15	0,71	0,91	0,36	0,53	0,66
Amérique latine et Caraïbes	0,78	0,56	0,69	0,75	0,56	0,75	0,73
Amérique du Nord	1,00	1,00	1,00	1,00	0,10	0,09	1,00
Etats arabes	0,00	0,02	0,00	0,36	0,00	0,00	0,00
Asie de l'Est	1,00	0,11	0,88	0,99	0,90	0,91	1,00
Asie du Sud-Est et Pacifique	0,33	0,54	0,33	0,98	0,37	0,21	0,18
Asie méridionale	0,82	0,82	0,82	1,00	0,82	0,09	0,00
Europe septentrionale, méridionale et occidentale	0,80	0,93	0,80	1,00	0,96	0,81	0,99
Europe orientale	0,80	0,80	0,80	1,00	0,95	0,78	1,00
Asie centrale et occidentale	0,25	0,75	0,21	0,47	0,28	0,23	0,71
Subdivision							
Afrique du Nord	0,42	0,23	0,00	0,32	0,60	0,00	0,00
Afrique centrale	0,66	0,15	0,66	0,87	0,16	0,66	0,00
Afrique de l'Est	0,68	0,08	0,68	0,93	0,22	0,22	0,77
Afrique australe	0,94	0,87	0,94	1,00	0,07	0,93	0,94
Afrique de l'Ouest	0,71	0,10	0,71	0,86	0,65	0,75	0,51
Caraïbes	0,28	0,07	0,00	0,10	0,00	0,00	0,02
Amérique centrale	0,76	0,14	0,76	0,18	0,09	0,75	0,00
Amérique du Sud	0,83	0,77	0,72	1,00	0,81	0,83	0,93
Amérique du Nord	1,00	1,00	1,00	1,00	0,10	0,09	1,00
Etats arabes	0,00	0,02	0,00	0,36	0,00	0,00	0,00
Asie de l'Est	1,00	0,11	0,88	0,99	0,90	0,91	1,00
Asie du Sud-Est	0,31	0,52	0,31	0,98	0,39	0,20	0,12
Iles du Pacifique	0,74	0,74	0,74	0,99	0,00	0,50	0,81
Asie du Sud	0,82	0,82	0,82	1,00	0,82	0,09	0,00
Europe septentrionale	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,97	1,00
Europe méridionale	0,39	0,80	0,39	1,00	0,90	0,40	0,98
Europe occidentale	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Europe orientale	0,80	0,80	0,80	1,00	0,95	0,78	1,00
Asie centrale	0,26	0,35	0,26	0,93	0,46	0,49	0,44
Asie occidentale	0,25	1,00	0,17	0,29	0,17	0,03	0,87

- Pour les indicateurs de couverture légale: HelpAge International et le système d'information mutuelle sur la protection sociale (MISSOC).
 - Pour la couverture de santé: OMS, base de données de l'Observatoire mondial de la santé; Nations Unies, Perspectives démographiques mondiales – UNWPP, UN World Population Prospects, 2015; Banque mondiale, Indicateurs de développement dans le monde et base de données sur la consommation mondiale.
 - Pour les indicateurs de dépenses: les données sur le PIB utilisées correspondent au PIB courant en dollars des Etats-Unis selon la Banque mondiale; les données sur les dépenses proviennent du Fonds monétaire international (FMI), d'Eurostat, de l'OCDE, de la CEPALC, de la BAD, de GSW, de l'OMS et de sources nationales, telles que le ministère des Finances ou le ministère de l'Economie.
 - Pour les indicateurs de la population et du marché du travail: ILOSTAT; UNWPP, révision 2015. Les définitions utilisées pour ces indicateurs sont disponibles dans le document suivant: «Résolution concernant les statistiques du travail, de l'emploi et de la sous-utilisation de la main-d'œuvre, 19^e Conférence internationale des statisticiens du travail», octobre 2013 (disponible à l'adresse <http://www.ilo.ch/global/statistics-and-databases/meetings-and-events/international-conference-of-labour-statisticians/19/lang--fr/index.htm>).
 - La base de données du BIT sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database) s'inspire également des rapports officiels nationaux et d'autres sources, qui reposent généralement en grande partie sur des données administratives; et des données d'enquêtes provenant de diverses sources, y compris des enquêtes nationales sur le revenu et les dépenses des ménages, des enquêtes sur la population active et des enquêtes démographiques et sanitaires, dans la mesure où elles incluent des variables sur la protection sociale.
- Lorsque les données les plus récentes des sources susmentionnées n'étaient pas disponibles, les données des anciens rapports sur la protection sociale dans le monde ont été utilisées.

Normes de l'OIT relatives à la sécurité sociale: caractéristiques principales et tableaux synoptiques

Les normes de l'OIT en matière de sécurité sociale sont aujourd'hui considérées comme des références clés mondiales pour l'élaboration de systèmes et de régimes de protection sociale fondés sur les droits, solides et pérennes. Elles déterminent également le sens et la définition du contenu du droit à la sécurité sociale, tel qu'il est inscrit dans les instruments internationaux des droits de l'homme (notamment la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 et le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels de 1966). Elles constituent ainsi des outils essentiels pour la réalisation de ce droit et pour la mise en œuvre effective d'une approche de la protection sociale fondée sur les droits.

Mesures d'orientation des politiques et des conseils techniques de l'OIT dans le domaine de la protection sociale, les normes de sécurité sociale de l'OIT sont avant tout des outils pour les Etats qui, en concertation avec les employeurs et les travailleurs, cherchent à élaborer et faire appliquer le droit de la sécurité sociale, à mettre en place des cadres de gouvernance administrative et financière, et à élaborer des politiques de protection sociale. Plus précisément, ces normes servent de références clés pour:

- l'élaboration de stratégies nationales d'extension de la sécurité sociale;
- l'établissement et le maintien de systèmes de sécurité sociale nationaux complets;
- la conception de régimes de sécurité sociale et les ajustements paramétriques des régimes existants;
- l'élaboration et la mise en place de mécanismes efficaces de recours, d'application et de contrôle de la loi;
- la bonne gouvernance de la sécurité sociale et l'amélioration des structures administratives et financières;
- la réalisation d'obligations internationales et régionales, et la mise en œuvre de stratégies et de plans d'action de protection sociale au niveau national; et
- la progression vers l'atteinte des objectifs de développement durable, en particulier les objectifs 1, 3, 5, 8, 10 et 16.

Le cadre normatif de la sécurité sociale de l'OIT comprend huit conventions et neuf recommandations¹ considérées à jour. Les plus importantes sont

¹ La recommandation (n° 67) sur la garantie des moyens d'existence, 1944, la recommandation (n° 69) sur les soins médicaux, 1944, la convention (n° 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952, la convention (n° 118) sur l'égalité de traitement (sécurité sociale), 1962, la convention (n° 121) et la recommandation (n° 121) sur les prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles, 1964, la convention (n° 128) et la recommandation (n° 131) concernant les prestations d'invalidité, de vieillesse et de survivants, 1967, la convention (n° 130) et la recommandation (n° 134) concernant les soins médicaux et les indemnités de maladie, 1969, la convention (n° 157), 1982, et la recommandation (n° 167) sur la conservation des droits en matière de sécurité sociale, 1983, la convention (n° 168) et la recommandation (n° 176) sur la promotion de l'emploi et la protection contre le chômage, 1988, la convention (n° 183) et la recommandation (n° 191) sur la protection de la maternité, 2000, et la recommandation (n° 202) sur les socles de protection sociale, 2012.

la convention (n° 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952, et la recommandation (n° 202) sur les socles de protection sociale, 2012². Quant aux autres conventions et recommandations, elles établissent des normes plus élevées pour les différentes branches de la sécurité sociale, ou énoncent les droits à la sécurité sociale des travailleurs migrants.

Les normes de l'OIT établissent des critères qualitatifs et quantitatifs qui, ensemble, déterminent les normes minimales de protection qui doivent être garanties lorsque surviennent certains risques ou événements au long du cycle de la vie, en ce qui concerne:

- la définition de l'éventualité (quel est le risque ou l'événement particulier devant être couvert?)
- les personnes protégées (qui doit être couvert?)
- la nature et le niveau des prestations (que faut-il fournir?)
- les conditions d'admissibilité, y compris la période de stage (que faut-il faire pour obtenir le droit à une prestation?)
- la durée des prestations et le délai d'attente (pendant combien de temps les prestations doivent-elles être fournies?)

En outre, elles établissent les règles communes d'organisation collective, de financement et de gestion de la sécurité sociale, ainsi que des principes de bonne gouvernance des systèmes nationaux. Ces derniers comprennent:

- la responsabilité générale de l'Etat pour le service approprié des prestations et la bonne administration des systèmes de sécurité sociale;
- la solidarité, le financement collectif et la mutualisation des risques;
- la gestion participative des régimes de sécurité sociale;
- la garantie par l'Etat de prestations définies;
- l'ajustement des pensions en cours de paiement afin de maintenir le pouvoir d'achat des bénéficiaires, et;
- le droit de contester et de former appel d'une décision.

Les tableaux AIII.1-AIII.9 ci-dessous donnent un aperçu des exigences principales établies par les normes de l'OIT relatives à la sécurité sociale.

² La convention n° 102 a été ratifiée à ce jour par 55 pays, récemment par l'Argentine (2016), la République dominicaine (2016), le Honduras (2012), la Jordanie (2014), Saint-Vincent-et-les Grenadines (2015), le Tchad (2015), le Togo (2013), l'Ukraine (2016) et l'Uruguay (2010). Les recommandations de l'OIT ne sont pas soumises à ratification.

Tableau AIII.1 Exigences principales: normes de l'OIT relatives à la sécurité sociale – protection de la santé

	Normes minimales: Convention n° 102	Normes plus élevées: Convention n° 130 ^a et recommandation n° 134 ^b	Protection de base: Recommandation n° 202
Quelle éventualité doit être couverte?	Tout état morbide, quelle qu'en soit la cause; la grossesse (accouchement et leurs suites)	Le besoin de soins médicaux à caractère curatif ou préventif	Toute condition nécessitant des soins de santé, y compris la maternité
Qui doit être couvert?	Au moins: 50 pour cent de tous les salariés, leur épouse et leurs enfants; <i>ou</i> des catégories de la population active (formant au moins 20 pour cent de l'ensemble des résidents, leur épouse et leurs enfants); <i>ou</i> au moins 50 pour cent de l'ensemble des résidents	C.130: tous les salariés, y compris les apprentis, ainsi que leur épouse et leurs enfants; <i>ou</i> des catégories de la population active, formant au moins 75 pour cent de l'ensemble de la population active, ainsi que leur épouse et leurs enfants; <i>ou</i> des catégories prescrites de résidents, formant au moins 75 pour cent de l'ensemble des résidents R.134: en outre: les personnes exécutant des travaux occasionnels et leur famille, entreprises familiales; toutes les personnes actives et leur famille; tous les résidents	Protection universelle, réalisée de manière progressive; tous les résidents et tous les enfants devraient au minimum bénéficier d'une garantie élémentaire d'accès aux soins de santé essentiels; couverture des non-résidents, en phase avec les obligations internationales de l'Etat
En quoi doit consister la prestation?	En cas d'état morbide: les soins de praticiens de médecine générale, les soins de spécialistes donnés dans des hôpitaux, la fourniture des produits pharmaceutiques essentiels, l'hospitalisation si nécessaire En cas de grossesse, d'accouchement et de leurs suites: les soins prénatals, les soins pendant l'accouchement et les soins postnatals donnés soit par un médecin, soit par une sage-femme diplômée, l'hospitalisation si nécessaire	C.130: les soins médicaux requis pour une personne en vue de préserver, rétablir ou améliorer sa santé, ainsi que son aptitude à travailler et à faire face à ses besoins personnels, comprenant au moins: les soins de praticiens de médecine générale, les soins de spécialistes donnés dans des hôpitaux, les soins et les services connexes, les produits pharmaceutiques nécessaires, l'hospitalisation si nécessaire, les soins dentaires et la réadaptation médicale R.134: également la fourniture d'appareils d'aide médicale (ex. les lunettes) et les services de convalescence	Les biens et les services constituant des soins de santé essentiels, y compris les soins de maternité, et répondant aux critères d'accessibilité, de disponibilité, d'acceptabilité et de qualité; la gratuité des soins médicaux prénatals et postnatals pour les personnes les plus vulnérables; assurer des niveaux plus élevés de protection au plus grand nombre possible de personnes et aussi rapidement que possible
Quelle doit être la durée de la prestation?	Aussi longtemps que l'état morbide ou que la grossesse, l'accouchement et leurs suites persistent. Possibilité de limiter la durée des prestations à 26 semaines par cas de maladie. La prestation ne doit pas être suspendue tant que le bénéficiaire reçoit des prestations de maladie ou un traitement pour une maladie reconnue comme nécessitant des soins prolongés	C.130: pendant toute la durée de l'éventualité Possibilité de limiter la durée de prestation à 26 semaines, lorsque le bénéficiaire cesse d'appartenir aux catégories de personnes protégées, à moins qu'il/elle ne reçoive déjà des soins médicaux pour une maladie nécessitant des soins prolongés, ou tant qu'il/elle perçoit des indemnités de maladie R.134: pendant toute la durée de l'éventualité	Tant que l'état de santé le requiert
Quelles conditions peuvent être prescrites pour l'attribution d'une prestation?	Une période de stage peut être prescrite si nécessaire pour éviter les abus	C.130: une période de stage peut être prescrite si nécessaire pour éviter les abus R.134: le droit à une prestation ne devrait pas être subordonné à une période de stage	Les personnes ayant besoin de soins de santé ne devraient pas être confrontées à une charge trop lourde ni à un risque accru de pauvreté résultant des conséquences financières de l'accès aux soins de santé essentiels Devraient être définies au niveau national et prescrites par la loi, en appliquant les principes de non-discrimination, de prise en compte des besoins spécifiques et d'inclusion sociale, et garantissant les droits et la dignité des personnes

^a Convention concernant les soins médicaux et les indemnités de maladie, 1969.^b Recommandation concernant les soins médicaux et les indemnités de maladie, 1969.

Tableau AIII.2 Exigences principales: normes de l'OIT relatives à la sécurité sociale – indemnités de maladie

	Normes minimales: Convention n° 102	Normes plus élevées: Convention n° 130 et recommandation n° 134	Protection de base: Recommandation n° 202
Quelle éventualité doit être couverte?	L'incapacité de travail résultant d'une maladie entraînant la suspension du gain	C.130: l'incapacité de travail résultant d'une maladie entraînant la suspension du gain R.134: elle couvre également les périodes d'absence au travail entraînant une perte de gains dû à la convalescence, aux soins médicaux curatifs ou préventifs, aux fins de réadaptations ou de quarantaine, ou pour prendre soin d'un malade à sa charge	Sécurité élémentaire de revenu pour les personnes se trouvant dans l'incapacité de gagner un revenu suffisant due à la maladie
Qui doit être couvert?	Au moins: 50 pour cent de l'ensemble des salariés; <i>ou</i> des catégories de la population active (formant 20 pour cent au moins de l'ensemble des résidents); <i>ou</i> tous les résidents dont les ressources sont inférieures au seuil prescrit	C.130: tous les salariés, y compris les apprentis; <i>ou</i> les catégories de la population active (formant au moins 75 pour cent de l'ensemble de la population active); <i>ou</i> tous les résidents dont les ressources sont inférieures au seuil prescrit R.134: extension aux personnes exécutant des travaux occasionnels, entreprises familiales, toutes les personnes actives, l'ensemble des résidents	Au moins tous les résidents en âge actif, sous réserve des obligations internationales
En quoi doit consister la prestation?	Paiements périodiques; au moins 45 pour cent du salaire de référence	C.130: paiements périodiques: au moins 60 pour cent du salaire de référence; en cas de décès du bénéficiaire, une prestation couvrant les frais funéraires R.134: les prestations devraient être relevées à au moins 66,66 pour cent du salaire de référence	Des prestations en espèces ou en nature à un niveau garantissant au minimum une sécurité élémentaire de revenu afin d'assurer un accès effectif aux biens et services nécessaires, prévenir ou réduire la pauvreté, la vulnérabilité et l'exclusion sociale, et permettre à la personne de vivre dignement
Quelle doit être la durée de la prestation?	Aussi longtemps que la personne se trouve dans l'incapacité de travailler pour cause de maladie; possibilité de fixer un délai d'attente de 3 jours maximum avant que la prestation ne soit versée; possibilité de limiter la durée des prestations à 26 semaines par cas de maladie	C.130: aussi longtemps que la personne se trouve dans l'incapacité de travailler due à la maladie; possibilité de fixer un délai d'attente de 3 jours maximum avant que la prestation ne soit versée; possibilité de limiter la durée des prestations à 52 semaines pour chaque cas de maladie R.134: les prestations devraient être payées pendant toute la durée de la maladie ou de toute autre éventualité couverte	Aussi longtemps que l'incapacité à gagner un revenu suffisant pour cause de maladie subsiste
Quelles conditions peuvent être prescrites pour l'attribution d'une prestation?	Une période de stage peut être prescrite si nécessaire pour éviter les abus	C.130: une période de stage peut être prescrite si nécessaire pour éviter les abus	Devraient être définies au niveau national et prescrites par la loi, en appliquant les principes de non-discrimination, de prise en compte des besoins spécifiques et d'inclusion sociale, et garantissant les droits et la dignité des personnes

Tableau AIII.3 Exigences principales: normes de l'OIT relatives à la sécurité sociale – indemnités de chômage

	Normes minimales: Convention n° 102	Normes plus élevées: Convention n° 168 ^a et recommandation n° 176 ^b	Protection de base: Recommandation n° 202
Quelle éventualité doit être couverte?	Suspension du gain due à l'impossibilité d'obtenir un emploi convenable dans le cas d'une personne capable de travailler et disponible pour le travail	C.168: perte du gain due à l'impossibilité d'obtenir un emploi convenable pour une personne capable de travailler, disponible pour un travail et effectivement en quête d'emploi. La protection devrait être étendue à la perte du gain due au chômage partiel, à la suspension ou réduction du gain due à une suspension temporaire de travail et aux travailleurs à temps partiel effectivement en quête d'emploi à temps plein R.176: donne des orientations pour évaluer si l'emploi potentiel est convenable	Sécurité élémentaire de revenu pour les personnes se trouvant dans l'incapacité de gagner un revenu suffisant en cas de chômage
Qui doit être couvert?	Au moins: 50 pour cent de tous les salariés; <i>ou</i> tous les résidents dont les ressources sont inférieures au seuil prescrit	C.168: au moins 85 pour cent des salariés, y compris les agents de la fonction publique et les apprentis; l'ensemble des résidents dont les ressources sont inférieures au seuil prescrit. La couverture devrait être étendue aux personnes en quête d'emploi qui n'ont jamais été (ou ont cessé d'être) reconnues comme chômeuses ou couvertes par un régime de protection contre le chômage R.176: la couverture devrait s'étendre progressivement à l'ensemble des salariés ainsi qu'aux travailleurs éprouvant des difficultés au cours du délai d'attente	Au moins tous les résidents en âge actif sous réserve des obligations internationales
En quoi doit consister la prestation?	Paiements périodiques; au moins 45 pour cent du salaire de référence	C.168: paiements périodiques: au moins 50 pour cent du salaire de référence; <i>ou</i> les prestations totales doivent garantir au bénéficiaire des conditions d'existence saines et convenables R.176: pour le travail à temps partiel: le total des indemnités et des gains provenant de leur emploi à temps partiel devraient atteindre le montant du gain antérieur provenant d'un emploi à plein temps et le montant d'une prestation de chômage complète	Des prestations en espèces ou en nature à un niveau garantissant au minimum une sécurité élémentaire de revenu afin d'assurer un accès effectif aux biens et services nécessaires, prévenir ou réduire la pauvreté, la vulnérabilité et l'exclusion sociale, et permettre à la personne de vivre dignement
Quelle doit être la durée de la prestation?	Pendant toute la durée du chômage; toutefois possibilité de limiter la durée: <ul style="list-style-type: none"> • Les régimes protégeant les salariés: au moins 13 semaines de prestations au cours d'une période de 12 mois • Les régimes soumis à conditions des ressources (non contributifs): au moins 26 semaines au cours d'une période de 12 mois • Un délai d'attente: maximum 7 jours 	C.168: pendant toute la durée de chômage; possibilité de limiter la durée initiale de versement des indemnités à 26 semaines en cas de chômage ou de 39 semaines au cours de toute période de 24 mois; un délai d'attente maximum 7 jours R.176: la durée de la prestation devrait être étendue jusqu'à l'âge de la retraite pour les personnes au chômage qui ont atteint un âge prescrit	Tant que la personne se trouve dans l'incapacité de gagner un revenu suffisant
Quelles conditions peuvent être prescrites pour l'attribution d'une prestation?	Une période de stage peut être prescrite si nécessaire pour éviter les abus	C.168: une période de stage peut être prescrite si nécessaire pour éviter les abus R.176: la période de stage devrait être adaptée ou supprimée pour les nouveaux demandeurs d'emploi	Devraient être définies au niveau national et prescrites par la loi, en appliquant les principes de non-discrimination, de prise en compte des besoins spécifiques et d'inclusion sociale, et garantissant les droits et la dignité des personnes

^a Convention sur la promotion de l'emploi et la protection contre le chômage, 1988. ^b Recommandation sur la promotion de l'emploi et la protection contre le chômage, 1988.

Tableau AIII.4 Exigences principales: normes de l'OIT relatives à la sécurité sociale – pensions de vieillesse

	Normes minimales: Convention n° 102	Normes plus élevées: Convention n° 128 ^a et recommandation n° 131 ^b	Protection de base: Recommandation n° 202
Quelle éventualité doit être couverte?	La survivance au-delà d'un âge prescrit (65 ans ou plus selon la capacité de travail des personnes âgées dans un pays)	C.128: même que la C.102; l'âge prescrit devrait également être inférieur à 65 pour les personnes exerçant des activités considérées comme pénibles ou insalubres R.131: en outre, l'âge prescrit devrait être abaissé pour des raisons sociales le cas échéant	Sécurité élémentaire de revenu pour les personnes âgées
Qui doit être couvert?	Au moins 50 pour cent de tous les salariés; <i>ou</i> des catégories de la population active (formant au moins 20 pour cent de l'ensemble des résidents); <i>ou</i> tous les résidents dont les ressources sont inférieures au seuil prescrit	C.128: tous les salariés, y compris les apprentis; <i>ou</i> les catégories de la population active (formant au moins 75 pour cent de l'ensemble de la population active); <i>ou</i> tous les résidents <i>ou</i> ceux dont les ressources sont inférieures au seuil prescrit R.131: la couverture devrait être étendue aux personnes dont le travail est de nature occasionnelle; <i>ou</i> à toutes les personnes actives	Tous les résidents d'un âge prescrit au niveau national, sous réserve des obligations internationales
En quoi doit consister la prestation?	Paiements périodiques: au moins 40 pour cent du salaire de référence; ajustements à la suite de variations sensibles du niveau général des gains et/ou du coût de la vie	C.128: paiement périodique: au moins 45 pour cent du salaire de référence; ajustements à la suite de variations sensibles du niveau général des gains et/ou du coût de la vie R.131: au moins 55 pour cent du salaire de référence; un montant minimum des prestations de vieillesse devrait être fixé par la loi pour assurer le minimum vital; le niveau de la prestation devrait être augmenté si le bénéficiaire requiert une aide constante	Des prestations en espèces ou en nature à un niveau garantissant au minimum une sécurité élémentaire de revenu afin d'assurer un accès effectif aux biens et services nécessaires, prévenir ou réduire la pauvreté, la vulnérabilité et l'exclusion sociale, et permettre à la personne de vivre dignement. Les niveaux de prestations devraient être régulièrement révisés
Quelle doit être la durée de la prestation?	De l'âge prescrit jusqu'au décès du bénéficiaire	De l'âge prescrit jusqu'au décès du bénéficiaire	De l'âge prescrit jusqu'au décès du bénéficiaire
Quelles conditions peuvent être prescrites pour l'attribution d'une prestation?	30 ans de cotisations ou de travail (pour les régimes contributifs) ou 20 ans de résidence (pour les régimes non contributifs) Attribution d'une prestation réduite après 15 ans de cotisations ou de travail	C.128: même que la C.102 R.131: 20 ans de cotisations ou de travail (pour des régimes contributifs) ou 15 ans de résidence (pour des régimes non contributifs) Les périodes d'incapacité due à une maladie, un accident ou une maternité, les périodes de chômage involontaire, ayant donné lieu à une indemnisation, et les périodes de service militaire obligatoire devraient être assimilées à des périodes de cotisation ou d'emploi, pour le calcul du stage accompli	Devraient être définies au niveau national et instaurées par la loi, appliquant les principes de non-discrimination, de prise en compte des besoins spécifiques et d'inclusion sociale, et garantissant les droits et la dignité des personnes

^a Convention concernant les prestations d'invalidité, de vieillesse et de survivants, 1967. ^b Recommandation concernant les prestations d'invalidité, de vieillesse et de survivants, 1967.

Tableau AIII.5 Exigences principales: normes de l'OIT relatives à la sécurité sociale – protection en cas d'accident du travail et de maladies professionnelles

	Normes minimales: Convention n° 102	Normes plus élevées: Convention n° 121 ^a et recommandation n° 121 ^b	Protection de base: Recommandation n° 202
Quelle éventualité doit être couverte?	Un état morbide; l'incapacité de travailler due à un accident ou une maladie survenue dans le cadre de l'activité professionnelle et entraînant une suspension du gain; la perte totale ou partielle de la capacité de gain à un degré prescrit, lorsqu'il est probable que cette perte sera permanente, ou la diminution correspondante de l'intégrité physique; la perte du soutien de famille en cas de décès	C.121: même que la C.102	Sécurité élémentaire de revenu pour les personnes se trouvant dans l'incapacité de gagner un revenu suffisant dû à un accident du travail ou une maladie professionnelle
Qui doit être couvert?	Au moins 50 pour cent de tous les salariés ainsi que les épouses et les enfants	C.121: tous les salariés, y compris les apprentis, des secteurs publics et privés et les membres de coopératives; en cas de décès, les épouses, les enfants et autres personnes à charge des catégories prescrites R.121: devrait être étendue progressivement à toutes les catégories de salariés et les autres membres de la famille qui sont à leur charge (parents, frères et sœurs, petits-enfants)	Au moins tous les résidents en âge actif, sous réserve des obligations internationales
En quoi doit consister la prestation?	<i>Soins médicaux et services connexes:</i> soins de praticiens de médecine générale et de spécialistes, soins dentaires, soins infirmiers, les médicaments, la réadaptation, les appareils de prothèse, etc. en vue de préserver, rétablir ou améliorer la santé de la personne protégée et son aptitude à travailler et à faire face à ses besoins personnels <i>Prestations en espèces:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Paiements périodiques: au moins 50 pour cent du salaire de référence en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité; au moins 40 pour cent du salaire de référence en cas de décès du soutien de famille • Les ajustements des prestations à long terme suite aux variations sensibles du niveau général des gains et/ou du coût de la vie • Prestation forfaitaire si le degré d'incapacité est minime et une garantie d'un emploi judicieux est fournie aux autorités compétentes 	C.121: <i>Soins médicaux:</i> même que la C.102; en outre les soins d'urgence et les soins renouvelés sur les lieux de travail <i>Prestations en espèces:</i> paiements périodiques: au moins 60 pour cent du salaire de référence en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité; au moins 50 pour cent du salaire de référence en cas de décès du soutien de famille <i>Prestation forfaitaire:</i> mêmes conditions que la C.102, avec le consentement de la victime R.121: les coûts de l'assistance constante devraient être pris en compte lorsque requise <i>Prestation en espèces:</i> au moins 66,67 pour cent des gains antérieurs; un ajustement des prestations sur le long terme peut être fait compte tenu des variations du niveau général des gains ou du coût de la vie <i>Prestation forfaitaire</i> si le degré d'incapacité est inférieur à 25 pour cent; la prestation devrait être fixée de telle sorte qu'elle soit dans une relation équitable avec les paiements périodiques et équivalents à au moins trois ans de paiements périodiques	Des prestations en espèces ou en nature à un niveau garantissant au minimum une sécurité élémentaire de revenu afin d'assurer un accès effectif aux biens et services nécessaires, prévenir ou réduire la pauvreté, la vulnérabilité et l'exclusion sociale, et permettre à la personne de vivre dignement. Les niveaux de prestations devraient être régulièrement révisés
Quelle doit être la durée de la prestation?	Aussi longtemps que la personne nécessite des soins de santé ou est invalide Aucun délai de carence à l'exception de l'incapacité de travail temporaire qui sera de trois jours au maximum	C.121: aussi longtemps que la personne nécessite des soins de santé ou est invalide R.121: en outre, le versement des indemnités devrait se faire dès le premier jour en cas de suspension du gain	Aussi longtemps que la personne se trouve dans l'incapacité de gagner un revenu suffisant
Quelles conditions peuvent être prescrites pour l'attribution d'une prestation?	Interdiction d'imposer une période de stage Pour les personnes à charge, la prestation peut être conditionnelle à ce que l'épouse soit incapable de subvenir à ses besoins et à ce que l'âge des enfants ne dépasse pas l'âge prescrit	C.121: même que la C.102	Devraient être définies au niveau national et instaurées par la loi, appliquant les principes de non-discrimination, de prise en compte des besoins spécifiques et d'inclusion sociale, et garantissant les droits et la dignité des personnes

^a Convention sur les prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles, 1964. ^b Recommandation sur les prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles, 1964.

Tableau AIII.6 Exigences principales: normes de l'OIT relatives à la sécurité sociale – allocations familiales et prestations à l'enfance

	Normes minimales: Convention n° 102	Protection de base: Recommandation n° 202
Quelle éventualité doit être couverte?	Responsabilité pour l'entretien d'un enfant	Sécurité élémentaire de revenu pour les enfants
Qui doit être couvert?	Au moins 50 pour cent de tous les salariés; <i>ou</i> les catégories de la population active (formant au moins 20 pour cent de tous les résidents); <i>ou</i> tous les résidents dont les ressources sont inférieures au seuil prescrit	Tous les enfants
En quoi doit consister la prestation?	Des paiements périodiques; <i>ou</i> la fourniture de nourriture, de vêtements, de logement, de séjours de vacances ou d'assistance ménagère; <i>ou</i> une combinaison des deux; la valeur totale des prestations calculées à l'ensemble du pays: au moins 3 pour cent du salaire de référence multiplié par le nombre d'enfants des personnes couvertes; <i>ou</i> au moins 1,5 pour cent du salaire de référence multiplié par le nombre d'enfants de tous les résidents	Des prestations en espèces ou en nature à un niveau garantissant au minimum une sécurité élémentaire de revenu, assurant un accès à l'alimentation, à l'éducation, aux soins et autres biens et services nécessaires pour les enfants
Quelle doit être la durée de la prestation?	Au moins depuis la naissance jusqu'à 15 ans ou l'âge auquel la scolarité prend fin	Pendant toute la durée de l'enfance
Quelles conditions peuvent être prescrites pour l'attribution d'une prestation?	Trois mois de cotisations ou d'emploi (pour les régimes contributifs ou liés à l'emploi); une année de résidence (pour les régimes non contributifs)	Devraient être définies au niveau national et instaurées par la loi, appliquant les principes de non-discrimination, de prise en compte des besoins spécifiques et d'inclusion sociale, et garantissant les droits et la dignité des enfants

Tableau AIII.7 Exigences principales: normes de l'OIT relatives à la sécurité sociale – protection de la maternité

	Normes minimales: Convention n° 102	Normes plus élevées: Convention n° 183 ^a et recommandation n° 191 ^b	Protection de base: Recommandation n° 202
Quelle éventualité doit être couverte?	Les soins médicaux justifiés par la grossesse, l'accouchement et leurs suites ainsi que la suspension du gain qui en résulte	C.183: les soins médicaux justifiés par la grossesse, l'accouchement et leurs suites; la suspension du gain qui en résulte R.191: même que la C.183	Des biens et services constituent les soins de maternité essentiels Sécurité élémentaire de revenu pour toutes les femmes se trouvant dans l'incapacité de gagner un revenu suffisant dû à la maternité
Qui doit être couvert?	Au moins 50 pour cent de toutes les femmes salariées; <i>ou</i> toutes les femmes comprises dans les catégories de la population active (formant au moins 20 pour cent de tous les résidents); <i>ou</i> toutes les femmes dont les ressources sont inférieures au seuil prescrit	C.183: toutes les femmes salariées, y compris toutes celles qui le sont dans le cadre de formes atypiques de travail dépendant R.191: même que la C.183	Au moins toutes les femmes qui sont résidentes sous réserves des obligations internationales
En quoi doit consister la prestation?	<i>Prestations médicales:</i> Au moins: les soins prénatals, les soins liés à l'accouchement et les soins postnatals, donnés par des professionnels qualifiés; l'hospitalisation lorsqu'elle est nécessaire <i>Prestations en espèces:</i> Paiement périodique: au moins 45 pour cent du salaire de référence	C.183: <i>Prestations médicales:</i> • Au moins les soins prénatals, les soins liés à l'accouchement et les soins postnatals, donnés par des professionnels qualifiés; l'hospitalisation lorsqu'elle est nécessaire • Pauses rémunérées quotidiennes ou une réduction journalière du temps de travail pour l'allaitement <i>Prestations en espèces:</i> au moins 66,67 pour cent des gains antérieurs; devraient être établies à un niveau tel que la femme puisse subvenir à son entretien et à celui de son enfant dans de bonnes conditions de santé et selon un niveau de vie convenable R.191: les prestations en espèces devraient être portées à un montant égal à la totalité du gain antérieur	<i>Prestations médicales:</i> elles devraient répondre aux critères de disponibilité, d'accessibilité, d'acceptabilité et de qualité; la gratuité des soins médicaux prénatals et postnatals devrait également être envisagée pour les personnes les plus vulnérables <i>Prestations en espèces ou en nature:</i> à un niveau garantissant au minimum une sécurité élémentaire de revenu afin d'assurer un accès effectif aux biens et services nécessaires, prévenir ou réduire la pauvreté, la vulnérabilité et l'exclusion sociale, et permettre à la personne de vivre dignement. Les niveaux de prestations devraient être régulièrement révisés
Quelle doit être la durée de la prestation?	Au moins 12 semaines de prestations en espèces	C.183: 14 semaines de congé de maternité, dont 6 semaines de congé obligatoire après l'accouchement; un congé supplémentaire avant ou après la période de congé de maternité en cas de maladie, complications ou risques de complications résultant de la grossesse ou de l'accouchement R.191: 18 semaines de congé de maternité Prolongation du congé de maternité en cas de naissances multiples	Aussi longtemps que l'incapacité de gagner un revenu suffisant persiste et que l'état de santé le requiert
Quelles conditions peuvent être prescrites pour l'attribution d'une prestation?	Une période de stage peut être prescrite comme nécessaire pour éviter les abus	C.183: les conditions requises doivent être remplies par une grande majorité des femmes; celles qui ne remplissent pas les conditions d'attribution ont droit à une assistance sociale R.191: même que la C.183	Devraient être définies au niveau national et instaurées par la loi, appliquant les principes de non-discrimination, de prise en compte des besoins spécifiques et d'inclusion sociale, et garantissant les droits et la dignité des femmes

^a Convention sur la protection de la maternité, 2000. ^b Recommandation sur la protection de la maternité, 2000.

Tableau AIII.8 Exigences principales: normes de l'OIT relatives à la sécurité sociale – prestations d'invalidité

	Normes minimales: Convention n° 102	Normes plus élevées: Convention n° 128 et recommandation n° 131	Protection de base: Recommandation n° 202
Quelle éventualité doit être couverte?	L'incapacité à exercer une activité professionnelle, lorsqu'il est probable que cette incapacité sera permanente ou lorsqu'elle subsiste après la cessation de l'indemnité de maladie (invalidité totale)	C.128: l'incapacité à exercer une activité professionnelle, lorsqu'il est probable que cette incapacité sera permanente ou lorsqu'elle subsiste à l'expiration d'une période prescrite d'incapacité temporaire ou initiale (invalidité totale) R.131: l'incapacité à exercer une activité professionnelle comportant une rémunération appréciable (invalidité totale ou partielle)	Sécurité élémentaire de revenu pour les personnes se trouvant dans l'incapacité de gagner un revenu suffisant dû à un handicap
Qui doit être couvert?	Au moins 50 pour cent de tous les salariés; <i>ou</i> des catégories de la population active (formant au moins 20 pour cent de tous les résidents); <i>ou</i> tous les résidents dont les ressources sont inférieures au seuil prescrit	C.128: tous les salariés, y compris les apprentis: <ul style="list-style-type: none"> • au moins 75 pour cent de la population active • tous les résidents ou l'ensemble des résidents dont les ressources sont inférieures au seuil prescrit R.131: la couverture devrait être étendue aux personnes exécutant des travaux occasionnels ainsi qu'à toute la population active	Au moins tous les résidents sous réserve des obligations internationales
En quoi doit consister la prestation?	Paiement périodique: au moins 40 pour cent du salaire de référence; ajustements à la suite de variations sensibles du niveau général des gains et/ou du coût de la vie	C.128: paiement périodique: au moins 50 pour cent du salaire de référence R.131: porter le taux à 60 pour cent du salaire de référence; Prestation réduite pour une invalidité partielle	Des prestations en espèces ou en nature à un niveau garantissant au minimum une sécurité élémentaire de revenu afin d'assurer un accès effectif aux biens et services nécessaires, prévenir ou réduire la pauvreté, la vulnérabilité et l'exclusion sociale, et permettre à la personne de vivre dignement. Les niveaux de prestations devraient être régulièrement révisés
Quelle doit être la durée de la prestation?	Aussi longtemps que la personne se trouve dans l'incapacité d'exercer une activité professionnelle ou jusqu'à l'âge de la retraite	Aussi longtemps que la personne reste invalide ou jusqu'à l'âge de la retraite	Aussi longtemps que la personne se trouve dans l'incapacité de gagner un revenu suffisant
Quelles conditions peuvent être prescrites pour l'attribution d'une prestation?	15 ans de cotisations ou d'emploi (régimes contributifs) ou 10 ans de résidence (régimes non contributifs); prestation réduite après cinq ans de cotisations ou trois ans de résidence	C.128: même que C.102 et prestation réduite après cinq ans de cotisations ou trois ans de résidence R.131: cinq ans de cotisations, d'emploi ou de résidence; les périodes de stages devraient être supprimées (ou réduites) pour les jeunes travailleurs ou lorsque l'invalidité résulte d'un accident Les périodes d'incapacité due à une maladie, un accident ou une maternité et les périodes de chômage involontaire, ayant donné lieu à indemnisation, ainsi que les périodes de service militaire obligatoire devraient être assimilées à des périodes de cotisation ou d'emploi, pour le calcul du stage accompli	Devraient être définies au niveau national et instaurées par la loi, appliquant les principes de non-discrimination, de prise en compte des besoins spécifiques et d'inclusion sociale, et garantissant les droits et la dignité des personnes

Tableau AIII.9 Exigences principales: normes de l'OIT relatives à la sécurité sociale – prestations de survivants

	Normes minimales: Convention n° 102	Normes plus élevées: Convention n° 128 et recommandation n° 131	Protection de base: Recommandation n° 202
Quelle éventualité doit être couverte?	La perte de moyens d'existence subie par la veuve ou les enfants du fait du décès du soutien de famille	C.128: la perte de moyens d'existence subie par la veuve ou les enfants en cas de décès du soutien de famille R.131: même que la C.128	Sécurité élémentaire de revenu pour les personnes se trouvant dans l'incapacité de gagner un revenu suffisant dû au décès du soutien de famille
Qui doit être couvert?	Les épouses et les enfants des soutiens de famille représentant au moins 50 pour cent de tous les salariés; <i>ou</i> les épouses et les enfants de la population active représentant au moins 20 pour cent de tous les résidents; <i>ou</i> les veuves et les enfants de tous les résidents dont les ressources sont inférieures au seuil prescrit	C.128: les épouses, les enfants et toute autre personne à charge des salariés ou des apprentis; <i>ou</i> les épouses, les enfants et toute autre personne à charge formant au moins 75 pour cent de la population active; <i>ou</i> toutes les veuves, tous les enfants et les personnes à charges qui sont résidents, ou à la fois résidents et dont les ressources sont inférieures au seuil prescrit R.131: en outre, la couverture devrait être étendue progressivement à toutes les veuves, à tous les enfants et autres personnes à charge des personnes exécutant des travaux occasionnels ou à toutes les personnes actives. Un veuf invalide et à charge devrait également bénéficier des mêmes droits à prestations de survivants qu'une veuve	Au moins tous les résidents et les enfants sous réserve des obligations internationales
En quoi doit consister la prestation?	Païement périodique: au moins 40 pour cent du salaire de référence; ajustements à la suite de variations sensibles du niveau général des gains et/ou du coût de la vie	C.128: au moins 45 pour cent du salaire de référence. Les taux doivent être ajustés au coût de la vie R.131: les prestations devraient être portées à 55 pour cent du salaire de référence; une prestation de survivant minimum devrait être fixée pour garantir un niveau de vie minimum	Prestations en espèces ou en nature à un niveau garantissant au minimum une sécurité élémentaire de revenu afin d'assurer un accès effectif aux biens et services nécessaires, prévenir ou réduire la pauvreté, la vulnérabilité et l'exclusion sociale, et permettre à la personne de vivre dignement. Les niveaux de prestations devraient être régulièrement révisés
Quelle doit être la durée de la prestation?	Jusqu'à l'âge actif des enfants; aucune limite pour les veuves	C.128 et R.131: jusqu'à ce que les enfants atteignent l'âge actif ou plus longtemps en cas d'invalidité; aucune limite pour les veuves	Aussi longtemps que les survivants se trouvent dans l'incapacité de gagner un revenu suffisant; durant toute la période de l'enfance
Quelles conditions peuvent être prescrites pour l'attribution d'une prestation?	15 ans de cotisations ou de travail (pour les régimes contributifs ou liés à l'emploi) <i>ou</i> 10 ans de résidence (pour les régimes non contributifs); une prestation réduite peut être accordée après cinq ans de cotisations Pour les veuves: peuvent être subordonnées à la présomption qu'elle soit incapable de subvenir à ses propres besoins; pour les enfants, jusqu'à 15 ans ou l'âge auquel la scolarité obligatoire prend fin	C.128: même que la C.102; en outre, il est possible de demander un âge prescrit pour la veuve qui ne dépasse pas celui prescrit pour l'âge de la retraite. Aucune condition d'âge pour une veuve invalide ou une veuve ayant un enfant du défunt à sa charge R.131: même que la C.128; les périodes d'incapacité due à une maladie, un accident ou une maternité et les périodes de chômage involontaire, ayant donné lieu à une indemnisation, et les périodes de service militaire obligatoire devraient être assimilées à des périodes de cotisation ou d'emploi, pour le calcul du stage accompli	Devraient être définies au niveau national et instaurées par la loi, appliquant les principes de non-discrimination, de prise en compte des besoins spécifiques et d'inclusion sociale, et garantissant les droits et la dignité des personnes

Annexe IV

Tableaux statistiques

Partie A. Indicateurs démographiques, économiques et relatifs au marché du travail¹

Indicateurs démographiques

- Tableau A.1 Tendances démographiques: taux de dépendance
- Tableau A.2 Tendances démographiques: vieillissement
- Tableau A.3 Fécondité, mortalité liée à la maternité et mortalité infantile, espérance de vie à la naissance
- Tableau A.4 Espérance de vie à 20, 60, 65 et 80 ans, âge exact, unisexe et femmes (en années)

Indicateurs de main-d'œuvre et d'emploi

- Tableau A.5 Ratio main-d'œuvre sur population (15-64 ans)
- Tableau A.6 Ratio main-d'œuvre sur population (65+ ans)
- Tableau A.7 Ratio emploi sur population (15-24 ans)
- Tableau A.8 Ratio emploi sur population (15+ ans)
- Tableau A.9 Statut d'emploi (dernières données disponibles)
- Tableau A.10 Taux de chômage

Indicateurs économiques et de pauvreté

- Tableau A.11 Pauvreté et distribution de revenu
- Tableau A.12 PIB et Index de développement humain (IDH), diverses années

Partie B. Couverture de la protection sociale et indicateurs de dépenses

- Tableau B.1 Ratification des conventions, à jour, de l'OIT concernant la sécurité sociale
- Tableau B.2 Aperçu des systèmes nationaux de sécurité sociale

Couverture effective (indicateur 1.3.1 des objectifs de développement durable – ODD)

- Tableau B.3 Couverture de protection sociale effective (indicateur 1.3.1 des ODD), dernières données disponibles

Enfants

- Tableau B.4 Prestations à l'enfance et aux familles: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale et couverture de protection sociale effective (indicateur 1.3.1 des ODD pour les enfants et les familles avec enfants)

Maternité

- Tableau B.5 Maternité: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale et couverture de protection sociale effective (indicateur 1.3.1 des ODD pour les mères avec nouveau-nés)

Chômage

- Tableau B.6 Chômage: indicateurs de couverture effective. Chômeurs effectivement indemnisés, de 2000 à l'année des dernières données disponibles (indicateur 1.3.1 des ODD pour les chômeurs)

¹ Les tableaux de la partie A sont disponibles à l'adresse <http://www.social-protection.org/gimi/gess/ShowWiki.action?id=594>.

Accidents du travail et maladies professionnelles

- Tableau B.7 Accidents du travail et maladies professionnelles: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale

Invalidité

- Tableau B.8 Prestations d'invalidité: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale et couverture de protection sociale effective (indicateur 1.3.1 des ODD pour des personnes lourdement handicapées)

Vieillesse

- Tableau B.9 Pensions de vieillesse: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale
- Tableau B.10 Régimes de pensions de vieillesse non contributifs: caractéristiques et indicateurs principaux
- Tableau B.11 Couverture vieillesse effective: cotisants actifs
- Tableau B.12 Couverture vieillesse effective: bénéficiaires d'une pension de vieillesse (indicateur 1.3.1 des ODD pour personnes âgées)

Indicateurs spécifiques de santé

- Tableau B.13 Déficits en matière de couverture sanitaire universelle dans les zones rurales et urbaines (estimations à l'échelle mondiale, régionale et nationale)
- Tableau B.14 Déficits de l'ODD à combler au titre de la couverture universelle des soins de longue durée
- Tableau B.15 Situation actuelle de l'emploi dans le secteur de la santé et potentiel en matière d'emploi des investissements dans la couverture sanitaire universelle d'ici à 2030, estimations mondiales

Dépenses en protection sociale

- Tableau B.16 Dépenses publiques de protection sociale, de 1995 à l'année des dernières données disponibles (en pourcentage du PIB)
- Tableau B.17 Dépenses publiques de protection sociale par garantie (en pourcentage du PIB)

Tableau B.1 Ratification des conventions, à jour, de l'OIT concernant la sécurité sociale

Pays	Branche									Travailleurs migrants* C.118 ^b C.157
	Soins médicaux C.102 C.130 C.118	Maladie C.102 C.130 C.118	Chômage C.102 C.168 C.118	Vieillesse C.102 C.128 C.118	Accidents du travail et maladies professionnelles C.102 C.121 C.118	Famille C.102 C.118	Maternité C.102 C.183 C.118	Invalidité C.102 C.128 C.118	Survivants C.102 C.128 C.118	
Afrique										
Bénin										C.183 (2012)
Burkina Faso										C.183 (2013)
Cabo Verde	C.118 (1987)	C.118 (1987)		C.118 (1987)	C.118 (1987)	C.118 (1987)	C.118 (1987)	C.118 (1987)	C.118 (1987)	C.118 (1987)
République centrafricaine				C.118 (1964)	C.118 (1964)	C.118 (1964)	C.118 (1964)			C.118 (1964)
Egypte	C.118 (1993)	C.118 (1993)	C.118 (1993)	C.118 (1993)	C.118 (1993)		C.118 (1993)	C.118 (1993)	C.118 (1993)	C.118 (1993)
Guinée	C.118 (1967)	C.118 (1967)		C.118 (1967)	C.121 (1967) C.118 (1967)	C.118 (1967)	C.118 (1967)		C.118 (1967)	C.118 (1967)
Kenya				C.118 (1971)				C.118 (1971)	C.118 (1971)	C.118 (1971)
Libye	C.102 (1975) C.130 (1975) C.118 (1975)	C.102 (1975) C.130 (1975) C.118 (1975)	C.102 (1975) C.118 (1975)	C.102 (1975) C.128 (1975) C.118 (1975)	C.102 (1975) C.121 (1975) C.118 (1975)	C.102 (1975) C.118 (1975)	C.102 (1975) C.118 (1975)	C.102 (1975) C.128 (1975) C.118 (1975)	C.102 (1975) C.128 (1975) C.118 (1975)	C.118 (1975)
Madagascar		C.118 (1964)			C.118 (1964)		C.118 (1964)	C.118 (1964)		C.118 (1964)
Mali										C.183 (2008)
Mauritanie				C.102 (1968) C.118 (1968)	C.102 (1968) C.118 (1968)	C.102 (1968) C.118 (1968)		C.102 (1968) C.118 (1968)	C.102 (1968) C.118 (1968)	C.118 (1968)
Maroc										C.183 (2011)
Niger				C.102 (1966)	C.102 (1966)	C.102 (1966)	C.102 (1966)			
République démocratique du Congo				C.102 (1987)		C.102 (1987)		C.102 (1987)	C.102 (1987)	
				C.118 (1967)	C.121 (1967) C.118 (1967)			C.118 (1967)		C.118 (1967)
Rwanda				C.118 (1989)	C.118 (1989)			C.118 (1989)	C.118 (1989)	C.118 (1989)
Sao Tomé-et-Principe										C.183 (2017) ¹
Sénégal					C.102 (1962) C.121 (1966)	C.102 (1962)	C.102 (1962) C.183 (2017) ²			
Tchad				C.102 (2015)	C.102 (2015)	C.102 (2015)		C.102 (2015)	C.102 (2015)	
Togo				C.102 (2013)		C.102 (2013)	C.102 (2013)		C.102 (2013)	
Tunisie	C.118 (1965)	C.118 (1965)		C.118 (1965)	C.118 (1965)	C.118 (1965)	C.118 (1965)	C.118 (1965)	C.118 (1965)	C.118 (1965)

Tableau B.1 Ratification des conventions, à jour, de l'OIT concernant la sécurité sociale

Pays	Branche									Travailleurs migrants ^a C.118 ^b C.157
	Soins médicaux C.102 C.130 C.118	Maladie C.102 C.130 C.118	Chômage C.102 C.168 C.118	Vieillesse C.102 C.128 C.118	Accidents du travail et maladies professionnelles C.102 C.121 C.118	Famille C.102 C.118	Maternité C.102 C.183 C.118	Invalidité C.102 C.128 C.118	Survivants C.102 C.128 C.118	
Amériques										
Argentine	C.102 (2016)		C.102 (2016)		C.102 (2016)	C.102 (2016)	C.102 (2016)	C.102 (2016)	C.102 (2016)	
Barbade	C.102 (1972)		C.102 (1972)		C.102 (1972)		C.102 (1972)	C.102 (1972)		
	C.118 (1974)		C.128 (1972) C.118 (1974)		C.118 (1974)		C.128 (1972)	C.118 (1974)	C.118 (1974)	C.118 (1974)
Belize						C.183 (2005)				
Bolivie, Etat plurinational de	C.102 (1977) C.130 (1977) C.118 (1977)	C.102 (1977) C.130 (1977) C.118 (1977)	C.102 (1977) C.128 (1977)		C.102 (1977) C.121 (1977)	C.102 (1977) C.118 (1977)	C.102 (1977) C.118 (1977)	C.102 (1977) C.128 (1977)	C.102 (1977) C.128 (1977)	C.118 (1977)
Brésil	C.102 (2009) C.118 (1969)	C.102 (2009) C.118 (1969)	C.102 (2009) C.168 (1993)	C.102 (2009) C.118 (1969)	C.102 (2009) C.118 (1969)	C.102 (2009)	C.102 (2009) C.118 (1969)	C.102 (2009) C.118 (1969)	C.102 (2009) C.118 (1969)	C.118 (1969)
Chili					C.121 (1999)					
Costa Rica	C.102 (1972) C.130 (1972)	C.130 (1972)	C.102 (1972)		C.102 (1972)	C.102 (1972)	C.102 (1972)	C.102 (1972)	C.102 (1972)	
Cuba						C.183 (2004)				
République dominicaine	C.102 (2016)	C.102 (2016)	C.102 (2016)		C.102 (2016)	C.102 (2016)	C.102 (2016) C.183 (2016)	C.102 (2016)	C.102 (2016)	
Equateur	C.130 (1978) C.118 (1970)	C.102 (1974) C.130 (1978) C.118 (1970)	C.102 (1974) C.128 (1978)		C.102 (1974) C.121 (1978) C.118 (1970)		C.118 (1970)	C.102 (1974) C.128 (1978) C.118 (1970)	C.102 (1974) C.128 (1978) C.118 (1970)	C.118 (1970)
Guatemala						C.118 (1963)				C.118 (1963)
Honduras	C.102 (2012)	C.102 (2012)	C.102 (2012)		C.102 (2012)	C.102 (2012)	C.102 (2012)	C.102 (2012)	C.102 (2012)	
Mexique	C.102 (1961) C.118 (1978)	C.102 (1961) C.118 (1978)	C.102 (1961) C.118 (1978)		C.102 (1961) C.118 (1978)	C.102 (1961) C.118 (1978)	C.102 (1961) C.118 (1978)	C.102 (1961) C.118 (1978)	C.102 (1961) C.118 (1978)	C.118 (1978)
Pérou	C.102 (1961)	C.102 (1961)	C.102 (1961)		C.102 (1961)	C.102 (1961) C.183 (2016)	C.102 (1961)	C.102 (1961)	C.102 (1961)	
Saint-Vincent-et-les Grenadines	C.102 (2015)	C.102 (2015)	C.102 (2015)		C.102 (2015)	C.102 (2015)	C.102 (2015)	C.102 (2015)	C.102 (2015)	
Suriname					C.118 (1976)					C.118 (1976)
Uruguay	C.102 (2010) C.130 (1973) C.118 (1983)	C.130 (1973) C.118 (1983)	C.102 (2010) C.118 (1983)	C.128 (1973)	C.121 (1973) ³ C.118 (1983)	C.102 (2010) C.118 (1983)	C.102 (2010) C.118 (1983)	C.128 (1973)	C.128 (1973)	C.118 (1983)
Venezuela, République bolivarienne du	C.102 (1982) C.130 (1982) C.118 (1982)	C.102 (1982) C.130 (1982) C.118 (1982)	C.102 (1982) C.128 (1983) C.118 (1982)		C.102 (1982) C.121 (1982) C.118 (1982)		C.102 (1982) C.118 (1982)	C.102 (1982) C.128 (1983) C.118 (1982)	C.102 (1982) C.128 (1983) C.118 (1982)	C.118 (1982)

Tableau B.1 Ratification des conventions, à jour, de l'OIT concernant la sécurité sociale

Pays	Branche									Travailleurs migrants* C.118 ^b C.157
	Soins médicaux C.102 C.130 C.118	Maladie C.102 C.130 C.118	Chômage C.102 C.168 C.118	Vieillesse C.102 C.128 C.118	Accidents du travail et maladies professionnelles C.102 C.121 C.118	Famille C.102 C.118	Maternité C.102 C.183 C.118	Invalidité C.102 C.128 C.118	Survivants C.102 C.128 C.118	
Etats arabes										
Iraq	C.118 (1978)	C.118 (1978)		C.118 (1978)	C.118 (1978)		C.118 (1978)	C.118 (1978)	C.118 (1978)	C.118 (1978)
Jordanie				C.102 (2014)	C.102 (2014) C.118 (1963)		C.118 (1963)	C.102 (2014) C.118 (1963)	C.102 (2014) C.118 (1963)	C.118 (1963)
République arabe syrienne				C.118 (1963)	C.118 (1963)			C.118 (1963)	C.118 (1963)	C.118 (1963)
Asie										
Azerbaïdjan							C.183 (2010)			
Bangladesh					C.118 (1972)		C.118 (1972)			C.118 (1972)
Chypre		C.102 (1991)	C.102 (1991)	C.102 (1991)	C.102 (1991) C.121 (1966)		C.183 (2005)	C.102 (1991)	C.102 (1991) C.128 (1969)	
Inde	C.118 (1964)	C.118 (1964)					C.118 (1964)			C.118 (1964)
Israël				C.102 (1955) C.118 (1965)	C.102 (1955) C.118 (1965)	C.118 (1965)	C.118 (1965)		C.102 (1955) C.118 (1965)	C.118 (1965)
Japon		C.102 (1976)	C.102 (1976)	C.102 (1976)	C.102 (1976) C.121 (1974) ³					
Kazakhstan							C.183 (2012)			
Kirghizistan										C.157 (2008)
Pakistan					C.118 (1969)		C.118 (1969)			C.118 (1969)
Philippines	C.118 (1994)	C.118 (1994)		C.118 (1994)	C.118 (1994)		C.118 (1994)	C.118 (1994)	C.118 (1994)	C.118 (1994) C.157 (1994)
Turquie	C.102 (1975) C.118 (1974)	C.102 (1975) C.118 (1974)		C.102 (1975) C.118 (1974)	C.102 (1975) C.118 (1974)		C.102 (1975) C.118 (1974)	C.102 (1975) C.118 (1974)	C.102 (1975) C.118 (1974)	C.118 (1974)
Europe										
Albanie	C.102 (2006)	C.102 (2006)	C.102 (2006) C.168 (2006)	C.102 (2006)	C.102 (2006)		C.102 (2006) C.183 (2004)	C.102 (2006)	C.102 (2006)	
Allemagne	C.102 (1958) C.130 (1974) C.118 (1971)	C.102 (1958) C.130 (1974) C.118 (1971)	C.102 (1958) C.118 (1971)	C.102 (1958) C.128 (1971)	C.102 (1958) C.121 (1972) C.118 (1971)	C.102 (1958)	C.102 (1958) C.118 (1971)	C.102 (1958) C.128 (1971)	C.102 (1958) C.128 (1971)	C.118 (1971)
Autriche	C.102 (1969)		C.102 (1978)	C.102 (1969) C.128 (1969)		C.102 (1969)	C.102 (1969) C.183 (2004)			
Bélarus							C.183 (2004)			

Tableau B.1 Ratification des conventions, à jour, de l'OIT concernant la sécurité sociale

Pays	Branche									Travailleurs migrants ^a C.118 ^b C.157
	Soins médicaux C.102 C.130 C.118	Maladie C.102 C.130 C.118	Chômage C.102 C.168 C.118	Vieillesse C.102 C.128 C.118	Accidents du travail et maladies professionnelles C.102 C.121 C.118	Famille C.102 C.118	Maternité C.102 C.183 C.118	Invalidité C.102 C.128 C.118	Survivants C.102 C.128 C.118	
Belgique	C.102 (1959) C.130 (2017) ⁴	C.102 (1959) C.130 (2017) ⁴	C.102 (1959) C.168 (2011)	C.102 (1959) C.128 (2017) ⁴	C.102 (1959) C.121 (1970)	C.102 (1959)	C.102 (1959)	C.102 (1959) C.128 (2017) ⁴	C.102 (1959) C.128 (2017) ⁴	
Bosnie-Herzégovine	C.102 (1993)	C.102 (1993)	C.102 (1993)	C.102 (1993)	C.102 (1993) C.121 (1993)		C.102 (1993) C.183 (2010)		C.102 (1993)	
Bulgarie	C.102 (2008)	C.102 (2008)	C.102 (2016) ⁵	C.102 (2008)	C.102 (2008)	C.102 (2008)	C.102 (2008) C.183 (2001)		C.102 (2008)	
Croatie	C.102 (1991)	C.102 (1991)	C.102 (1991)	C.102 (1991)	C.102 (1991) C.121 (1991)		C.102 (1991)		C.102 (1991)	
Danemark	C.102 (1955) C.130 (1978) C.118 (1969)	C.130 (1978) C.118 (1969)	C.102 (1955) C.118 (1969)	C.102 (1955)	C.102 (1955) C.118 (1969)			C.102 (1955)		C.118 (1969)
Espagne	C.102 (1988)	C.102 (1988)	C.102 (1988)		C.102 (1988)					C.157 (1985)
Finlande	C.130 (1974) C.118 (1969)	C.130 (1974) C.118 (1969)	C.168 (1990)	C.128 (1976)	C.121 (1968) ³ C.118 (1969)			C.128 (1976)	C.128 (1976)	C.118 (1969)
France	C.102 (1974) C.118 (1974)	C.118 (1974)	C.102 (1974)	C.102 (1974)	C.102 (1974) C.118 (1974)	C.102 (1974) C.118 (1974)	C.102 (1974) C.118 (1974)	C.102 (1974) C.118 (1974)	C.118 (1974)	C.118 (1974)
Grèce	C.102 (1955)	C.102 (1955)	C.102 (1955)	C.102 (1955)	C.102 (1955)		C.102 (1955) C.183 (2003)	C.102 (1955)	C.102 (1955)	
Hongrie										
Irlande		C.102 (1968)	C.102 (1968)		C.121 (1969) C.118 (1964)	C.118 (1964)			C.102 (1968)	C.118 (1964)
Islande				C.102 (1961)		C.102 (1961)		C.102 (1961)		
Italie				C.102 (1956)		C.102 (1956)	C.102 (1956) C.183 (2001) C.118 (1967)	C.118 (1967)	C.118 (1967)	C.118 (1967)
Lettonie							C.183 (2009)			
Lituanie							C.183 (2003)			
Luxembourg	C.102 (1964) C.130 (1980)	C.102 (1964) C.130 (1980)	C.102 (1964)	C.102 (1964)	C.102 (1964) C.121 (1972)	C.102 (1964)	C.102 (1964) C.183 (2008)	C.102 (1964)	C.102 (1964)	
Macédoine, ex-République yougoslave de	C.102 (1991)	C.102 (1991)	C.102 (1991)	C.102 (1991)	C.102 (1991) C.121 (1991)		C.102 (1991) C.183 (2012)		C.102 (1991)	
Moldova, République de							C.183 (2006)			
Monténégro	C.102 (2006)	C.102 (2006)	C.102 (2006)	C.102 (2006)	C.102 (2006) C.121 (2006)		C.102 (2006) C.183 (2012)		C.102 (2006)	

Tableau B.1 Ratification des conventions, à jour, de l'OIT concernant la sécurité sociale

Pays	Branche									Travailleurs migrants ^a C.118 ^b C.157
	Soins médicaux C.102 C.130 C.118	Maladie C.102 C.130 C.118	Chômage C.102 C.168 C.118	Vieillesse C.102 C.128 C.118	Accidents du travail et maladies professionnelles C.102 C.121 C.118	Famille C.102 C.118	Maternité C.183 C.118	Invalidité C.128 C.118	Survivants C.102 C.128 C.118	
Norvège	C.102 (1954) C.130 (1972)	C.102 (1954) C.130 (1972)	C.102 (1954) C.168 (1990)	C.102 (1954) C.128 (1968)	C.102 (1954)	C.102 (1954) C.118 (1963)	C.183 (2015)	C.128 (1968)	C.128 (1968) C.118 (1963)	C.118 (1963)
Pays-Bas	C.102 (1962) C.130 (2006)	C.102 (1962) C.130 (2006)	C.102 (1962)	C.102 (1962) C.128 (1969)	C.102 (1962) C.121 (1966) ³	C.102 (1962)	C.102 (1962) C.183 (2009)	C.102 (1962) C.128 (1969)	C.102 (1962) C.128 (1969)	
Pologne	C.102 (2003)			C.102 (2003)		C.102 (2003)	C.102 (2003)		C.102 (2003)	
Portugal	C.102 (1994)	C.102 (1994)	C.102 (1994)	C.102 (1994)	C.102 (1994)	C.102 (1994)	C.102 (1994) C.183 (2012)	C.102 (1994)	C.102 (1994)	
Roumanie	C.102 (2009)	C.102 (2009)	C.168 (1992)	C.102 (2009)		C.102 (2009)	C.102 (2009) C.183 (2002)			
Serbie	C.102 (2000)	C.102 (2000)	C.102 (2000)	C.102 (2000)	C.102 (2000) C.121 (2000)		C.102 (2000) C.183 (2010)		C.102 (2000)	
Slovaquie	C.102 (1993) C.130 (1993)	C.102 (1993) C.130 (1993)		C.102 (1993) C.128 (1993)		C.102 (1993)	C.102 (1993) C.183 (2000)	C.102 (1993)	C.102 (1993)	
Slovénie	C.102 (1992)	C.102 (1992)	C.102 (1992)	C.102 (1992)	C.102 (1992) C.121 (1992)		C.102 (1992) C.183 (2010)		C.102 (1992)	
Suède	C.102 (1953) C.130 (1970) C.118 (1963)	C.102 (1953) C.130 (1970) C.118 (1963)	C.102 (1953) C.168 (1990) C.118 (1963)	C.128 (1968)	C.102 (1953) C.121 (1969) C.118 (1963)	C.102 (1953)	C.102 (1953) C.118 (1963)	C.128 (1968)	C.128 (1968)	C.157 (1984) C.118 (1963)
Suisse			C.168 (1990)	C.102 (1977) C.128 (1977)	C.102 (1977)	C.102 (1977)	C.183 (2014)	C.102 (1977) C.128 (1977)	C.102 (1977) C.128 (1977)	
République tchèque	C.102 (1993) C.130 (1993)	C.102 (1993) C.130 (1993)		C.102 (1993) C.128 (1993)		C.102 (1993)	C.102 (1993)	C.102 (1993)	C.102 (1993)	
Royaume-Uni	C.102 (1954)	C.102 (1954)	C.102 (1954)	C.102 (1954)		C.102 (1954)			C.102 (1954)	
Ukraine	C.102 (2016)	C.102 (2016)	C.102 (2016)	C.102 (2016)	C.102 (2016)	C.102 (2016)	C.102 (2016)	C.102 (2016)	C.102 (2016)	

Notes: ^a Bien que toutes les normes internationales de sécurité sociale s'appliquent aux travailleurs migrants sauf indication contraire, les articles C.118 et C.157 sont particulièrement pertinents pour les travailleurs migrants.
^b Certaines parties de C.118 s'appliquent pour les branches sélectionnées (voir autres colonnes). ¹ Sao Tomé-et-Principe. La C.183 entrera en vigueur le 12 juin 2018. ² Sénégal. La C.183 entrera en vigueur le 18 avril 2018.
³ Finlande, Japon, Pays-Bas, Uruguay. Ils ont accepté le texte de la liste des maladies professionnelles (tableau I) amendée par la CIT à sa 66^e session (1980). ⁴ Belgique. La C.128 entrera en vigueur le 14 juin 2018 et la C.130 entrera en vigueur le 22 novembre 2018. ⁵ Bulgarie. A accepté la partie IV le 12 juillet 2016.

Source: Sur la base de BIT (2017b).

Tableau B.2 Aperçu des systèmes nationaux de sécurité sociale

Pays/Territoire	Nombre de domaines couverts par au moins un programme		Existence d'un programme obligatoire							
	Nombre de domaines couverts par au moins un programme	Nombre de domaines de la sécurité sociale couverts par un programme obligatoire	Allocations pour enfants et familles ¹	Maternité (prestations en espèces) ²	Maladie (prestations en espèces)	Chômage ³	Accidents du travail et maladies professionnelles ⁴	Handicap/Invalidité ⁵	Sur-vivants	Vieillesse ⁶
Afrique										
<i>Afrique du Nord</i>										
Algérie	8	Portée globale de la couverture légale | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Egypte	7	Portée pratiquement globale de la couverture légale | 7	Aucun	●	●	●	●	●	●	●
Libye	7	Portée pratiquement globale de la couverture légale | 7	●	●	●	▲	●	●	●	●
Maroc	8	Portée globale de la couverture légale | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Soudan	4	Portée limitée de la couverture légale | 1 à 4	Aucun	▲	▲	▲	●	●	●	●
Tunisie	8	Portée globale de la couverture légale | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
<i>Afrique subsaharienne</i>										
Afrique du Sud	8	Portée globale de la couverture légale | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Angola	6	Portée intermédiaire de la couverture globale | 5 à 6	●	●	△	▲	●	●	●	●
Bénin	6	Portée intermédiaire de la couverture globale | 5 à 6	●	●	▲	Aucun	●	●	●	●
Botswana	5	Portée intermédiaire de la couverture globale | 5 à 6	●	▲	▲	▲	●	●	●	●
Burkina Faso	6	Portée intermédiaire de la couverture globale | 5 à 6	●	●	▲	Aucun	●	●	●	●
Burundi	6	Portée intermédiaire de la couverture globale | 5 à 6	●	▲	●	Aucun	●	●	●	●
Cabo Verde	8	Portée globale de la couverture légale | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Cameroun	6	Portée intermédiaire de la couverture globale | 5 à 6	●	●	▲	▲	●	●	●	●
République centrafricaine	6	Portée intermédiaire de la couverture globale | 5 à 6	●	●	▲	Aucun	●	●	●	●
Comores	...	Informations disponibles incomplètes	...	▲	...	Aucun	...	...	...	...
Congo	6	Portée intermédiaire de la couverture globale | 5 à 6	●	●	▲	Aucun	●	●	●	●
Côte d'Ivoire	6	Portée intermédiaire de la couverture globale | 5 à 6	●	●	△	▲	●	●	●	●
Djibouti	6	Portée intermédiaire de la couverture globale | 5 à 6	●	●	●	Aucun	●	Aucun	●	●
Erythrée	...	Informations disponibles incomplètes	...	▲	...	Aucun	...	...	...	...
Ethiopie ⁷	4	Portée limitée de la couverture légale | 1 à 4	Aucun	▲	▲	▲	●	●	●	●
Gabon	6	Portée intermédiaire de la couverture globale | 5 à 6	●	●	▲	▲	●	●	●	●
Gambie	4	Portée limitée de la couverture légale | 1 à 4	Aucun	▲	▲	▲	●	●	●	●

Tableau B.2. Aperçu des systèmes nationaux de sécurité sociale

Pays/Territoire	Nombre de domaines couverts par au moins un programme		Existence d'un programme obligatoire							
	Nombre de domaines couverts par au moins un programme	Nombre de domaines de la sécurité sociale couverts par un programme obligatoire	Allocations pour enfants et familles ¹	Maternité (prestations en espèces) ²	Maladie (prestations en espèces)	Chômage ³	Accidents du travail et maladies professionnelles ⁴	Handicap/Invalidité ⁵	Survivants	Vieillesse ⁶
Ghana	5	Portée intermédiaire de la couverture globale | 5 à 6	Aucun	▲	●	Aucun	●	●	●	●
Guinée	7	Portée pratiquement globale de la couverture légale | 7	●	●	●	Aucun	●	●	●	●
Guinée-Bissau	...	Informations disponibles incomplètes	...	▲	...	Aucun	●	●	●	●
Guinée équatoriale	7	Portée pratiquement globale de la couverture légale | 7	●	●	●	▲	●	●	●	●
Kenya	4	Portée limitée de la couverture légale | 1 à 4	Aucun	▲	▲	Aucun	●	●	●	●
Lesotho	3	Portée limitée de la couverture légale | 1 à 4	Aucun	▲	▲	▲	●	Aucun	●	●
Libéria	4	Portée limitée de la couverture légale | 1 à 4	Aucun	Aucun	Aucun	Aucun	●	●	●	●
Madagascar	6	Portée intermédiaire de la couverture globale | 5 à 6	●	●	▲	Aucun	●	●	●	●
Malawi	1	Portée limitée de la couverture légale | 1 à 4	Aucun	▲	▲	▲	●	Aucun	Aucun	●
Mali	6	Portée intermédiaire de la couverture globale | 5 à 6	●	●	▲	▲	●	●	●	●
Maurice	6	Portée intermédiaire de la couverture globale | 5 à 6	●	▲	▲	●	●	●	●	●
Mauritanie	6	Portée intermédiaire de la couverture globale | 5 à 6	●	●	△	Aucun	●	●	●	●
Mozambique	6	Portée intermédiaire de la couverture globale | 5 à 6	●	●	●	Aucun	...	●	●	●
Namibie	7	Portée pratiquement globale de la couverture légale | 7	●	●	●	▲	●	●	●	●
Niger	6	Portée intermédiaire de la couverture globale | 5 à 6	●	●	▲	Aucun	●	●	●	●
Nigéria	4	Portée limitée de la couverture légale | 1 à 4	Aucun	▲	△	▲	●	●	●	●
Ouganda	4	Portée limitée de la couverture légale | 1 à 4	Aucun	▲	▲	▲	●	●	●	●
République démocratique du Congo	6	Portée intermédiaire de la couverture globale | 5 à 6	●	●	▲	Aucun	●	●	●	●
Rwanda	5	Portée intermédiaire de la couverture globale | 5 à 6	Aucun	●	▲	▲	●	●	●	●
Sao Tomé-et-Principe	6	Portée intermédiaire de la couverture globale | 5 à 6	Aucun	●	●	Aucun	●	●	●	●
Sénégal	6	Portée intermédiaire de la couverture globale | 5 à 6	●	●	△	Aucun	●	●	●	●
Seychelles	7	Portée pratiquement globale de la couverture légale | 7	Aucun	●	●	●	●	●	●	●
Sierra Leone	4	Portée limitée de la couverture légale | 1 à 4	Aucun	▲	Aucun	Aucun	●	●	●	●
Somalie	...	Informations disponibles incomplètes	Aucun	▲	...	Aucun	...	...	...	...
Soudan du Sud	...	Informations disponibles incomplètes	...	...	...	Aucun	...	...	...	...
Swaziland	4	Portée limitée de la couverture légale | 1 à 4	Aucun	▲	Aucun	Aucun	●	●	●	●

Tableau B.2 Aperçu des systèmes nationaux de sécurité sociale

Pays/Territoire	Nombre de domaines couverts par au moins un programme		Existence d'un programme obligatoire							
	Nombre de domaines couverts par au moins un programme	Nombre de domaines de la sécurité sociale couverts par un programme obligatoire	Allocations pour enfants et familles ¹	Maternité (prestations en espèces) ²	Maladie (prestations en espèces)	Chômage ³	Accidents du travail et maladies professionnelles ⁴	Handicap/Invalidité ⁵	Survivants	Vieillesse ⁶
Tanzanie, République-Unie de	5	Portée intermédiaire de la couverture globale | 5 à 6	Aucun	●	▲	▲	●	●	●	●
Tchad	6	Portée intermédiaire de la couverture globale | 5 à 6	●	●	△	▲	●	●	●	●
Togo	6	Portée intermédiaire de la couverture globale | 5 à 6	●	●	▲	Aucun	●	●	●	●
Zambie	4	Portée limitée de la couverture légale | 1 à 4	Aucun	▲	△	▲	●	●	●	●
Zimbabwe	4	Portée limitée de la couverture légale | 1 à 4	Aucun	▲	Aucun	Aucun	●	●	●	●
Amériques										
<i>Amérique latine et Caraïbes</i>										
Anguilla	...	Informations disponibles incomplètes	...	...	...	...	...	●	...	...
Antigua-et-Barbuda	6	Portée intermédiaire de la couverture globale | 5 à 6	Aucun	●	●	Aucun	●	●	●	●
Argentine	8	Portée globale de la couverture légale | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Aruba	...	Informations disponibles incomplètes	...	...	...	●	...	...	...	●
Bahamas	7	Portée pratiquement globale de la couverture légale | 7	Aucun	●	●	●	●	●	●	●
Barbade	7	Portée pratiquement globale de la couverture légale | 7	Aucun	●	●	●	●	●	●	●
Belize	6	Portée intermédiaire de la couverture globale | 5 à 6	Aucun	●	●	▲	●	●	●	●
Bermudes	4	Portée limitée de la couverture légale | 1 à 4	Aucun	▲	▲	▲	●	●	●	●
Bolivie, Etat plurinational de	7	Portée pratiquement globale de la couverture légale | 7	●	●	●	▲	●	●	●	●
Brésil	8	Portée globale de la couverture légale | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Chili	8	Portée globale de la couverture légale | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Colombie	8	Portée globale de la couverture légale | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Costa Rica	7	Portée pratiquement globale de la couverture légale | 7	●	●	●	▲	●	●	●	●
Cuba	6	Portée intermédiaire de la couverture globale | 5 à 6	Aucun	●	●	Aucun	●	●	●	●
République dominicaine	7	Portée pratiquement globale de la couverture légale | 7	●	●	●	Aucun	●	●	●	●
Dominique	6	Portée intermédiaire de la couverture globale | 5 à 6	Aucun	●	●	Aucun	●	●	●	●
El Salvador	6	Portée intermédiaire de la couverture globale | 5 à 6	Aucun	●	●	▲	●	●	●	●
Equateur	8	Portée globale de la couverture légale | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Grenade	6	Portée intermédiaire de la couverture globale | 5 à 6	Aucun	●	●	▲	●	●	●	●

Tableau B.2 Aperçu des systèmes nationaux de sécurité sociale

Pays/Territoire	Nombre de domaines couverts par au moins un programme		Existence d'un programme obligatoire							
	Nombre de domaines couverts par au moins un programme	Nombre de domaines de la sécurité sociale couverts par un programme obligatoire	Allocations pour enfants et familles ¹	Maternité (prestations en espèces) ²	Maladie (prestations en espèces)	Chômage ³	Accidents du travail et maladies professionnelles ⁴	Handicap/Invalidité ⁵	Survivants	Viellissement ⁶
Guadeloupe	6	Portée intermédiaire de la couverture globale | 5 à 6	Aucun	●	●	Aucun	●	●	●	●
Guatemala	6	Portée intermédiaire de la couverture globale | 5 à 6	Aucun	●	●	▲	●	●	●	●
Guyana	6	Portée intermédiaire de la couverture globale | 5 à 6	Aucun	●	●	▲	●	●	●	●
Guyane française	...	Informations disponibles incomplètes	...	...	...	...	●	●	●	●
Haïti	4	Portée limitée de la couverture légale | 1 à 4	Aucun	▲	▲	Aucun	●	●	●	●
Honduras	7	Portée pratiquement globale de la couverture légale | 7	●	●	●	●	●	●	●	●
Iles Vierges britanniques	6	Portée intermédiaire de la couverture globale | 5 à 6	Aucun	●	●	▲	●	●	●	●
Jamaïque	6	Portée intermédiaire de la couverture globale | 5 à 6	●	●	▲	Aucun	●	●	●	●
Martinique	...	Informations disponibles incomplètes	●	●	...	...	●	●	●	●
Mexique	7	Portée pratiquement globale de la couverture légale | 7	●	●	●	▲	●	●	●	●
Nicaragua	6	Portée intermédiaire de la couverture globale | 5 à 6	Aucun	●	●	Aucun	●	●	●	●
Panama	7	Portée pratiquement globale de la couverture légale | 7	●	●	●	▲	●	●	●	●
Paraguay	6	Portée intermédiaire de la couverture globale | 5 à 6	▲	●	●	△	●	●	●	●
Pérou	7	Portée pratiquement globale de la couverture légale | 7	●	●	●	▲	●	●	●	●
Porto Rico	...	Informations disponibles incomplètes	...	▲	●	...	●	●	●	●
Sainte-Lucie	6	Portée intermédiaire de la couverture globale | 5 à 6	Aucun	●	●	Aucun	●	●	●	●
Saint-Kitts-et-Nevis	6	Portée intermédiaire de la couverture globale | 5 à 6	Aucun	●	●	▲	●	●	●	●
Saint-Vincent-et-les Grenadines	6	Portée intermédiaire de la couverture globale | 5 à 6	Aucun	●	●	▲	●	●	●	●
Suriname	...	Informations disponibles incomplètes	...	...	...	Aucun	...	...	...	●
Trinité-et-Tobago	7	Portée pratiquement globale de la couverture légale | 7	●	●	●	▲	●	●	●	●
Uruguay	8	Portée globale de la couverture légale | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Venezuela, République bolivarienne du	7	Portée pratiquement globale de la couverture légale | 7	Aucun	●	●	●	●	●	●	●
Amérique du Nord										
Canada	8	Portée globale de la couverture légale | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Etats-Unis ¹¹	8	Portée globale de la couverture légale | 8	●	●	●	●	●	●	●	●

Tableau B.2 Aperçu des systèmes nationaux de sécurité sociale

Pays/Territoire	Nombre de domaines couverts par au moins un programme		Existence d'un programme obligatoire							
	Nombre de domaines couverts par au moins un programme	Nombre de domaines de la sécurité sociale couverts par un programme obligatoire	Allocations pour enfants et familles ¹	Maternité (prestations en espèces) ²	Maladie (prestations en espèces)	Chômage ³	Accidents du travail et maladies professionnelles ⁴	Handicap/Invalidité ⁵	Sur-vivants	Vieillesse ⁶
Etats arabes										
Arabie saoudite	5	Portée intermédiaire de la couverture globale | 5 à 6	Aucun	▲	▲	●	●	●	●	●
Bahreïn	5	Portée intermédiaire de la couverture globale | 5 à 6	Aucun	▲	▲	●	●	●	●	●
Emirats arabes unis	...	Informations disponibles incomplètes	...	▲	...	▲	...	...	...	...
Iraq	7	Portée pratiquement globale de la couverture légale | 7	●	●	●	▲	●	●	●	●
Jordanie	6	Portée intermédiaire de la couverture globale | 5 à 6	Aucun	●	▲	●	●	●	●	●
Koweït	5	Portée intermédiaire de la couverture globale | 5 à 6	Aucun	▲	▲	●	●	●	●	●
Liban	5	Portée intermédiaire de la couverture globale | 5 à 6	●	●	●	Aucun	●	●	●	●
Oman	4	Portée limitée de la couverture légale | 1 à 4	Aucun	▲	Aucun	Aucun	●	●	●	●
Qatar	4	Portée limitée de la couverture légale | 1 à 4	Aucun	▲	▲	Aucun	●	●	●	●
République arabe syrienne	4	Portée limitée de la couverture légale | 1 à 4	Aucun	▲	△	▲	●	●	●	●
Territoire palestinien occupé	...	Informations disponibles incomplètes	...	▲	...	...	...	...	...	...
Yémen	4	Portée limitée de la couverture légale | 1 à 4	Aucun	▲	△	▲	●	●	●	●
Asie et Pacifique										
<i>Asie de l'Est</i>										
Chine	8	Portée globale de la couverture légale | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Corée, République de	6	Portée intermédiaire de la couverture globale | 5 à 6	Aucun	●	△	●	●	●	●	●
Corée, République populaire démocratique de	...	Informations disponibles incomplètes	...	...	...	Aucun	...	...	...	...
Hong-kong, Chine	8	Portée globale de la couverture légale | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Japon	8	Portée globale de la couverture légale | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Macao, Chine	...	Informations disponibles incomplètes	...	...	...	...	...	...	...	...
Mongolie	8	Portée globale de la couverture légale | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Taiwan, Chine	7	Portée pratiquement globale de la couverture légale | 7	Aucun	●	●	●	●	●	●	●
<i>Asie du Sud-Est</i>										
Brunéi Darussalam	5	Portée intermédiaire de la couverture globale | 5 à 6	Aucun	●	▲	Aucun	●	●	●	●
Cambodge ¹⁰	3	Portée limitée de la couverture légale | 1 à 4	Aucun	●	●	▲	●	●	●	●

Tableau B.2. Aperçu des systèmes nationaux de sécurité sociale

Pays/Territoire	Nombre de domaines couverts par au moins un programme		Existence d'un programme obligatoire							
	Nombre de domaines couverts par au moins un programme	Nombre de domaines de la sécurité sociale couverts par un programme obligatoire	Allocations pour enfants et familles ¹	Maternité (prestations en espèces) ²	Maladie (prestations en espèces)	Chômage ³	Accidents du travail et maladies professionnelles ⁴	Handicap/Invalidité ⁵	Survivants	Vieillesse ⁶
Indonésie	5	Portée intermédiaire de la couverture globale | 5 à 6	●	▲	▲	▲	●	●	●	●
République démocratique populaire lao	6	Portée intermédiaire de la couverture globale | 5 à 6	Aucun	●	●	●	●	●	●	●
Malaisie	4	Portée limitée de la couverture légale | 1 à 4	Aucun	▲	▲	▲	●	●	●	●
Myanmar ⁸	4	Portée limitée de la couverture légale | 1 à 4	●	●	●	●	●	●	●	●
Philippines	6	Portée intermédiaire de la couverture globale | 5 à 6	Aucun	●	●	▲	●	●	●	●
Singapour	7	Portée pratiquement globale de la couverture légale | 7	●	●	●	Aucun	●	●	●	●
Thaïlande	8	Portée globale de la couverture légale | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Timor-Leste	4	Portée limitée de la couverture légale | 1 à 4	Aucun	●	Aucun	Aucun	▲	●	●	●
Viet Nam	8	Portée globale de la couverture légale | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Asie du Sud										
Afghanistan	...	Informations disponibles incomplètes	...	▲	...	Aucun	...	...	...	...
Bangladesh	6	Portée intermédiaire de la couverture globale | 5 à 6	Aucun	●	●	▲	●	●	●	●
Bhoutan	4	Portée limitée de la couverture légale | 1 à 4	Aucun	▲	▲	Aucun	●	●	●	●
Inde	7	Portée pratiquement globale de la couverture légale | 7	Aucun	●	●	●	●	●	●	●
Iran, République islamique d'	8	Portée globale de la couverture légale | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Maldives	...	Informations disponibles incomplètes	...	...	△	Aucun	...	●	●	●
Népal	4	Portée limitée de la couverture légale | 1 à 4	Aucun	▲	▲	▲	●	●	●	●
Pakistan	7	Portée pratiquement globale de la couverture légale | 7	●	●	●	▲	●	●	●	●
Sri Lanka	5	Portée intermédiaire de la couverture globale | 5 à 6	●	▲	△	▲	●	●	●	●
Océanie										
Australie	8	Portée globale de la couverture légale | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Etats fédérés de Micronésie	3	Portée limitée de la couverture légale | 1 à 4	Aucun	Aucun	Aucun	Aucun	Aucun	●	●	●
Fidji	5	Portée intermédiaire de la couverture globale | 5 à 6	●	▲	▲	▲	●	●	●	●
Iles Cook	...	Informations disponibles incomplètes	...	...	...	...	...	...	...	●
Iles Marshall	3	Portée limitée de la couverture légale | 1 à 4	Aucun	△	△	Aucun	Aucun	●	●	●
Iles Salomon	4	Portée limitée de la couverture légale | 1 à 4	Aucun	▲	△	▲	●	●	●	●

Tableau B.2 Aperçu des systèmes nationaux de sécurité sociale

Pays/Territoire	Nombre de domaines couverts par au moins un programme		Existence d'un programme obligatoire							
	Nombre de domaines couverts par au moins un programme	Nombre de domaines de la sécurité sociale couverts par un programme obligatoire	Allocations pour enfants et familles ¹	Maternité (prestations en espèces) ²	Maladie (prestations en espèces)	Chômage ³	Accidents du travail et maladies professionnelles ⁴	Handicap/Invalidité ⁵	Survivants	Vieillesse ⁶
Kiribati	4	Portée limitée de la couverture légale | 1 à 4	Aucun	▲	△	▲	●	●	●	●
Nauru	...	Informations disponibles incomplètes	...	...	...	Aucun	...	...	...	...
Niue	...	Informations disponibles incomplètes	...	...	...	Aucun	...	...	...	●
Nouvelle-Calédonie	...	Informations disponibles incomplètes	...	...	...	●	...	...	...	...
Nouvelle-Zélande	8	Portée globale de la couverture légale | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Palaos	3	Portée limitée de la couverture légale | 1 à 4	Aucun	△	△	Aucun	Aucun	●	●	●
Papouasie-Nouvelle-Guinée	4	Portée limitée de la couverture légale | 1 à 4	Aucun	Aucun	△	▲	●	●	●	●
Samoa	4	Portée limitée de la couverture légale | 1 à 4	Aucun	▲	▲	Aucun	●	●	●	●
Tonga	...	Informations disponibles incomplètes	...	...	...	Aucun	●	●	●	●
Tuvalu	...	Informations disponibles incomplètes	...	...	...	▲	●	●	●	●
Vanuatu	3	Portée limitée de la couverture légale | 1 à 4	Aucun	▲	▲	▲	Aucun	●	●	●
Europe et Asie centrale										
<i>Europe du Nord, du Sud et de l'Ouest</i>										
Albanie	8	Portée globale de la couverture légale | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Allemagne	8	Portée globale de la couverture légale | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Andorre	8	Portée globale de la couverture légale | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Autriche	8	Portée globale de la couverture légale | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Belgique	8	Portée globale de la couverture légale | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Bosnie-Herzégovine	8	Portée globale de la couverture légale | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Croatie	8	Portée globale de la couverture légale | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Danemark	8	Portée globale de la couverture légale | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Espagne	8	Portée globale de la couverture légale | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Estonie	8	Portée globale de la couverture légale | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Ex-République yougoslave de Macédoine	8	Portée globale de la couverture légale | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Finlande	8	Portée globale de la couverture légale | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
France	8	Portée globale de la couverture légale | 8	●	●	●	●	●	●	●	●

Tableau B.2. Aperçu des systèmes nationaux de sécurité sociale

Pays/Territoire	Nombre de domaines couverts par au moins un programme		Existence d'un programme obligatoire							
	Nombre de domaines couverts par au moins un programme	Nombre de domaines de la sécurité sociale couverts par un programme obligatoire	Allocations pour enfants et familles ¹	Maternité (prestations en espèces) ²	Maladie (prestations en espèces)	Chômage ³	Accidents du travail et maladies professionnelles ⁴	Handicap/Invalidité ⁵	Survivants	Vieillesse ⁶
Grèce	8	Portée globale de la couverture légale | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Guernesey	8	Portée globale de la couverture légale | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Ile de Man	8	Portée globale de la couverture légale | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Iles Féroé	...	Informations disponibles incomplètes	...	...	...	...	...	...	...	●
Irlande	8	Portée globale de la couverture légale | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Islande	8	Portée globale de la couverture légale | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Italie	8	Portée globale de la couverture légale | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Jersey	8	Portée globale de la couverture légale | 8	●	●	●	Aucun	●	●	●	●
Kosovo	8	Portée globale de la couverture légale | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Lettonie	8	Portée globale de la couverture légale | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Liechtenstein	8	Portée globale de la couverture légale | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Lituanie	8	Portée globale de la couverture légale | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Luxembourg	8	Portée globale de la couverture légale | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Malte	8	Portée globale de la couverture légale | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Monaco ⁹	8	Portée globale de la couverture légale | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Monténégro	8	Portée globale de la couverture légale | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Norvège	8	Portée globale de la couverture légale | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Pays-Bas	8	Portée globale de la couverture légale | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Portugal	8	Portée globale de la couverture légale | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Royaume-Uni	8	Portée globale de la couverture légale | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Saint-Marin	8	Portée globale de la couverture légale | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Serbie	8	Portée globale de la couverture légale | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Slovénie	8	Portée globale de la couverture légale | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Suède	8	Portée globale de la couverture légale | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Suisse	8	Portée globale de la couverture légale | 8	●	●	●	●	●	●	●	●

Tableau B.2 Aperçu des systèmes nationaux de sécurité sociale

Pays/Territoire	Nombre de domaines couverts par au moins un programme		Existence d'un programme obligatoire							
	Nombre de domaines couverts par au moins un programme	Nombre de domaines de la sécurité sociale couverts par un programme obligatoire	Allocations pour enfants et familles ¹	Maternité (prestations en espèces) ²	Maladie (prestations en espèces)	Chômage ³	Accidents du travail et maladies professionnelles ⁴	Handicap/Invalidité ⁵	Sur-vivants	Vieillesse ⁶
Europe de l'Est										
Bélarus	8	Portée globale de la couverture légale | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Bulgarie	8	Portée globale de la couverture légale | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Hongrie	8	Portée globale de la couverture légale | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Moldova, République de	8	Portée globale de la couverture légale | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Pologne	8	Portée globale de la couverture légale | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Roumanie	8	Portée globale de la couverture légale | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Russie, Fédération de	8	Portée globale de la couverture légale | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Slovaquie	8	Portée globale de la couverture légale | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
République tchèque	8	Portée globale de la couverture légale | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Ukraine	8	Portée globale de la couverture légale | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Asie centrale et occidentale										
Arménie	7	Portée pratiquement globale de la couverture légale | 7	●	●	●	▲	●	●	●	●
Azerbaïdjan	8	Portée globale de la couverture légale | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Chypre	8	Portée globale de la couverture légale | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Géorgie	7	Portée pratiquement globale de la couverture légale | 7	●	●	●	▲	●	●	●	●
Israël	8	Portée globale de la couverture légale | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Kazakhstan	8	Portée globale de la couverture légale | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Kirghizistan	8	Portée globale de la couverture légale | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Ouzbékistan	8	Portée globale de la couverture légale | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Tadjikistan	7	Portée pratiquement globale de la couverture légale | 7	●	●	●	●	...	●	●	●
Turkménistan	8	Portée globale de la couverture légale | 8	●	●	●	●	●	●	●	●
Turquie	7	Portée pratiquement globale de la couverture légale | 7	Aucun	●	●	●	●	●	●	●

Sources

Source principale

AISS (Association internationale de la sécurité sociale); SSA (Administration de la sécurité sociale des Etats-Unis). Diverses dates. Les programmes de sécurité sociale dans le monde (Genève et Washington, DC). Disponible à l'adresse <http://www.ssa.gov/policy/docs/progdesc/ssptw/> [consulté le 31 mai 2017].

Autres sources

BIT (Bureau international du Travail). Base de données sur les normes internationales du travail de l'OIT (NORMLEX) (qui inclut les anciennes bases de données ILOLEX et NATLEX). Disponible à l'adresse <http://www.ilo.org/dyn/normlex/fr/>.

—. 2010. *Profile of social security system in Kosovo* (within the meaning of UNSC Resolution 1244 [1999]) (Budapest, Equipe d'appui technique au travail décent et bureau de pays de l'OIT pour l'Europe orientale et l'Asie centrale). Législation nationale.

Conseil de l'Europe. Système d'information mutuelle sur la protection sociale du Conseil de l'Europe (MISSCEO). Base de données des tableaux comparatifs. Disponible à l'adresse <http://www.missceo.coe.int/> [consulté le 1^{er} juin 2017].

Commission européenne. Système d'information mutuelle sur la protection sociale (MISSOC). Base de données des tableaux comparatifs. Disponible à l'adresse <http://www.missoc.org> [consulté le 1^{er} juin 2017].

Notes

... non disponible.

Notes et définitions détaillées disponibles à l'adresse <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=54602>.

- Au moins un programme inscrit dans la législation nationale y compris les systèmes d'indemnisation financés par les employeurs basés sur la mutualisation des risques obligatoire.
- Législation pas encore en vigueur.
- ▲ Dispositions limitées (par exemple, uniquement mentionnées dans Code du travail).
- △ Prestations en nature uniquement (par exemple, des prestations médicales).

¹ Détails supplémentaires dans le tableau B.4. Régimes de prestations à l'enfance et aux familles: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale et couverture de protection sociale effective (indicateur ODD 1.3.1 pour les enfants et les familles avec enfants), disponible à l'adresse <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=54781>.

² Détails supplémentaires dans le tableau B.5. Maternité: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale et couverture de protection sociale effective (indicateur ODD 1.3.1 pour les mères ayant un nouveau-né), disponible à l'adresse <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=54605>.

³ Détails supplémentaires dans le tableau B.6. Chômage: indicateurs de couverture effective. Chômeurs effectivement indemnisés, de 2000 à l'année des dernières données disponibles (ODD 1.3.1 pour les chômeurs), disponible à l'adresse <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=54603>.

⁴ Détails supplémentaires dans le tableau B.7. Accidents du travail et maladies professionnelles: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale, disponible à l'adresse <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=54604>.

⁵ Détails supplémentaires dans le tableau B.8. Régimes de prestations d'invalidité: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale et couverture de protection sociale effective (indicateur ODD 1.3.1 pour des personnes ayant une invalidité sévère).

⁶ Détails supplémentaires dans le tableau B.9. Pensions de vieillesse: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale, disponible à l'adresse <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=54606>.

⁷ Ethiopie. Maladie. Prestations en espèces fournies en cas de responsabilité de l'employeur. Un nouveau système d'assurance-maladie pour les travailleurs des secteurs public et privé a été adopté par le Parlement en 2010 (proclamation d'une assurance-maladie sociale, 2010) et est en cours d'application.

⁸ Myanmar. Le Myanmar a promulgué sa loi sur la sécurité sociale en 2012. La loi comprend des dispositions pour la plupart des branches de la sécurité sociale, notamment les prestations aux personnes âgées, aux survivants, aux invalides, aux familles et aux chômeurs (article 37), mais seules certaines branches sont appliquées jusqu'à présent.

⁹ Monaco. Chômage. La couverture est assurée par le programme français de l'assurance-chômage.

¹⁰ Cambodge. Actuellement, seuls les fonctionnaires touchent une pension de retraite. Un régime de retraite reste encore à mettre en œuvre pour les travailleurs du secteur privé.

¹¹ Etats-Unis. Maternité et maladie: provisions au niveau des Etats.

Définitions

L'étendue de la couverture se mesure par le nombre de domaines d'application de la sécurité sociale prévus par la loi. Cet indicateur peut varier de 0 à 8 selon le nombre total de domaines (ou branches) d'application de la sécurité sociale couverts par un programme inscrit dans la législation nationale.

Les huit branches suivantes sont prises en considération: la maladie, la maternité, la vieillesse, les survivants, l'invalidité, les enfants/familles, accidents du travail et maladies professionnelles, et le chômage.

Le nombre de branches couvertes par au moins un programme donne une vue d'ensemble de l'étendue des dispositions légales en matière de sécurité sociale.

Tableau B.3 Couverture de protection sociale effective (indicateur 1.3.1 des ODD), dernières données disponibles

Pays/Territoire	Population couverte (dans un domaine au moins) ¹	Personnes couvertes par des systèmes de protection sociale (socles inclus)					
		Enfants ²	Mères avec nouveau-nés ³	Personnes ayant une invalidité sévère ⁴	Chômeurs ⁵	Personnes âgées ^{6,8}	Personnes vulnérables ⁷
Afrique							
<i>Afrique du Nord</i>							
Algérie	...	...	11,2	3,6	...	63,6	...
Egypte	36,9	...	100,0	...	...	37,5	...
Libye	...	...	...	...	...	43,3	...
Maroc	...	...	...	...	...	39,8	...
Soudan	...	...	...	...	...	4,6	...
Tunisie	...	...	...	5,1	...	33,8	...
<i>Afrique subsaharienne</i>							
Afrique du Sud	48,0	75,1	...	64,3	10,6	92,6	35,6
Angola	...	...	...	...	...	14,5	...
Bénin	...	...	...	...	...	9,7	...
Botswana	15,4	5,5	0,0	...	31,5	100,0	8,4
Burkina Faso	7,5	...	0,4	0,1	...	2,7	3,6
Burundi	...	...	...	...	...	4,0	...
Cabo Verde	30,4	31,5	...	...	...	85,8	5,5
Cameroun	8,7	0,4	0,6	0,1	...	13,0	0,2
Congo	...	...	...	...	...	22,1	...
Côte d'Ivoire	...	...	...	...	...	7,7	...
Djibouti	...	...	...	...	...	12,0	...
Ethiopie	11,6	...	...	...	0,0	15,3	8,0
Gabon	...	...	...	...	...	38,8	...
Gambie	6,1	...	...	...	...	17,0	0,5
Ghana	18,3	5,6	41,7	...	0,0	16,4	3,2
Guinée	...	...	...	...	...	8,8	...
Guinée-Bissau	...	...	...	...	...	6,2	...
Kenya	10,4	8,1	...	...	0,0	24,8	5,8
Lesotho	9,2	10,4	0,0	...	0,0	94,0	7,8
Madagascar	...	...	...	...	...	4,6	...

Tableau B.3 Couverture de protection sociale effective (indicateur 1.3.1 des ODD), dernières données disponibles

Pays/Territoire	Population couverte (dans un domaine au moins) ¹	Personnes couvertes par des systèmes de protection sociale (socles inclus)					
		Enfants ²	Mères avec nouveau-nés ³	Personnes ayant une invalidité sévère ⁴	Chômeurs ⁵	Personnes âgées ^{6,8}	Personnes vulnérables ⁷
Malawi	21,3	9,8	...	...	...	2,3	19,6
Mali	...	5,4	...	0,6	...	2,7	...
Maurice	...	...	...	...	1,2	100,0	...
Mauritanie	...	...	...	...	...	9,3	...
Mozambique	10,9	...	0,0	0,1	0,0	17,3	8,1
Namibie	...	...	...	...	...	98,4	...
Niger	20,6	4,2	...	...	...	5,8	16,4
Nigéria	4,4	0,0	0,1	...	0,0	7,8	0,2
Ouganda	2,9	...	...	...	0,0	6,6	0,6
République démocratique du Congo	14,1	1,3	...	...	...	15,0	5,6
Rwanda	...	...	...	...	...	4,7	...
Sao Tomé-et-Principe	...	...	...	...	...	52,5	...
Sénégal	...	4,0	...	...	...	23,5	...
Seychelles	...	...	...	...	...	100,0	...
Sierra Leone	...	...	...	...	...	0,9	...
Swaziland	...	...	...	...	...	86,0	...
Tanzanie, République-Unie de	...	...	0,3	...	...	3,2	...
Tchad	...	...	...	...	...	1,6	...
Togo	...	...	...	...	...	10,9	...
Zambie	15,3	21,1	...	...	...	8,8	10,2
Zimbabwe	...	...	...	...	...	6,2	...
Amériques							
<i>Amérique latine et Caraïbes</i>							
Anguilla	...	...	...	32,1	...	...	...
Antigua-et-Barbuda	...	...	40,0	11,1	...	83,5	...
Argentine	67,0	84,6	34,0	...	7,2	89,3	45,3
Aruba	...	...	100,0	...	15,7	100,0	...
Bahamas	...	...	...	...	25,7	84,2	...
Barbade	...	...	...	...	88,0	68,3	...

Tableau B.3 Couverture de protection sociale effective (indicateur 1.3.1 des ODD), dernières données disponibles

Pays/Territoire	Population couverte (dans un domaine au moins) ¹	Personnes couvertes par des systèmes de protection sociale (socles inclus)					
		Enfants ²	Mères avec nouveau-nés ³	Personnes ayant une invalidité sévère ⁴	Chômeurs ⁵	Personnes âgées ^{6,8}	Personnes vulnérables ⁷
Belize	...	...	...	...	...	64,6	...
Bermudes	...	...	...	33,4	...	...	...
Bolivie, Etat plurinational de	40,8	65,0	51,5	2,1	3,0	100,0	34,4
Brésil	59,8	96,8	45,0	100,0	7,8	78,3	42,0
Chili	69,2	93,1	44,0	100,0	45,6	78,6	18,8
Colombie	40,8	27,3	...	6,0	4,6	51,7	14,1
Costa Rica	72,0	17,7	...	...	...	68,8	66,5
Cuba	...	...	...	...	...	...	...
République dominicaine	...	...	...	...	4,2	11,1	...
Dominique	...	...	...	...	...	38,5	...
El Salvador	...	...	...	...	...	18,1	...
Equateur	31,7	6,7	...	34,5	...	52,0	11,3
Grenade	...	...	...	...	...	34,0	...
Guatemala	...	...	14,0	2,3	...	8,3	...
Guyana	...	...	...	...	...	100,0	...
Haïti	...	...	...	...	...	1,0	...
Honduras	...	...	...	15,4	...	7,5	...
Iles Vierges britanniques	...	...	...	...	...	...	...
Jamaïque	...	...	...	9,0	...	30,3	...
Mexique	50,3	25,0	...	...	...	64,1	34,0
Nicaragua	...	...	...	...	...	23,7	...
Panama	...	37,3	...	...	...	37,3	...
Paraguay	...	32,8	3,0	21,6	...	22,2	...
Pérou	...	...	...	3,9	...	19,3	...
Sainte-Lucie	...	...	...	...	...	26,5	...
Saint-Kitts-et-Nevis	...	...	...	...	...	44,7	...
Saint-Vincent-et-les Grenadines	...	...	...	...	...	76,6	...
Trinité-et-Tobago	...	...	...	...	...	98,7	...
Uruguay	94,5	66,2	100,0	...	30,1	76,5	...
Venezuela, République bolivarienne du	...	...	...	28,3	5,1	59,4	...

Tableau B.3 Couverture de protection sociale effective (indicateur 1.3.1 des ODD), dernières données disponibles

Pays/Territoire	Population couverte (dans un domaine au moins) ¹	Personnes couvertes par des systèmes de protection sociale (socles inclus)					
		Enfants ²	Mères avec nouveau-nés ³	Personnes ayant une invalidité sévère ⁴	Chômeurs ⁵	Personnes âgées ^{6,8}	Personnes vulnérables ⁷
Amérique du Nord							
Canada	99,8	39,7	100,0	67,2	40,0	100,0	99,0
Etats-Unis	76,1	...	...	100,0	27,9	100,0	31,0
Etats arabes							
Bahreïn	...	...	...	...	9,8	40,1	...
Iraq	...	...	...	...	...	56,0	...
Jordanie	...	...	...	...	...	42,2	...
Koweït	...	...	...	...	...	27,3	...
Liban	...	...	...	...	...	0,0	...
Oman	...	...	...	...	...	24,7	...
Qatar	...	...	...	6,5	...	18,0	...
République arabe syrienne	...	...	...	...	...	16,7	...
Territoire palestinien occupé	...	...	...	...	...	8,0	...
Yémen	...	...	...	...	...	8,5	...
Asie et Pacifique							
Asie de l'Est							
Chine ⁹	63,0	2,2	15,1	...	18,8	100,0	27,1
Corée, République de	65,7	...	...	5,8	40,0	77,6	...
Hong-kong, Chine	...	...	...	...	...	72,9	...
Japon	75,4	...	...	55,7	20,0	100,0	...
Macao, Chine	...	...	...	...	26,9	...	...
Mongolie	72,4	100,0	100,0	100,0	31,0	100,0	35,1
Asie du Sud-Est							
Brunéi Darussalam	...	...	...	...	...	81,7	...
Cambodge	...	...	...	0,7	...	3,2	...
Indonésie	...	...	...	...	...	14,0	...
République démocratique populaire lao	...	...	...	...	...	5,6	...
Malaisie	...	...	...	...	...	19,8	...
Myanmar	...	...	0,7	0,4	...	...	...

Tableau B.3 Couverture de protection sociale effective (indicateur 1.3.1 des ODD), dernières données disponibles

Pays/Territoire	Population couverte (dans un domaine au moins) ¹	Personnes couvertes par des systèmes de protection sociale (socles inclus)					
		Enfants ²	Mères avec nouveau-nés ³	Personnes ayant une invalidité sévère ⁴	Chômeurs ⁵	Personnes âgées ^{6,8}	Personnes vulnérables ⁷
Philippines	47,1	13,6	9,0	3,1	...	39,8	7,8
Thaïlande	...	18,9	...	35,7	43,2	83,0	...
Timor-Leste	...	30,7	...	21,3	...	89,7	...
Viet Nam	37,9	...	44,5	9,7	45,0	39,9	10,0
Asie du Sud							
Afghanistan	...	...	...	...	...	10,7	...
Bangladesh	28,4	29,4	20,9	18,5	...	33,4	4,3
Bhoutan	...	...	...	...	...	3,2	...
Inde	19,0	...	41,0	5,4	...	24,1	14,0
Iran, République islamique d'	...	...	...	...	...	26,4	...
Maldives	...	...	...	...	...	99,7	...
Népal	...	...	...	...	...	62,5	...
Pakistan	...	...	...	...	...	2,3	...
Sri Lanka	30,4	...	...	20,8	...	25,2	4,4
Océanie							
Australie	82,0	100,0	...	100,0	52,7	74,3	53,0
Fidji	...	...	...	...	...	10,6	...
Iles Marshall	...	...	...	...	...	64,2	...
Iles Salomon	...	...	...	...	...	13,1	...
Kiribati	...	...	...	...	...	...	...
Nauru	...	...	...	...	...	56,5	...
Nouvelle-Calédonie	...	...	...	...	28,4	...	...
Nouvelle-Zélande	66,6	...	...	80,3	44,9	100,0	9,7
Palau	...	...	...	...	...	48,0	...
Papouasie-Nouvelle-Guinée	...	...	...	...	...	0,9	...
Samoa	...	...	...	...	...	49,5	...
Tonga	...	...	...	...	...	1,0	...
Tuvalu	...	...	...	...	...	19,5	...
Vanuatu	...	...	...	...	...	3,5	...

Tableau B.3 Couverture de protection sociale effective (indicateur 1.3.1 des ODD), dernières données disponibles

Pays/Territoire	Population couverte (dans un domaine au moins) ¹	Personnes couvertes par des systèmes de protection sociale (socles inclus)					
		Enfants ²	Mères avec nouveau-nés ³	Personnes ayant une invalidité sévère ⁴	Chômeurs ⁵	Personnes âgées ^{6,8}	Personnes vulnérables ⁷
Europe et Asie centrale							
<i>Europe du Nord, du Sud et de l'Ouest</i>							
Albanie	...	...	...	...	6,9	77,0	...
Allemagne	99,5	100,0	100,0	73,6	100,0	100,0	96,0
Andorre	...	...	...	...	11,1	...	...
Autriche	98,6	100,0	100,0	93,3	100,0	100,0	93,0
Belgique	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Bosnie-Herzégovine	...	...	...	...	...	29,6	...
Croatie	...	...	100,0	...	20,0	57,6	...
Danemark	89,5	100,0	100,0	100,0	66,8	100,0	63,7
Espagne	80,9	100,0	100,0	83,5	45,3	100,0	45,0
Estonie	98,4	100,0	100,0	100,0	41,5	100,0	91,7
Ex-République yougoslave de Macédoine	...	...	...	...	11,5	71,4	...
Finlande	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
France	100,0	100,0	100,0	100,0	94,7	100,0	100,0
Grèce	...	...	100,0	...	21,0	77,4	...
Ile de Man	...	...	...	...	56,6	...	...
Irlande	90,1	100,0	100,0	100,0	100,0	95,8	73,8
Islande	...	...	100,0	100,0	28,6	85,6	...
Italie	...	...	100,0	100,0	37,8	100,0	...
Lettonie	96,5	100,0	100,0	100,0	33,3	100,0	85,0
Liechtenstein	...	...	100,0	...	67,2	...	...
Lituanie	92,7	...	100,0	100,0	26,0	100,0	51,3
Luxembourg	...	...	100,0	100,0	41,0	100,0	...
Malte	...	...	100,0	59,8	62,2	100,0	...
Monténégro	...	...	...	...	35,6	52,3	...
Norvège	95,8	100,0	100,0	100,0	61,8	100,0	83,1
Pays-Bas	97,5	100,0	100,0	100,0	73,0	100,0	90,3
Portugal	90,2	93,1	100,0	89,2	42,1	100,0	59,3

Tableau B.3 Couverture de protection sociale effective (indicateur 1.3.1 des ODD), dernières données disponibles

Pays/Territoire	Population couverte (dans un domaine au moins) ¹	Personnes couvertes par des systèmes de protection sociale (socles inclus)					
		Enfants ²	Mères avec nouveau-nés ³	Personnes ayant une invalidité sévère ⁴	Chômeurs ⁵	Personnes âgées ^{6,8}	Personnes vulnérables ⁷
Royaume-Uni	93,5	100,0	100,0	100,0	60,0	100,0	76,6
Serbie	...	...	...	...	8,8	46,1	...
Slovénie	100,0	79,4	96,0	100,0	26,2	100,0	100,0
Suède	100,0	100,0	100,0	100,0	25,9	100,0	100,0
Suisse	92,7	100,0	100,0	100,0	60,7	100,0	70,2
<i>Europe de l'Est</i>							
Bélarus	...	...	...	...	44,6	100,0	...
Bulgarie	88,3	48,6	100,0	100,0	29,6	100,0	28,8
Hongrie	86,2	100,0	100,0	100,0	17,4	100,0	56,0
Moldova, République de	...	...	...	...	10,5	75,2	...
Pologne	84,9	100,0	100,0	100,0	15,5	100,0	52,0
Roumanie	95,0	100,0	100,0	100,0	23,0	100,0	82,6
Russie, Fédération de	90,4	100,0	69,0	100,0	68,2	91,2	54,5
Slovaquie	92,1	100,0	100,0	100,0	9,8	100,0	70,0
République tchèque	88,8	...	100,0	100,0	36,0	100,0	32,0
Ukraine	...	...	100,0	...	21,9	91,9	...
<i>Asie centrale et occidentale</i>							
Arménie	47,3	21,4	61,0	100,0	...	68,5	16,2
Azerbaïdjan	40,3	...	14,0	100,0	1,6	81,1	12,6
Chypre	61,2	60,3	100,0	26,5	23,7	100,0	24,1
Géorgie	28,6	...	24,0	100,0	...	91,9	12,0
Israël	54,9	...	...	90,4	29,4	99,1	...
Kazakhstan	100,0	100,0	44,6	100,0	5,8	82,6	100,0
Kirghizistan	...	17,8	23,8	75,9	1,7	100,0	...
Ouzbékistan	...	...	...	...	...	98,1	...
Tadjikistan	...	6,4	59,5	...	17,3	92,8	...
Turquie	...	...	...	5,0	1,4	20,0	...

Tableau B.4 Prestations à l'enfance et aux familles: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale et couverture de protection sociale effective (indicateur 1.3.1 des ODD pour les enfants et les familles avec enfants)

Pays/Territoire	Régime contributif		Régime non contributif		Aucun programme inscrit dans la législation ou information non disponible	Couverture effective ^d (%)	Dernières données disponibles
	Liés à l'emploi ^a		Universel (pas soumis à condition de ressources)	Assistance sociale (soumis à condition de ressources)			
Afrique							
<i>Afrique du Nord</i>							
Algérie	●				
Egypte					●
Libye			●		
Maroc	●				
Soudan					●
Tunisie	●				
Afrique subsaharienne							
Afrique du Sud				●		75,1	2015
Angola	●				
Bénin	●				
Botswana ¹			●			5,5	2015
Burkina Faso	●				
Burundi	●				
Cabo Verde	●					31,5	2015
Cameroun	●					0,4	2015
République centrafricaine	●				
Congo ²	●				
Côte d'Ivoire	●				
Djibouti	●				
Ethiopie					●
Gabon	●				
Gambie					●
Ghana					●	5,6	2015
Guinée	●				
Guinée équatoriale	●				

Tableau B.4 Prestations à l'enfance et aux familles: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale et couverture de protection sociale effective (indicateur 1.3.1 des ODD pour les enfants et les familles avec enfants)

Pays/Territoire	Régime contributif		Régime non contributif		Aucun programme inscrit dans la législation ou information non disponible	Couverture effective ^d (%)	Dernières données disponibles
	Liés à l'emploi ^a		Universel (pas soumis à condition de ressources)	Assistance sociale (soumis à condition de ressources)			
Kenya					●	8,1	2015
Lesotho					●	10,4	2015
Libéria					●
Madagascar	●				
Malawi					●	9,8	2015
Mali	●					5,4	2015
Maurice				●	
Mauritanie	●				
Mozambique	●			●	
Namibie ³				●	
Niger	●					4,2	2015
Nigéria					●	0,0	2015
Ouganda					●
République démocratique du Congo	●					1,3	2015
Rwanda					●
Sao Tomé-et-Principe					●
Sénégal	●					4,0	2015
Seychelles					●
Sierra Leone					●
Somalie					●
Swaziland					●
Tanzanie, République-Unie de					●
Tchad	●				
Togo	●				
Zambie					●	21,1	2015
Zimbabwe					●

Tableau B.4 Prestations à l'enfance et aux familles: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale et couverture de protection sociale effective (indicateur 1.3.1 des ODD pour les enfants et les familles avec enfants)

Pays/Territoire	Régime contributif		Régime non contributif		Aucun programme inscrit dans la législation ou information non disponible	Couverture effective ^d (%)	Dernières données disponibles
	Liés à l'emploi ^a	Universel (pas soumis à condition de ressources)	Assistance sociale (soumis à condition de ressources)				
Amériques							
<i>Amérique latine et Caraïbes</i>							
Antigua-et-Barbuda			●		●	...	...
Argentine	● ^b		●			84,6	2015
Bahamas	●				●	...	...
Barbade					●	...	...
Belize					●	...	...
Bermudes					●	...	...
Bolivie, Etat plurinational de	●		●			65,0	2015
Brésil	● ^b		●			96,8	2015
Chili	● ^b		●			93,1	2015
Colombie	●		●			27,3	2015
Costa Rica			●			17,7	2015
Cuba ⁴					●	...	...
République dominicaine			●			...	...
Dominique					●	...	...
El Salvador					●	...	...
Equateur			●			6,7	2015
Grenade					●	...	...
Guadeloupe					●	...	...
Guatemala					●	...	...
Guyana					●	...	...
Haïti					●	...	...
Honduras ⁵					●	...	...
Iles Vierges britanniques					●	...	...
Jamaïque			●			...	...
Martinique					...	...	...

Tableau B.4 Prestations à l'enfance et aux familles: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale et couverture de protection sociale effective (indicateur 1.3.1 des ODD pour les enfants et les familles avec enfants)

Pays/Territoire	Régime contributif		Régime non contributif		Aucun programme inscrit dans la législation ou information non disponible	Couverture effective ^d (%)	Dernières données disponibles
	Liés à l'emploi ^a		Universel (pas soumis à condition de ressources)	Assistance sociale (soumis à condition de ressources)			
Mexique	●			●		25,0	2015
Nicaragua					● ⁶	...	...
Panama			●	●		37,3	2015
Paraguay ⁷					●	32,8	2015
Pérou				● ⁸		...	...
Sainte-Lucie					●	...	...
Saint-Kitts-et-Nevis					●	...	...
Saint-Vincent-et-les Grenadines					●	...	...
Trinité-et-Tobago				●		...	...
Uruguay				●		66,2	2015
Venezuela, République bolivarienne du					● ⁹	...	...
Amérique du Nord							
Canada			●	● ¹⁰		39,7	2015
Etats-Unis				● ¹¹		...	...
Etats arabes							
Arabie saoudite					●	...	...
Bahreïn					●	...	...
Iraq				●		...	...
Jordanie					●	...	...
Koweït					●	...	...
Liban	● ¹²					...	...
Oman					●	...	...
Qatar					●	...	...
République arabe syrienne					●	...	...
Yémen					●	...	...

Tableau B.4 Prestations à l'enfance et aux familles: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale et couverture de protection sociale effective (indicateur 1.3.1 des ODD pour les enfants et les familles avec enfants)

Pays/Territoire	Régime contributif	Régime non contributif		Aucun programme inscrit dans la législation ou information non disponible	Couverture effective ^d (%)	Dernières données disponibles
	Liés à l'emploi ^a	Universel (pas soumis à condition de ressources)	Assistance sociale (soumis à condition de ressources)			
Asie et Pacifique						
<i>Asie de l'Est</i>						
Chine			● ¹³		2,2	2015
Corée, République de				●	...	...
Hong-kong, Chine			●		...	...
Japon	●		●		...	...
Mongolie		●			100,0	2015
Taiwan, Chine				●	...	...
<i>Asie du Sud-Est</i>						
Brunéi Darussalam				●	...	...
Cambodge				●	...	...
Indonésie			●		...	...
République démocratique populaire lao				●	...	...
Malaisie				●	...	...
Myanmar	●				...	...
Philippines				●	13,6	2015
Singapour	● ¹⁴				...	...
Thaïlande	●				18,9	2015
Timor-Leste				●	30,7	2015
Viet Nam			●		...	...
<i>Asie du Sud</i>						
Bangladesh				●	29,4	2015
Bhoutan ¹⁵				●	...	...
Inde				●	...	...
Iran, République islamique d'	●				...	...
Népal				●	...	...
Pakistan			●		...	...
Sri Lanka			●		...	...

Tableau B.4 Prestations à l'enfance et aux familles: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale et couverture de protection sociale effective (indicateur 1.3.1 des ODD pour les enfants et les familles avec enfants)

Pays/Territoire	Régime contributif	Régime non contributif		Aucun programme inscrit dans la législation ou information non disponible	Couverture effective ^d (%)	Dernières données disponibles
	Liés à l'emploi ^a	Universel (pas soumis à condition de ressources)	Assistance sociale (soumis à condition de ressources)			
Océanie						
Australie		● ^c	●		100,0	2015
Etats fédérés de Micronésie				●
Fidji			●	
Iles Marshall				●
Iles Salomon				●
Kiribati				●
Nouvelle-Zélande		●	●	
Palaos				●
Papouasie-Nouvelle-Guinée				●
Samoa				●
Vanuatu				●
Europe et Asie centrale						
<i>Europe du Nord, du Sud et de l'Ouest</i>						
Albanie			●	
Allemagne		●	●		100,0	2015
Andorre			●	
Autriche		●			100,0	2015
Belgique	●		●		100,0	2015
Bosnie-Herzégovine			●	
Croatie			●	
Danemark		●			100,0	2015
Espagne			●		100,0	2015
Estonie		●			100,0	2015
Ex-République yougoslave de Macédoine			
Finlande		●			100,0	2015
France		●	●		100,0	2015

Tableau B.4 Prestations à l'enfance et aux familles: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale et couverture de protection sociale effective (indicateur 1.3.1 des ODD pour les enfants et les familles avec enfants)

Pays/Territoire	Régime contributif	Régime non contributif		Aucun programme inscrit dans la législation ou information non disponible	Couverture effective ^d (%)	Dernières données disponibles
	Liés à l'emploi ^a	Universel (pas soumis à condition de ressources)	Assistance sociale (soumis à condition de ressources)			
Grèce	●				...	...
Guernesey		●			...	...
Ile de Man				●	...	...
Irlande	● ^b	●	●		100,0	2015
Islande		●	●		...	...
Italie	●		●		...	...
Jersey			●		...	...
Kosovo				...	...	...
Lettonie		●			100,0	2015
Liechtenstein		●			...	...
Lituanie ¹⁶			●		...	...
Luxembourg		●	●		...	...
Malte ¹⁷			●		...	...
Monaco	● ^b				...	...
Monténégro			●		...	...
Norvège		●			100,0	2015
Pays-Bas		●	●		100,0	2015
Portugal	●		●		93,1	2015
Royaume-Uni	●	●	●		100,0	2015
Saint-Marin	●				...	...
Serbie		●	●		...	...
Slovénie		●	●		79,4	2015
Suède		●			100,0	2015
Suisse	●		●		100,0	2015
Europe de l'Est						
Bélarus		●			...	...
Bulgarie ¹⁸			●		48,6	2015
Hongrie		●	●		100,0	2015

Tableau B.4 Prestations à l'enfance et aux familles: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale et couverture de protection sociale effective (indicateur 1.3.1 des ODD pour les enfants et les familles avec enfants)

Pays/Territoire	Régime contributif		Régime non contributif		Aucun programme inscrit dans la législation ou information non disponible	Couverture effective ^d (%)	Dernières données disponibles
	Liés à l'emploi ^a	Universel (pas soumis à condition de ressources)	Assistance sociale (soumis à condition de ressources)				
Moldova, République de		●		●		...	...
Pologne				●		100,0	2015
Roumanie		●		●		100,0	2015
Russie, Fédération de	● ¹⁹			●		100,0	2015
Slovaquie		●				100,0	2015
République tchèque				●		...	...
Ukraine				●		...	...
Asie centrale et occidentale							
Arménie				●		21,4	2015
Azerbaïdjan	●			●		...	...
Chypre				● ^c		60,3	2015
Géorgie				●		...	...
Israël		●		●		...	...
Kazakhstan				●		100,0	2015
Kirghizistan				●		17,8	2015
Ouzbékistan	●			●		...	...
Tadjikistan ²⁰	●					6,4	2015
Turkménistan	●					...	...
Turquie					●	...	...

Sources*Sources principales*

AISS (Association internationale de la sécurité sociale); SSA (Administration de la sécurité sociale des Etats-Unis). Diverses dates. Les programmes de sécurité sociale dans le monde (Genève et Washington, DC). Disponible à l'adresse <https://www.issa.int/fr/country-profiles> [consulté le 20 juin 2017].

BIT (Bureau international du Travail). Base de données du BIT sur la protection sociale dans le monde, fondée sur l'enquête sur la sécurité sociale (SSI). Disponible à l'adresse <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=54781> [consulté en juin 2017].

Autres sources

Commission européenne. Système d'information mutuelle sur la protection sociale (MISSOC). Base de données des tableaux comparatifs. Disponible à l'adresse http://www.missoc.org/index_fr.htm [consulté le 20 juin 2017].

Notes

... non disponible.

^a Liés à l'emploi: les régimes englobent ceux qui sont financés par les cotisations des employeurs et des travailleurs, ainsi que ceux financés exclusivement par les employeurs.

^b Certains régimes liés à l'emploi sont aussi soumis à conditions de ressources ou de richesse.

^c Les prestations sont soumises à conditions de richesse, mais leur fourniture est presque universelle.

^d Couverture effective des enfants et des familles – pour plus de détails concernant la méthodologie, voir annexe II. Les données relatives aux pays dans lesquels aucun programme n'est inscrit dans la législation proviennent des régimes financés par des donateurs.

- ¹ Botswana. Pas de prestations obligatoires. Prestations mensuelles en espèces de 90 BWP et paniers alimentaires mensuels de 450 à 750 BWP à tous les résidents démunis, y compris à ceux dans l'incapacité de subvenir à leurs besoins du fait de leur âge, d'une invalidité ou d'une maladie chronique; aux enfants dans le besoin âgés de moins de 18 ans dont un parent est en phase terminale; ou aux enfants de moins de 18 ans orphelins ou abandonnés non couverts par le programme de prise en charge des orphelins.
- ² Congo. Une loi de 2012 prévoyant une allocation non contributive aux familles n'est pas encore appliquée.
- ³ Namibie. De plus, une allocation pour enfant invalide et une allocation pour les familles d'accueil de 250 NAD par mois sont versées aux enfants invalides ou malades et aux parents d'accueil qui répondent à certaines conditions. L'allocation d'invalidité est versée pour chaque enfant éligible et l'allocation pour les familles d'accueil est versée pour le premier enfant pendant la période de placement.
- ⁴ Cuba. Pas de prestations obligatoires. Les personnes à charge des jeunes travailleurs qui effectuent leur service militaire peuvent bénéficier d'une assistance dans le cadre de la sécurité sociale. Les prestations en espèces sont disponibles pour les ménages ayant à leur tête une personne au chômage à cause d'une maladie, d'une invalidité ou de toute autre raison justifiable, et ne bénéficiant pas d'un revenu suffisant pour subvenir aux besoins alimentaires, sanitaires et essentiels du ménage.
- ⁵ Honduras. Certaines dispositions de la loi de 2015 sur la protection sociale concernant les prestations aux familles n'ont pas encore été appliquées. A ce jour, un cadre financier statutaire a été mis sur pied pour les prestations relevant de l'assistance sociale.
- ⁶ Nicaragua. Une prime de mariage équivalant à un mois du salaire mensuel de la personne assurée est versée dans le cadre du programme de prestations en cas de vieillesse, invalidité et survivants aux personnes assurées ayant cotisé pendant au moins trois mois.
- ⁷ Paraguay. Pas de prestations obligatoires. Le Code du travail de 1993 exige que les employeurs fournissent des prestations particulières de maternité et des prestations aux familles en fonction du nombre d'enfants.
- ⁸ Pérou. Voir <http://www.juntos.gob.pe> (en espagnol).
- ⁹ Venezuela, République bolivarienne du. Une prime de mariage de 7000 VEF est versée en une fois à condition d'avoir cotisé pendant au moins 100 semaines pendant les trois années précédant le mariage. La prime est versée dans le cadre du programme de prestations en cas de vieillesse, invalidité et survivants.
- ¹⁰ Canada. La prestation est versée sous la forme d'un crédit d'impôt remboursable.
- ¹¹ Etats-Unis d'Amérique. Les prestations sont versées aux niveaux fédéral, étatique et local et incluent un crédit d'impôt remboursable.
- ¹² Liban. La prestation est versée en une fois; 60000 LBP pour la femme, 33000 LBP pour chaque enfant jusqu'à cinq enfants.
- ¹³ Chine. Garantie de subsistance minimum financée par l'impôt et soumise à conditions de ressources et programmes d'assistance médicale. Administrés par le Bureau local des affaires civiles, ils fournissent des prestations aux familles urbaines et rurales dont le revenu par habitant ne dépasse pas un niveau minimum. Les gouvernements locaux proposent plusieurs incitations financières (versements uniques, prestations périodiques ou en nature) aux familles qui respectent les politiques de planification familiale.
- ¹⁴ Singapour. Le régime d'allocation de complément de revenu (Workfare Income Supplement Scheme) complète le revenu et l'épargne de la Caisse centrale de prévoyance des travailleurs à bas salaire âgés de 35 ans ou plus dont le revenu mensuel brut s'élève à 2000 SGD maximum. Ces travailleurs doivent pouvoir justifier d'une période de service de deux mois minimum pour toute période de trois mois. La prestation s'élève à 40 pour cent de 3600 SGD par an maximum, en fonction de l'âge de la personne assurée (10 pour cent de 2333 SGD par an maximum, en fonction de l'âge pour les travailleurs indépendants); elle est versée tous les trimestres.
- ¹⁵ Bhoutan. Le bureau du «Kidu» de Sa Majesté gère un système de protection sociale (kidu) prévu par la constitution qui consiste en des prestations en espèces et en nature pour les citoyens bhoutanais. Les bénéficiaires doivent être dans le besoin, invalides, ou sans terre, ou des enfants sans source de revenu pour être scolarisés.
- ¹⁶ Lituanie. Outre les prestations périodiques aux familles et à l'enfance soumises à conditions de ressources, l'allocation pour la prise en charge à long terme d'un enfant invalide et le versement unique pour la naissance ou l'adoption d'un enfant ne sont pas soumis à conditions de ressources.
- ¹⁷ Malte. Outre les prestations périodiques à l'enfance soumises à conditions de ressources et les prestations liées à l'exercice d'un emploi, l'allocation de famille d'accueil et l'allocation pour enfant invalide ne sont pas soumises à conditions de ressources.
- ¹⁸ Bulgarie. De plus, une prime universelle de naissance est versée pour chaque enfant, quel que soit le revenu.
- ¹⁹ Fédération de Russie. Une prime pour les familles (capital maternité) est versée en une fois.
- ²⁰ Tadjikistan. 40 TJS sont versés chaque mois jusqu'à ce que l'enfant atteigne l'âge de 18 mois. Un des parents doit bénéficier par son travail de la couverture de sécurité sociale. En outre, un montant forfaitaire de 150 TJS est payé pour le premier enfant, 100 TJS pour le deuxième enfant et 50 TJS pour chaque enfant subséquent, que les parents bénéficient ou non de par leur travail de la couverture de sécurité sociale.

Tableau B.5 Maternité: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale et couverture de protection sociale effective (indicateur 1.3.1 des ODD pour les mères avec nouveau-nés)

Pays/Territoire	Date de la loi (ou du Code du travail*)	Gestionnaire des allocations de maternité, type de programme et sources de financement			Couverture des travailleurs non salariés	Durée du congé de maternité		Pourcentage du salaire versé pendant la période couverte (%)	Mères de nouveau-nés percevant des prestations sociales, 2015 (%)
		Gestionnaire des allocations de maternité	Type de programme	Sources de financement		Période (nombre et unité)	Nombre de semaines		
Afrique									
<i>Afrique du Nord</i>									
Algérie	1949	Caisse nationale des assurances sociales des travailleurs salariés – sécurité sociale	Assurance sociale	Employeur et employé	Non	14 semaines	14	100	11,2
Egypte	1959 1964	National Organization for Social Insurance – Social Insurance for the Private and Public Sector Fund; Social Insurance Government Sector Fund (Organisation nationale de l'assurance sociale pour la Caisse du secteur privé et des administrations publiques; et la Caisse d'assurance du secteur des administrations publiques – Assurance sociale (75 pour cent); employeur (25 pour cent)	Assurance sociale	Employeur et employé	Non	120 jours	17,2	100 ⁴	...
Libye	1958	Employeur	Programme fondé sur la responsabilité de l'employeur	Employeur	Non (uniquement prestations de grossesse et prime de naissance)	14 semaines	14	100 ⁸	...
Maroc	1959	Caisse nationale de sécurité sociale – sécurité sociale	Assurance sociale	Employeur et employé	Non	14 semaines	14	100 ²	...
Soudan	1997*	Employeur (pas de dispositions légales garantissant des prestations de sécurité sociale)	Programme fondé sur la responsabilité de l'employeur	Employeur	Non	8 semaines	8	100	...
Tunisie	1960	Caisse nationale d'assurance-maladie – sécurité sociale	Assurance sociale	Employeur, employé et travailleur indépendant	Oui	30 ^a jours	4,3 ^a	67 ¹⁵	12,3
<i>Afrique subsaharienne</i>									
Afrique du Sud	1937	Unemployment Insurance Fund (Caisse d'assurance-chômage) – sécurité sociale	Assurance sociale	Employeur et employé	Non	17,3 semaines	17,3	38-60 ²	...
Angola	2004	Institut national de prévoyance sociale – sécurité sociale	Assurance sociale	Employeur, employé et travailleur indépendant	Oui	3 mois	13	100	...
Bénin	1952*	Caisse nationale de sécurité sociale – sécurité sociale (50 pour cent); employeur (50 pour cent)	Assurance sociale et programme fondé sur la responsabilité de l'employeur	Employeur	Non	14 semaines	14	100	...

Tableau B.5 Maternité: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale et couverture de protection sociale effective
(indicateur 1.3.1 des ODD pour les mères avec nouveau-nés)

Pays/Territoire	Date de la loi (ou du Code du travail*)	Gestionnaire des allocations de maternité, type de programme et sources de financement			Couverture des travailleurs non salariés	Durée du congé de maternité		Pourcentage du salaire versé pendant la période couverte (%)	Mères de nouveau-nés percevant des prestations sociales, 2015 (%)
		Gestionnaire des allocations de maternité	Type de programme	Sources de financement		Période (nombre et unité)	Nombre de semaines		
Botswana	1981*	Employeur (pas de dispositions légales garantissant des prestations de sécurité sociale)	Programme fondé sur la responsabilité de l'employeur	Employeur	Non	12 semaines	12	50	...
Burkina Faso	1955	Caisse nationale de sécurité sociale – sécurité sociale	Assurance sociale	Employeur	Non	14 semaines	14	100 ^{1,2}	0,4
Burundi	1993*	Employeur (50 pour cent); sécurité sociale (50 pour cent)	Programme fondé sur la responsabilité de l'employeur (partiellement assurance sociale)	Employeur et employé	Non	12 ^a semaines	12 ^a	100	...
Cabo Verde	1976	Institut national de prévoyance sociale – sécurité sociale	Assurance sociale	Employeur, employé et travailleur indépendant	Oui	60 jours	8,6	90 ³	10,7
Cameroun	1956	Caisse nationale de prévoyance sociale – sécurité sociale	Assurance sociale	Employeur	Non	14 semaines	14	100	0,6
République centrafricaine	1952*	Caisse nationale de sécurité sociale – sécurité sociale	Assurance sociale	Employeur	Non	14 ^a semaines	14 ^a	50	...
Comores	...	Employeur (pas de dispositions légales garantissant des prestations de sécurité sociale)	Programme fondé sur la responsabilité de l'employeur	Employeur	Non	14 semaines	14	100	...
Congo	1952*, 1956	Caisse nationale de sécurité sociale – sécurité sociale (50 pour cent); employeur (50 pour cent)	Assurance sociale et programme fondé sur la responsabilité de l'employeur	Employeur	Non	15 ^a semaines	15 ^a	100	...
Côte d'Ivoire	1955	Caisse nationale de prévoyance sociale – sécurité sociale	Assurance sociale	Employeur	Non	14 ^a semaines	14 ^a	100	...
Djibouti	1952*, 1972*	Caisse nationale de sécurité sociale – sécurité sociale (50 pour cent); employeur (50 pour cent)	Assurance sociale	Employeur	Oui	14 ^a semaines	14 ^a	100	...
Erythrée	...	Employeur (pas de dispositions légales garantissant des prestations de sécurité sociale)	Programme fondé sur la responsabilité de l'employeur	Employeur	Non	60 jours	8,6	100	...
Ethiopie	2003*	Employeur (pas de dispositions légales garantissant des prestations de sécurité sociale)	Programme fondé sur la responsabilité de l'employeur	Employeur	Non	90 jours	13	100	...
Gabon	1952*, 1975	Caisse nationale de sécurité sociale – sécurité sociale (50 pour cent); employeur (50 pour cent)	Assurance sociale	Employeur	Système spécial	14 ^a semaines	14 ^a	100	...

Tableau B.5 Maternité: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale et couverture de protection sociale effective (indicateur 1.3.1 des ODD pour les mères avec nouveau-nés)

Pays/Territoire	Date de la loi (ou du Code du travail*)	Gestionnaire des allocations de maternité, type de programme et sources de financement			Couverture des travailleurs non salariés	Durée du congé de maternité		Pourcentage du salaire versé pendant la période couverte (%)	Mères de nouveau-nés percevant des prestations sociales, 2015 (%)
		Gestionnaire des allocations de maternité	Type de programme	Sources de financement		Période (nombre et unité)	Nombre de semaines		
Gambie	1990*	Employeur (pas de dispositions légales garantissant des prestations de sécurité sociale)	Programme fondé sur la responsabilité de l'employeur	Employeur	Non	6 mois	26	100	...
Ghana	...	Employeur (pas de dispositions légales garantissant des prestations de sécurité sociale)	Programme fondé sur la responsabilité de l'employeur	Employeur	Non	12 ^{a,b} semaines	12 ^{a,b}	100	41,7 ¹⁴
Guinée	1960	Caisse nationale de sécurité sociale – sécurité sociale (50 pour cent); employeur (50 pour cent)	Assurance sociale et programme fondé sur la responsabilité de l'employeur	Employeur et employé	Non	14 semaines	14	100 ²	...
Guinée-Bissau	...	Sécurité sociale; employeur	Assurance sociale et employeur	Employeur	Non	60 jours	8,6	100 ⁶	...
Guinée équatoriale	1947 1984	Institut de sécurité sociale – sécurité sociale	Assurance sociale	Employeur, employé et l'Etat	Non	12 semaines	12	75 ⁵	...
Kenya	1976*	Employeur (pas de dispositions légales garantissant des prestations de sécurité sociale)	Programme fondé sur la responsabilité de l'employeur	Employeur	Non	3 mois	13	100	...
Lesotho	1992*	Employeur (pas de dispositions légales garantissant des prestations de sécurité sociale)	Programme fondé sur la responsabilité de l'employeur	Employeur	Non	12 semaines	12	100 ⁷	...
Libéria	...	Employeur (pas de dispositions légales garantissant des prestations de sécurité sociale)	Programme fondé sur la responsabilité de l'employeur	Employeur	Non	14 semaines	14	100	...
Madagascar	1952*	Caisse nationale de prévoyance sociale – sécurité sociale ou employeur	Assurance sociale et programme fondé sur la responsabilité de l'employeur	Employeur	Non	14 semaines	14	50 ⁹	...
Malawi	2000*	Employeur à travers une assurance privée (pas de dispositions légales garantissant des prestations de sécurité sociale)	Programme fondé sur la responsabilité de l'employeur	Employeur	Non	8 semaines	8	100 ¹⁰	...
Mali	1952*	Institut national de prévoyance sociale – sécurité sociale	Assurance sociale	Employeur, employé et travailleur indépendant	Oui, sur base volontaire	14 semaines	14	100	...
Maurice	2008*	Employeur (pas de dispositions légales garantissant des prestations de sécurité sociale)	Programme fondé sur la responsabilité de l'employeur	Employeur	Non	12 semaines	12	100 ²	...

Tableau B.5 Maternité: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale et couverture de protection sociale effective
(indicateur 1.3.1 des ODD pour les mères avec nouveau-nés)

Pays/Territoire	Date de la loi (ou du Code du travail*)	Gestionnaire des allocations de maternité, type de programme et sources de financement			Couverture des travailleurs non salariés	Durée du congé de maternité		Pourcentage du salaire versé pendant la période couverte (%)	Mères de nouveau-nés percevant des prestations sociales, 2015 (%)
		Gestionnaire des allocations de maternité	Type de programme	Sources de financement		Période (nombre et unité)	Nombre de semaines		
Mauritanie	1952*	Caisse nationale de sécurité sociale – sécurité sociale	Assurance sociale	Employeur	Non	14 semaines	14	100	...
Mozambique	...	Sécurité sociale	Assurance sociale	Employeur, employé et travailleur indépendant	Oui	60 jours	8,6	100	0,2
Namibie	1994	Social Security Commission (Commission de la sécurité sociale) – sécurité sociale (salaire de base); employeur (le montant restant)	Assurance sociale et programme fondé sur la responsabilité de l'employeur	Employeur, employé et l'Etat	Sur base volontaire pour l'assurance sociale	12 semaines	12	100 ^{2,11}	...
Niger	1952*	Assurance sociale (50 pour cent); employeur (50 pour cent)	Assurance sociale et programme fondé sur la responsabilité de l'employeur	Employeur	Non	14 ^a semaines	14 ^a	100	...
Nigéria	1971	Employeur (pas de dispositions légales garantissant des prestations de sécurité sociale)	Programme fondé sur la responsabilité de l'employeur	Employeur	Non	12 semaines	12	50	0,4
Ouganda	2006*	Employeur (pas de dispositions légales garantissant des prestations de sécurité sociale)	Programme fondé sur la responsabilité de l'employeur	Employeur	Non	60 jours ouvrables	12	100	...
République démocratique du Congo	1967*	Employeur (pas de dispositions légales garantissant des prestations de sécurité sociale)	Programme fondé sur la responsabilité de l'employeur	Employeur	Non	14 semaines	14	67	...
Rwanda	2009*	Conseil de la sécurité sociale du Rwanda – sécurité sociale et employeur	Assurance sociale et programme fondé sur la responsabilité de l'employeur	Employeur et employé	Non	12 semaines	12	100 ¹²	...
Sao Tomé-et-Principe	1979	Institut national de sécurité sociale – sécurité sociale	Assurance sociale	Employeur, employé, travailleur indépendant et l'Etat (subvention)	Oui	90 ^b jours	13 ^b	100	...
Sénégal	1952*	Caisse de sécurité sociale – sécurité sociale	Assurance sociale	Employeur et employé	Non	14 ^a semaines	14 ^a	100	...
Seychelles	1979	Agency for Social Protection (Agence de protection sociale) – sécurité sociale et employeur	Assurance sociale et programme fondé sur la responsabilité de l'employeur	Employeur et l'Etat	Oui	14 semaines	14	80 ¹³	...
Sierra Leone	...	Employeur (pas de dispositions légales garantissant des prestations de sécurité sociale)	Programme fondé sur la responsabilité de l'employeur	Employeur	Non	84 jours	12	100	...

Tableau B.5 Maternité: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale et couverture de protection sociale effective (indicateur 1.3.1 des ODD pour les mères avec nouveau-nés)

Pays/Territoire	Date de la loi (ou du Code du travail*)	Gestionnaire des allocations de maternité, type de programme et sources de financement			Couverture des travailleurs non salariés	Durée du congé de maternité		Pourcentage du salaire versé pendant la période couverte (%)	Mères de nouveau-nés percevant des prestations sociales, 2015 (%)
		Gestionnaire des allocations de maternité	Type de programme	Sources de financement		Période (nombre et unité)	Nombre de semaines		
Somalie	...	Employeur (pas de dispositions légales garantissant des prestations de sécurité sociale)	Programme fondé sur la responsabilité de l'employeur	Employeur	Non	14 semaines	14	50	...
Swaziland	...	Employeur (pas de dispositions légales garantissant des prestations de sécurité sociale)	Programme fondé sur la responsabilité de l'employeur	Employeur	Non	2 semaines (+10 non rémunérées)	2 (+10 non rémunérées)	100	...
Tanzanie, République-Unie de	1997	Caisse nationale de sécurité sociale – sécurité sociale	Assurance sociale	Employeur, employé et travailleur indépendant	Oui, cotisations volontaires	12 semaines	12	100	0,3
Tchad	1952* 1966	Caisse nationale de prévoyance sociale – sécurité sociale	Assurance sociale	Employeur et l'Etat (subventions)	Non	14 ^a semaines	14 ^a	50	...
Togo	1956	Caisse nationale de sécurité sociale – sécurité sociale (50 pour cent); employeur (50 pour cent)	Assurance sociale et programme fondé sur la responsabilité de l'employeur	Employeur et travailleur indépendant	Oui	14 ^a semaines	14 ^a	100	...
Zambie	1973	Employeur (pas de dispositions légales garantissant des prestations de sécurité sociale)	Programme fondé sur la responsabilité de l'employeur	Employeur	Non	12 semaines	12	100	...
Zimbabwe	1985*	Employeur (pas de dispositions légales garantissant des prestations de sécurité sociale)	Programme fondé sur la responsabilité de l'employeur	Employeur	Non	98 jours	14	100	...
Amériques									
<i>Amérique latine et Caraïbes</i>									
Antigua-et-Barbuda	1972 1973	Antigua and Barbuda Social Security Board (Conseil de sécurité sociale d'Antigua-et-Barbuda) – assurance sociale et employeur	Assurance sociale et employeur	Employeur, employé et travailleur indépendant	Oui	13 semaines	13	100, 60 ⁸³	40,0
Argentine	1934	Administración Nacional de la Seguridad Social – sécurité sociale	Programme lié à l'emploi et assistance sociale	Employeur et l'Etat	Oui, assistance sociale	90 jours	13	100 ⁸⁴	13,0
Bahamas	1972	National Insurance Board (Conseil de l'assurance nationale) – sécurité sociale (deux tiers) et employeur (un tiers)	Assurance sociale et programme fondé sur la responsabilité de l'employeur	Employeur, employé et travailleur indépendant	Oui	13 semaines	13	100 ⁸⁵	...
Barbade	1966	National Insurance Office (Office national d'assurance sociale) – sécurité sociale	Assurance sociale	Employeur, employé et travailleur indépendant	Oui	12 semaines	12	100 ⁸⁶	...

Tableau B.5 Maternité: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale et couverture de protection sociale effective
(indicateur 1.3.1 des ODD pour les mères avec nouveau-nés)

Pays/Territoire	Date de la loi (ou du Code du travail*)	Gestionnaire des allocations de maternité, type de programme et sources de financement			Couverture des travailleurs non salariés	Durée du congé de maternité		Pourcentage du salaire versé pendant la période couverte (%)	Mères de nouveau-nés percevant des prestations sociales, 2015 (%)
		Gestionnaire des allocations de maternité	Type de programme	Sources de financement		Période (nombre et unité)	Nombre de semaines		
Belize	1979	Social Security Board (Conseil de sécurité sociale) – sécurité sociale (80 pour cent); employeur (20 pour cent)	Assurance sociale et programme fondé sur la responsabilité de l'employeur	Employeur, employé et travailleur indépendant	Oui	14 semaines	14	100 ^{2,87}	...
Bermudes	2000*	Employeur (pas de dispositions légales garantissant des prestations de sécurité sociale)	Programme fondé sur la responsabilité de l'employeur	Employeur	Non	2 semaines (+10 non rémunérées)	2 (+10 non rémunérées)	100	...
Bolivie, Etat plurinational de	1949	Instituto Nacional de Seguro de Salud (Institut national de l'assurance santé) – sécurité sociale	Assurance sociale	Employeur et travailleur indépendant	Oui, sur base volontaire	90 jours	13	95 ⁸⁸	51,5
Brésil	1943	Institut national de sécurité sociale – sécurité sociale	Assurance sociale	Employeur, employé et travailleur indépendant	Oui	120 jours	17,2	100 ^{2,89}	45,0
Chili	1924	Fondo Nacional de Salud (Caisse nationale de santé) – sécurité sociale	Assurance sociale et assurance privée	Employé, travailleur indépendant et l'Etat	Oui	18 semaines	18	100 ^{2,91}	44,0
Colombie	1938	Ministerio de Salud y Protección Social (Ministère de la santé et de la protection sociale) – sécurité sociale	Assurance sociale	Employeur, employé, travailleur indépendant et l'Etat	Oui	18 semaines	18	...	...
Costa Rica	1941 1943	Caja Costarricense de Seguro Social (Caisse d'assurance sociale de Costa Rica) – sécurité sociale (50 pour cent); employeur (50 pour cent)	Assurance sociale et programme fondé sur la responsabilité de l'employeur	Employeur, employé, travailleur indépendant et l'Etat	Oui	4 mois	17,2	100	...
Cuba	1934	Dirección de Prevención, Asistencia y Trabajo Social e Instituto Nacional de Seguridad Social (Direction générale de la prévention, de l'assistance sociale et du travail et l'Institut national de la sécurité sociale) – sécurité sociale	Assurance sociale	Employeur, employé, travailleur indépendant et l'Etat (tout déficit)	Système spécial	18 ^b semaines	18 ^b	100 ⁹²	...
République dominicaine	1947	Institut de sécurité sociale – sécurité sociale (50 pour cent); employeur (50 pour cent)	Assurance sociale et programme fondé sur la responsabilité de l'employeur	Employeur et employé	Non	12 semaines	12	100 ⁹³	...
Dominique	1975	Dominica Social Security (Sécurité sociale de la Dominique) – sécurité sociale	Assurance sociale	Employeur, employé et travailleur indépendant	Oui	12 semaines	12	60 ⁹⁰	...
El Salvador	1949	Instituto Salvadoreño de Seguro Social (Institut de sécurité sociale du Salvador) – sécurité sociale ou employeur	Assurance sociale ou programme fondé sur la responsabilité de l'employeur	Employeur, employé, travailleur indépendant et l'Etat (subvention)	Oui	16 semaines	16	100, 75 ⁹⁴	...

Tableau B.5 Maternité: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale et couverture de protection sociale effective (indicateur 1.3.1 des ODD pour les mères avec nouveau-nés)

Pays/Territoire	Date de la loi (ou du Code du travail*)	Gestionnaire des allocations de maternité, type de programme et sources de financement			Couverture des travailleurs non salariés	Durée du congé de maternité		Pourcentage du salaire versé pendant la période couverte (%)	Mères de nouveau-nés percevant des prestations sociales, 2015 (%)
		Gestionnaire des allocations de maternité	Type de programme	Sources de financement		Période (nombre et unité)	Nombre de semaines		
Equateur	1935	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (Institut équatorien de sécurité sociale) – sécurité sociale (75 pour cent); employeur (25 pour cent)	Assurance sociale et programme fondé sur la responsabilité de l'employeur	Employeur, travailleur indépendant et l'Etat	Oui	12 ^b semaines	12 ^b	100	...
Grenade	1980	Régime national d'assurance – sécurité sociale (65 pour cent pendant 3 mois); employeur (jusqu'à 40 pour cent pendant 2 mois)	Assurance sociale et programme fondé sur la responsabilité de l'employeur	Employeur, employé, travailleur indépendant et l'Etat	Oui	3 mois	13	100, 65 ^{90,95}	...
Guadeloupe	...	...	...	...	...	... ..	...	...	...
Guatemala	1952	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (Institut guatémalien de sécurité sociale) – sécurité sociale (deux tiers), employeur (un tiers)	Assurance sociale et programme fondé sur la responsabilité de l'employeur	Employeur, employé et l'Etat	Non	84 jours	12	100 ⁹³	14,0
Guyana	1969	Régime national d'assurance – sécurité sociale	Assurance sociale	Employeur, employé, travailleur indépendant et l'Etat (tout déficit)	Oui	13 ^a semaines	13 ^a	70 ⁹⁰	...
Haïti	1984*	Employeur	Programme fondé sur la responsabilité de l'employeur	Employeur	...	6 semaines (+6 non rémunérées)	6 (+6 non rémunérées)	100	...
Honduras	1959	Instituto Hondureño de Seguridad Social (Institute de sécurité sociale hondurien) – sécurité sociale (66 pour cent); employeur (34 pour cent)	Assurance sociale et programme fondé sur la responsabilité de l'employeur	Employeur, employé, travailleur indépendant et l'Etat	Oui	84 jours	12	66 ⁹³	...
Iles Vierges britanniques	1979	Office de la sécurité sociale – sécurité sociale	Assurance sociale	Employeur, employé et travailleur indépendant	Oui	13 semaines	13	67 ^{2,90}	...
Jamaïque	1965	Ministère du Travail et de la Sécurité sociale, Département de la prévoyance nationale – sécurité sociale ou employeur	Assurance sociale ou programme fondé sur la responsabilité de l'employeur	Employeur et employé; ou employeur	Non	8 semaines	8	Voir note ⁹⁶	...
Mexique	1943	Instituto Mexicano de Seguridad Social (Institut mexicain de sécurité sociale) – sécurité sociale	Assurance sociale	Employeur, employé et l'Etat	Oui, sur base volontaire	84 jours	12	100	...
Nicaragua	1956	Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (Institut nicaraguayen de sécurité sociale) – sécurité sociale (60 pour cent); employeur (40 pour cent)	Assurance sociale et programme fondé sur la responsabilité de l'employeur	Employeur, employé, travailleur indépendant et l'Etat	Oui, sur base volontaire	12 semaines	12	100 ⁹³	...

Tableau B.5 Maternité: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale et couverture de protection sociale effective
(indicateur 1.3.1 des ODD pour les mères avec nouveau-nés)

Pays/Territoire	Date de la loi (ou du Code du travail*)	Gestionnaire des allocations de maternité, type de programme et sources de financement			Couverture des travailleurs non salariés	Durée du congé de maternité		Pourcentage du salaire versé pendant la période couverte (%)	Mères de nouveau-nés percevant des prestations sociales, 2015 (%)
		Gestionnaire des allocations de maternité	Type de programme	Sources de financement		Période (nombre et unité)	Nombre de semaines		
Panama	1941	Caja de Seguro Social (Caisse d'assurance sociale) – sécurité sociale	Assurance sociale	Employeur, employé, travailleur indépendant et l'Etat	Oui, sur base volontaire	14 semaines	14	100 ⁹³	...
Paraguay	1943	Instituto de Previsión Social (Institut d'assurance sociale) – sécurité sociale	Assurance sociale	Employeur, employé et l'Etat	Non	18 semaines	18	100	3,0
Pérou	1936 1948	Seguro Social de Salud del Perú y prestadores privados de servicios de salud (Institut d'assurance sociale de santé et prestataires privés de soins de santé) – sécurité sociale	Assurance sociale et assurance privée obligatoire	Employeur et travailleur indépendant	Oui, sur base volontaire	90 ^b jours	13 ^b	100 ⁹⁰	...
Porto Rico	...	Employeur (pas de dispositions légales garantissant des prestations de sécurité sociale)	Programme fondé sur la responsabilité de l'employeur	Employeur	Non	8 semaines	8	100	...
Sainte-Lucie	1978	National Insurance Corporation (Institution nationale d'assurance) – sécurité sociale	Assurance sociale	Employeur, employé et travailleur indépendant	Oui	3 mois	13	65 ⁹⁰	...
Saint-Kitts-et-Nevis	1977	Social Security Board (Conseil de la sécurité sociale) – sécurité sociale	Assurance sociale	Employeur, employé et travailleur indépendant	Oui	13 semaines	13	65 ^{90,97}	...
Saint-Vincent-et-les Grenadines	1986	Conseil d'assurance nationale – sécurité sociale	Assurance sociale	Employeur, employé et travailleur indépendant	Oui	13 semaines	13	65 ⁹⁰	...
Trinité-et-Tobago	1998	National Insurance Board (Conseil d'assurance nationale) – sécurité sociale et employeur	Assurance sociale et programme fondé sur la responsabilité de l'employeur	Employeur et employé	Non	13 semaines	13	100, 50 ^{90,98}	...
Uruguay	1958	Ministerio de desarrollo social (Ministère du Développement social) – sécurité sociale	Programme lié à l'emploi	L'Etat	Oui	14 semaines	14	100	100,0
Venezuela, République bolivarienne du	1940	Instituto Venezolano de Seguros Sociales (Institut vénézuélien d'assurance sociale) – sécurité sociale	Assurance sociale	Employeur, employé et l'Etat	Non	26 semaines	26	100	...
Amérique du Nord									...
Canada	1972*	Service Canada – sécurité sociale	Assurance sociale	Employeur, employé et travailleur indépendant	Oui, pour certains sur une base volontaire	15 ⁹⁹ semaines	15	55 ^{2,99}	100,0
Etats-Unis	s.o.	Aucune disposition légale (dispositions au niveau des États)	Non rémunéré	s.o.	s.o.	0 (+12) semaine(s)	0 (+12)	0 ¹⁰⁰	...

Tableau B.5 Maternité: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale et couverture de protection sociale effective (indicateur 1.3.1 des ODD pour les mères avec nouveau-nés)

Pays/Territoire	Date de la loi (ou du Code du travail*)	Gestionnaire des allocations de maternité, type de programme et sources de financement			Couverture des travailleurs non salariés	Durée du congé de maternité		Pourcentage du salaire versé pendant la période couverte (%)	Mères de nouveau-nés percevant des prestations sociales, 2015 (%)
		Gestionnaire des allocations de maternité	Type de programme	Sources de financement		Période (nombre et unité)	Nombre de semaines		
Etats arabes									
Arabie saoudite	1969*	Employeur (pas de dispositions légales garantissant des prestations de sécurité sociale)	Programme fondé sur la responsabilité de l'employeur	Employeur	Non	10 semaines	10	50, 100 ³⁴	...
Bahreïn	1976*	Employeur (pas de dispositions légales garantissant des prestations de sécurité sociale)	Programme fondé sur la responsabilité de l'employeur	Employeur	Non	60 jours (+15 non rémunérés)	8,6 (+2,2 non rémunérées)	100	...
Emirats Arabes Unis	...	Employeur (pas de dispositions légales garantissant des prestations de sécurité sociale)	Programme fondé sur la responsabilité de l'employeur	Employeur	Non	45 jours	6,4	100, 50 ⁴¹	...
Iraq	1956	Département de sécurité sociale et des pensions pour les travailleurs – sécurité sociale	Assurance sociale	Employeur, employé et l'Etat (subventions)	Non	14 ^{a,b} semaines	14 ^{a,b}	100 ²²	...
Jordanie	1978	Institution de sécurité sociale – sécurité sociale	Assurance sociale	Employeur et l'Etat (tout déficit)	...	10 semaines	10	100	...
Koweït	2010*	Employeur (pas de dispositions légales garantissant des prestations de sécurité sociale)	Programme fondé sur la responsabilité de l'employeur	Employeur	Non	70 jours (+120 non rémunérés)	10 (+17 non rémunérées)	100	...
Liban	1963	Employeur (pas de dispositions légales garantissant des prestations de sécurité sociale)	Programme fondé sur la responsabilité de l'employeur	Employeur	Non	70 jours	10	100 ²⁸	...
Oman	2012	Employeur (pas de dispositions légales garantissant des prestations de sécurité sociale)	Programme fondé sur la responsabilité de l'employeur	Employeur	Non	50 jours	7	100 ³¹	...
Qatar	2004*	Employeur (pas de dispositions légales garantissant des prestations de sécurité sociale)	Programme fondé sur la responsabilité de l'employeur	Employeur	Non	50 jours	7	100	...
République arabe syrienne	1985	Employeur (pas de dispositions légales garantissant des prestations de sécurité sociale)	Programme fondé sur la responsabilité de l'employeur	Employeur	Non	120, 90, 75 jours	17,2	100 ³⁷	...
Territoire palestinien occupé	...	Employeur (pas de dispositions légales garantissant des prestations de sécurité sociale)	Programme fondé sur la responsabilité de l'employeur	Employeur	Non	70 jours	10	100	...
Yémen	1995*	Employeur (pas de dispositions légales garantissant des prestations de sécurité sociale)	Programme fondé sur la responsabilité de l'employeur	Employeur	Non	70 ^{a,b} jours	10 ^{a,b}	100	...

Tableau B.5 Maternité: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale et couverture de protection sociale effective
(indicateur 1.3.1 des ODD pour les mères avec nouveau-nés)

Pays/Territoire	Date de la loi (ou du Code du travail*)	Gestionnaire des allocations de maternité, type de programme et sources de financement			Couverture des travailleurs non salariés	Durée du congé de maternité		Pourcentage du salaire versé pendant la période couverte (%)	Mères de nouveau-nés percevant des prestations sociales, 2015 (%)
		Gestionnaire des allocations de maternité	Type de programme	Sources de financement		Période (nombre et unité)	Nombre de semaines		
Asie et Pacifique									
<i>Asie de l'Est</i>									
Chine	1951	Sécurité sociale (entreprises publiques individuelles)	Assurance sociale	Employeur, travailleur indépendant et l'Etat (subventionne les coûts administratifs)	Oui (dans la plupart des provinces), sur base volontaire	98 jours	14	100 ²⁰	15,1
Corée, République de	1993	Ministère de l'emploi et du travail – sécurité sociale	Assurance sociale	Employeur, employé, travailleur indépendant et l'Etat (subventions)	Oui, couverture volontaire sous certaines conditions	90 jours	13	100 ^{2,25}	...
Hong-kong, Chine	1968	Employeur	Programme fondé sur la responsabilité de l'employeur	Employeur	Non	10 semaines	10	80	...
Japon	1922	Caisse d'assurance emploi – sécurité sociale	Assurance sociale	Employeur, employé et l'Etat	Oui, avec des exceptions	98 ^b jours	14 ^b	67 ²³	...
Mongolie	1994	Caisse d'assurance sociale – sécurité sociale	Assurance sociale	Employeur, employé et travailleur indépendant (cotisations)	Oui, sur base volontaire	120 jours	17,2	100, 70 ¹⁰⁶	81,5
	2012	Caisse d'assistance sociale	Programme universel et assistance sociale	L'Etat	Oui			Taux fixe ¹⁰⁶	100,0
Taiwan, Chine	1950	Bureau de l'assurance emploi – sécurité sociale	Assurance sociale	Employeur, employé, travailleur indépendant et l'Etat	Oui, avec des exceptions	Prestation en capital	Prestation en capital	Prestation en capital ³⁸	...
<i>Asie du Sud-Est</i>									
Brunéi Darussalam	1954*	Employeur et l'Etat	Programme fondé sur la responsabilité de l'employeur et lié à l'emploi	Employeur (fondé sur la responsabilité de l'employeur) et l'Etat (lié à l'emploi)	Non	8 semaines (+1 non rémunérée)	8 (+1 non rémunérée)	100 ¹⁹	...
Cambodge	1997*	Employeur et Caisse nationale de sécurité sociale	Programme fondé sur la responsabilité de l'employeur et assurance sociale	Employeur, employé	Non	90 jours	13	50	...
Indonésie	1957*	Employeur (pas de dispositions légales garantissant des prestations de sécurité sociale)	Programme fondé sur la responsabilité de l'employeur	Employeur	Non	3 mois	13	100	...

Tableau B.5 Maternité: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale et couverture de protection sociale effective (indicateur 1.3.1 des ODD pour les mères avec nouveau-nés)

Pays/Territoire	Date de la loi (ou du Code du travail*)	Gestionnaire des allocations de maternité, type de programme et sources de financement			Couverture des travailleurs non salariés	Durée du congé de maternité		Pourcentage du salaire versé pendant la période couverte (%)	Mères de nouveau-nés percevant des prestations sociales, 2015 (%)
		Gestionnaire des allocations de maternité	Type de programme	Sources de financement		Période (nombre et unité)	Nombre de semaines		
République démocratique populaire lao	1999	Caisse nationale de sécurité sociale – sécurité sociale (80 pour cent); employeur (20 pour cent)	Assurance sociale et programme fondé sur la responsabilité de l'employeur	Employeur, employé, travailleur indépendant et l'Etat	Oui, sur base volontaire	105 ^a jours	15 ^a	100 ²⁷	...
Malaisie	1955*	Employeur (pas de dispositions légales garantissant des prestations de sécurité sociale)	Programme fondé sur la responsabilité de l'employeur	Employeur	Non	60 jours	8,6	100	...
Myanmar	1954	Office de la sécurité sociale – sécurité sociale	Assurance sociale	Employeur, employé, travailleur indépendant et l'Etat (subventions)	Oui, sur base volontaire	14 semaines	14	70 ^{2,29}	0,7
Philippines	1977	Employeur, remboursé par le régime de sécurité sociale	Assurance sociale	Employeur, employé, travailleur indépendant et l'Etat (tout déficit)	Oui	60 ^a jours	8,6 ^a	100 ³³	9,0
Singapour	1968*	Employeur et l'Etat	Programme fondé sur la responsabilité de l'employeur	Employeur et l'Etat	Non	16 semaines	16	100 ^{2,35}	...
Thaïlande	1990	Employeur (67 pour cent); Office de sécurité sociale – sécurité sociale (33 pour cent)	Assurance sociale et programme fondé sur la responsabilité de l'employeur	Employeur, employé, travailleur indépendant et l'Etat	Oui, sur base volontaire	90 jours	13	100, 50 ^{2,39}	...
Timor-Leste	2016	Département de la sécurité sociale	Assurance sociale	Employeur et employé	Oui, sur base volontaire	12 semaines	12	100	...
Viet Nam	1993	Intitution de la sécurité sociale du Viet Nam – sécurité sociale	Assurance sociale	Employeur	Non	6 ^b mois	26 ^b	100 ⁴³	44,5
Asie du Sud									...
Afghanistan	...	Employeur (pas de dispositions légales garantissant des prestations de sécurité sociale)	Programme fondé sur la responsabilité de l'employeur	Employeur	Non	90 jours	13	100	...
Bangladesh	1939	Employeur	Programme fondé sur la responsabilité de l'employeur	Employeur	Non	16 semaines	16	100 ¹⁸	20,9
Bhoutan	...	...	...	...	...	... ..	...	...	...
Inde	1948	Employee's State Insurance Corporation (Institution d'assurance sociale des travailleurs salariés) – sécurité sociale	Assurance sociale	Employeur, employé et l'Etat	Non	26 ^a semaines	26 ^a	100 ²¹	41,0

Tableau B.5 Maternité: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale et couverture de protection sociale effective
(indicateur 1.3.1 des ODD pour les mères avec nouveau-nés)

Pays/Territoire	Date de la loi (ou du Code du travail*)	Gestionnaire des allocations de maternité, type de programme et sources de financement			Couverture des travailleurs non salariés	Durée du congé de maternité		Pourcentage du salaire versé pendant la période couverte (%)	Mères de nouveau-nés percevant des prestations sociales, 2015 (%)
		Gestionnaire des allocations de maternité	Type de programme	Sources de financement		Période (nombre et unité)	Nombre de semaines		
Iran, République islamique d'	1953	Organisation de la sécurité sociale d'Iran – sécurité sociale	Assurance sociale	Employeur, employé et l'Etat	Non	270 jours	39	67	...
Népal	1962 1993*	Employeur (pas de dispositions légales garantissant des prestations de sécurité sociale)	Programme fondé sur la responsabilité de l'employeur	Employeur	Non	52 jours	7,4	100 ³⁰	...
Pakistan	1965	Employeur	Programme fondé sur la responsabilité de l'employeur	Employeur	Non	12 semaines	12	100 ³²	...
Sri Lanka	1941 1954*	Employeur (pas de dispositions légales garantissant des prestations de sécurité sociale)	Programme fondé sur la responsabilité de l'employeur	Employeur	Non	12 semaines	12	86, 100 ³⁶	...
Océanie									
Australie	1970	Department of Human Services (ministère pour les Services aux personnes) – sécurité sociale	Universel	L'Etat	Oui	18 semaines (+34 non rémunérées) ¹⁰¹	18 (+34 non rémunérées)	Taux fixe ¹⁰¹	...
Fidji	2007*	Employeur (pas de dispositions légales garantissant des prestations de sécurité sociale)	Programme fondé sur la responsabilité de l'employeur	Employeur	Non	84 jours	12	100 ¹⁰²	...
Iles Marshall	...	Aucune disposition légale	Aucune prestation	...	s.o.		0	...	...
Iles Salomon	1996*	Employeur (pas de dispositions légales garantissant des prestations de sécurité sociale)	Programme fondé sur la responsabilité de l'employeur	Employeur	Non	12 semaines	12	25	...
Kiribati	1977*	Employeur (pas de dispositions légales garantissant des prestations de sécurité sociale)	Programme fondé sur la responsabilité de l'employeur	Employeur	Non	12 semaines	12	25	...
Nouvelle-Zélande	1938	Inland Revenue Department (ministère du Revenu)	Programme universel et assistance sociale	L'Etat	Oui	18 semaines	18	100 ^{2,103}	100,0
Papouasie-Nouvelle-Guinée	1978*	Aucune prestation de sécurité sociale	Non rémunéré	Pas de disposition légale	s.o.	0 semaine (+6 non rémunérés)	0 (+6 non rémunérées)	s.o. ¹⁰⁴	...
Samoa	2013*	Employeur (pas de dispositions légales garantissant des prestations de sécurité sociale)	Programme fondé sur la responsabilité de l'employeur	Employeur	Non	4 semaines (+2 non rémunérées), 6	4 (+2 non rémunérées), 6	100, 66,7 ¹⁰⁵	...

Tableau B.5 Maternité: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale et couverture de protection sociale effective (indicateur 1.3.1 des ODD pour les mères avec nouveau-nés)

Pays/Territoire	Date de la loi (ou du Code du travail*)	Gestionnaire des allocations de maternité, type de programme et sources de financement			Couverture des travailleurs non salariés	Durée du congé de maternité		Pourcentage du salaire versé pendant la période couverte (%)	Mères de nouveau-nés percevant des prestations sociales, 2015 (%)
		Gestionnaire des allocations de maternité	Type de programme	Sources de financement		Période (nombre et unité)	Nombre de semaines		
Vanuatu	1983*	Employeur (pas de dispositions légales garantissant des prestations de sécurité sociale)	Programme fondé sur la responsabilité de l'employeur	Employeur	Non	12 semaines	12	66	...
Europe et Asie centrale									
<i>Europe du Nord, du Sud et de l'Ouest</i>									
Albanie	1947	Institut d'assurance sociale – sécurité sociale	Assurance sociale	Employeur, employé et travailleur indépendant	Oui	365 ^b jours	52 ^b	80, 50 ⁴⁴	...
Allemagne	1952	Fédérations des caisses d'assurance-maladie – sécurité sociale	Assurance sociale et programme fondé sur la responsabilité de l'employeur	Employeur, employé et l'Etat	Oui, sur base volontaire	14 semaines	14	100 ^{2,56}	100,0
Andorre	1966	Caisse de sécurité sociale d'Andorre – sécurité sociale	Assurance sociale	Employeur, employé et travailleur indépendant	Oui	16 ^b semaines	16 ^b	100	...
Autriche	1955	Caisses professionnelles – sécurité sociale	Assurance sociale	Employeur, employé et l'Etat	Système spécial	16 semaines	16	100	100,0
Belgique	1894	Agences locales et Bureaux des caisses auxiliaires publiques – sécurité sociale	Assurance sociale	Employeur, employé et l'Etat (subventions)	Système spécial	15 ^b semaines	15 ^b	82, 75 ^{2,46}	100,0
Bosnie-Herzégovine	...	Sécurité sociale	Assurance sociale	Employeur et l'Etat	...	365 jours	52	50-100 ⁴⁷	...
Croatie	1954	Caisse d'assurance santé – sécurité sociale	Assurance sociale et assistance sociale	Employeur, travailleur indépendant et l'Etat	Oui	6,9 mois	30	100 ⁵¹	100,0
Danemark	1892	Employeur; collectivités locales	Système lié à l'emploi	Employeur, travailleur indépendant et l'Etat	Oui, sur base volontaire	18 semaines	18	Voir note ⁵⁴	100,0
Espagne	1929	Institut national de la sécurité sociale – sécurité sociale	Assurance sociale et assistance sociale	Employeur, employé et l'Etat (subventions)	Sous certaines conditions	16 ^{a,b} semaines	16 ^{a,b}	100 ⁷⁶	100,0
Estonie	1924	Caisse d'assurance santé – sécurité sociale	Assurance sociale	Employeur et travailleur indépendant	Oui	140 jours	20	100	100,0
Ex-République yougoslave de Macédoine	...	Caisse d'assurance santé – sécurité sociale	Assurance sociale	...	...	9 mois	39	100	...
Finlande	1963	Sécurité sociale	Assurance sociale	Employeur, employé, travailleur indépendant et l'Etat	Oui	105 jours ouvrables	21	70 ⁵⁵	100,0

Tableau B.5 Maternité: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale et couverture de protection sociale effective
(indicateur 1.3.1 des ODD pour les mères avec nouveau-nés)

Pays/Territoire	Date de la loi (ou du Code du travail*)	Gestionnaire des allocations de maternité, type de programme et sources de financement			Couverture des travailleurs non salariés	Durée du congé de maternité		Pourcentage du salaire versé pendant la période couverte (%)	Mères de nouveau-nés percevant des prestations sociales, 2015 (%)
		Gestionnaire des allocations de maternité	Type de programme	Sources de financement		Période (nombre et unité)	Nombre de semaines		
France	1928	Caisses primaires d'assurance-maladie en région France et Outre-Mer	Assurance sociale	Employeur, employé et l'Etat (subventions)	Système spécial	16 ^{a,b} semaines	16 ^{a,b}	100 ²	100,0
Grèce	1922	Institut d'assurances sociales – sécurité sociale	Assurance sociale	Employeur, employé, travailleur indépendant et l'Etat (subventions)	Oui, certaines catégories de travailleurs indépendants urbains	119 jours	17	100	100,0
Guernesey	1971	Social Security Department (ministère de sécurité sociale) – sécurité sociale	Assurance sociale	Employeur, employé, travailleur indépendant et l'Etat	Oui	18 semaines	18	Taux fixe ⁴⁹	...
Ile de Man	1951	Isle of Man Treasury (Trésor de l'île de Man) – sécurité sociale	Assurance sociale et assistance sociale	Employeur, employé, travailleur indépendant et l'Etat (assistance sociale)	Oui	39 semaines (+13)	39 (+13)	90 ^{2,60}	...
Irlande	1911	Ministère de l'Emploi et de la Protection sociale – sécurité sociale	Assurance sociale	Employeur, employé, travailleur indépendant et l'Etat (tout déficit)	Oui	26 semaines (+16 non rémunérées)	26 (+16 non rémunérées)	Taux fixe ⁵⁹	100,0
Islande	1975	Department of Social Protection (ministère de la Protection sociale) – sécurité sociale	Assurance sociale	Employeur, travailleur indépendant et l'Etat (tout déficit)	Oui	3 mois	13	80 ^{2,58}	100,0
Italie	1912	Institut national de sécurité sociale – sécurité sociale	Assurance sociale	Employeur, travailleur indépendant et l'Etat	Oui	5 mois	21,6	80 ⁶¹	100,0
Jersey	1951	Social Security Department (ministère de la Sécurité sociale) – sécurité sociale	Assurance sociale	Employeur, employé et travailleur indépendant	Oui	18 semaines	18	Taux fixe ⁵⁰	...
Kosovo	...	...	...	...	...	... ..	...	...	...
Lettonie	1924	Office public d'assurance sociale – sécurité sociale	Assurance sociale	Employeur, employé et travailleur indépendant	Oui	112 ^{a,b} jours	16 ^{a,b}	80 ⁶²	100,0
Liechtenstein	1910	Fédération des caisses d'assurance santé et caisses d'assurance santé accréditées par l'Etat – sécurité sociale	Assurance sociale	Employeur, employé, travailleur indépendant et l'Etat	Oui, sur base volontaire	20 semaines	20	80 ⁶³	100,0
Lituanie	1925	Caisse publique d'assurance sociale – sécurité sociale	Assurance sociale	Employeur, travailleur indépendant et l'Etat (tout déficit)	Oui	126 ^{a,b} jours	18 ^{a,b}	100 ^{2,64}	100,0
Luxembourg	1901	Caisse nationale de santé et Caisses d'assurances – sécurité sociale	Assurance sociale	Employeur, employé, travailleur indépendant et l'Etat (subvention)	Système spécial	16 ^{a,b} semaines	16 ^{a,b}	100 ⁶⁵	100,0

Tableau B.5 Maternité: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale et couverture de protection sociale effective (indicateur 1.3.1 des ODD pour les mères avec nouveau-nés)

Pays/Territoire	Date de la loi (ou du Code du travail*)	Gestionnaire des allocations de maternité, type de programme et sources de financement			Couverture des travailleurs non salariés	Durée du congé de maternité		Pourcentage du salaire versé pendant la période couverte (%)	Mères de nouveau-nés percevant des prestations sociales, 2015 (%)
		Gestionnaire des allocations de maternité	Type de programme	Sources de financement		Période (nombre et unité)	Nombre de semaines		
Malte	1981	Employeur; Département de sécurité sociale – sécurité sociale	Programme fondé sur la responsabilité de l'employeur, assurance sociale et assistance sociale	Employeur, employé, travailleur indépendant et l'Etat	Oui	18 semaines (+4)	18 (+4)	Voir note ⁶⁶	100,0
Monaco	1944 1949 1971 1982	Caisse de compensation des services sociaux – sécurité sociale	Assurance sociale	Employeur	Système spécial	16 ^b semaines	16 ^b	90 ^{2,67}	...
Monténégro	...	Sécurité sociale	Assurance sociale	Employeur, employé, travailleur indépendant et l'Etat	Oui	365 jours	52	100 ⁶⁸	...
Norvège	1909	Services locaux de l'administration nationale norvégienne pour le travail et les affaires sociales – sécurité sociale	Assurance sociale	Employeur, employé, travailleur indépendant et l'Etat (tout déficit)	Oui	39 semaines (ou 49)	39 (ou 49)	80, 100 ^{2,69}	100,0
Pays-Bas	1931	Organisme de gestion des assurances pour travailleurs salariés – Sécurité sociale	Assurance sociale	Employeur et employé	Non	16 ^b semaines	16 ^b	100 ²	100,0
Portugal	1935	Institut de la sécurité sociale – sécurité sociale	Assurance sociale et assistance sociale	Employeur, employé, travailleur indépendant et l'Etat	Oui	110-140 ^b jours	15,7, 20 ^b	100, 80 ⁷⁰	100,0
Royaume-Uni	1911	Sécurité sociale; Etat (92 pour cent remboursés par des fonds publics)	Mixte: assurance sociale et assistance sociale	Employeur, employé, travailleur indépendant et l'Etat	Oui	39 semaines (+13)	39 (+13)	90 ⁸²	100,0
Saint-Marin	1977	Institut national de sécurité sociale – sécurité sociale	Assurance sociale	Employeur et travailleur indépendant	Oui	5 mois	22	100 ⁷²	...
Serbie	1922	Caisse de l'assurance santé de la république – sécurité sociale	Assurance sociale	Employeur, employé et travailleur indépendant	Oui	140 ⁷³ jours	20	Voir notes ^{2,74}	...
Slovénie	1949	Centres de travail social du ministère du Travail, de la Famille, des Affaires sociales et de l'Egalité des chances – sécurité sociale	Assurance sociale	Employeur, employé, travailleur indépendant et l'Etat	Oui	105 ^{a,b} jours	15 ^{a,b}	100 ^{2,75}	96,0
Suède	1891	Bureaux régionaux et locaux de l'assurance sociale – sécurité sociale	Assurance sociale	Employeur et travailleur indépendant	Oui	60-420 ⁷⁷ jours	14-60	77,6; Taux fixe ^{2,78}	100,0
Suisse	1911	Caisses de compensation – assurance sociale obligatoire par des institutions d'assurance privées	Assurance privée obligatoire	Employeur, employé et travailleur indépendant	Oui	98 jours	14	80 ^{2,79}	100,0

Tableau B.5 Maternité: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale et couverture de protection sociale effective
(indicateur 1.3.1 des ODD pour les mères avec nouveau-nés)

Pays/Territoire	Date de la loi (ou du Code du travail*)	Gestionnaire des allocations de maternité, type de programme et sources de financement			Couverture des travailleurs non salariés	Durée du congé de maternité		Pourcentage du salaire versé pendant la période couverte (%)	Mères de nouveau-nés percevant des prestations sociales, 2015 (%)
		Gestionnaire des allocations de maternité	Type de programme	Sources de financement		Période (nombre et unité)	Nombre de semaines		
<i>Europe de l'Est</i>									
Bélarus	1955	Caisse de protection sociale de la population – sécurité sociale	Assurance sociale	Employeur, travailleur indépendant et l'Etat	Oui	126 ^a jours	18 ^a	100 ^{2,45}	...
Bulgarie	1918	Institut national de sécurité sociale – sécurité sociale	Assurance sociale	Employeur, employé, travailleur indépendant et l'Etat (tout déficit)	Oui, sur base volontaire	410 jours	58,5	90 ⁴⁸	100,0
Hongrie	1891	Caisse nationale d'assurance maladie – sécurité sociale	Assurance sociale	Employeur, employé, travailleur indépendant et l'Etat (tout déficit)	Oui	24 semaines	24	70 ⁵⁷	100,0
Moldova, République de	1993	Bureau national d'assurance sociale – sécurité sociale	Assurance sociale	Employeur, employé et travailleur indépendant	Oui	126 jours	18	100	...
Pologne	1920	Institution d'assurance sociale – sécurité sociale	Assurance sociale	Employé et travailleur indépendant	Oui, sur base volontaire	20 ^b semaines	20 ^b	100	100,0
Roumanie	1930	Office national pour l'assurance maladie – sécurité sociale	Assurance sociale	Employeur et travailleur indépendant	Oui	126 jours	18	85	100,0
Russie, Fédération de	1912	Caisse d'assurance sociale – sécurité sociale	Assurance sociale	Employeur	Non	140 jours	20	100 ^{2,71}	69,0
Slovaquie	1888	Office d'assurance sociale – sécurité sociale	Assurance sociale	Employeur, employé, travailleur indépendant et l'Etat	Oui	34 ^b semaines	34 ^b	70	100,0
République tchèque	1888	Administration tchèque de la sécurité sociale – sécurité sociale	Assurance sociale	Employeur, travailleur indépendant et l'Etat (tout déficit)	Oui, sur base volontaire	28 ^b semaines	28 ^b	70 ^{2,53}	100,0
Ukraine	1912	Ministère de la Politique sociale – sécurité sociale	Assurance sociale et assistance sociale	Employeur, travailleur indépendant et l'Etat	Oui	126 ^{a,b} jours	18 ^{a,b}	100 ⁸¹	100,0
<i>Asie centrale et occidentale</i>									
Arménie	1912	Administration publique de sécurité sociale – sécurité sociale	Assurance sociale	Employé, travailleur indépendant et l'Etat (subventions)	Oui	140 ^{a,b} jours	20 ^{a,b}	100 ^{2,16}	61,0
Azerbaïdjan	1912	Fonds national de protection sociale – sécurité sociale	Assurance sociale	Employeur, employé et travailleur indépendant	Oui	126 ^{a,b} jours	18 ^{a,b}	100 ¹⁷	14,0
Chypre	1957	Services d'assistance sociale – sécurité sociale	Assurance sociale	Employeur, employé, travailleur indépendant et l'Etat	Oui	18 ^b semaines	18 ^b	72 ^{2,52}	100,0
Géorgie	1955	Agence des services sociaux – sécurité sociale	Assurance sociale	L'Etat	Oui	183 jours (+547 non rémunérés) ^{a,b}	26,4 (+78 non rémunérées) ^{a,b}	100 ²	24,0

Tableau B.5 Maternité: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale et couverture de protection sociale effective (indicateur 1.3.1 des ODD pour les mères avec nouveau-nés)

Pays/Territoire	Date de la loi (ou du Code du travail*)	Gestionnaire des allocations de maternité, type de programme et sources de financement			Couverture des travailleurs non salariés	Durée du congé de maternité		Pourcentage du salaire versé pendant la période couverte (%)	Mères de nouveau-nés percevant des prestations sociales, 2015 (%)
		Gestionnaire des allocations de maternité	Type de programme	Sources de financement		Période (nombre et unité)	Nombre de semaines		
Israël	1953	Institut national d'assurance – sécurité sociale	Assurance sociale	Employeur, employé, travailleur indépendant et l'Etat	Oui	14 semaines (+12 non rémunérées)	14 (+12 non rémunérées)	100	...
Kazakhstan	1999	Caisse publique d'assurance sociale – sécurité sociale	Assurance sociale	Employeur	Non	126 jours	18	100 ²⁴	44,6
Kirghizistan	1922	Fonds social de la République Kirghize – sécurité sociale	Assurance sociale	Employeur et employé	Non	126 jours	18	Voir note ²⁶	23,8
Ouzbékistan	1995*	Caisse de pension extrabudgétaire – sécurité sociale	Assurance sociale	Employeur et l'Etat	Non	112 ^{a,b} jours	16 ^{a,b}	100 ⁴²	...
Tadjikistan	1997	Office national de l'assurance sociale et des pensions – sécurité sociale	Assurance sociale	Employeur et travailleur indépendant	Oui	140 ^{a,b} jours	20 ^{a,b}	100	59,5
Turkménistan	1994	Caisse de pension – sécurité sociale	Assurance sociale	Employeur et l'Etat (subventions)	Non	112 ^{a,b} jours	16 ^{a,b}	100 ⁴⁰	...
Turquie	1945	Filiales de l'Institution de sécurité sociale – sécurité sociale	Assurance sociale	Employeur et travailleur indépendant	Oui	16 ^b semaines	16 ^b	66,7 ⁸⁰	...

Sources*Sources principales*

BIT (Bureau international du Travail). Enquête sur la sécurité sociale: jeunes mères recevant une prestation de protection sociale (couverture effective). Disponible à l'adresse <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourcelid=54605> [consulté le 1^{er} juin 2017].

AISS (Association internationale de la sécurité sociale); SSA (Administration de la sécurité sociale des Etats-Unis). Diverses dates. Les programmes de sécurité sociale dans le monde (Genève et Washington, DC). Disponible à l'adresse <http://www.ssa.gov/policy/docs/prodesc/ssptw/> [consulté le 1^{er} juin 2017].

Autres sources

Banque mondiale. Les Femmes, l'Entreprise et le Droit. Disponible à l'adresse <http://wbl.banquemondiale.org/> [consulté le 1^{er} juin 2017].

BIT (Bureau international du Travail). Base de données de l'OIT sur la législation concernant les conditions d'emploi et de travail – Protection de la maternité. Disponible à l'adresse <http://www.ilo.org/dyn/travail/travmain.home> (en anglais) [consulté le 1^{er} juin 2017].

Conseil de l'Europe. Système mutuel d'information sur la protection sociale du Conseil de l'Europe (MISSCEO). Base de données des tableaux comparatifs. Disponible à l'adresse <http://www.missceo.coe.int/> [consulté le 1^{er} juin 2017].

Commission européenne. Système d'information mutuelle sur la protection sociale (MISSOC). Base de données des tableaux comparatifs. Disponible à l'adresse http://www.missoc.org/INFORMATIONBASE/COMPARATIVETABLES/MISSOCDATABASE/comparativeTableSearch_fr.jsp [consulté le 1^{er} juin 2017].

Notes

s.o. sans objet.

... non disponible.

^a Le congé de maternité est prolongé en cas de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement.

^b Le congé de maternité est prolongé en cas de naissances multiples.

* Loi sur le travail (ou Code du travail) définissant la responsabilité de l'employeur.

¹ Burkina Faso. La prestation proposée par la Caisse de sécurité sociale équivaut au pourcentage du salaire antérieur de la femme sur lequel les cotisations de la sécurité sociale ont été prélevées. L'employeur est chargé de couvrir la différence entre ce montant et le salaire de la femme juste avant son congé de maternité.

² Dans la limite d'un plafond.

³ Cabo Verde. L'employeur prend en charge la différence comprise entre 90 pour cent du salaire «normal» du travailleur et les prestations en espèces payées par la sécurité sociale. Si aucune prestation n'est versée, l'employeur doit alors payer la totalité des prestations durant la période du congé de maternité.

⁴ Egypte. Prestations versées jusqu'à trois grossesses.

⁵ Guinée équatoriale. Les femmes assurées ne pouvant pas prétendre aux prestations de maternité reçoivent un versement unique.

⁶ Guinée-Bissau. L'employeur est chargé de payer la différence entre les prestations de sécurité sociale et les salaires antérieurs.

- ⁷ Lesotho. Conformément à l'article 134 du Code du travail (décret n° 24 de 1992, modifié en 2006), les employeurs ne sont pas légalement tenus de verser un salaire pendant le congé de maternité. Cependant, le décret (amendement) de 2011 sur les salaires prévus par le Code du travail (LN n° 147, 2011) établit que les travailleuses des secteurs du textile, de la confection et du cuir bénéficient d'un congé de maternité rémunéré de deux semaines, et que les travailleuses du secteur de la sécurité privée en bénéficient d'un de six semaines, ainsi que d'un congé non rémunéré de six semaines. Toutes les autres employées des autres secteurs doivent bénéficier d'un congé de maternité rémunéré de six semaines avant l'accouchement et d'un autre de six semaines après l'accouchement. La prestation est versée pour deux enfants uniquement.
- ⁸ Libye. Les travailleuses indépendantes ne sont pas couvertes par le programme fondé sur la responsabilité de l'employeur. Cependant, de même que les employées, les travailleuses indépendantes peuvent bénéficier de la prestation de grossesse et de la prime de naissance dans le cadre du programme d'assurance sociale. La prestation de grossesse est de 3 LYD par mois à partir du quatrième mois de grossesse, et la prime de naissance est un versement unique de 25 LYD pour chaque naissance.
- ⁹ Madagascar. Si l'assurée ne peut pas prétendre aux prestations en espèces de maternité de l'assurance sociale, l'employeur prend en charge les coûts liés à la prestation.
- ¹⁰ Malawi. L'employée peut prétendre à la prestation tous les trois ans.
- ¹¹ Namibie. L'assurance sociale prend en charge le salaire de base de l'employée; l'employeur paie le reste.
- ¹² Rwanda. L'employeur paie la prestation pendant les six premières semaines du congé de maternité et l'assurance sociale le rembourse pour les six dernières semaines du congé de maternité (loi n° 003, 2016).
- ¹³ Seychelles. 80 pour cent de la totalité du salaire de l'assurée ou 2380 SCR (le montant le plus bas est retenu) sont versés pendant 14 semaines (dont 20 pour cent par l'employeur).
- ¹⁴ Ghana. Le chiffre inclut l'assurance-maladie gratuite du Régime national d'assurance-maladie.
- ¹⁵ Tunisie. Niveau de la prestation: 66,7 pour cent du salaire quotidien moyen de la personne assurée sont versés pendant 30 jours. Ce versement peut être prolongé pendant 15 jours en cas de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement.
- ¹⁶ Arménie. De plus, une allocation non contributive de maternité s'élevant à 50 pour cent du salaire mensuel minimum légal divisés par 30,4 et multipliés par 140 est versée pendant 140 jours aux femmes enceintes au chômage.
- ¹⁷ Azerbaïdjan. Pour les travailleuses du secteur agricole, la prestation est versée pendant 70 jours avant et 70 jours après la date prévue de l'accouchement; pour toutes les autres femmes couvertes, pendant 70 jours avant et 56 jours après. De plus, une allocation unique non contributive de 99 AZN est versée à la naissance.
- ¹⁸ Bangladesh. Un congé sans solde est octroyé à partir de la troisième naissance.
- ¹⁹ Brunéi Darussalam. Le versement des prestations en espèces de maternité incombe à l'employeur. Un programme lié à l'emploi offre des prestations en espèces aux personnes inscrites auprès du Fonds fiduciaire des employés. Dans le cadre de ce programme, 100 pour cent du salaire mensuel brut sont versés pendant 13 semaines (l'employeur paie pendant les huit premières semaines; le gouvernement pendant les cinq semaines suivantes et l'employé peut bénéficier de deux semaines supplémentaires de congé sans solde).
- ²⁰ Chine. La prestation est calculée d'après le salaire mensuel moyen de l'entreprise pour l'année précédente. Le programme d'assurance sociale couvre les employés des zones urbaines travaillant dans des entités gouvernementales, des entreprises publiques, des groupes sociaux et des organisations caritatives.
- ²¹ Inde. Les personnes ne pouvant pas prétendre aux prestations du système d'assurance sociale peuvent éventuellement bénéficier de prestations dans le cadre du régime fondé sur la responsabilité de l'employeur ou de l'assistance sociale. En vertu d'une loi de 1961 (loi n° 53 sur les prestations de maternité), les employeurs fournissent des prestations de maternité aux employées travaillant dans des usines et des établissements non couverts par la loi sur l'assurance publique pour les employés de 1948. De plus, le gouvernement offre la prime de naissance en espèces «Jannani Siraksha Yojana» d'un montant de 600 à 1400 INR, selon la zone géographique, aux femmes dans le besoin âgées de plus de 19 ans qui accouchent dans un établissement public. La prime est limitée à deux naissances vivantes dans les Etats jugés performants.
- ²² Iraq. Une prime de maternité est versée aux femmes quittant leur emploi en raison de leur grossesse. La prime est un versement unique équivalant à un mois de prestation pour chaque année cotisée.
- ²³ Japon. Le Trésor public japonais couvre 16,4 pour cent des coûts relatifs aux prestations en espèces offertes par l'assurance-maladie pour les employés. Outre la prestation de maternité, une allocation familiale unique de 420000 JPY est versée.
- ²⁴ Kazakhstan. Outre la prestation de maternité, une prestation calculée selon le salaire moyen d'un des parents au cours des 24 derniers mois est versée dès la fin de la période du congé de maternité rémunéré, et ce jusqu'au premier anniversaire de l'enfant.
- ²⁵ Corée, République de. Pour les employés des entreprises répondant aux critères de la loi sur l'assurance-emploi, la Caisse d'assurance-emploi prend en charge la totalité de la période du congé de maternité. Si l'entreprise ne répond pas à ces critères, l'employeur prend alors en charge les 60 premiers jours du congé de maternité. De plus, une allocation familiale est versée pendant 12 mois maximum.
- ²⁶ Kirghizistan. La totalité du salaire mensuel moyen de la personne assurée est versée pendant les dix premiers jours; dix fois le taux de base à partir du onzième jour et jusqu'à 126 jours civils avant et après la date d'accouchement prévue. Le taux de base est de 100 KGS par mois.
- ²⁷ République démocratique populaire lao. De plus, une prime de naissance est versée en une fois. Elle correspond à 60 pour cent du salaire mensuel moyen de la personne assurée au cours des six mois précédant la naissance.
- ²⁸ Liban. Les prestations en espèces seront fournies conformément à la loi sur la sécurité sociale (art. 26), pendant dix semaines et à hauteur de deux tiers du salaire antérieur. Cependant, ce système de sécurité sociale n'a pas encore été mis en œuvre. Les droits aux prestations établis dans le Code du travail sont encore valides.
- ²⁹ Myanmar. Les employées peuvent aussi bénéficier d'une prime de maternité versée en une fois et s'élevant à 50 pour cent du salaire mensuel pour une seule naissance; à 75 pour cent pour des jumeaux; ou à 100 pour cent pour des triplés ou plus.
- ³⁰ Népal. La prestation liée à la responsabilité de l'employeur est versée pour deux naissances maximum. De plus, les travailleuses couvertes par le fonds de prévoyance reçoivent une prime de naissance de 7500 NPR pour deux naissances maximum.
- ³¹ Oman. La prestation est versée trois fois maximum pendant une période de service chez un employeur.
- ³² Pakistan. La Constitution du Pakistan a été modifiée en 2010 et la législation sociale et la législation du travail ont été dévolues aux provinces. Certaines provinces ont adopté de nouvelles lois, tout en maintenant les caractéristiques essentielles des programmes fédéraux existants, et la législation fédérale est toujours en vigueur dans les provinces qui ne les ont pas encore adoptées.
- ³³ Philippines. La prestation correspond à la totalité du salaire quotidien moyen couvert de la personne assurée. Le salaire quotidien couvert correspond à la somme des six mois de salaire le plus élevé au cours des 12 mois précédant la période de six mois (janvier-juin, avril-septembre, juillet-décembre ou octobre-mars) durant laquelle a eu lieu l'accouchement ou la fausse couche divisée par 180. La prestation est versée pour quatre naissances maximum.
- ³⁴ Arabie saoudite. 50 pour cent si l'employée peut prouver une période de service comprise entre un et trois ans avant le début du congé de maternité; 100 pour cent dès trois ans de service.
- ³⁵ Singapour. Les huit premières semaines sont payées par l'employeur, les huit suivantes par le gouvernement dans la limite d'un plafond. A partir de la troisième naissance, le gouvernement finance les 16 semaines, dans la limite d'un plafond.
- ³⁶ Sri Lanka. Il n'existe pas de prestations de maternité dans le cadre de la sécurité sociale obligatoire. Les plantations disposent de leurs propres dispensaires et maternités et sont chargées de proposer des soins médicaux à leurs employés. L'ordonnance sur les prestations de maternité et la loi sur les employés de magasins et de bureaux exigent que les employeurs proposent un congé de maternité. La durée de ce congé est de six semaines à partir du troisième enfant. Le montant des prestations de maternité correspond à six-septièmes du salaire antérieur pour les employées couvertes par l'ordonnance sur les prestations de maternité; et de 100 pour cent pour celles couvertes par la loi sur les employés de magasins et de bureaux.

- ³⁷ République arabe syrienne. 120 jours pour la première naissance, 90 pour la deuxième et 75 pour la troisième. Les femmes peuvent demander un congé sans solde garantissant la protection de leur poste pendant un an maximum pour élever leur enfant, et ce jusqu'au troisième.
- ³⁸ Taïwan, Chine. Les personnes éligibles à l'assurance-emploi reçoivent un versement unique correspondant à deux mois du salaire moyen couvert de la personne assurée au cours des six derniers mois précédant le congé de maternité en cas de naissance normale ou prématurée. Les personnes éligibles au régime de pension national reçoivent un versement unique correspondant à deux fois le montant mensuel assuré. Le montant mensuel assuré est de 18282 TWD.
- ³⁹ Thaïlande. 100 pour cent pour les premiers 45 jours (employeur); 50 pour cent pour les derniers 45 jours (assurance sociale). La prestation est versée pour deux naissances maximum. Conformément à la loi sur la protection du travail, un employeur doit proposer à ses employés un congé de maternité rémunéré de 45 jours maximum. Un nouveau système de sécurité sociale fondé sur le volontariat et destiné aux travailleurs du secteur informel a été mis en place en 2011. De plus, les travailleurs du secteur formel reçoivent une prime de naissance, à savoir un versement de 13000 THB pour chaque enfant.
- ⁴⁰ Turkménistan. De plus, une prime de naissance correspondant à 130 pour cent du montant de base est versée en une fois pour les deux premiers enfants; à 250 pour cent pour le troisième enfant; et à 500 pour cent à partir du quatrième. Le montant de base est de 242 TMT par mois (janvier 2017). L'allocation familiale est une prestation complémentaire. Elle est versée tous les mois jusqu'aux trois ans de l'enfant et correspond à 65 pour cent du montant de base.
- ⁴¹ Emirats arabes unis. 100 pour cent après une année de service continue, 50 pour cent pour une durée de service inférieure à un an.
- ⁴² Ouzbékistan. 200 pour cent du salaire mensuel minimum sont versés aux mères qui travaillent et qui prennent en charge des enfants de moins de deux ans.
- ⁴³ Viet Nam. De plus, une prime de naissance est versée en une fois. Elle équivaut à deux fois le salaire minimum des fonctionnaires pour chaque naissance ou pour chaque adoption d'un enfant âgé de moins de quatre mois (jusqu'à six mois depuis janvier 2016). Lorsque le père est le seul parent couvert par l'assurance sociale, il peut prétendre à une allocation unique correspondant à deux fois le salaire mensuel minimum des fonctionnaires pour chaque enfant le mois de la naissance.
- ⁴⁴ Albanie. 80 pour cent pour la période précédant la naissance et pendant 150 jours après la naissance, et 50 pour cent pour le reste du congé. Outre la prestation de maternité, une prime de naissance correspondant à 50 pour cent du salaire mensuel minimum légal est versée en une fois à un parent assuré ayant cotisé pendant au moins un an.
- ⁴⁵ Bélarus. Pas moins de 50 pour cent du salaire minimum par habitant (depuis novembre 2016: 132609 BYR). Pour les étudiantes, la prestation de maternité en espèces correspond à 100 pour cent de l'allocation pour frais d'études en cas de congé. Pour les femmes au chômage, elle correspond à 100 pour cent des prestations de chômage. En outre, une prime de soins prénatals est versée avant la naissance; elle est calculée selon le niveau du salaire de subsistance minimum moyen.
- ⁴⁶ Belgique. 82 pour cent pendant les 30 premiers jours et 75 pour cent pour la période restante (dans la limite d'un plafond).
- ⁴⁷ Bosnie-Herzégovine. Le taux de remplacement varie en fonction des différentes réglementations cantonales: entre 50 et 80 pour cent (Fédération de Bosnie-Herzégovine); 100 pour cent (République de Serbie). L'employeur reçoit un remboursement du paiement initial.
- ⁴⁸ Bulgarie. Les étudiantes reçoivent une prestation versée en une fois pendant la grossesse et une autre après la naissance. Toutes les résidentes de Bulgarie reçoivent une prime de naissance non contributive pour chaque naissance vivante. Enfin, une prime de grossesse non contributive et soumise à conditions de ressources est versée aux femmes qui ne sont pas assurées.
- ⁴⁹ Guernesey. La personne assurée doit choisir entre une prestation à taux fixe comprise entre 80,74 et 150,43 GBP par semaine, selon la durée de cotisation, et versée chaque semaine pendant la durée normale du congé de maternité, ou un versement unique de 376 GBP (novembre 2016).
- ⁵⁰ Jersey. Prestation à taux fixe de 199,99 GBP versée pendant un maximum de 18 semaines (novembre 2016). Outre l'allocation de maternité, une prime de maternité est versée pour la naissance ou l'adoption d'un enfant. La prestation consiste en un versement unique de 599,97 GBP (novembre 2016).
- ⁵¹ Croatie. 28 jours avant et six mois après l'accouchement. Une indemnité de congé parental est versée à la suite de la prestation de maternité: entre 1663 et 2666,80 HRK par mois pendant six mois pour le premier et le deuxième enfant; 1663 HRK par mois pendant 30 mois à partir du troisième enfant (novembre 2016). De plus, pour chaque naissance, les parents reçoivent une aide pour les nouveau-nés sous forme de versement unique d'un montant de 2328,2 HRK, et les parents au chômage bénéficient d'une assistance pendant 12 mois.
- ⁵² Chypre. La prestation consiste en une prestation de base (72 pour cent du salaire de base moyen couvert de l'employé au cours de la dernière année) et une prestation supplémentaire (72 pour cent du salaire moyen couvert dépassant le salaire de base couvert au cours de la dernière année, dans la limite d'un plafond). Le salaire hebdomadaire de base couvert est de 174,38 EUR (novembre 2016). Outre la prestation de maternité, une prime de maternité de 544,08 EUR est versée en une fois (et peut également être versée pour la femme sans emploi d'un homme assuré).
- ⁵³ République tchèque. La prestation est fixée à l'aide d'une base journalière de calcul, établie selon un pourcentage du salaire brut de la personne assurée: plus le salaire est élevé, plus le pourcentage de calcul de la base journalière est faible.
- ⁵⁴ Danemark. Un montant maximum de 4180 DKK par semaine est versé pendant 52 semaines maximum, y compris quatre semaines avant la date d'accouchement prévue et 14 semaines après la naissance pour la mère, et deux semaines pour le père. Après la 14^e semaine, un congé de 32 semaines peut être réparti entre les deux parents avant le neuvième anniversaire de l'enfant.
- ⁵⁵ Finlande. 70 pour cent et dans la limite d'un plafond, plus 40 pour cent du montant supplémentaire dans la limite d'un plafond, plus 25 pour cent du montant supplémentaire. Une allocation familiale est versée pendant 156 jours maximum après le congé de maternité.
- ⁵⁶ Allemagne. Pour les femmes qui ne sont pas membres des caisses d'assurance-maladie, les Etats fédéraux peuvent, sous réserve de certaines conditions, prendre en charge des prestations de maternité équivalent à la prestation en cas de maladie, et pouvant atteindre jusqu'à 210 EUR.
- ⁵⁷ Hongrie. Une allocation familiale équivalent à 70 pour cent du salaire quotidien moyen (brut) de la personne assurée au cours des 180 derniers jours peut être versée après le congé de maternité jusqu'aux 2 ans de l'enfant si un parent reste à la maison pour s'en occuper.
- ⁵⁸ Islande. La prestation est versée pour chaque parent éligible, et ce jusqu'à un mois avant la date prévue d'accouchement ou d'adoption. Elle doit être versée à la mère pendant les deux semaines qui suivent l'accouchement, et peut être versée aux deux parents à la fois. Si les deux parents sont éligibles, ils peuvent se partager la prestation pendant trois mois supplémentaires.
- ⁵⁹ Irlande. Une prestation à taux fixe de 230 EUR par semaine est versée pendant 26 semaines pour les bénéficiaires sans personne à charge, puis la personne assurée bénéficie de 16 semaines supplémentaires de congé de maternité non rémunéré après l'accouchement.
- ⁶⁰ Ile de Man. Une prestation à taux fixe est versée aux travailleuses indépendantes. Outre la prestation de maternité, la somme de 500 GBP (250 GBP si la mère ou son conjoint en ont déjà bénéficié au cours des trois dernières années) est versée en une fois pour chaque enfant.
- ⁶¹ Italie. Une prestation pour congé parental de 30 pour cent du salaire quotidien moyen est versée pendant dix mois.
- ⁶² Lettonie. Une prestation parentale est versée aux parents prenant en charge un enfant âgé d'un à cinq ans. Le montant de la prestation dépend de la durée choisie: 60 pour cent du salaire mensuel moyen de la personne assurée jusqu'au premier anniversaire de l'enfant; ou 43,75 pour cent jusqu'aux 18 mois de l'enfant.
- ⁶³ Liechtenstein. Les femmes qui ne peuvent pas prétendre à la prestation de maternité peuvent recevoir une allocation de maternité comprise entre 500 CHF et 4500 CHF et versée en une fois, en fonction des revenus imposables.

- ⁶⁴ Lituanie. De plus, une allocation familiale équivalant à 100 pour cent du salaire moyen de la personne assurée est versée aux parents responsables d'un enfant de moins d'un an. Une prime de grossesse est versée aux femmes au chômage qui ne peuvent pas prétendre à la prestation de maternité.
- ⁶⁵ Luxembourg. Les personnes qui ne subissent aucune perte de revenus pendant le congé de maternité reçoivent un versement unique de 3 104,32 EUR (novembre 2016) pendant un congé de maternité de 16 semaines.
- ⁶⁶ Malte. Niveau de la prestation: pour les employées, 100 pour cent du salaire hebdomadaire antérieur de la personne assurée sont versés pendant 14 semaines par l'employeur; pour les femmes au chômage ou les travailleuses indépendantes qui ne peuvent pas prétendre à la prestation liée à la responsabilité de l'employeur, une prestation à taux fixe de 89,10 EUR est versée pendant 14 semaines. Les employées peuvent bénéficier de quatre semaines supplémentaires de congé de maternité non rémunéré. A la fin de la 18^e semaine de congé, l'employée peut demander une «prestation de congé de maternité» à taux fixe pendant quatre semaines (environ 168,01 EUR par semaine), qui sera fournie par l'assurance sociale en un versement unique. Si, pour quelque raison que ce soit, la femme ne profite que partiellement du congé de maternité offert par l'employeur, elle pourra prétendre à une «prestation de maternité» pour les semaines de congé de maternité dont elle n'a pas bénéficié (environ 89,01 EUR par semaine versés par le gouvernement pendant 14 semaines maximum).
- ⁶⁷ Monaco. Période: la prestation pour les deux premiers enfants est versée pendant huit semaines avant et huit semaines après la naissance; à partir du troisième enfant, huit semaines avant et 18 semaines après la naissance.
- ⁶⁸ Monténégro. Niveau de la prestation: 100 pour cent du salaire sont versés chaque mois à la mère ou au père pendant le congé de maternité/paternité. Pour les travailleurs indépendants, la prestation est comprise entre 30 pour cent et le salaire moyen couvert de l'année précédente pour une relation de travail selon les mois d'activité. Pour les personnes au chômage inscrites auprès d'une agence pour l'emploi et les étudiantes, la prestation est de EUR 63,50 par mois.
- ⁶⁹ Norvège. Système de congé parental rémunéré (sans distinction entre le congé de maternité et le congé paternité) de 59 semaines ou de 49 semaines. Afin de déterminer la durée du congé de maternité, les 10 semaines de congé rémunéré exclusivement réservées au père ne sont pas prises en compte. La mère peut utiliser le reste des 49 ou 39 semaines, parmi lesquelles neuf lui sont exclusivement réservées, trois avant la naissance et six après. Les bénéficiaires peuvent décider de recevoir 100 pour cent des prestations pendant une durée réduite (39 semaines) ou 80 pour cent pendant une période plus longue (49 semaines). Une prime de maternité de 44 190 NOK est versée si la personne assurée ne bénéficie d'aucune prestation de maternité.
- ⁷⁰ Portugal. La prestation est versée pendant 120 ou 150 jours, dont 10 sont réservés au père. Afin de déterminer la durée du congé de maternité, les 10 jours de congé rémunéré exclusivement réservés au père ne sont pas pris en compte; 100 pour cent du salaire quotidien moyen (si les parents ont choisi un congé de 120 jours) ou 80 pour cent (si les parents ont choisi un congé de 150 jours). Les personnes qui ne peuvent pas prétendre à la prestation de l'assurance sociale pourront recevoir une prestation d'assistance sociale, équivalant à 80 pour cent du taux journalier de la prestation pour un congé parental de 120 jours; 64 pour cent pour un congé parental de 150 jours. Le taux de la prestation sociale est de 419,22 EUR par mois.
- ⁷¹ Fédération de Russie. De plus, une prime de naissance de 15 512,65 RUB est versée en une fois.
- ⁷² Saint-Marin. Durée: 100 pour cent du salaire de la personne assurée sont versés pendant cinq mois. Ensuite, les mères peuvent prolonger leur congé et recevoir une prestation correspondant à 30 pour cent de leur salaire pendant un an, et 20 pour cent pour une période supplémentaire de six mois. Elles peuvent aussi retourner au travail et prendre jusqu'à deux heures de congé par jour à taux plein jusqu'au premier anniversaire de l'enfant.
- ⁷³ Serbie. Durée: une employée peut bénéficier d'un congé de maternité pendant la grossesse et pour la naissance, ainsi que d'une allocation familiale pendant une durée totale de 365 jours. Le congé de maternité peut démarrer sur recommandation d'une autorité médicale compétente 45 jours avant la date prévue de l'accouchement au plus tôt et 28 jours au plus tard.
- ⁷⁴ Serbie. Niveau de la prestation: 100 pour cent du salaire sont versés pendant les six premiers mois; 60 pour cent du sixième au neuvième mois; et 30 pour cent pour les trois derniers mois.
- ⁷⁵ Slovaquie. De plus, une allocation familiale correspondant à 90 pour cent du salaire moyen de la personne assurée au cours de l'année précédant le congé de maternité est versée pendant 260 jours maximum, à partir du moment où la prestation de maternité prend fin.
- ⁷⁶ Espagne. Les femmes qui ne peuvent pas prétendre à la prestation d'assurance sociale reçoivent une prestation non contributive correspondant à 100 pour cent de l'indicateur public de revenus à effets multiples (IPREM) pendant 42 jours.
- ⁷⁷ Suède. Durée: 480 jours répartis entre les deux parents, dont 60 réservés à chacun des parents; le reste est transférable entre les deux parents. Afin de déterminer la durée du congé de maternité, les 60 jours de congé rémunéré exclusivement réservés au père ne sont pas pris en compte. En cas de garde exclusive, le parent concerné bénéficie de la totalité des 480 jours.
- ⁷⁸ Suède. Niveau de la prestation: congé parental rémunéré de 480 jours civils, à savoir 80 pour cent pendant 390 jours, puis un taux fixe pour les 90 jours restants.
- ⁷⁹ Suisse. Le congé est plus ou moins long selon les cantons. Dans le canton de Genève, la durée du congé rémunéré est de 16 semaines. Les employées de la Confédération suisse bénéficient de 98 jours (ou 14 semaines) à condition d'avoir effectué une année de service.
- ⁸⁰ Turquie. De plus, une prime d'allaitement est versée en une fois pour chaque naissance vivante.
- ⁸¹ Ukraine. De plus, une allocation familiale non contributive est versée chaque mois aux employées en congé parental jusqu'aux trois ans de l'enfant, que les femmes soient assurées ou non.
- ⁸² Royaume-Uni. L'employeur gère le paiement. Les employeurs de moyennes et grandes entreprises peuvent être remboursés à hauteur de 92 pour cent des coûts par l'Etat (recettes générales). Les petits employeurs peuvent prétendre à 100 pour cent grâce à des réductions des cotisations de l'assurance sociale payées par les employeurs aux autorités fiscales. Le congé de maternité obligatoire est rémunéré pendant une période continue de 39 semaines maximum, et 13 semaines de congé non rémunéré; 90 pour cent pour les six premières semaines et 90 pour cent ou un taux fixe pour les semaines restantes (le montant inférieur étant retenu). Les nouvelles mères reçoivent aussi une prime de maternité de GBP 500.
- ⁸³ Antigua-et-Barbuda. Assurance sociale (60 pour cent pendant 13 semaines) et employeur (40 pour cent pendant les six premières semaines).
- ⁸⁴ Argentine. De plus, une prime de naissance soumise à conditions de ressources de ARS 975 est versée en une fois.
- ⁸⁵ Bahamas. De plus, une prime de naissance de 465 BSD est versée en une fois.
- ⁸⁶ Barbade. Les femmes qui ne peuvent pas prétendre à la prestation de maternité reçoivent une prime de maternité consistant en un versement de 1 150 BBD.
- ⁸⁷ Belize. Une prime de naissance de 300 BZD pour chaque enfant est versée aux femmes assurées ou aux épouses d'hommes assurés ne pouvant pas prétendre à la prestation de maternité.
- ⁸⁸ Bolivie, Etat plurinationnel de. Des primes et des transferts supplémentaires non contributifs et liés à l'emploi sont versés.
- ⁸⁹ Brésil. Durée: le congé facultatif payé par l'employeur peut être proposé pendant 60 jours supplémentaires.
- ⁹⁰ Iles Vierges britanniques, Dominique, Grenade, Guyana, Pérou, Saint-Kitts-et-Nevis, Sainte-Lucie, Saint-Vincent-et-les Grenadines, Trinité-et-Tobago. De plus, une prime de maternité est versée en une fois.
- ⁹¹ Chili. Le congé parental postnatal peut être prolongé: 100 pour cent de la prestation de maternité est versée pendant 12 semaines après l'arrêt du versement de la prestation de maternité.
- ⁹² Cuba. A partir de 12 semaines après la naissance, 60 pour cent du salaire de la personne assurée sont versés si la mère choisit de ne pas retourner au travail pour s'occuper de son enfant.
- ⁹³ République dominicaine, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panama. Si la personne qui travaille ne peut pas prétendre aux prestations de sécurité sociale, l'employeur doit couvrir la totalité des coûts liés à la prestation.

- ⁹⁴ El Salvador. L'assurance sociale paie à hauteur de 100 pour cent pour les personnes couvertes par le l'Institut de sécurité sociale du Salvador (ISSS). Les employeurs paient 75 pour cent pour les personnes non couvertes par l'ISSS.
- ⁹⁵ Grenade. L'assurance sociale paie 65 pour cent pendant trois mois; l'employeur jusqu'à 40 pour cent pendant deux mois maximum. Par conséquent, la bénéficiaire reçoit 100 pour cent pendant deux mois et 65 pour cent le dernier mois. L'employeur ne paie la prestation que tous les deux ans, trois fois maximum.
- ⁹⁶ Jamaïque. Les employés domestiques et les exportateurs certifiés sont couverts par le système d'assurance sociale. Les prestations sont égales au salaire minimum hebdomadaire à l'échelle nationale (5600 JMD depuis novembre 2016). Tous les autres employés reçoivent 100 pour cent de leur salaire pendant huit semaines, pris en charge par l'employeur.
- ⁹⁷ Saint-Kitts-et-Nevis. La prestation est versée quotidiennement et calculée d'après le salaire hebdomadaire moyen couvert de la personne assurée, divisé par six.
- ⁹⁸ Trinité-et-Tobago. Grâce à la loi sur la protection de la maternité, une employée peut recevoir, de la part de l'employeur, son salaire en intégralité pendant un mois et 50 pour cent pendant deux mois; le système d'assurance sociale verse une somme calculée selon les revenus. Lorsque le montant payé au titre de la loi sur la protection de la maternité et de l'assurance sociale est inférieur au salaire total, l'employeur doit verser la différence à l'employée.
- ⁹⁹ Canada. La durée du congé de maternité varie d'une province à l'autre. Au Québec, il est possible de choisir entre plusieurs prestations: les prestations de maternité qui s'élèvent à 70 pour cent du salaire couvert et sont versées pendant 18 semaines, ou 75 pour cent du salaire couvert pendant 15 semaines.
- ¹⁰⁰ Etats-Unis. Il n'existe pas de programme national. Les travailleurs du secteur privé de Californie et de Rhode Island (et dans d'autres villes) et les travailleurs des secteurs public et privé du New Jersey sont couverts au titre de l'assurance de congé familial. Conformément à la loi sur le congé familial et médical de 1993, les employés éligibles travaillant pour des employeurs couverts peuvent prendre un congé sans solde et protégé, sans interruption de la couverture de l'assurance-maladie collective, pour raisons médicales et familiales spécifiques. Les employeurs couverts comprennent tous les organismes publics, locaux et fédéraux, notamment les autorités compétentes en matière d'éducation et la plupart des employeurs du secteur privé comptant plus de 50 employés.
- ¹⁰¹ Australie. Durée: système unique de congé parental de 52 semaines pouvant être réparti entre les deux parents. La mère peut prendre six semaines de congé prénatal. Niveau de la prestation: 18 semaines rémunérées à hauteur du salaire minimum à l'échelle fédérale (672,60 AUD par semaine depuis avril 2017). Les parents pouvant bénéficier de crédits d'impôt reçoivent également un versement initial pour un nouveau-né, ainsi qu'un supplément.
- ¹⁰² Fidji. A partir de la quatrième naissance, la femme ne peut prétendre qu'à la moitié de la rémunération ordinaire.
- ¹⁰³ Nouvelle-Zélande. Les travailleurs indépendants dont le salaire est inférieur à l'équivalent de 10 heures de travail par semaine (au taux du salaire minimum le plus élevé pour les adultes) reçoivent la prestation maximale. La prestation hebdomadaire minimale pour les travailleurs indépendants est de 152,50 NZD (bruts). De plus, une aide pour les demandeurs d'emploi en cas de maternité peut être versée aux femmes enceintes célibataires.
- ¹⁰⁴ Papouasie-Nouvelle-Guinée. La loi sur l'emploi de 1981 exige que les employeurs proposent à leurs employés un congé de maladie et de maternité. Une employée a le droit de prendre un congé de maternité pendant la période nécessaire d'hospitalisation avant l'accouchement et six semaines après. Le congé de maternité n'est pas rémunéré. Cependant, il est possible d'utiliser ses congés annuels ou ses crédits de congé de maladie pour le congé de maternité.
- ¹⁰⁵ Samoa. La personne assurée peut choisir entre ces deux solutions: 100 pour cent du salaire ordinaire de la personne assurée pendant quatre semaines, plus deux semaines de congé sans solde; ou 66,67 pour cent du salaire pendant six semaines.
- ¹⁰⁶ Mongolie. 100 pour cent pour les employés soumis à l'assurance obligatoire et 70 pour cent pour les employés assurés sur la base du volontariat (indépendants, travailleurs du secteur informel, éleveurs). Avec la nouvelle législation adoptée en février 2017, le taux de remplacement des prestations contributives en espèces de maternité sur la base du volontariat est passé à 100 pour cent du salaire contributif. Cette modification entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2018.

Tableau B.6 Chômage: indicateurs de couverture effective. Chômeurs effectivement indemnisés, de 2000 à l'année des dernières données disponibles (indicateur 1.3.1 des ODD pour les chômeurs)

Pays/Territoire	Pourcentage de chômeurs percevant des allocations de chômage ^b															Dernières données disponibles					Programme d'assurance-chômage		
	2000		2005		2007		2008		2009		2010		2011		2015		Régimes contributifs	Régimes non contributifs	Régimes contributifs et non contributifs	Hommes		Femmes	Année
	Régimes contributifs et non contributifs	Année effective	Régimes contributifs et non contributifs	Année effective	Régimes contributifs et non contributifs	Année effective	Régimes contributifs et non contributifs	Année effective	Régimes contributifs et non contributifs	Année effective	Régimes contributifs et non contributifs	Année effective	Régimes contributifs et non contributifs	Année effective									
Afrique																							
<i>Afrique du Nord</i>																							
Algérie ¹	7,3	2000	8,8	2003	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	8,8	0,0	8,8	...	...	2003	Assurance sociale
Egypte	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	0,1	2015	0,1	...	...	...	...	2015	Assurance sociale
Libye ²	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	...	Indemnité de départ ^a
Maroc ³⁰	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	...	Assurance sociale
Soudan ²	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	...	Indemnité de départ ^a
Tunisie ¹	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	3,0	2008	...	...	s.o.	...	0,0	3,0	3,0	...	...	2008	Assistance sociale
<i>Afrique subsaharienne</i>																							
Afrique du Sud ¹	10,0	2004	11,0	2005	10,9	2007	9,7	2008	11,3	2009	14,5	2010	12,8	2011	10,6	2015	10,6	0,0	10,6	...	...	2015	Assurance sociale
Angola ²	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	...	Indemnité de départ ^a
Bénin	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	...	Aucun programme inscrit dans la législation
Botswana ²	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	31,5	2015	s.o.	31,5	31,5	s.o.	s.o.	2015	Indemnité de départ ^a
Burkina Faso	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	...	Aucun programme inscrit dans la législation
Burundi	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	...	Aucun programme inscrit dans la législation
Cabo Verde ²⁵	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	...	Assurance sociale
Cameroun ²	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	...	Indemnité de départ ^a
République centrafricaine	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	...	Aucun programme inscrit dans la législation
Comores ²⁷	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	...	Aucun programme inscrit dans la législation
Congo	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	...	Aucun programme inscrit dans la législation

Tableau B.6 Chômage: indicateurs de couverture effective. Chômeurs effectivement indemnisés, de 2000 à l'année des dernières données disponibles (indicateur 1.3.1 des ODD pour les chômeurs)

Pays/Territoire	Pourcentage de chômeurs percevant des allocations de chômage ^b															Dernières données disponibles					Programme d'assurance-chômage		
	2000		2005		2007		2008		2009		2010		2011		2015		Régimes contributifs	Régimes non contributifs	Régimes contributifs et non contributifs	Hommes		Femmes	Année
	Régimes contributifs et non contributifs	Année effective	Régimes contributifs et non contributifs	Année effective	Régimes contributifs et non contributifs	Année effective	Régimes contributifs et non contributifs	Année effective	Régimes contributifs et non contributifs	Année effective	Régimes contributifs et non contributifs	Année effective	Régimes contributifs et non contributifs	Année effective	Régimes contributifs et non contributifs	Année effective							
Côte d'Ivoire ²	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	Indemnité de départ ^a	
Djibouti	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	Aucun programme inscrit dans la législation	
Erythrée	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	Aucun programme inscrit dans la législation	
Ethiopie ²	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	0,0	2015	0,0	2015	Indemnité de départ ^a
Gabon ²	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	Indemnité de départ ^a	
Gambie ²	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	Indemnité de départ ^a	
Ghana ³	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	0,0	2015	0,0	2015	Aucun programme inscrit dans la législation
Guinée	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	Aucun programme inscrit dans la législation	
Guinée-Bissau	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	Aucun programme inscrit dans la législation	
Guinée équatoriale ²	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	Indemnité de départ ^a	
Kenya	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	0,0	2015	0,0	2015	Aucun programme inscrit dans la législation
Lesotho ²	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	0,0	2015	0,0	2015	Indemnité de départ ^a
Libéria	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	Aucun programme inscrit dans la législation	
Madagascar	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	Aucun programme inscrit dans la législation	
Malawi ²	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	Indemnité de départ ^a	
Mali ²	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	Indemnité de départ ^a	
Maurice ¹	0,5	2001	0,9	2005	0,9	2007	0,9	2008	0,9	2009	1,1	2010	1,2	2011	1,2	2015	0,0	1,2	1,2	2015	Assistance sociale et assurance sociale
Mauritanie	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	Aucun programme inscrit dans la législation	
Mozambique	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	0,0	2015	0,0	2015	Aucun programme inscrit dans la législation

Tableau B.6 Chômage: indicateurs de couverture effective. Chômeurs effectivement indemnisés, de 2000 à l'année des dernières données disponibles (indicateur 1.3.1 des ODD pour les chômeurs)

Pays/Territoire	Pourcentage de chômeurs percevant des allocations de chômage ^b															Dernières données disponibles					Programme d'assurance-chômage		
	2000		2005		2007		2008		2009		2010		2011		2015		Régimes contributifs	Régimes non contributifs	Régimes contributifs et non contributifs	Hommes		Femmes	Année
	Régimes contributifs et non contributifs	Année effective	Régimes contributifs et non contributifs	Année effective	Régimes contributifs et non contributifs	Année effective	Régimes contributifs et non contributifs	Année effective	Régimes contributifs et non contributifs	Année effective	Régimes contributifs et non contributifs	Année effective	Régimes contributifs et non contributifs	Année effective									
Namibie ²	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	Indemnité de départ ^a	
Niger	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	Aucun programme inscrit dans la législation	
Nigéria ⁴	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	0,0	2015	0,0	2015	Retrait du Fonds de prévoyance
Ouganda ²	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	0,0	2015	0,0	2015	Indemnité de départ ^a
République démocratique du Congo	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	Aucun programme inscrit dans la législation	
Rwanda ²	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	Indemnité de départ ^a	
Sao Tomé-et-Principe	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	Aucun programme inscrit dans la législation	
Sénégal	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	Aucun programme inscrit dans la législation	
Seychelles ⁵	18,0	2005	s.o.	...	0,0	18,0	18,0	2005	Assistance sociale
Sierra Leone	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	Aucun programme inscrit dans la législation	
Somalie	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	Aucun programme inscrit dans la législation	
Soudan du Sud	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	Aucun programme inscrit dans la législation	
Swaziland ⁶	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	Aucun programme inscrit dans la législation	
Tanzanie, République-Unie de ²	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	Indemnité de départ ^a	
Tchad ²	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	Indemnité de départ ^a	
Togo	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	Aucun programme inscrit dans la législation	
Zambie ²	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	Indemnité de départ	
Zimbabwe	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	Aucun programme inscrit dans la législation	

Tableau B.6 Chômage: indicateurs de couverture effective. Chômeurs effectivement indemnisés, de 2000 à l'année des dernières données disponibles (indicateur 1.3.1 des ODD pour les chômeurs)

Pays/Territoire	Pourcentage de chômeurs percevant des allocations de chômage ^b																Dernières données disponibles					Programme d'assurance-chômage	
	2000		2005		2007		2008		2009		2010		2011		2015		Régimes contributifs et non contributifs	Régimes non contributifs et non contributifs	Hommes	Femmes	Année	Existence d'un programme d'assurance-chômage inscrit dans la loi et type de programme	
	Régimes contributifs et non contributifs	Année effective	Régimes contributifs et non contributifs	Année effective	Régimes contributifs et non contributifs	Année effective	Régimes contributifs et non contributifs	Année effective	Régimes contributifs et non contributifs	Année effective	Régimes contributifs et non contributifs	Année effective	Régimes contributifs et non contributifs	Année effective									
Amériques																							
<i>Amérique latine et Caraïbes</i>																							
Antigua-et-Barbuda	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	2015	Aucun programme inscrit dans la législation	
Argentine ¹	4,1	2001	2,3	2005	4,3	2007	5,6	2008	5,7	2009	5,7	2010	4,9	2011	7,2	2015	7,2	0,0	7,2	...	...	2015	Assurance sociale
Aruba	s.o.	...	15,7	2003	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	s.o.	...	15,7	...	15,7	...	...	2003	Assurance sociale
Bahamas ¹	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	...	...	21,7	2010	18,8	2011	25,7	2012	25,7	0,0	25,7	...	...	2012	Assurance sociale
Barbade ¹	79,2	2000	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	88,0	2015	88,0	0,0	88,0	...	...	2015	Assurance sociale
Belize ²	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	2015	Indemnité de départ ^a
Bermudes ²	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	2015	Indemnité de départ ^a
Bolivie, Etat plurinational de ²	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	3,0	2015	3,0	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	2015	Indemnité de départ ^a
Brésil ¹	...	...	5,1	2005	6,2	2007	8,0	2008	7,2	2009	7,8	2010	...	...	7,8	2015	7,8	0,0	7,8	...	...	2015	Régime lié à l'emploi ^d et compte individuel (fondé sur la responsabilité de l'employeur)
Chili ¹	5,7	2004	9,7	2005	19,6	2007	19,5	2008	20,7	2009	21,1	2010	23,7	2011	45,6	2015	45,6	0,0	45,6	51,9	37,9	2015	Compte individuel obligatoire (privé) et lié à l'emploi ^d
Colombie ¹⁴	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	4,6	2015	4,6	0,0	4,6	s.o.	s.o.	2015	Assurance sociale, régime de compte individuel obligatoire et de compte individuel complémentaire
Costa Rica ²	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	2015	Indemnité de départ ^a
Cuba	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	2015	Aucun programme inscrit dans la législation
République dominicaine ¹⁵	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	2015	Aucun programme inscrit dans la législation
Dominique	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	2015	Aucun programme inscrit dans la législation
El Salvador ²	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	2015	Indemnité de départ ^a

Tableau B.6 Chômage: indicateurs de couverture effective. Chômeurs effectivement indemnisés, de 2000 à l'année des dernières données disponibles (indicateur 1.3.1 des ODD pour les chômeurs)

Pays/Territoire	Pourcentage de chômeurs percevant des allocations de chômage ^b															Dernières données disponibles					Programme d'assurance-chômage		
	2000		2005		2007		2008		2009		2010		2011		2015		Régimes contributifs	Régimes non contributifs	Régimes contributifs et non contributifs	Hommes		Femmes	Année
	Régimes contributifs et non contributifs	Année effective	Régimes contributifs et non contributifs	Année effective	Régimes contributifs et non contributifs	Année effective	Régimes contributifs et non contributifs	Année effective	Régimes contributifs et non contributifs	Année effective	Régimes contributifs et non contributifs	Année effective	Régimes contributifs et non contributifs	Année effective									
Equateur ¹	6,7	2000	4,2	2005	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	s.o.	...	4,2	0,0	4,2	...	...	2005	Compte individuel obligatoire (pas de prestation périodique)
Grenade ²	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	Indemnité de départ ^a
Guadeloupe	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	Aucun programme inscrit dans la législation
Guatemala ²	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	Indemnité de départ ^a
Guyana ²	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	Indemnité de départ ^a
Haïti	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	Aucun programme inscrit dans la législation
Honduras ³¹	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	Compte individuel obligatoire (fondé sur la responsabilité de l'employeur)
Iles Vierges britanniques ²	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	Indemnité de départ ^a
Jamaïque	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	Aucun programme inscrit dans la législation
Mexique ^{2,16}	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	Indemnité de départ ^a
Nicaragua	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	Aucun programme inscrit dans la législation
Panama ²	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	Indemnité de départ ^a
Paraguay ¹⁷	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	Aucun programme inscrit dans la législation
Pérou ²	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	Indemnité de départ ^a
Sainte-Lucie	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	Aucun programme inscrit dans la législation
Saint-Kitts-et-Nevis ²	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	Indemnité de départ ^a
Saint-Vincent-et-les Grenadines ²	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	Indemnité de départ ^a
Suriname	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	Aucun programme inscrit dans la législation

Tableau B.6 Chômage: indicateurs de couverture effective. Chômeurs effectivement indemnisés, de 2000 à l'année des dernières données disponibles (indicateur 1.3.1 des ODD pour les chômeurs)

Pays/Territoire	Pourcentage de chômeurs percevant des allocations de chômage ^b															Dernières données disponibles					Programme d'assurance-chômage		
	2000		2005		2007		2008		2009		2010		2011		2015		Régimes contributifs	Régimes non contributifs	Régimes contributifs et non contributifs	Hommes		Femmes	Année
	Régimes contributifs et non contributifs	Année effective	Régimes contributifs et non contributifs	Année effective	Régimes contributifs et non contributifs	Année effective	Régimes contributifs et non contributifs	Année effective	Régimes contributifs et non contributifs	Année effective	Régimes contributifs et non contributifs	Année effective	Régimes contributifs et non contributifs	Année effective	Régimes contributifs et non contributifs	Année effective							
Trinité-et-Tobago ²	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	Indemnité de départ ^a	
Uruguay ¹	15,6	2000	9,3	2005	12,5	2007	16,1	2008	21,3	2009	22,4	2010	25,4	2011	30,1	2015	30,1	0,0	30,1	2015	Lié à l'emploi ^d
Venezuela, République bolivarienne du	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	Assurance sociale	
Amérique du Nord																							
Canada ¹	46,1	2000	44,2	2005	44,5	2007	43,6	2008	48,4	2009	46,1	2010	41,8	2011	40,0	2014	40,0	0,0	40,0	43,6	36,2	2014	Assurance sociale
Etats-Unis ^{1,18}	37,1	2000	35,0	2005	35,9	2007	37,0	2008	40,4	2009	30,6	2010	27,2	2011	27,9	2014	27,9	0,0	27,9	2014	Assurance sociale et assistance en cas de chômage (complémentaire aux prestations contributives) ^c
Etats arabes																							
Arabie saoudite	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	...	...	...	...	...	Assurance sociale
Bahreïn ¹	s.o.	...	s.o.	7,9	2009	9,8	2010	9,8	0,0	9,8	2010	Assurance sociale et assistance en cas de chômage (complémentaire aux prestations contributives) ^c
Emirats arabes unis ²	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	...	...	Indemnité de départ ^a
Iraq ²	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	Indemnité de départ ^a	
Jordanie	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	Assurance sociale	
Koweït ³²	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	Assurance sociale	
Liban	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	Aucun programme inscrit dans la législation	
Oman	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	Aucun programme inscrit dans la législation	
Qatar	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	...	...	...	...	...	Aucun programme inscrit dans la législation
République arabe syrienne ²	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	Indemnité de départ ^a	
Yémen ²	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	Indemnité de départ ^a	

Tableau B.6 Chômage: indicateurs de couverture effective. Chômeurs effectivement indemnisés, de 2000 à l'année des dernières données disponibles (indicateur 1.3.1 des ODD pour les chômeurs)

Pays/Territoire	Pourcentage de chômeurs percevant des allocations de chômage ^b															Dernières données disponibles					Programme d'assurance-chômage		
	2000		2005		2007		2008		2009		2010		2011		2015		Régimes contributifs	Régimes non contributifs	Régimes contributifs et non contributifs	Hommes		Femmes	Année
	Régimes contributifs et non contributifs	Année effective	Régimes contributifs et non contributifs	Année effective	Régimes contributifs et non contributifs	Année effective	Régimes contributifs et non contributifs	Année effective	Régimes contributifs et non contributifs	Année effective	Régimes contributifs et non contributifs	Année effective	Régimes contributifs et non contributifs	Année effective									
Asie et Pacifique																							
<i>Asie de l'Est</i>																							
Chine ¹	9,9	2000	20,0	2005	17,1	2007	14,8	2008	14,0	2009	9,2	2010	9,1	2011	18,8	2015	18,8	0,0	18,8	...	...	2015	Programmes d'assurance sociale gérés par les collectivités locales
Corée, République de ¹	25,1	2004	27,5	2005	34,9	2007	39,4	2008	39,2	2009	36,0	2010	35,8	2011	40,0	2014	40,0	0,0	40,0	...	...	2014	Assurance sociale
Corée, République populaire démocratique de	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	...	Aucun programme inscrit dans la législation
Hong-kong, Chine ¹	14,1	2000	21,0	2005	22,6	2007	24,4	2008	16,9	2009	s.o.	...	...	...	s.o.	...	0,0	16,9	16,9	...	...	2009	Assistance sociale
Japon ¹	32,5	2001	21,4	2005	22,1	2007	22,9	2008	25,4	2009	19,6	2010	21,5	2011	20,0	2015	20,0	0,0	20,0	...	...	2015	Assurance sociale
Mongolie ¹	18,0	2003	16,9	2004	...	...	9,7	2008	9,0	2009	10,0	2010	...	...	31,0	2015	31,0	0,0	31,0	29,0	35,0	2015	Assurance sociale
Taiwan, Chine ¹	...	...	32,5	2005	16,4	2007	23,7	2008	32,7	2009	14,6	2010	13,0	2011	15,8	2012	15,8	0,0	15,8	...	...	2012	Assurance sociale
<i>Asie du Sud-Est</i>																							
Brunéi Darussalam	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	...	Aucun programme inscrit dans la législation
Cambodge ²	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	...	Indemnité de départ ^a
Indonésie ^{2,9}	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	...	Indemnité de départ ^a
République démocratique populaire lao ²⁴	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	...	Assurance sociale
Malaisie ²	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	...	Indemnité de départ ^a
Myanmar ¹⁰	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	...	Assurance sociale (pas encore en vigueur)
Philippines ²	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	...	Indemnité de départ ^a
Singapour ¹¹	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	...	Aucun programme inscrit dans la législation
Thaïlande ¹	s.o.	2000	4,2	2005	11,1	2007	13,8	2008	24,3	2009	22,4	2010	37,1	2011	43,2	2015	43,2	0,0	43,2	...	...	2015	Assurance sociale
Timor-Leste	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	...	Aucun programme inscrit dans la législation
Viet Nam ¹	s.o.	2000	s.o.	2005	s.o.	2007	s.o.	2008	0,7	2009	10,8	2010	9,5	2011	45,0	2015	45,0	0,0	45,0	35,3	56,7	2015	Assurance sociale

Tableau B.6 Chômage: indicateurs de couverture effective. Chômeurs effectivement indemnisés, de 2000 à l'année des dernières données disponibles (indicateur 1.3.1 des ODD pour les chômeurs)

Pays/Territoire	Pourcentage de chômeurs percevant des allocations de chômage ^b															Dernières données disponibles					Programme d'assurance-chômage		
	2000	2005	2007	2008	2009	2010	2011	2015	Régimes contributifs et non contributifs	Régimes non contributifs	Régimes contributifs et non contributifs	Hommes	Femmes	Année									
	Régimes contributifs et non contributifs	Année effective	Régimes contributifs et non contributifs	Année effective	Régimes contributifs et non contributifs	Année effective	Régimes contributifs et non contributifs	Année effective	Régimes contributifs et non contributifs	Année effective	Régimes contributifs et non contributifs	Année effective	Régimes contributifs et non contributifs	Année effective	Régimes contributifs et non contributifs	Régimes non contributifs	Régimes contributifs et non contributifs	Hommes	Femmes	Année	Existence d'un programme d'assurance-chômage inscrit dans la loi et type de programme		
Asie du Sud																							
Afghanistan	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	Aucun programme inscrit dans la législation		
Bangladesh ²	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	Indemnité de départ ^a		
Bhoutan	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	Aucun programme inscrit dans la législation		
Inde ⁸	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	3,0	2008	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	3,0	0,0	3,0	2008	Assurance sociale, assistance sociale (programme public de garantie d'emploi), et retrait du fonds de prévoyance	
Iran, République islamique d'	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	s.o.	...	...	...	...	...	...	Assurance sociale
Maldives	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	Aucun programme inscrit dans la législation		
Népal ²	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	Indemnité de départ ^a		
Pakistan ²	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	Indemnité de départ ^a		
Sri Lanka ²	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	Indemnité de départ ^a		
Océanie																							
Australie ¹	73,4	2000	70,4	2005	62,4	2007	65,8	2008	58,2	2009	51,3	2010	51,4	2011	52,7	2014	0,0	52,7	52,7	60,0	44,4	2014	Assistance sociale
Etats fédérés de Micronésie	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	Aucun programme inscrit dans la législation	
Fidji ¹⁹	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	Retrait du fonds de prévoyance	
Iles Marshall	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	Aucun programme inscrit dans la législation	
Iles Salomon ²³	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	Retrait du fonds de prévoyance	
Kiribati ²⁰	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	Retrait du fonds de prévoyance	
Nauru	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	Aucun programme inscrit dans la législation	

Tableau B.6 Chômage: indicateurs de couverture effective. Chômeurs effectivement indemnisés, de 2000 à l'année des dernières données disponibles (indicateur 1.3.1 des ODD pour les chômeurs)

Pays/Territoire	Pourcentage de chômeurs percevant des allocations de chômage ^b															Dernières données disponibles					Programme d'assurance-chômage		
	2000		2005		2007		2008		2009		2010		2011		2015		Régimes contributifs	Régimes non contributifs	Régimes contributifs et non contributifs	Hommes		Femmes	Année
	Régimes contributifs et non contributifs	Année effective	Régimes contributifs et non contributifs	Année effective	Régimes contributifs et non contributifs	Année effective	Régimes contributifs et non contributifs	Année effective	Régimes contributifs et non contributifs	Année effective	Régimes contributifs et non contributifs	Année effective	Régimes contributifs et non contributifs	Année effective									
Niue	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	Aucun programme inscrit dans la législation	
Nouvelle-Calédonie	17,4	2002	15,8	2005	18,1	2007	20,3	2008	24,4	2009	23,0	2010	24,5	2011	28,4	2015	28,4	0,0	28,4	...	...	2015	Assurance sociale
Nouvelle-Zélande ¹	...	...	...	...	28,0	2007	18,6	2008	35,8	2009	41,8	2010	37,5	2011	44,9	2014	0,0	44,9	44,9	...	...	2014	Assistance sociale
Palaos	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	Aucun programme inscrit dans la législation	
Papouasie-Nouvelle-Guinée ²¹	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	Retrait du fonds de prévoyance	
Samoa ²²	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	Aucun programme inscrit dans la législation	
Tonga	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	Aucun programme inscrit dans la législation	
Tuvalu	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	Indemnité de départ ^a	
Vanuatu	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	Indemnité de départ ^a	
Europe et Asie centrale																							
<i>Europe du Nord, du Sud et de l'Ouest</i>																							
Albanie ¹	10,2	2000	6,7	2005	7,8	2007	6,7	2008	6,3	2009	6,4	2010	6,0	2011	6,9	2012	6,9	0,0	6,9	...	...	2012	Assurance sociale
Allemagne ¹	81,2	2000	92,1	2004	80,6	2007	86,1	2008	86,4	2009	87,6	2010	86,3	2011	100,0	2015	46,1	53,9	100,0	44,5	48,2	2015	Assurance sociale et assistance sociale
Andorre ¹²	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	8,3	2010	10,0	2011	11,1	2012	0,0	11,1	11,1	...	...	2012	Assurance sociale
Autriche ¹	94,1	2000	89,4	2005	89,8	2007	90,4	2008	91,3	2009	91,4	2010	90,5	2011	100,0	2014	59,0	41,0	100,0	...	...	2014	Assurance sociale et assistance en cas de chômage (complémentaire aux prestations contributives) ^c
Belgique ¹	81,3	2000	84,0	2005	86,1	2007	85,7	2008	83,6	2009	82,8	2010	83,1	2011	100,0	2014	100,0	0,0	100,0	...	...	2014	Assurance sociale et assistance en cas de chômage (complémentaire aux prestations contributives) ^c
Bosnie-Herzégovine ¹	1,2	2001	1,6	2005	1,6	2007	1,6	2008	2,4	2009	2,6	2010	2,0	2011	s.o.	...	2,0	0,0	2,0	...	...	2011	Assurance sociale
Croatie ¹	17,7	2000	23,6	2005	22,5	2007	24,2	2008	26,2	2009	25,9	2010	24,4	2011	20,0	2013	20,0	0,0	20,0	21,0	19,2	2013	Assurance sociale

Tableau B.6 Chômage: indicateurs de couverture effective. Chômeurs effectivement indemnisés, de 2000 à l'année des dernières données disponibles (indicateur 1.3.1 des ODD pour les chômeurs)

Pays/Territoire	Pourcentage de chômeurs percevant des allocations de chômage ^b															Dernières données disponibles					Programme d'assurance-chômage		
	2000		2005		2007		2008		2009		2010		2011		2015		Régimes contributifs	Régimes non contributifs	Régimes contributifs et non contributifs	Hommes		Femmes	Année
	Régimes contributifs et non contributifs	Année effective	Régimes contributifs et non contributifs	Année effective	Régimes contributifs et non contributifs	Année effective	Régimes contributifs et non contributifs	Année effective	Régimes contributifs et non contributifs	Année effective	Régimes contributifs et non contributifs	Année effective	Régimes contributifs et non contributifs	Année effective	Régimes contributifs et non contributifs	Année effective							
Danemark ¹	99,9	2000	98,9	2005	77,8	2007	72,0	2008	78,6	2009	70,9	2010	68,3	2011	66,8	2014	41,0	25,8	66,8	...	...	2014	Assurance volontaire subventionnée et assistance sociale
Espagne ¹	41,4	2000	65,1	2005	73,9	2007	67,4	2008	62,3	2009	63,0	2010	53,2	2011	45,3	2014	18,9	26,4	45,3	...	...	2014	Assurance sociale et assistance en cas de chômage (complémentaire aux prestations contributives) ^c
Estonie ¹	17,3	2000	28,9	2005	25,9	2007	31,6	2008	45,1	2009	35,2	2010	25,7	2011	41,5	2014	26,0	15,5	41,5	...	...	2014	Assurance sociale et assistance sociale
Ex-République yougoslave de Macédoine ¹	9,9	2003	10,7	2004	7,8	2007	7,7	2008	8,2	2009	...	...	...	...	11,5	2015	11,5	0,0	11,5	...	...	2015	Assurance sociale
Finlande ¹	63,7	2002	63,6	2005	58,8	2007	57,5	2008	47,9	2009	52,1	2010	57,8	2011	100,0	2014	100,0	0,0	100,0	...	...	2014	Assurance volontaire subventionnée et assistance sociale
France ¹	57,4	2000	67,0	2005	67,4	2007	67,2	2008	66,0	2009	62,3	2010	59,8	2011	94,7	2014	79,7	15,0	94,7	...	...	2014	Assurance sociale et assistance sociale
Grèce ^{1,28}	52,9	2000	44,3	2002	53,9	2007	58,0	2008	57,7	2009	30,8	2010	28,6	2011	21,0	2014	21,0	0,0	21,0	...	...	2014	Assurance sociale et assistance en cas de chômage (complémentaire aux prestations contributives) ^c
Guernesey	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	Assurance sociale
Ile de Man ¹	33,2	2001	60,3	2006	42,3	2007	42,8	2008	62,4	2009	56,4	2010	56,6	2011	80,0	2015	...	80,0	80,0	...	...	2015	Assurance sociale et assistance sociale
Irlande ¹	74,7	2000	81,5	2005	85,9	2007	s.o.	...	91,3	2009	87,2	2010	85,4	2011	100,0	2014	18,2	81,8	100,0	...	...	2014	Assurance sociale et assistance sociale
Islande ¹	50,4	2000	72,6	2005	39,1	2007	49,8	2008	17,7	2009	21,6	2010	28,6	2011	s.o.	...	28,6	0,0	28,6	18,3	43,0	2011	Assurance sociale
Italie ¹	22,6	2000	35,4	2005	42,5	2007	43,9	2008	61,3	2009	56,2	2010	55,8	2011	37,8	2014	37,8	0,0	37,8	...	...	2014	Assurance sociale et assistance en cas de chômage (complémentaire aux prestations contributives) ^c
Jersey ²⁶	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	Aucun programme inscrit dans la législation
Kosovo	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	Assurance sociale
Lettonie ¹	26,2	2001	37,1	2005	47,0	2007	34,8	2008	33,4	2009	27,9	2010	20,8	2011	33,3	2014	33,3	0,0	33,3	...	...	2014	Assurance sociale
Liechtenstein ¹	63,0	2000	71,8	2005	66,9	2007	64,6	2008	66,8	2009	78,9	2010	67,2	2011	67,2	2012	67,2	0,0	67,2	65,5	68,8	2012	Assurance sociale
Lituanie ¹	...	...	11,6	2005	26,1	2007	24,8	2008	31,4	2009	20,1	2010	15,6	2011	26,0	2014	26,0	0,0	26,0	...	...	2014	Assurance sociale
Luxembourg ¹	42,3	2000	55,1	2005	52,5	2007	51,3	2008	53,4	2009	50,5	2010	50,9	2011	41,0	2015	41,0	0,0	41,0	...	...	2014	Assurance sociale

Tableau B.6 Chômage: indicateurs de couverture effective. Chômeurs effectivement indemnisés, de 2000 à l'année des dernières données disponibles (indicateur 1.3.1 des ODD pour les chômeurs)

Pays/Territoire	Pourcentage de chômeurs percevant des allocations de chômage ^b															Dernières données disponibles					Programme d'assurance-chômage		
	2000		2005		2007		2008		2009		2010		2011		2015		Régimes contributifs	Régimes non contributifs	Régimes contributifs et non contributifs	Hommes		Femmes	Année
	Régimes contributifs et non contributifs	Année effective	Régimes contributifs et non contributifs	Année effective	Régimes contributifs et non contributifs	Année effective	Régimes contributifs et non contributifs	Année effective	Régimes contributifs et non contributifs	Année effective	Régimes contributifs et non contributifs	Année effective	Régimes contributifs et non contributifs	Année effective									
Malte ¹	89,2	2003	98,7	2005	96,3	2007	94,8	2008	94,2	2009	84,4	2010	86,9	2011	62,2	2015	42,3	19,9	62,2	...	...	2015	Assurance sociale et assistance sociale
Monaco	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	La couverture est assurée par le programme français de l'assurance-chômage
Monténégro ¹	...	...	...	...	...	...	32,9	2008	43,9	2009	41,6	2010	40,9	2011	35,6	2012	35,6	0,0	35,6	...	...	2012	Assurance sociale
Norvège ¹	...	...	58,1	2006	50,9	2007	42,1	2008	74,6	2009	73,4	2010	69,5	2011	61,8	2014	61,8	0,0	61,8	...	...	2014	Régime universel et assurance sociale
Pays-Bas ¹³	66,7	2002	69,3	2005	65,1	2007	59,7	2008	60,1	2009	65,1	2010	64,8	2011	73,0	2014	73,0	0,0	73,0	...	...	2014	Assurance sociale et assistance sociale
Portugal ¹	64,6	2003	67,3	2005	60,8	2007	59,5	2008	61,9	2009	57,2	2010	41,9	2011	42,1	2014	34,6	7,5	42,1	...	...	2014	Assurance sociale et assistance sociale
Royaume-Uni ¹	68,2	2000	61,0	2005	53,8	2007	52,0	2008	65,0	2009	61,6	2010	60,8	2011	60,0	2014	60,0	0,0	60,0	...	...	2014	Assurance sociale et assistance sociale
Saint-Marin	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	Assurance sociale
Serbie ¹	11,1	2000	10,4	2005	7,7	2007	9,6	2008	11,6	2009	10,2	2010	8,5	2011	8,8	2015	8,8	0,0	8,8	9,9	7,8	2015	Assurance sociale
Slovénie ¹	21,7	2000	19,2	2005	20,0	2007	26,4	2008	36,1	2009	34,4	2010	32,8	2011	26,2	2014	26,2	0,0	26,2	...	...	2014	Assurance sociale
Suède ¹	...	...	86,2	2005	64,8	2007	44,5	2008	39,2	2009	33,9	2010	28,4	2011	25,9	2014	25,9	0,0	25,9	...	...	2014	Assurance volontaire lié au revenu et assistance sociale
Suisse ¹	79,2	2000	82,4	2005	71,4	2007	68,3	2008	72,2	2009	74,8	2010	64,7	2011	60,7	2014	60,7	0,0	60,7	...	...	2014	Assurance sociale
Europe de l'Est																							
Bélarus ¹	39,0	2000	55,7	2005	54,0	2007	46,6	2008	49,4	2009	44,0	2010	46,1	2011	44,6	2015	44,6	0,0	44,6	29,1	57,4	2015	Assurance sociale
Bulgarie ¹	21,1	2003	23,4	2005	27,1	2007	44,8	2008	45,6	2009	30,8	2010	28,4	2011	29,6	2015	29,6	0,0	29,6	29,9	37,2	2015	Assurance sociale
Hongrie ¹	45,1	2003	42,6	2005	42,6	2007	41,3	2008	48,0	2009	39,5	2010	35,7	2011	17,4	2014	12,4	5,0	17,4	...	...	2014	Assurance sociale et assistance en cas de chômage (complémentaire aux prestations contributives) ^c
Moldova, République de ^{1,29}	22,8	2000	6,5	2005	10,6	2007	11,8	2008	14,0	2009	11,1	2010	8,5	2011	10,5	2014	10,5	0,0	10,5	...	...	2014	Assurance sociale
Pologne ¹	20,3	2000	13,5	2005	14,3	2007	18,4	2008	20,1	2009	16,7	2010	16,5	2011	15,5	2014	15,5	0,0	15,5	...	...	2014	Assurance sociale
Roumanie ¹	45,2	2001	38,0	2005	33,2	2007	30,0	2008	52,3	2009	55,4	2010	26,8	2011	23,0	2014	23,0	0,0	23,0	...	...	2014	Assurance sociale et assistance en cas de chômage (complémentaire aux prestations contributives) ^c

Tableau B.6 Chômage: indicateurs de couverture effective. Chômeurs effectivement indemnisés, de 2000 à l'année des dernières données disponibles (indicateur 1.3.1 des ODD pour les chômeurs)

Pays/Territoire	Pourcentage de chômeurs percevant des allocations de chômage ^b														Dernières données disponibles					Programme d'assurance-chômage			
	2000		2005		2007		2008		2009		2010		2011		2015		Régimes contributifs et non contributifs	Régimes non contributifs	Régimes contributifs et non contributifs		Hommes	Femmes	Année
	Régimes contributifs et non contributifs	Année effective	Régimes contributifs et non contributifs	Année effective	Régimes contributifs et non contributifs	Année effective	Régimes contributifs et non contributifs	Année effective	Régimes contributifs et non contributifs	Année effective	Régimes contributifs et non contributifs	Année effective	Régimes contributifs et non contributifs	Année effective									
Russie, Fédération de ¹	11,8	2000	29,8	2005	28,4	2007	26,2	2008	29,4	2009	24,1	2010	21,3	2011	68,2	2015	0,0	68,2	68,2	59,2	78,7	2015	Lié à l'emploi ^d
Slovaquie ¹	23,1	2000	9,1	2005	7,6	2007	9,1	2008	15,8	2009	11,1	2010	11,5	2011	9,8	2014	9,8	0,0	9,8	...	...	2014	Assurance sociale
République tchèque ¹	...	2000	27,6	2005	31,5	2007	42,7	2008	40,4	2009	30,8	2010	25,8	2011	36,0	2014	36,0	0,0	36,0	...	...	2014	Assurance sociale
Ukraine ¹	23,6	2000	40,3	2005	34,4	2007	31,3	2008	26,2	2009	18,7	2010	21,3	2011	21,9	2015	21,9	0,0	21,9	...	...	2015	Assurance sociale
Asie centrale et occidentale																							
Arménie ^{2,7}	12,0	2000	5,7	2005	20,1	2007	22,2	2008	30,5	2009	24,1	2010	20,8	2011	0,0	2015	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2015	Indemnité de départ ^d
Azerbaïdjan ¹	6,3	2000	3,7	2005	5,0	2007	4,7	2008	6,6	2009	s.o.	...	2,6	2011	1,6	2015	1,6	0,0	1,6	s.o.	s.o.	2015	Assurance sociale
Chypre ¹	...	2000	68,1	2005	81,5	2007	81,2	2008	79,1	2009	78,7	2010	...	...	23,7	2014	23,7	0,0	23,7	...	...	2014	Assurance sociale
Géorgie ²	2,4	2000	4,0	2005	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	2011	Indemnité de départ ^d
Israël ¹	43,3	2000	29,1	2005	29,7	2007	33,1	2008	38,2	2009	36,3	2010	40,0	2011	29,4	2015	29,4	0,0	29,4	...	...	2015	Assurance sociale
Kazakhstan ¹	0,5	2000	0,7	2005	0,9	2007	0,8	2008	1,0	2009	0,5	2010	0,4	2011	5,8	2015	5,8	0,0	5,8	...	...	2015	Assurance sociale
Kirghizistan ¹	8,2	2000	10,4	2005	3,3	2007	1,4	2008	1,4	2009	1,2	2010	1,2	2011	1,7	2015	1,7	0,0	1,7	...	...	2015	Assurance sociale
Ouzbékistan ¹	57,1	2000	56,7	2005	61,1	2007	39,5	2008	s.o.	...	s.o.	...	...	...	s.o.	...	39,5	0,0	39,5	...	...	2008	Assurance sociale
Tadjikistan ¹	s.o.	...	5,1	2005	5,0	2007	5,2	2008	3,8	2009	5,3	2010	8,5	2011	17,3	2015	17,3	0,0	17,3	16,2	18,2	2015	Assurance sociale
Turkménistan	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	s.o.	...	...	...	...	...	...	...	Assurance sociale
Turquie ¹	8,7	2004	5,4	2005	4,3	2007	5,1	2008	7,9	2009	6,3	2010	6,5	2011	1,4	2014	1,4	0,0	1,4	...	...	2014	Assurance sociale

Sources

Sources principales

BIT (Bureau international du Travail). Base de données du BIT sur la protection sociale dans le monde, fondée sur l'enquête sur la sécurité sociale (SSI). Disponible à l'adresse <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=54603> [consulté en juin 2017].

Autres sources

AISS (Association internationale de la sécurité sociale); SSA (Administration de la sécurité sociale des Etats-Unis). Diverses dates. Les programmes de sécurité sociale dans le monde (Genève et Washington, DC). Disponible à l'adresse <http://www.ssa.gov/policy/docs/progdesc/ssptw/> [consulté le 26 mai 2017].

BIT (Bureau international du Travail). Base de données sur les législations de protection de l'emploi du BIT (EPLex). Disponible à l'adresse http://www.ilo.org/dyn/eplex/termmain.home?p_lang=fr [consulté le 26 mai 2017].

—. Base de données sur les normes internationales du travail de l'OIT (NORMLEX) (qui inclut les anciennes bases de données ILOLEX et NATLEX). Disponible à l'adresse <http://www.ilo.org/dyn/normlex/fr/>.

Législations nationales (sources et notes par pays détaillées) disponibles en ligne à l'adresse <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=54603> (consulté le 26 mai 2017).

OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques). Base de données sur les bénéficiaires de prestations sociales (SOCR). Disponible à l'adresse <http://www.oecd.org/social/recipients.htm> [consulté 26 mai 2017].

Rapports détaillés des gouvernements sur l'application de la convention n° 102 (2015-2016).

Notes

s.o. sans objet.

... non disponible.

^a Indemnité de départ: prévue par le droit national (par exemple, le Code du travail) et payée directement par l'employeur, mais aucun programme de prestations de chômage inscrit dans la législation nationale.

^b Les chômeurs qui bénéficient de régimes généraux d'assistance sociale ne sont pas inclus en raison de l'absence de données. Leur prise en compte augmenterait les taux de couverture, mais seulement dans les pays qui disposent de ce type de régime à grande échelle (les pays à revenu élevé et quelques pays à revenu intermédiaire).

^c Aide aux chômeurs (en complément des prestations contributives): assistance en espèces non contributive destinée aux personnes qui n'ont pas ou ont perdu le droit de bénéficier d'une prestation de chômage prévue par le régime général de la sécurité sociale, notamment les personnes à la recherche d'un premier emploi.

^d Liées à l'emploi: les prestations dépendent du salaire antérieur ou de l'emploi précédent, mais sont financées par l'Etat.

¹ Référentiel de données: base de données du BIT sur la protection sociale dans le monde, fondée sur l'enquête du BIT sur la sécurité sociale (SSI) [juin 2017].

² En l'absence de prestations de sécurité sociale pour les chômeurs, les travailleurs couverts par la législation du travail peuvent prétendre à une indemnité de départ (comme versement unique) généralement en fonction d'une durée de service minimale ou de la raison de la résiliation du contrat de travail, parfois en fonction des catégories professionnelles, de la taille de l'entreprise ou d'autres critères. L'indemnité de départ constitue un versement unique. 48 pays qui sont dépourvus de programme de prestations de chômage inscrit dans la législation fournissent ce type de protection aux travailleurs (information disponible dans la base de données sur les législations de protection de l'emploi du BIT (EPLex) et dans les Programmes de sécurité sociale dans le monde (AISS et SSA).

³ Ghana. Aucun programme inscrit dans la législation. Les travailleurs qui cotisent à l'un des régimes de retraite professionnels obligatoires peuvent recevoir une pension de retraite anticipée à 55 ans s'ils perdent leur emploi.

⁴ Nigéria. Après un délai d'attente de 4 mois, les personnes affiliées à un fonds de prévoyance peuvent retirer un versement unique pouvant aller jusqu'à 25 pour cent du solde de leurs cotisations si elles perdent leur emploi avant l'âge de 50 ans.

⁵ Seychelles. En vertu de la loi de 1980 sur la création de la caisse d'assurance-chômage, la caisse de sécurité sociale fournit un revenu de subsistance aux chômeurs. L'Agence pour la protection sociale fournit un salaire aux jeunes chômeurs affiliés qui travaillent sur des projets agréés, notamment le programme de lutte contre le chômage, le programme d'apprentissage et le programme d'acquisition de compétences. Les données disponibles font référence au programme de lutte contre le chômage.

⁶ Swaziland. Aucun programme inscrit dans la législation. Les travailleurs qui cotisent à un fonds de prévoyance peuvent bénéficier d'une retraite anticipée à 45 ans s'ils perdent leur emploi qui était couvert par l'assurance-chômage.

⁷ Arménie. En 2015, les prestations de chômage ont été abandonnées et remplacées par des mesures de promotion de l'emploi, y compris une aide en espèces aux personnes qui n'ont pas un profil compétitif sur le marché du travail.

⁸ Inde. Numérateur: enquête du BIT sur la sécurité sociale. «L'allocation de chômage» a été ajoutée en 2005 au régime de l'Institution d'assurance sociale des travailleurs salariés (ESIC) en vigueur dans le pays, qui couvre, en cas de maladie ou de maternité, 24 pour cent de tous les travailleurs du secteur formel, soit 2 pour cent de l'ensemble total des effectifs. Cela n'inclut pas les bénéficiaires du Plan national de garantie de l'emploi rural (NREGA), car celui-ci n'est pas uniquement destiné aux chômeurs. Il est possible de se désaffilier du fonds de prévoyance à tout âge si l'on perd son emploi de façon involontaire.

⁹ Indonésie. La loi sur le travail (loi n° 13/2003) impose une indemnité de départ en cas de cessation d'emploi (montant correspondant à 1 à 8 mois de salaire en fonction de la durée d'occupation du poste).

¹⁰ Myanmar. En 2012, le pays a adopté sa loi sur la sécurité sociale qui inclut des prestations d'assurance-chômage (section 37), mais les prestations de chômage n'ont pas encore été mises en place.

¹¹ Singapour. Aucun programme inscrit dans la législation. Le régime d'aide à la formation par un complément de salaire (WTS) prévoit une formation à l'emploi subventionnée, notamment une allocation de formation pouvant aller jusqu'à 4,50 SGD par heure de formation complétée, destinée aux personnes pouvant bénéficier du régime d'aide aux bas salaires par un complément de revenu (WIS).

¹² Andorre. Il n'y a pas de programme distinct relatif à l'emploi, mais une aide gouvernementale est disponible en cas de besoins identifiés.

¹³ Pays-Bas. Numérateur: StatLine. Nombre de prestations. Disponible à l'adresse <http://statline.cbs.nl/StatWeb/selection/default.aspx?DM=SLEN&PA=37789ENG&LA=EN&VW=T> [consulté en mai 2017].

¹⁴ Colombie. Les salariés et les travailleurs indépendants peuvent choisir d'affecter une partie de leurs cotisations à un régime d'épargne individuelle obligatoire ou à un régime d'épargne individuelle complémentaire.

¹⁵ République dominicaine. Aucun programme inscrit dans la législation. Les travailleurs qui cotisent à un régime d'épargne individuelle obligatoire peuvent recevoir une pension de vieillesse destinée aux chômeurs âgés de 57 à 59 ans qui ont cotisés pendant au moins 25 ans (en deçà de 25 années de cotisation, les assurés peuvent bénéficier d'une pension proportionnelle aux fonds accumulés ou peuvent continuer à cotiser jusqu'à atteindre le seuil des 25 ans).

¹⁶ Mexique. En cas de chômage, les retraits des comptes d'épargne individuelle obligatoires sont autorisés pour les travailleurs âgés de plus de 60 ans. Le montant du retrait dépend du nombre d'années de cotisation au compte: un minimum de cinq années de cotisations permet de retirer un montant pouvant correspondre à 90 jours de rémunération moyenne de l'assuré. Ce montant est utilisé pour calculer soit les 250 dernières semaines de cotisations, soit 11 pour cent du solde du compte d'épargne de l'assuré, le montant le moins élevé étant celui retenu; entre 3 et 5 ans de cotisations et un minimum de 12 cotisations bimensuelles, le montant retiré peut correspondre à 30 jours de rémunération utilisés pour le calcul des cotisations de l'assuré. Ce montant peut être jusqu'à 10 fois supérieur au salaire minimum mensuel légal. En outre, il existe des programmes d'aide aux chômeurs, comme le Programme d'aide à l'emploi (PAE) et le Programme de travail temporaire (PET). Le PAE se compose d'un ensemble de politiques de marché du travail actives mises en œuvre par le ministère du Travail et de la Prévision sociale (STPS), par l'intermédiaire de la Coordination générale de l'emploi (CGE) qui élabore, coordonne, supervise et finance le programme. Au sein des Etats, le PAE est administré par le Service national de l'emploi national (SNE).

- ¹⁷ Paraguay. Aucun programme inscrit dans la législation. La loi n° 253 (1971) exige que le Service national de promotion professionnelle (SNPP), qui dépend du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale, fournisse des programmes de formation et de placement professionnel.
- ¹⁸ Etats-Unis. Tous les Etats, ainsi que Porto Rico, les Iles Vierges américaines et le district de Columbia ont adopté des lois distinctes mettant en place leurs propres programmes.
- ¹⁹ Fidji. Aucun programme inscrit dans la législation. La Caisse nationale de prévoyance autorise des retraits en espèces limités pour les travailleurs qui ont démissionné, qui ont été licenciés, ou dont le contrat de travail n'a pas été renouvelé.
- ²⁰ Kiribati. Les travailleurs qui cotisent à un fonds de prévoyance peuvent se désaffilier quel que soit leur âge s'ils sont au chômage depuis plus de six mois
- ²¹ Papouasie-Nouvelle-Guinée. La loi de 2000 (disposition générale) sur la pension de retraite autorise des paiements au comptant en espèces limités pour les travailleurs qui sont au chômage depuis plus de trois mois, ou bien des paiements au comptant en espèces complets s'ils sont au chômage depuis un an.
- ²² Samoa. Aucun programme inscrit dans la législation. Les travailleurs qui cotisent à un fonds de prévoyance peuvent se désaffilier à l'âge de 50 ans s'ils sont au chômage depuis au moins cinq ans.
- ²³ Iles Salomon. En vertu de la loi sur la Caisse nationale de prévoyance, un chômeur affilié au chômage peut retirer jusqu'à 30 pour cent de son épargne en cas de licenciement abusif ou économique, à condition que le montant de ses cotisations soit supérieur à 10000 SBD dollars des Salomon et qu'il n'ait pas été réemployé dans les trois mois suivant son licenciement. Le restant des cotisations peut aussi être retiré ultérieurement sous certaines conditions.
- ²⁴ République démocratique populaire lao. L'assurance sociale est en vigueur dans le pays depuis 2016.
- ²⁵ Cabo Verde. Le pays a adopté une loi sur les prestations de chômage en 2016.
- ²⁶ Jersey. Le pays offre une assistance sociale limitée, seulement dans les cas où l'emploi a pris fin à partir du 1^{er} décembre 2012 compris pour cause d'insolvabilité de l'employeur.
- ²⁷ Comores. Aucun programme inscrit dans la législation. L'article 48 du Code du travail (ancien article 50) prévoit que les indemnités de départ et les indemnités de licenciement soient définies par décret après consultation du Conseil consultatif du travail et de l'emploi (ancien Conseil suprême du travail), et que soient notamment prises en compte la durée d'occupation du poste et les différentes catégories professionnelles. Aucun décret n'a été adopté en date du mois d'octobre 2012.
- ²⁸ Grèce. Réseau européen de politique sociale (ESPN). 2015. *ESPN Thematic Report on integrated support for the long-term unemployed Greece* (Bruxelles, Commission européenne).
- ²⁹ Moldova, République de. Ministère du Travail, de la Protection sociale et de la Famille. 2015. *Annual Social Report 2014* (Chisinau). Disponible à l'adresse <http://msmps.gov.md/sites/default/files/document/attachments/rsa2014en.pdf> [consulté en juin 2017].
- ³⁰ Maroc. Le programme d'assurance sociale a été introduit en 2014.
- ³¹ Honduras. Le programme d'assurance sociale a été introduit en 2015.
- ³² Koweït. Le programme d'assurance sociale a été introduit en 2013.

Tableau B.7 Accidents du travail et maladies professionnelles: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale

Pays/Territoire	Type de programme ^a	Taux de cotisation (%) ^b				Estimation de la couverture légale des accidents du travail et maladies professionnelles en pourcentage de la main-d'œuvre		
		Employé	Employeur	Indépendant	Financement public	Couverture obligatoire	Couverture volontaire	Dernière année disponible ^c
Afrique								
<i>Afrique du Nord</i>								
Algérie	Assurance sociale	Pas de cotisation	1,25% de la masse salariale brute	Non couvert	Pas de contribution	31,8	0,0	2014
Egypte	Assurance sociale	Pas de cotisation	3% de la masse salariale couverte	Non couvert	Pas de contribution	54,5	0,0	2015
Libye	Assurance sociale	Cotisation globale, en cas de vieillesse pour les prestations en espèces (3,75% des revenus couverts) et en cas de maladie pour les prestations médicales (1,5% des revenus couverts)	Cotisation globale, en cas de vieillesse pour les prestations en espèces (10,5% des revenus couverts, 11,25% pour les entreprises étrangères) et en cas de maladie pour les prestations médicales (2,45% de la masse salariale couverte)	Cotisation globale, en cas de vieillesse pour les prestations en espèces (15,675% des revenus déclarés) et en cas de maladie pour les prestations médicales (3,5% des revenus couverts)	Cotisation globale, en cas de vieillesse pour les prestations en espèces (0,75% des revenus couverts + subventions annuelles) et en cas de maladie pour les prestations médicales (5% des revenus couverts)	80,8	0,0	2015 ^d
Maroc	A la charge de l'employeur (impliquant des assurances privées)	Pas de cotisation	Coût total (paiement de prestations ou de primes d'assurance)	Non couvert	Pas de contribution	40,4	0,0	2014
Soudan	Assurance sociale	Pas de cotisation	2% de la masse salariale brute mensuelle	Cotisation globale, en cas de vieillesse (25% du revenu mensuel déclaré)	Pas de contribution	62,1	0,0	2013
Tunisie	Assurance sociale	Pas de cotisation	0,4% à 4% de la masse salariale brute, selon le risque évalué	Sur une base volontaire	Pas de contribution	42,0	15,3	2013
<i>Afrique subsaharienne</i>								
Afrique du Sud	A la charge de l'employeur (impliquant des assurances publiques)	Pas de cotisation	Coût total (paiement de primes d'assurance variant selon le secteur et le taux d'accidents rapporté)	Non couvert	Pas de contribution	63,9	0,0	2015
Angola	A la charge de l'employeur	Pas de cotisation	Coût total (paiement de primes d'assurance)	Sur une base volontaire	Pas de contribution	44,7	0,0	2015 ^d
Bénin	Assurance sociale; à la charge de l'employeur	Pas de cotisation	1% à 4% de la masse salariale brute, selon le risque évalué	Non couvert	Pas de contribution	5,2	0,0	2013
Botswana	A la charge de l'employeur (impliquant normalement des assurances privées)	Pas de cotisation	Coût total (paiement de primes d'assurance ou prestations directes)	Non couvert	Pas de contribution	43,1	0,0	2013

Tableau B.7 Accidents du travail et maladies professionnelles: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale

Pays/Territoire	Type de programme ^a	Taux de cotisation (%) ^b				Estimation de la couverture légale des accidents du travail et maladies professionnelles en pourcentage de la main-d'œuvre		
		Employé	Employeur	Indépendant	Financement public	Couverture obligatoire	Couverture volontaire	Dernière année disponible ^c
Burkina Faso	Assurance sociale (prestations médicales et en espèces); à la charge de l'employeur (prestations en espèces temporaires uniquement)	Pas de cotisation	3,5% de la masse salariale couverte, coût total à la charge de l'employeur	Non couvert	Pas de contribution	5,5	0,0	2013
Burundi	Assurance sociale	Pas de cotisation	3% de la masse salariale couverte mensuelle	Non couvert	Pas de contribution	4,9	0,0	2013
Cabo Verde	Assurance sociale	Pas de cotisation	2% à 6% selon le statut du travailleur, taux fixe pour les travailleurs domestiques	6% des revenus mensuels couverts	Pas de contribution	56,6	0,0	2013
Cameroun	Assurance sociale	Pas de cotisation	1,75%, 2,5% ou 5% de la masse salariale brute, selon le risque évalué	Non couvert	Pas de contribution	12,4	0,0	2013
République centrafricaine	Assurance sociale	Pas de cotisation	3% de la masse salariale couverte	Non couvert	Pas de contribution	13,9	0,0	2013
Congo	Assurance sociale	Pas de cotisation	2,25% de la masse salariale couverte	2,25% des revenus Sur une base volontaire	Pas de contribution	14,2	0,0	2013
Côte d'Ivoire	Assurance sociale	Pas de cotisation	2% à 5% de la masse salariale brute, selon le risque évalué	Cotisations variant selon le risque évalué Sur une base volontaire	Pas de contribution	14,7	46,2	2013
Djibouti	Assurance sociale	Pas de cotisation (prestations en espèces), 2% des revenus couverts (prestations médicales en cas de maladie)	1,2% (prestations en espèces), 5% (prestations médicales en cas de maladie)	7% des revenus couverts (prestations médicales uniquement en cas de maladie)	Pas de contribution	93,6	0,0	2015 ^d
Ethiopie	Assurance sociale; à la charge de l'employeur	Cotisation globale, en cas de vieillesse (7% du salaire de base)	Cotisation globale, en cas de vieillesse (11% de la masse salariale (civile) et 25% de la masse salariale (militaire)), coût total à la charge de l'employeur (paiement de primes d'assurance)	Sur une base volontaire	Pas de contribution	17,4	0,0	2013
Gabon	Assurance sociale	Pas de cotisation	3% de la masse salariale brute	Système spécial	Pas de contribution	80,8	0,0	2015

Tableau B.7 Accidents du travail et maladies professionnelles: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale

Pays/Territoire	Type de programme ^a	Taux de cotisation (%) ^b				Estimation de la couverture légale des accidents du travail et maladies professionnelles en pourcentage de la main-d'œuvre		
		Employé	Employeur	Indépendant	Financement public	Couverture obligatoire	Couverture volontaire	Dernière année disponible ^c
Gambie	A la charge de l'employeur	Pas de cotisation	1% de la masse salariale couverte	Non couvert	Pas de contribution	23,4	0,0	2013
Ghana	A la charge de l'employeur (impliquant normalement des assurances privées)	Pas de cotisation	Coût total (prestations directes)	Non couvert	Pas de contribution	16,6	0,0	2013
Guinée	Assurance sociale	Pas de cotisation	4% de la masse salariale couverte	Non couvert	Pas de contribution	30,8	0,0	2015 ^d
Guinée équatoriale	Assurance sociale	Cotisation globale, en cas de vieillesse (4,5% du revenu brut)	Cotisation globale, en cas de vieillesse (21,5% de la masse salariale brute)	Non couvert	Cotisation globale, en cas de vieillesse (au moins 25% des recettes annuelles de sécurité sociale)	67,2	0,0	2015
Kenya	A la charge de l'employeur (impliquant des assurances publiques)	Pas de cotisation	Coût total (paiement de primes d'assurance ou prestations directes)	Non couvert	Pas de contribution	9,3	0,0	2013
Lesotho	Assurance sociale	Pas de cotisation	Pourcentage des revenus mensuels bruts (variable selon les conditions du contrat, le mandat sectoriel ou les directives ministérielles)	Non couvert	Pas de contribution	...	...	...
Libéria	Assurance sociale	Pas de cotisation	1,75% de la masse salariale	1,75% du revenu déclaré	Pas de contribution	80,5	0,0	2013
Madagascar	Assurance sociale	Pas de cotisation	1,25% de la masse salariale couverte ¹	Non couvert	Pas de contribution	10,4	0,0	2015
Malawi	A la charge de l'employeur (impliquant normalement des assurances privées)	Pas de cotisation	Coût total	Non couvert	Pas de contribution	6,9	0,0	2013
Mali	Assurance sociale	Pas de cotisation	1% à 4% de la masse salariale brute selon le risque évalué	1% à 4% des revenus bruts selon le risque évalué Sur une base volontaire	Pas de contribution	8,6	57,2	2015
Maurice	Assurance sociale	Pas de cotisation	Cotisation globale, en cas de vieillesse (6% à 10,5% de la masse salariale)	Non couvert	Pas de contribution	79,3	0,0	2016
Mauritanie	Assurance sociale	Pas de cotisation	5,5% de la masse salariale couverte mensuelle (3% pour l'invalidité permanente et 2,5% pour les soins médicaux et les prestations d'invalidité temporaire)	Non couvert	Pas de contribution	49,1	0,0	2015 ^d

Tableau B.7 Accidents du travail et maladies professionnelles: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale

Pays/Territoire	Type de programme ^a	Taux de cotisation (%) ^b				Estimation de la couverture légale des accidents du travail et maladies professionnelles en pourcentage de la main-d'œuvre		
		Employé	Employeur	Indépendant	Financement public	Couverture obligatoire	Couverture volontaire	Dernière année disponible ^c
Namibie	Assurance sociale	Pas de cotisation	Coût total (les cotisations varient selon la classification du secteur)	Non couvert	Pas de contribution	53,5	0,0	2014
Niger	Assurance sociale	Pas de cotisation	1,75% de la masse salariale couverte	1,4% des revenus annuels couverts	Pas de contribution	90,9	0,0	2013
Nigéria	Assurance sociale	Pas de cotisation	1% de la masse salariale (peut augmenter au bout de 2 ans selon le risque évalué)	Mécanismes de financement encore indéterminés	Pas de contribution	32,8	0,0	2013
Ouganda	A la charge de l'employeur (impliquant des assurances privées)	Pas de cotisation	Coût total (paiement de primes d'assurance)	Non couvert	Pas de contribution	16,0	0,0	2013
République démocratique du Congo	Assurance sociale	Pas de cotisation	1,5% des revenus mensuels (peut être supérieur pour les secteurs à haut risque)	Non couvert	Pas de contribution	26,2	0,0	2013
Rwanda	Assurance sociale	Pas de cotisation	2% de la masse salariale brute mensuelle	Non couvert	Pas de contribution	19,0	0,0	2015
Sao Tomé-et-Principe	Assurance sociale	Cotisation globale, en cas de vieillesse (6% du revenu brut)	Cotisation globale, en cas de vieillesse (8% de la masse salariale brute)	Cotisation globale facultative, en cas de vieillesse (14% des revenus)	Subventions selon les besoins	86,4	0,0	2015 ^d
Sénégal	Assurance sociale	Pas de cotisation	1%, 3% ou 5% de la masse salariale couverte selon le risque évalué	1%, 3% ou 5% selon le risque évalué	Pas de contribution	27,3	34,0	2013
Seychelles	Assurance sociale	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Non couvert	Coût total financé par l'affectation d'un impôt sur le revenu	80,0	0,0	2015
Sierra Leone	A la charge de l'employeur (impliquant normalement des assurances privées)	Pas de cotisation	Coût total (paiement de primes d'assurance ou prestations directes)	Non couvert	Une contribution annuelle	6,1	0,0	2013
Swaziland	A la charge de l'employeur (avec des assurances privées)	Pas de cotisation	Coût total (paiement de primes d'assurance)	Non couvert	Pas de contribution	62,6	0,0	2013
Tanzanie, République-Unie de	Assurance sociale	Cotisation globale, en cas de vieillesse (10% du salaire brut)	1% de la masse salariale (secteur privé), 0,5% (secteur public)	Cotisation globale, en cas de vieillesse (montant variable selon le régime) Sur une base volontaire	Pas de contribution	8,8	68,0	2013
Tchad	Assurance sociale	Pas de cotisation	4% de la masse salariale brute	Non couvert	Subventionne le programme	4,7	0,0	2013

Tableau B.7 Accidents du travail et maladies professionnelles: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale

Pays/Territoire	Type de programme ^a	Taux de cotisation (%) ^b				Estimation de la couverture légale des accidents du travail et maladies professionnelles en pourcentage de la main-d'œuvre		
		Employé	Employeur	Indépendant	Financement public	Couverture obligatoire	Couverture volontaire	Dernière année disponible ^c
Togo	Assurance sociale	Pas de cotisation	2% de la masse salariale brute	2% du revenu déclaré	Pas de contribution	84,2	0,0	2013
Zambie	A la charge de l'employeur (impliquant des assurances publiques)	Pas de cotisation	Coût total (assurance privée variant selon le risque évalué)	Non couvert	Pas de contribution	93,4	0,0	2015 ^d
Zimbabwe	A la charge de l'employeur	Pas de cotisation	Coût total (paiement de primes d'assurance selon les revenus mensuels de l'employé)	Non couvert	Pas de contribution	21,7	0,0	2014
Amériques								
<i>Amérique latine et Caraïbes</i>								
Argentine	A la charge de l'employeur	Pas de cotisation	Coût total (paiement de primes d'assurance ou assurance individuelle)	Non couvert	Pas de contribution	69,7	0,0	2014
Bahamas	Assurance sociale	Cotisation globale, en cas de vieillesse (3,9% des revenus hebdomadaires couverts)	Cotisation globale, en cas de vieillesse (5,9% de la masse salariale couverte)	2% des revenus couverts	Pas de contribution	82,6	0,0	2013
Barbade	Assurance sociale	Pas de cotisation	0,75% de la masse salariale	Non couvert	Pas de contribution	65,6	0,0	2013
Belize	Assurance sociale	Cotisation globale, en cas de vieillesse (taux fixe variant selon 8 catégories de salaire)	Cotisation globale, en cas de vieillesse (taux fixe variant selon 8 catégories de salaire)	Cotisation globale, en cas de vieillesse (taux fixe variant selon 8 catégories de salaire)	Pas de contribution	88,3	0,0	2015
Bermudes	A la charge de l'employeur (impliquant normalement des assurances privées)	Pas de cotisation	Coût total (paiement de primes d'assurance ou prestations directes)	Non couvert	Pas de contribution	32,2	0,0	2013
Bolivie, Etat plurinational de	Assurance sociale; assurance privée obligatoire	Cotisation globale, en cas de vieillesse (1,71% des revenus couverts pour les prestations d'invalidité temporaire) ⁹	Cotisation globale, en cas de maladie (10% de la masse salariale pour les prestations médicales et d'invalidité temporaires), cotisation globale, en cas de vieillesse (1,71% de la masse salariale couverte pour les prestations d'invalidité permanente) ⁹	Cotisation globale, en cas de maladie (prestations médicales et d'invalidité temporaire), cotisation globale, en cas de vieillesse (1,71% des revenus couverts pour les prestations d'invalidité permanente) ⁹	Pas de contribution	33,7	57,9	2014
Brésil	Assurance sociale	Pas de cotisation	1% à 3% de la masse salariale brute, selon le risque évalué, 0,1% de la masse salariale brute pour les employeurs de travailleurs ruraux	Non couvert	Pas de contribution	62,9	0,0	2015

Tableau B.7 Accidents du travail et maladies professionnelles: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale

Pays/Territoire	Type de programme ^a	Taux de cotisation (%) ^b				Estimation de la couverture légale des accidents du travail et maladies professionnelles en pourcentage de la main-d'œuvre		
		Employé	Employeur	Indépendant	Financement public	Couverture obligatoire	Couverture volontaire	Dernière année disponible ^c
Chili	Assurance sociale	Pas de cotisation	0,95% + jusqu'à 3,4% de la masse salariale couverte selon le risque évalué (jusqu'à 6,8% de la masse salariale couverte pour les entreprises présentant un taux d'accidents élevé)	0,95% du revenu déclaré + jusqu'à 3,4% des revenus déclarés selon l'activité.	Pas de contribution	93,8	0,0	2015 ^d
Colombie	Assurance sociale et système de compte individuel	Pas de cotisation	0,34% à 8,7% de la masse salariale couverte, selon le risque évalué	0,34% à 8,7% des revenus déclarés, selon le risque évalué. Sur une base volontaire.	Cotisation globale	44,6	46,3	2015
Costa Rica	A la charge de l'employeur (impliquant la souscription d'une assurance obligatoire et volontaire auprès d'un assureur public)	Pas de cotisation	Coût total (paiement d'une prime d'assurance variant selon le risque évalué)	Non couvert	Pas de contribution	68,6	0,0	2015
Cuba	Assurance sociale (en espèces), universelle (prestations médicales)	Cotisation globale, en cas de vieillesse (1% à 5% des revenus)	Cotisation globale, en cas de vieillesse (12,5% de la masse salariale brute pour le secteur public, 14,5% pour le secteur privé)	Non couvert	Cotisation globale, en cas de vieillesse (tout déficit)	97,3	0,0	2014
République dominicaine	Assurance sociale	Pas de cotisation	Coût total (1,2% de la masse salariale en moyenne, selon le risque évalué)	Non couvert	Pas de contribution	47,8	0,0	2015
Dominique	A la charge de l'employeur	Pas de cotisation	0,5% des revenus bruts de l'employé	Non couvert	Pas de contribution	60,8	0,0	2013
El Salvador	Assurance sociale	Cotisation globale, en cas de maladie (3% des revenus couverts)	Cotisation globale, en cas de maladie (7,5% de la masse salariale couverte)	Cotisation globale, en cas de maladie (10,5% du revenu déclaré)	Une subvention annuelle	26,8	0,0	2013
Equateur	Assurance sociale	Pas de cotisation. 0,55% des revenus bruts pour les cotisants volontaires	0,55% de la masse salariale	0,55% des revenus bruts déclarés	40% du coût des pensions en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles	52,9	43,4	2015
Grenade	Assurance sociale	Pas de cotisation	1% de la masse salariale brute	1% des revenus bruts	Pas de contribution	60,7	0,0	2013
Guatemala	Assurance sociale	1% des revenus bruts	3% de la masse salariale brute	Non couvert	1,5% de la masse salariale brute	58,8	0,0	2015
Guyana	Assurance sociale	Cotisation globale, en cas de vieillesse (5,6% des revenus couverts, 9,3% des revenus hebdomadaires moyens pour les assurés volontaires)	Cotisation globale, en cas de vieillesse (8,4% de la masse salariale couverte mensuelle, 1,5% pour les personnes de moins de 16 ans et de 60 ans et plus)	Non couvert	Couvre tout déficit	56,6	0,0	2013

Tableau B.7 Accidents du travail et maladies professionnelles: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale

Pays/Territoire	Type de programme ^a	Taux de cotisation (%) ^b				Estimation de la couverture légale des accidents du travail et maladies professionnelles en pourcentage de la main-d'œuvre		
		Employé	Employeur	Indépendant	Financement public	Couverture obligatoire	Couverture volontaire	Dernière année disponible ^c
Haïti	Assurance sociale	Pas de cotisation	2% à 6% de la masse salariale selon le secteur	Non couvert	Pas de contribution	15,7	0,0	2013
Honduras	A la charge de l'employeur (impliquant des assurances privées ou publiques)	Pas de cotisation	Coût total (paiement de primes d'assurance)	Non couvert (sauf pour quelques catégories, paiement de primes d'assurances)	Pas de contribution	34,5	0,0	2015
Iles Vierges britanniques	Assurance sociale	Pas de cotisation	0,5% de la masse salariale couverte mensuelle	0,5% des revenus mensuels déclarés	Pas de contribution	98,4	0,0	2013
Jamaïque	Assurance sociale	Pas de cotisation	Cotisation globale en cas de vieillesse (2,5% de la masse salariale couverte, 100 JMD par semaine pour les travailleurs domestiques)	Non couvert	Pas de contribution	52,0	0,0	2013
Mexique	Assurance sociale	Pas de cotisation	0,5% à 15% de la masse salariale selon le risque évalué	Sur une base volontaire	Pas de contribution	49,3	8,9	2013
Nicaragua	Assurance sociale	Pas de cotisation	1,5% de la masse salariale couverte (+1,5% de la masse salariale couverte pour les pensions des victimes de guerre)	Non couvert	Pas de contribution	44,9	0,0	2013
Panama	A la charge de l'employeur (impliquant des assurances publiques)	Pas de cotisation	Coût total (paiement d'une prime d'assurance variant selon le risque évalué)	Non couvert	Pas de contribution	64,1	0,0	2014
Paraguay	Assurance sociale	Cotisation globale, en cas de vieillesse (9% du revenu brut)	Cotisation globale, en cas de vieillesse (14% de la masse salariale brute)	Cotisation globale, en cas de vieillesse (12,5% du revenu minimum légal + 0,5% de frais administratifs) Sur une base volontaire	Cotisation globale, en cas de vieillesse (1,5% du revenu brut)	52,8	41,8	2015
Pérou	Assurance sociale	Pas de cotisation	0,63% à 1,84% de la masse salariale couverte selon le risque évalué et le taux d'accidents rapporté	Cotisation à taux fixe de 11 à 39 PEN	Pas de contribution	48,4	0,0	2015
Sainte-Lucie	Assurance sociale	Cotisation globale, en cas de vieillesse (5% des revenus mensuels couverts)	Cotisation globale, en cas de vieillesse (5% de la masse salariale mensuelle couverte)	Non couvert	Pas de contribution	49,5	0,0	2013
Saint-Kitts-et-Nevis	Assurance sociale	Pas de cotisation	1% de la masse salariale couverte	Non couvert	Pas de contribution	80,6	0,0	2013

Tableau B.7 Accidents du travail et maladies professionnelles: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale

Pays/Territoire	Type de programme ^a	Taux de cotisation (%) ^b				Estimation de la couverture légale des accidents du travail et maladies professionnelles en pourcentage de la main-d'œuvre		
		Employé	Employeur	Indépendant	Financement public	Couverture obligatoire	Couverture volontaire	Dernière année disponible ^c
Saint-Vincent-et-les Grenadines	Assurance sociale	Pas de cotisation	0,5% de la masse salariale couverte	Non couvert	Pas de contribution	59,4	0,0	2013
Trinité-et-Tobago	Assurance sociale	Cotisation globale, en cas de vieillesse (4% des revenus hebdomadaires ou mensuels couverts selon 16 catégories de salaires, 11,4% pour les assurés volontaires)	Cotisation globale, en cas de vieillesse (8% de la masse salariale hebdomadaire ou mensuelle couverte, selon 16 catégories de salaires)	Non couvert	Pas de contribution	74,3	0,0	2015
Uruguay	Assurance obligatoire par un assureur public	Pas de cotisation	Coût total (variant selon le risque évalué)	Non couvert	Pas de contribution	68,3	0,0	2014
Venezuela, République bolivarienne du	Assurance sociale	Pas de cotisation	0,75% à 10% de la masse salariale couverte, selon le risque évalué	Sur une base volontaire	Pas de contribution	57,9	0,0	2013
Amérique du Nord								
Canada	Assurance sociale	Pas de cotisation	Coût total (variant selon le secteur et le risque évalué; les grandes entreprises de certaines provinces peuvent s'autoassurer)	Non couvert	Pas de contribution	78,8	0,0	2015
Etats-Unis	A la charge de l'employeur; assurances sociales (prestations en cas de pneumoconiose uniquement) ¹⁰	Cotisations nominales dans quelques Etats	Coût total ou la plupart du coût d'assurances privées (prime variant selon le risque évalué) (1,3% de la masse salariale en moyenne en 2013)	Non couvert	Pas de contribution	87,6	0,0	2015
Etats arabes								
Arabie saoudite	Assurance sociale	Pas de cotisation	2% de la masse salariale	Non couvert	Tout déficit actuariel	89,9	0,0	2015
Bahreïn	Assurance sociale	Pas de cotisation	3% des revenus mensuels de l'employé	Non couvert	Pas de contribution	84,6	0,0	2013
Jordanie	Assurance sociale	Pas de cotisation	2% à 4% de la masse salariale mensuelle, selon le risque sectoriel et la mise en œuvre de normes de SST	...	Tout déficit	44,6	0,0	2013
Koweït	A la charge de l'employeur	Pas de cotisation	Coût total	Non couvert	Pas de contribution	95,1	2,6	2013

Tableau B.7 Accidents du travail et maladies professionnelles: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale

Pays/Territoire	Type de programme ^a	Taux de cotisation (%) ^b				Estimation de la couverture légale des accidents du travail et maladies professionnelles en pourcentage de la main-d'œuvre		
		Employé	Employeur	Indépendant	Financement public	Couverture obligatoire	Couverture volontaire	Dernière année disponible ^c
Liban	A la charge de l'employeur (impliquant des assurances privées)	Pas de cotisation	Coût total	Non couvert	Pas de contribution	47,8	0,0	2013
Oman	Assurance sociale	Pas de cotisation	1% de la masse salariale	Non couvert	Pas de contribution	40,2	0,0	2013
République arabe syrienne	Assurance sociale	Pas de cotisation	3% de la masse salariale	Non couvert	Pas de contribution	47,8	0,0	2013
Yémen	Assurance sociale	Pas de cotisation	14% de la masse salariale totale	Non couvert	Pas de contribution	37,7	0,0	2013
Asie et Pacifique								
<i>Asie de l'Est</i>								
Chine	Assurance sociale; à la charge de l'employeur	Pas de cotisation	0,2% à 1,9% de la masse salariale totale selon la classification du risque du secteur	Sur une base volontaire	Subventions selon les besoins	83,7	13,3	2014
Corée, République de	Assurance sociale	Pas de cotisation	0,7% à 34% de la masse salariale annuelle, selon le risque évalué	0,7% à 34% des revenus déclarés ou de la masse salariale Sur une base volontaire ⁴	Pas de contribution	70,6	0,0	2014
Hong-kong, Chine	A la charge de l'employeur (impliquant des assurances privées)	Pas de cotisation	Coût total ²	Non couvert	Pas de contribution	88,0	0,0	2015
Japon	Assurance sociale	Pas de cotisation	0,25% à 8,8% de la masse salariale, selon le type d'activité	0,3% à 5,2% des revenus moyens, selon le type d'activité	Subventions selon les besoins	85,5	0,0	2015
Mongolie	Assurance sociale	Pas de cotisation	0,8%, 1,8% ou 2,8% de la masse salariale brute selon la classification du risque de l'activité principale et du secteur	Sur une base volontaire, 1% des revenus mensuels déclarés (plage de revenus soumis à cotisation: salaire minimum mensuel à 10 fois le salaire minimum mensuel)	Pas de contribution	61,9	38,1	2015
Taiwan, Chine	Assurance sociale	Pas de cotisation	Prestations en espèces: 0,22% en moyenne (0,04% à 0,92% de la masse salariale mensuelle) selon le risque évalué + 0,07% pour les accidents professionnels et non professionnels Prestations médicales: en cas de maladie et de maternité ⁵	Prestations en espèces: 0,66% à 0,594% du revenu mensuel brut, selon le risque évalué Prestations médicales: 4,69% du revenu mensuel déclaré de l'assuré, multiplié par un plus le nombre de dépendants, jusqu'à trois	Prestations en espèces: coûts administratifs, 0,044% à 0,396% du revenu mensuel brut des indépendants, selon le risque évalué pour le secteur. Prestations médicales: en cas de maladie et de maternité ⁵	74,1	0,0	2013

Tableau B.7 Accidents du travail et maladies professionnelles: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale

Pays/Territoire	Type de programme ^a	Taux de cotisation (%) ^b				Estimation de la couverture légale des accidents du travail et maladies professionnelles en pourcentage de la main-d'œuvre		
		Employé	Employeur	Indépendant	Financement public	Couverture obligatoire	Couverture volontaire	Dernière année disponible ^c
<i>Asie du Sud-Est</i>								
Brunéi Darussalam	A la charge de l'employeur	Pas de cotisation	Prestations directes aux employés	Non couvert	Pas de contribution	85,3	0,0	2014
Cambodge	Assurance sociale	Pas de cotisation	0,80% de la masse salariale totale pour l'assurance sociale, coût total à la charge de l'employeur	Non couvert	Subventions selon les besoins	15,3	0,0	2016
Indonésie	Assurance sociale	Pas de cotisation	Taux de cotisation – employeur: 0,24% à 1,74% du salaire mensuel (cotisations variant selon le niveau de risque évalué de l'environnement de travail) ³	1% des revenus mensuels déclarés	Pas de contribution	93,8	0,0	2015
République démocratique populaire lao	Assurance sociale	Pas de cotisation	0,5% des revenus mensuels bruts assurables	Non couvert	0,5% des revenus mensuels bruts assurables	6,7	0,0	2013
Malaisie	Assurance sociale	Pas de cotisation	1,25% de la masse salariale, selon 45 catégories de salaires	Non couvert	Pas de contribution	71,6	0,0	2015
Myanmar	Assurance sociale	Pas de cotisation	1% à 1,5% de la masse salariale couverte mensuelle (tarifs variant selon la taille de l'entreprise et le taux d'accidents)	Sur une base volontaire	Pas de contribution	38,2	61,0	2015
Philippines	Assurance sociale	Pas de cotisation	0,2% des revenus mensuels d'au moins 14 750 PHP; 0,06% des revenus mensuels inférieurs à 14 750 PHP	Non couvert	Tout déficit	55,5	0,0	2015
Singapour	A la charge de l'employeur (impliquant des assurances privées)	Pas de cotisation	Coût total (prestations directes ou paiement de primes d'assurance)	Non couvert	Pas de contribution	72,9	0,0	2014
Thaïlande	A la charge de l'employeur (impliquant des assurances publiques)	Pas de cotisation	0,2% à 1% de la masse salariale annuelle, selon le risque évalué	Non couvert	Pas de contribution	41,0	0,0	2014
Viet Nam	Assurance sociale; à la charge de l'employeur (prestations d'invalidité temporaire)	Pas de cotisation	0,5% de la masse salariale mensuelle, coût total (prestations d'invalidité temporaire)	Non couvert	Pas de contribution	38,5	0,0	2015

Tableau B.7 Accidents du travail et maladies professionnelles: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale

Pays/Territoire	Type de programme ^a	Taux de cotisation (%) ^b				Estimation de la couverture légale des accidents du travail et maladies professionnelles en pourcentage de la main-d'œuvre		
		Employé	Employeur	Indépendant	Financement public	Couverture obligatoire	Couverture volontaire	Dernière année disponible ^c
Asie du Sud								
Bangladesh	A la charge de l'employeur	Pas de cotisation	Coût total	Non couvert	Pas de contribution	12,5	0,0	2013
Bhoutan	A la charge de l'employeur (impliquant des assurances publiques)	Pas de cotisation	Coût total (prestations directes ou paiement de primes d'assurance)	Non couvert	Pas de contribution	26,3	0,0	2015
Inde	Assurance sociale	Cotisation globale, en cas de maladie (1% du salaire)	Cotisation globale, en cas de maladie (3% de la masse salariale)	Non couvert	Cotisation globale, en cas de maladie (12% du coût des prestations médicales)	7,9	0,0	2013
Iran, République islamique d'	Assurance sociale	Cotisation globale, en cas de vieillesse (5% des revenus, 9,5% des revenus pour les conducteurs commerciaux)	Cotisation globale, en cas de vieillesse (14% de la masse salariale)	Cotisation globale, en cas de vieillesse	Cotisation globale, en cas de vieillesse (2% des revenus pour les employés, les indépendants et les assurés volontaires, 9,5% pour les conducteurs commerciaux)	49,7	0,0	2015
Népal	A la charge de l'employeur (impliquant des assurances privées)	Pas de cotisation	Coût total (prestations directes ou paiement de primes d'assurance)	Non couvert	Pas de contribution	3,8	0,0	2013
Pakistan	Assurance sociale, à la charge de l'employeur	Pas de cotisation	6% de la masse salariale mensuelle, coût total à la charge de l'employeur	Non couvert	Pas de contribution	28,6	0,0	2013
Sri Lanka	A la charge de l'employeur	Pas de cotisation	1% à 7,5% de la masse salariale brute, selon le risque évalué (prestations directes ou paiement de primes d'assurance)	Non couvert	Coût total des prestations médicales	53,6	0,0	2014
Océanie								
Australie	A la charge de l'employeur (impliquant des assurances privées ou publiques)	Pas de cotisation	Coût total (prime d'assurance variant selon le risque évalué)	Coût total de l'auto-assurance. Sur une base volontaire	Pas de contribution	77,9	16,0	2015
Fidji	A la charge de l'employeur	Pas de cotisation	Coût total (prestations directes)	Non couvert	Pas de contribution	40,1	0,0	2013
Iles Salomon	A la charge de l'employeur (impliquant des assurances privées)	Pas de cotisation	Coût total	Non couvert	Pas de contribution	14,5	0,0	2013

Tableau B.7 Accidents du travail et maladies professionnelles: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale

Pays/Territoire	Type de programme ^a	Taux de cotisation (%) ^b				Estimation de la couverture légale des accidents du travail et maladies professionnelles en pourcentage de la main-d'œuvre		
		Employé	Employeur	Indépendant	Financement public	Couverture obligatoire	Couverture volontaire	Dernière année disponible ^c
Kiribati	A la charge de l'employeur (impliquant des assurances privées)	Pas de cotisation	Coût total	Non couvert	Pas de contribution	32,8	0,0	2013
Nouvelle-Zélande	Universelle, à la charge de l'employeur (impliquant des assurances publiques)	Pas de cotisation	Taux de cotisation fixés chaque année	Taux de cotisation fixés chaque année	Pas de contribution	100,0	0,0	2016
Palaos	A la charge de l'employeur	Pas de cotisation	Coût total	Non couvert	Pas de contribution	...	...	...
Papouasie-Nouvelle-Guinée	A la charge de l'employeur (impliquant des assurances privées)	Pas de cotisation	Coût total (paiement de primes d'assurance ou prestations directes)	Non couvert	Pas de contribution	6,4	0,0	2013
Samoa	A la charge de l'employeur (impliquant des assurances privées)	Pas de cotisation	1% de la masse salariale	Non couvert	Pas de contribution	57,9	0,0	2014
Europe et Asie centrale								
<i>Europe du Nord, du Sud et de l'Ouest</i>								
Albanie	Assurance sociale	Pas de cotisation	0,3% de la masse salariale	Non couvert	Pas de contribution	34,0	0,0	2015
Allemagne	Assurance sociale	Pas de cotisation	1,3% en moyenne (cotisation variant selon le risque évalué)	Non couvert (sauf quelques exceptions)	Une subvention pour les assurances en cas d'accidents agricoles Contribution pour des groupes spécifiques (étudiants, enfants en services de garde de jour et certaines activités bénévoles)	89,2	0,0	2015
Autriche	Assurance sociale	Pas de cotisation	1,3% de la masse salariale couverte	Système spécial	Pas de contribution	94,3	0,0	2015
Belgique	Assurance sociale	Pas de cotisation	0,32% des revenus de référence pour les accidents du travail + primes d'assurance variant selon le risque évalué, 1% des revenus de référence pour les maladies professionnelles + 0,01% pour les maladies liées à l'amiante	Non couvert	Pas de contribution	77,6	0,0	2015

Tableau B.7 Accidents du travail et maladies professionnelles: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale

Pays/Territoire	Type de programme ^a	Taux de cotisation (%) ^b				Estimation de la couverture légale des accidents du travail et maladies professionnelles en pourcentage de la main-d'œuvre		
		Employé	Employeur	Indépendant	Financement public	Couverture obligatoire	Couverture volontaire	Dernière année disponible ^c
Croatie	Assurance sociale (prestations d'invalidité temporaire), prestations permanentes couvertes en cas de vieillesse, d'invalidité et survivants	Pas de cotisation (prestations d'invalidité temporaire)	0,5% de la masse salariale couverte (prestations d'invalidité temporaire)	0,5% du revenu (prestations d'invalidité temporaire)	Pas de contribution	83,7	0,0	2015
Danemark	Prestation directe, dont assurance auprès d'un assureur privé (accidents) ou public (maladies professionnelles); universelle (prestations médicales)	Pas de cotisation	Coût total, en cas de maladie et de maternité	Sur une base volontaire	Cotisation globale, en cas de maladie	78,5	8,1	2015
Espagne	Assurance sociale	Pas de cotisation	1,98% (0,90% à 7,15% de la masse salariale couverte, selon le risque évalué)	Les cotisations varient selon le niveau de couverture choisi. Sur une base volontaire	Pas de contribution	64,4	13,5	2015
Estonie	Assurance sociale; pas de programme spécifique pour les accidents du travail et les maladies professionnelles	Pas de cotisation	Cotisation globale, en cas de maladie (13% de la masse salariale)	Cotisation globale, en cas de maladie (13% des revenus déclarés)	Tout déficit (coût total pour les employés dont l'employeur est insolvable)	93,9	0,0	2015
Finlande	A la charge de l'employeur, assurance privée obligatoire	Pas de cotisation	0,1% à 7% de la masse salariale annuelle, selon le risque évalué pour la profession	Prime annuelle selon le risque évalué pour la profession. Sur une base volontaire	Pas de contribution	77,7	12,9	2015
France	Assurance sociale	Pas de cotisation. Les assurés volontaires paient des cotisations variables selon le risque évalué.	Coût total (variant selon le risque évalué)	Système spécial	Pas de contribution	89,6	0,0	2015
Grèce	Assurance sociale	Cotisation globale, en cas de maladie (0,4% des revenus mensuels couverts pour les prestations en espèces et 2,15% pour les prestations médicales)	Cotisation globale, en cas de maladie (0,25% des revenus mensuels couverts pour les prestations en espèces et 4,3% pour les prestations médicales) + 1% de la masse salariale (selon le taux d'accidents rapporté)	Non couvert	Une subvention annuelle garantie	48,9	0,0	2015

Tableau B.7 Accidents du travail et maladies professionnelles: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale

Pays/Territoire	Type de programme ^a	Taux de cotisation (%) ^b				Estimation de la couverture légale des accidents du travail et maladies professionnelles en pourcentage de la main-d'œuvre		
		Employé	Employeur	Indépendant	Financement public	Couverture obligatoire	Couverture volontaire	Dernière année disponible ^c
Irlande	Assurance sociale	Cotisation globale, en cas de vieillesse (0% à 4% des revenus hebdomadaires couverts selon les revenus)	Cotisation globale, en cas de vieillesse (8,5% à 10,75% du salaire brut selon les revenus mensuels)	Non couvert	Tout déficit (employés du secteur privé); coût total (employés du secteur public)	75,0	0,0	2015
Islande	Assurance sociale; assistance sociale	Pas de cotisation	Cotisation globale, en cas de vieillesse (7,35% de la masse salariale brute pour les pensions universelles)	Cotisation globale, en cas de vieillesse (7,35% des revenus bruts pour les pensions universelles)	Financé en partie par l'impôt général	96,3	0,0	2015
Italie	Assurance sociale	Pas de cotisation	8,25% en moyenne (0,5% à 10,75% du salaire brut, selon le risque évalué)	Cotisation variable selon le risque évalué	Pas de contribution	88,1	0,0	2015
Lettonie	Assurance sociale	Pas de cotisation	Cotisation globale, en cas de vieillesse (23,59% des revenus couverts)	Non couvert	Coût des services de soins de santé garantis par l'Etat (budget annuel de l'Etat)	78,8	0,0	2015
Liechtenstein	Assurance sociale	Pas de cotisation	Cotisation variable selon le risque évalué	Cotisation variable selon la couverture nécessaire et le risque évalué. Sur une base volontaire	Pas de contribution	...	...	...
Lituanie	Assurance sociale	Pas de cotisation	0,37% à 1,8% des revenus, selon quatre catégories d'emplois	Non couvert	Pas de contribution	79,7	0,0	2015
Luxembourg	Assurance sociale	Pas de cotisation	1% de la masse salariale couverte	1% du revenu couvert	50% des coûts administratifs	93,1	0,0	2015
Malte	Assurance sociale	Cotisation globale, en cas de vieillesse (10% du salaire couvert)	Cotisation globale, en cas de vieillesse (10% de la masse salariale couverte)	Cotisation globale, en cas de vieillesse. Montant variable selon le revenu net	50% du montant des cotisations totales	95,0	0,0	2016
Monaco	Assurance privée obligatoire	Pas de cotisation	Coût total (paiement d'une prime d'assurance variant selon le taux de risque rapporté) ⁷	Non couvert	Pas de contribution	...	...	...
Norvège	Assurance sociale (prestations en espèces), universelle (prestations médicales) et à la charge de l'employeur (assurance obligatoire auprès d'un assureur privé)	Pas de cotisation	Cotisation globale, en cas de vieillesse (14,1% de la masse salariale brute), coût total des primes d'assurance privée obligatoires	0,4% du revenu imposable. Sur une base volontaire	Tout déficit	88,9	6,7	2015

Tableau B.7 Accidents du travail et maladies professionnelles: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale

Pays/Territoire	Type de programme ^a	Taux de cotisation (%) ^b				Estimation de la couverture légale des accidents du travail et maladies professionnelles en pourcentage de la main-d'œuvre		
		Employé	Employeur	Indépendant	Financement public	Couverture obligatoire	Couverture volontaire	Dernière année disponible ^c
Pays-Bas	Assurance sociale; pas de programme spécifique pour les accidents du travail et les maladies professionnelles ¹¹	Cotisation globale, en cas de maladie, vieillesse, invalidité, survivants	Cotisation globale, en cas de maladie, vieillesse, invalidité, survivants	Cotisation globale, en cas de maladie, vieillesse, invalidité et survivants	Cotisation globale, en cas de maladie, vieillesse, invalidité, survivants	93,1	0,0	2015
Portugal	A la charge de l'employeur (impliquant des assurances privées) (accidents du travail), assurance sociale (maladies professionnelles)	Pas de cotisation (accidents du travail), cotisation globale, en cas de vieillesse (maladies professionnelles)	Primes variant selon le risque évalué (accidents du travail), cotisation globale, en cas de vieillesse (23,75% de la masse salariale) (maladies professionnelles)	Primes d'assurance en responsabilité (accidents du travail), cotisation globale, en cas de vieillesse (29,6% du revenu de référence, 34,75% pour les catégories spéciales d'indépendants) (maladies professionnelles)	Pas de contribution	87,6	0,0	2015
Royaume-Uni	Assurance sociale; assistance sociale	Cotisation globale, en cas de vieillesse (12% du revenu hebdomadaire) ⁸	Cotisation globale, en cas de vieillesse (13,8% des revenus de l'employé)	Non couvert	Cotisation globale, en cas de vieillesse (coût total des allocations sous condition de ressources, paiement d'une prime au Trésor pour couvrir tout déficit)	80,3	0,0	2015
Saint-Marin	Assurance sociale	Cotisation globale, en cas de vieillesse (5,4% du revenu brut)	Cotisation globale, en cas de vieillesse (16,10% de la masse salariale)	Cotisation globale, en cas de vieillesse (14,5% à 22% du revenu brut, selon la catégorie d'emploi)	Cotisation globale, en cas de vieillesse (5% des cotisations totales, cotisations plus élevées pour les travailleurs agricoles) ou jusqu'à 25% pour couvrir tout déficit	90,9	0,0	2015
Serbie	Assurance sociale; pas de programme spécifique pour les accidents du travail et les maladies professionnelles	En cas de vieillesse, invalidité et survivants	En cas de vieillesse, invalidité et survivants	En cas de vieillesse, invalidité et survivants	En cas de vieillesse, invalidité et survivants	82,1	0,0	2015
Slovénie	Assurance sociale	Cotisation globale, en cas de maladie (prestations médicales et d'invalidité temporaire), cotisation globale, en cas de vieillesse (15,5% des revenus bruts (prestations d'invalidité permanente)	0,53% de la masse salariale (prestations médicales et d'invalidité temporaire), cotisation globale, en cas de vieillesse (8,85% de la masse salariale) (prestations d'invalidité permanente)	Cotisation globale, en cas de maladie (prestations médicales et d'invalidité temporaire), cotisation globale, en cas de vieillesse (24,35% du revenu évalué, certains fermiers cotisent 15,5% (prestations d'invalidité permanente)	Tout déficit provoqué par une baisse des taux de cotisations pour les prestations d'invalidité temporaire	91,0	0,0	2015

Tableau B.7 Accidents du travail et maladies professionnelles: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale

Pays/Territoire	Type de programme ^a	Taux de cotisation (%) ^b				Estimation de la couverture légale des accidents du travail et maladies professionnelles en pourcentage de la main-d'œuvre		
		Employé	Employeur	Indépendant	Financement public	Couverture obligatoire	Couverture volontaire	Dernière année disponible ^c
Suède	Assurance sociale	Pas de cotisation	0,3% de la masse salariale	0,3% des revenus déclarés	Pas de contribution	92,6	0,0	2015
Suisse	Assurance privée obligatoire	Pas de cotisation	Coût total de l'assurance privée (prime d'assurance variant selon le risque évalué)	Sur une base volontaire	Pas de contribution	81,9	13,6	2015
Europe de l'Est								
Bélarus	Assurance sociale	Pas de cotisation	0,3% à 0,9% de la masse salariale, selon le risque professionnel évalué	Non couvert	Pas de contribution	96,3	0,0	2015 ^d
Bulgarie	Assurance sociale	Pas de cotisation	0,4% à 1,1% de la masse salariale, selon le risque évalué	0,4% à 1,1% du revenu, selon le risque évalué. Sur une base volontaire	Pas de contribution	79,9	10,9	2015
Hongrie	Assurance sociale Pas de programme spécifique pour les accidents du travail et les maladies professionnelles	Cotisation globale, en cas de vieillesse et de maladie (17% des revenus mensuels couverts)	Cotisation globale, en cas de vieillesse (27% de la masse salariale mensuelle)	Cotisation globale, en cas de vieillesse (37% des revenus mensuels déclarés)	Tout déficit	93,2	0,0	2015
Moldova, République de	Assurance sociale (prestations en espèces), universelle (prestations médicales)	Pas de cotisation	Cotisation globale, en cas de vieillesse (22-23% de la masse salariale selon le secteur)	Cotisation à taux fixe (6372 MDL/an, 1584 MDL/an pour les propriétaires de terres agricoles. Sur une base volontaire	Pas de contribution	62,2	32,9	2015
Pologne	Assurance sociale	Pas de cotisation	De 0,4% à 3,6% de la masse salariale, selon le risque évalué et le nombre d'employés	1,8% des revenus déclarés	Coût des procédures spécialisées de promotion des bonnes pratiques de santé publique	100,0	0,0	2015
Roumanie	Assurance sociale	Pas de cotisation. Les assurés volontaires paient 1% de leur revenu mensuel moyen.	De 0,15% à 0,85% du revenu mensuel brut moyen, selon le risque évalué	1% du revenu mensuel moyen. Sur une base volontaire	Subventions	66,2	27,0	2015
Russie, Fédération de	Assurance sociale	Pas de cotisation	0,2% à 8,5% de la masse salariale selon 32 classes de risques professionnels liées à 22 catégories sectorielles	Non couvert	Pas de contribution	87,6	0,0	2015
Slovaquie	Assurance sociale	Pas de cotisation	0,8% de la masse salariale couverte	Non couvert	Tout déficit	75,1	0,0	2015

Tableau B.7 Accidents du travail et maladies professionnelles: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale

Pays/Territoire	Type de programme ^a	Taux de cotisation (%) ^b				Estimation de la couverture légale des accidents du travail et maladies professionnelles en pourcentage de la main-d'œuvre		
		Employé	Employeur	Indépendant	Financement public	Couverture obligatoire	Couverture volontaire	Dernière année disponible ^c
République tchèque	Assurance sociale, à la charge de l'employeur	Pas de cotisation (prestations d'invalidité temporaire), cotisation globale, en cas de vieillesse (6,5% des revenus mensuels couverts) (prestations d'invalidité permanente)	Cotisation globale, en cas de vieillesse, de maladie et de maternité ⁶ Coût total de l'assurance privée (0,28% à 5,04% de la masse salariale, selon le risque évalué des activités réalisées)	Non couvert	Tout déficit	78,5	0,0	2015
Ukraine	Assurance sociale (prestations en espèces), universelle (prestations médicales)	Pas de cotisation	Cotisation globale, en cas de vieillesse (22% de la masse salariale)	Cotisation globale, en cas de vieillesse (22% du salaire minimum mensuel)	Pas de contribution (prestations en espèces), coût total, en cas de maladie (prestations médicales)	76,4	0,0	2015
Asie centrale et occidentale								
Arménie	Assurance sociale	Une partie de l'impôt sur le revenu personnel	Pas de cotisation	Non couvert	Subventions selon les besoins	46,7	0,0	2015
Azerbaïdjan	A la charge de l'employeur (impliquant des assurances privées)	Pas de cotisation	Coût total (tarif de l'assurance privée variant selon le risque sectoriel)	Coût total (taux variant selon le risque évalué pour le secteur). Sur une base volontaire	Coût total des frais d'obsèques	30,6	64,5	2015
Chypre	Assurance sociale	Cotisation globale, en cas de vieillesse (7,8% des revenus couverts)	Cotisation globale, en cas de vieillesse (7,8% de la masse salariale couverte)	Non couvert	Cotisation globale, en cas de vieillesse (4,6% de la masse salariale couverte)	72,4	0,0	2015
Géorgie	A la charge de l'employeur	Pas de cotisation	Coût total	Non couvert	Pas de contribution	37,2	0,0	2015
Israël	Assurance sociale	Pas de cotisation	0,37% à 1,96% des revenus supérieurs à 60% du salaire moyen national	0,39% à 0,68% des revenus supérieurs à 60% du salaire moyen national	0,03% de la masse salariale ou des revenus (employés et indépendants), subvention globale de 45,1% des cotisations totales	90,0	0,0	2015
Kazakhstan	A la charge de l'employeur (impliquant des assurances privées), assistance sociale	Pas de cotisation	Coût total des primes d'assurance (0,04% à 9,9% de la masse salariale) ou prestations directes	Non couvert	Coût des prestations d'invalidité permanente et de survivants	69,4	0,0	2015

Tableau B.7 Accidents du travail et maladies professionnelles: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale

Pays/Territoire	Type de programme ^a	Taux de cotisation (%) ^b				Estimation de la couverture légale des accidents du travail et maladies professionnelles en pourcentage de la main-d'œuvre		
		Employé	Employeur	Indépendant	Financement public	Couverture obligatoire	Couverture volontaire	Dernière année disponible ^c
Kirghizistan	Assurance sociale (prestations en espèces), universelle (prestations médicales)	Cotisation globale, en cas de vieillesse pour les prestations en espèces (10% des revenus), pas de cotisation pour les prestations médicales	Cotisation globale, en cas de vieillesse (15,25% de la masse salariale (prestations en espèces)) et cotisation globale, en cas de maladie (2% de la masse salariale pour les prestations médicales)	Non couvert (prestations en espèces), pas de cotisation pour les prestations médicales	Coût total (prestations d'invalidité permanente), reliquat (prestations médicales)	51,4	0,0	2015
Ouzbékistan	Assurance sociale (prestations en espèces), universelle (prestations médicales)	Pas de cotisation	Cotisation globale, en cas de vieillesse (25% de la masse salariale, 15% pour les petites et micro-entreprises)	Non couvert	Subventions (prestations en espèces), coût total (prestations médicales)	68,1	0,0	2015
Turkménistan	Assurance sociale (prestations en espèces), universelle (prestations médicales)	Pas de cotisation	Prestations en espèces: cotisation globale, en cas de vieillesse (20% de la masse salariale + 3,5% pour les professions dangereuses) Prestations médicales: pas de cotisation	Non couvert (prestations en espèces), pas de cotisation (prestations médicales)	Subventions selon les besoins (prestations en espèces), coût total (prestations médicales)	52,6	0,0	2013
Turquie	Assurance sociale	Pas de cotisation (prestations en espèces), 5% des revenus mensuels (prestations médicales)	Cotisation globale, en cas de maladie (2% de la masse salariale mensuelle), 7,5% de la masse salariale mensuelle (prestations médicales)	Cotisation globale, en cas de maladie (2% des revenus mensuels déclarés (prestations en espèces), 12,5% des revenus déclarés (prestations médicales)	Coût des contributions des apprentis et étudiants d'écoles techniques	60,3	0,0	2015

Sources*Source principale*

AISS (Association internationale de la sécurité sociale); SSA (Administration de la sécurité sociale des Etats-Unis). Diverses dates. Les programmes de sécurité sociale dans le monde (Genève et Washington, DC). Disponible à l'adresse <http://www.ssa.gov/policy/docs/progdesc/ssptw/> (en anglais) et <https://www.issa.int/fr/country-profiles> [27 mai 2017].

Autres sources

Base de données de l'OIT sur les statistiques du travail (ILOSTAT). Disponible à l'adresse: <http://www.ilo.org/ilostat/>.

BIT (Bureau international du Travail): Base de données du BIT sur la Législation nationale sur le droit du travail, la sécurité sociale et les droits de la personne (NATLEX) disponible à l'adresse http://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex4.home?p_lang=fr [27 mai 2017].

Bureaux nationaux de statistiques. Ensembles de données et rapports des enquêtes nationales sur la population active et autres enquêtes sur les ménages ou auprès des établissements. Liens vers les bureaux nationaux de statistiques disponibles à l'adresse <http://www.ilo.org/ilostat/>. [6 juin 2014].

Notes

s.o. sans objet.

... non disponible.

^a Les définitions des types de programmes sont disponibles dans la version électronique de ce tableau (<http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=54604>) et dans le glossaire (annexe I).

^b Sauf indication contraire, les taux de cotisations incluent les prestations médicales et en espèces. Lorsque plusieurs taux sont indiqués, il s'agit du taux moyen rapporté ou de la plage des taux possibles.

^c Estimations mondiales de la couverture légale (pour les définitions, voir annexe II) pondérées sur la population totale en 2015 (UN World Population Prospects, perspectives démographiques mondiales de l'ONU, Révision 2015).

^d Le BIT a modélisé des estimations pour 2015.

- ¹ Madagascar. Les cotisations des employeurs varient selon le type de travailleur: 1 pour cent pour les travailleurs agricoles salariés ponctuels; cotisation mensuelle à taux fixe de 385 MGA pour les travailleurs domestiques à temps plein; 1 pour cent des revenus annuels couverts pour les membres de coopératives; 1,5 pour cent des revenus de base annuels des travailleurs pour chaque hectare cultivé par des travailleurs. Les cotisations sont versées une fois par trimestre. Les membres de coopératives et les tabaculteurs cotisent une fois par an.
- ² Hong-kong, Chine. Cotisations employeur. La couverture minimale est de 100 millions de HKD pour les employeurs de moins de 200 employés, et de 200 millions de HKD pour les employeurs de plus de 200 employés.
- ³ Indonésie. Les cotisations des employeurs varient selon cinq classes de risques: 0,24 pour cent de la masse salariale mensuelle (classe I); 0,54 pour cent (classe II); 0,89 pour cent (classe III); 1,27 pour cent (classe IV); ou 1,74 pour cent (classe V). Les cinq groupes de niveaux de risque de l'environnement de travail sont définis et doivent être réévalués au moins une fois tous les deux ans.
- ⁴ Corée, République de. Couverture volontaire pour certains travailleurs indépendants. Les travailleurs domestiques indépendants sont exclus.
- ⁵ Taïwan, Chine. Prestations médicales. Cotisation employeur: les cotisations pour les salariés sont basées sur 4,69 pour cent des revenus mensuels rapportés de l'assuré, selon six catégories de travailleurs et 52 classes de salaire, multipliés par 35 pour cent, 60 pour cent ou 70 pour cent, selon la catégorie. Le résultat est multiplié par un plus le nombre moyen de personnes à charge (0,7 depuis janvier 2007). Cotisation du gouvernement: les cotisations pour les salariés sont basées sur 4,69 pour cent des revenus mensuels rapportés de l'assuré, selon six catégories de travailleurs et 52 classes de salaire, multiplié par 0 pour cent ou 70 pour cent, selon la catégorie. Le résultat est multiplié par un plus le nombre moyen de dépendants (0,7 depuis janvier 2007). Les cotisations pour les non-salariés sont basées sur la prime mensuelle moyenne de certaines catégories de travailleurs, multipliée par 40 pour cent, 70 pour cent ou 100 pour cent, selon la catégorie. Le résultat est multiplié par un plus le nombre de personnes à charge.
- ⁶ République tchèque. Cotisation employeur. Une cotisation globale en cas de vieillesse finance les pensions d'invalidité temporaire (21,5 pour cent de la masse salariale), une cotisation globale en cas de maladie et de maternité finance les pensions d'invalidité permanente (2,3 pour cent de la masse salariale).
- ⁷ Monaco. Cotisation employeur. Une cotisation supplémentaire de 24 pour cent des primes est versée par le Fonds de compensation complémentaire.
- ⁸ Royaume-Uni. Cotisation employé. Les assurés versent une cotisation globale en cas de maladie, d'invalidité et de survivants correspondant à 12 pour cent des revenus hebdomadaires (5,85 pour cent pour certaines femmes mariées et veuves) de 155 à 827 GBP plus 2 pour cent des revenus hebdomadaires supérieurs à 827 GBP.
- ⁹ Bolivie, Etat plurinationale. 20 pour cent des cotisations des employés, des employeurs et des indépendants financent également la pension de solidarité.
- ¹⁰ Etats-Unis. Prestations d'assurance sociale. Les employeurs prennent en charge la totalité des prestations en cas de pneumoconiose pour les personnes ayant intégré la population active après 1973; le gouvernement prend en charge la totalité des coûts pour les personnes ayant intégré la population active avant 1974.
- ¹¹ Pays-Bas. Il n'y a pas de programme spécifique relatif aux accidents du travail. Les dispositions des législations de 1966 et de 1968 relatives aux prestations de maladie et de maternité et aux régimes de pensions d'invalidité (assurance sociale) s'appliquent à toutes les incapacités professionnelles ou non professionnelles. Ces programmes sont classifiés ici comme assurance sociale.

Tableau B.8 Prestations d'invalidité: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale et couverture de protection sociale effective (indicateur 1.3.1 des ODD pour les personnes lourdement handicapées)

Pays/Territoire	Régimes contributifs				Régimes non contributifs		Aucun programme inscrit dans la législation	Couverture effective (%) ^b	Données les plus récentes
	Assurance sociale	Caisse de prévoyance ^a	Retraites professionnelles obligatoires	Comptes individuels obligatoires	Universel (pas soumis à condition de ressources)	Assistance sociale (soumis à condition de ressources)			
Afrique									
<i>Afrique du Nord</i>									
Algérie	●							3,6	2015
Egypte	●						
Libye	●						
Maroc	●						
Soudan	●						
Tunisie	●							5,1	2015
<i>Afrique subsaharienne</i>									
Afrique du Sud						●		64,3	2015
Angola	●						
Bénin	●						
Botswana ¹					●		
Burkina Faso	●							0,1	2015
Burundi	●						
Cabo Verde	●				●		
Cameroun	●							0,1	2015
République centrafricaine	●						
Congo	●						
Côte d'Ivoire	●						
Djibouti							●
Ethiopie	●						
Gabon	●						
Gambie	●	●					
Ghana	●			● ²				...	...
Guinée	●						
Guinée-Bissau							●

Tableau B.8 Prestations d'invalidité: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale et couverture de protection sociale effective (indicateur 1.3.1 des ODD pour les personnes lourdement handicapées)

Pays/Territoire	Régimes contributifs				Régimes non contributifs		Aucun programme inscrit dans la législation	Couverture effective (%) ^b	Données les plus récentes
	Assurance sociale	Caisse de prévoyance ^a	Retraites professionnelles obligatoires	Comptes individuels obligatoires	Universel (pas soumis à condition de ressources)	Assistance sociale (soumis à condition de ressources)			
Guinée équatoriale	●						
Kenya				●			
Lesotho							●
Libéria	●					●	
Madagascar	●						
Malawi							●
Mali	●							0,6	2015
Maurice	●				●		
Mauritanie	●						
Mozambique	●					●		0,1	2015
Namibie	●				●		
Niger	●						
Nigéria				● ³				...	...
Ouganda		●					
République démocratique du Congo	●						
Rwanda	●						
Sao Tomé-et-Principe	●						
Sénégal	●						
Seychelles	●				●		
Sierra Leone	●						
Swaziland		●					
Tanzanie, République-Unie de	●						
Tchad	●						
Togo	●						
Zambie	●						
Zimbabwe ⁴	●						

Tableau B.8 Prestations d'invalidité: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale et couverture de protection sociale effective (indicateur 1.3.1 des ODD pour les personnes lourdement handicapées)

Pays/Territoire	Régimes contributifs				Régimes non contributifs		Aucun programme inscrit dans la législation	Couverture effective (%) ^b	Données les plus récentes
	Assurance sociale	Caisse de prévoyance ^a	Retraites professionnelles obligatoires	Comptes individuels obligatoires	Universel (pas soumis à condition de ressources)	Assistance sociale (soumis à condition de ressources)			
Amériques									
<i>Amérique latine et Caraïbes</i>									
Anguilla	●							32,1	2015
Antigua-et-Barbuda	●							11,1	2015
Argentine	●					●	
Bahamas	●					●	
Barbade	●					●	
Belize	●						
Bermudes	●		●		●			33,4	2015
Bolivie, Etat plurinational de				● ⁵	●			2,1	2015
Brésil	●					●		100,0	2015
Chili	●			● ⁶		●		100,0	2015
Colombie	●			● ⁷				6,0	...
Costa Rica	●					● ⁸		...	...
Cuba	●					●	
République dominicaine				● ⁹		●		...	...
Dominique	●						
El Salvador				● ¹⁰				...	...
Equateur	●					●		34,5	2015
Grenade	●						
Guadeloupe							●		
Guatemala	●							2,3	2015
Guyana	●						
Guyane française							
Haïti	●						
Honduras	●							15,4	2015
Iles Vierges britanniques	●						
Jamaïque	●					●		9,0	2015

Tableau B.8 Prestations d'invalidité: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale et couverture de protection sociale effective (indicateur 1.3.1 des ODD pour les personnes lourdement handicapées)

Pays/Territoire	Régimes contributifs				Régimes non contributifs		Aucun programme inscrit dans la législation	Couverture effective (%) ^b	Données les plus récentes
	Assurance sociale	Caisse de prévoyance ^a	Retraites professionnelles obligatoires	Comptes individuels obligatoires	Universel (pas soumis à condition de ressources)	Assistance sociale (soumis à condition de ressources)			
Martinique							●	...	...
Mexique	●			● ¹¹				...	...
Nicaragua	●							...	...
Panama	●			● ¹²				...	...
Paraguay	●							21,6	2015
Pérou	●			● ¹³		●		3,9	2015
Porto Rico							●	...	...
Sainte-Lucie	●							...	...
Saint-Kitts-et-Nevis	●					●		...	...
Saint-Vincent-et-les Grenadines	●							...	...
Trinité-et-Tobago	●					●		...	...
Uruguay	●			● ¹⁴		●		...	...
Venezuela, République bolivarienne du	●							28,3	2015
Amérique du Nord									
Canada	●							67,2	2015
Etats-Unis	●					●		100,0	2015
Etats arabes									
Arabie saoudite	●							...	...
Bahreïn	●							...	...
Iraq	●					●		...	...
Jordanie	●							...	...
Koweït	●							...	...
Liban	● ¹⁵							...	...
Oman	●							...	...
Qatar	●							6,5	2015
République arabe syrienne	●							...	...
Yémen	●							...	...

Tableau B.8 Prestations d'invalidité: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale et couverture de protection sociale effective (indicateur 1.3.1 des ODD pour les personnes lourdement handicapées)

Pays/Territoire	Régimes contributifs				Régimes non contributifs		Aucun programme inscrit dans la législation	Couverture effective (%) ^b	Données les plus récentes
	Assurance sociale	Caisse de prévoyance ^a	Retraites professionnelles obligatoires	Comptes individuels obligatoires	Universel (pas soumis à condition de ressources)	Assistance sociale (soumis à condition de ressources)			
Asie et Pacifique									
<i>Asie de l'Est</i>									
Chine	●							...	...
Corée, République de	●							5,8	2015
Hong-kong, Chine			● ¹⁶		●	●		...	...
Japon	●							55,7	2015
Mongolie	●					●		100,0	2015
Taiwan, Chine	●					●		...	...
<i>Asie du Sud-Est</i>									
Brunéi Darussalam		●			●			...	...
Cambodge	● ³³							0,7	2015
Indonésie	●	●						...	...
République démocratique populaire lao	●							...	...
Malaisie	●	●						...	...
Myanmar	●							0,4	2015
Philippines	●							3,1	2015
Singapour		●						...	...
Thaïlande ¹⁷	●							35,7	2015
Timor-Leste					●			21,3	2015
Viet Nam	●					●		9,7	2015
<i>Asie du Sud</i>									
Bangladesh						●		18,5	2015
Bhoutan		●						...	...
Inde ¹⁸	●	●				●		5,4	2015
Iran, République islamique d'	●							...	...
Maldives							●	...	...
Népal		●			● ¹⁹			...	...

Tableau B.8 Prestations d'invalidité: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale et couverture de protection sociale effective (indicateur 1.3.1 des ODD pour les personnes lourdement handicapées)

Pays/Territoire	Régimes contributifs				Régimes non contributifs		Aucun programme inscrit dans la législation	Couverture effective (%) ^b	Données les plus récentes
	Assurance sociale	Caisse de prévoyance ^a	Retraites professionnelles obligatoires	Comptes individuels obligatoires	Universel (pas soumis à condition de ressources)	Assistance sociale (soumis à condition de ressources)			
Pakistan	●						
Sri Lanka ²⁰		●						20,8	2015
Océanie									
Australie			● ²²		● ²¹			100,0	2015
Etats fédérés de Micronésie	●						
Fidji		●					
Kiribati		●					
Iles Marshall	●						
Iles Salomon		●					
Nouvelle-Zélande					●	●		80,3	2015
Palaos	●						
Papouasie-Nouvelle-Guinée			● ²³					...	...
Samoa		●					
Tonga							●
Tuvalu							●
Vanuatu		●					
Europe et Asie centrale									
Europe du Nord, du Sud et de l'Ouest									
Albanie	●				●		
Allemagne	●							73,6	2015
Andorre	●					●	
Autriche	●							93,3	2015
Belgique	●							100,0	2015
Bosnie-Herzégovine							●
Croatie	●			● ²⁴				...	...
Danemark	●							100,0	2015
Espagne	●					●		83,5	2015

Tableau B.8 Prestations d'invalidité: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale et couverture de protection sociale effective (indicateur 1.3.1 des ODD pour les personnes lourdement handicapées)

Pays/Territoire	Régimes contributifs				Régimes non contributifs		Aucun programme inscrit dans la législation	Couverture effective (%) ^b	Données les plus récentes
	Assurance sociale	Caisse de prévoyance ^a	Retraites professionnelles obligatoires	Comptes individuels obligatoires	Universel (pas soumis à condition de ressources)	Assistance sociale (soumis à condition de ressources)			
Estonie	●							100,0	2015
Ex-République yougoslave de Macédoine									
Finlande	●					●		100,0	2015
France	●							100,0	2015
Grèce	●							...	...
Guernesey	●					●		...	...
Ile de Man	●				●			...	...
Irlande	●					●		100,0	2015
Islande			●		● ²⁵			100,0	2015
Italie	● ²⁶							100,0	2015
Jersey	●							...	...
Kosovo							●	...	...
Lettonie	●				●			100,0	2015
Liechtenstein	●		●					...	...
Lituanie	●							100,0	2015
Luxembourg	●							100,0	2015
Malte	●				●			59,8	2015
Monaco	●							...	...
Monténégro	●					●		...	...
Pays-Bas	●				● ²⁷			100,0	2015
Norvège	●							100,0	2015
Portugal	●					●		89,2	2015
Royaume-Uni	●				●	●		100,0	2015
Saint-Marin	●			● ²⁸				...	...
Serbie	●							...	...
Slovénie	●							100,0	2015
Suède	●							100,0	2015
Suisse	●		●					100,0	2015

Tableau B.8 Prestations d'invalidité: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale et couverture de protection sociale effective (indicateur 1.3.1 des ODD pour les personnes lourdement handicapées)

Pays/Territoire	Régimes contributifs				Régimes non contributifs		Aucun programme inscrit dans la législation	Couverture effective (%) ^b	Données les plus récentes
	Assurance sociale	Caisse de prévoyance ^a	Retraites professionnelles obligatoires	Comptes individuels obligatoires	Universel (pas soumis à condition de ressources)	Assistance sociale (soumis à condition de ressources)			
Europe de l'Est									
Bélarus	●				● ²⁹			...	...
Bulgarie	●				●			100,0	2015
Hongrie	●							100,0	2015
Moldova, République de	●				●		
Pologne	●				● ³¹			100,0	2015
Roumanie	●			● ³²				100,0	2015
Russie, Fédération de	●				●			100,0	2015
Slovaquie	●							100,0	2015
République tchèque	●				● ³⁰			100,0	2015
Ukraine	●					●	
Asie centrale et occidentale									
Arménie	●					●		100,0	2015
Azerbaïdjan	●				●			100,0	2015
Chypre	●							26,5	2015
Géorgie					●			100,0	2015
Israël	●				●			90,4	2015
Kazakhstan	●					●		100,0	2015
Kirghizistan	●					●		75,9	2015
Ouzbékistan	●					●	
Tadjikistan	●					●	
Turkménistan	●					●	
Turquie	●							5,0	2015

Sources

Sources principales

«AISS (Association internationale de la sécurité sociale); SSA (Administration de la sécurité sociale des Etats-Unis). Diverses dates. Les programmes de sécurité sociale dans le monde (Genève et Washington, DC). Disponible à l'adresse <https://www.issa.int/fr/country-profiles> [consulté le 22 juin 2017].

BIT (Bureau international du Travail). Base de données du BIT sur la protection sociale dans le monde, fondée sur l'enquête sur la sécurité sociale (SSI). Disponible à l'adresse <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourcelid=54782> [consulté en juin 2017].

Autres sources

Commission européenne. Système d'information mutuelle sur la protection sociale (MISSOC). Base de données des tableaux comparatifs. Disponible à l'adresse http://www.missoc.org/index_fr.htm [consulté le 22 juin 2017].

Notes

... non disponible.

- ^a Caisse de prévoyance: sauf indication contraire, les prestations sont versées en une fois.
- ^b Couverture effective des personnes lourdement handicapées – pour plus de détails concernant la méthodologie, voir annexe II.
- ¹ Botswana. Prestations mensuelles en espèces de 90 BWP et paniers alimentaires mensuels de 450 BWP à 750 BWP à tous les résidents démunis, y compris à ceux dans l'incapacité de subvenir à leurs besoins du fait de leur âge, d'une invalidité ou d'une maladie chronique.
- ² Ghana. Versement unique équivalent à la valeur actualisée des cotisations totales avec intérêts.
- ³ Nigéria. La prestation est calculée d'après le solde du compte de la personne assurée et la durée de vie prévue. A la retraite, la personne assurée peut choisir entre des paiements annuels, mensuels ou trimestriels calculés en fonction de la durée de vie. La personne assurée peut retirer une partie de la somme du compte individuel si le solde restant est suffisant pour financer une rente ou des paiements périodiques.
- ⁴ Zimbabwe. De plus, conformément à la loi sur l'assistance sociale de 1998, le Département des affaires sociales fournit une assistance publique limitée aux personnes dans le besoin et dans l'incapacité de travailler, ainsi qu'aux personnes de 65 ans ou plus, ou invalides.
- ⁵ Bolivie, Etat plurinational de. La pension mensuelle est calculée d'après le salaire antérieur de la personne assurée. La compagnie d'assurance verse une cotisation mensuelle de 10 pour cent du salaire moyen de la personne assurée au cours des cinq dernières sur le compte individuel jusqu'à la retraite ou au décès. Si une personne assurée a été jugée invalide et qu'elle ne répond pas aux exigences d'éligibilité des prestations d'invalidité, elle peut utiliser le solde de son compte individuel plus les droits acquis dans le cadre du système d'assurance sociale (le cas échéant) pour financer une rente temporaire calculée d'après son salaire antérieur (rente mensuelle minimale juridiquement définie).
- ⁶ Chili. La pension mensuelle est un pourcentage du salaire antérieur de la personne assurée. Elle est financée par le compte individuel. (L'assurance en cas d'invalidité alimente le capital épargné sur le compte individuel si le solde est inférieur au minimum requis pour financer la pension d'invalidité permanente). Une pension d'invalidité minimale garantie ou une prestation complémentaire de sécurité sociale en cas d'invalidité (APS Invalidez) est versée si le solde du compte de la personne assurée est insuffisant pour financer la pension minimale.
- ⁷ Colombie. La prestation mensuelle est un pourcentage du salaire mensuel antérieur de la personne assurée. Un règlement forfaitaire est versé si la personne assurée ne répond pas aux exigences en matière de cotisations concernant la pension d'invalidité du compte individuel. Les personnes à faible revenu peuvent recevoir une prestation soumise à conditions de ressources de son compte individuel (Beneficios Economicos Periodicos – BEPS) si les cotisations ne dépassent pas un seuil défini.
- ⁸ Costa Rica. La prestation soumise à conditions de ressources est versée par l'intermédiaire du programme d'allocations familiales.

- ⁹ République dominicaine. La pension d'invalidité est un pourcentage du salaire antérieur de la personne assurée. Elle est financée par l'assurance-invalidité jusqu'à la retraite ou au décès. La compagnie d'assurance verse également une cotisation mensuelle sur le compte individuel de la personne assurée jusqu'à la retraite ou au décès. La pension d'invalidité cesse à l'âge normal de la retraite lorsque la personne assurée peut accéder au solde de son compte individuel pour financer une rente indexée sur les prix ou programmer des retraits.
- ¹⁰ El Salvador. La pension mensuelle est un pourcentage du salaire antérieur de la personne assurée. Une prestation minimale d'invalidité garantie est versée si le solde du compte individuel est insuffisant pour financer le minimum prescrit par la loi.
- ¹¹ Mexique. Les personnes assurées avant le 1^{er} juillet 1997 peuvent choisir de recevoir des prestations dans le cadre du compte individuel obligatoire ou de l'ancien système d'assurance sociale. La pension mensuelle du compte individuel est un pourcentage du salaire antérieur de la personne assurée. Une pension d'invalidité minimale garantie est versée si le solde du compte individuel est insuffisant pour financer la pension minimale fixée par la loi.
- ¹² Panama. Le solde du compte de la personne assurée divisé par une valeur actuarielle liée à l'espérance de vie est versé selon des retraits programmés. Si la pension d'invalidité de l'assurance sociale et du compte individuel réunis est inférieure au montant auquel la personne assurée aurait pu prétendre au titre de l'ancien système d'assurance sociale, l'assurance collective paie la différence.
- ¹³ Pérou. Lorsque les employés des secteurs public et privé entrent sur le marché du travail, ils peuvent choisir entre le système de compte individuel (SPP) et le système public d'assurance sociale (SNP). Les personnes assurées qui ne choisissent pas sont automatiquement rattachées au SPP. Les membres du SNP peuvent choisir de devenir membres du SPP, mais ne peuvent plus revenir en arrière. La pension versée dans le cadre du SPP est un pourcentage du salaire antérieur de la personne assurée et l'assurance-invalidité paie la différence si le solde du compte individuel est insuffisant pour financer la pension d'invalidité permanente à laquelle la personne assurée aurait pu prétendre.
- ¹⁴ Uruguay. La pension est un pourcentage du salaire antérieur de la personne assurée. Le solde du compte individuel est transféré vers une compagnie d'assurance qui reversera la pension.
- ¹⁵ Liban. La prestation est un versement unique.
- ¹⁶ Hong-kong, Chine. La pension professionnelle obligatoire est un fonds de prévoyance. A Hong-kong, les fonds de prévoyance obligatoires sont des fonds de pension professionnelle privés et ne doivent pas être confondus avec les caisses de prévoyance nationales publiques qui existent dans les autres pays.
- ¹⁷ Thaïlande. De plus, une prestation d'invalidité est versée en une fois par l'intermédiaire de la caisse nationale d'épargne, un régime volontaire pour les travailleurs indépendants de l'économie informel.
- ¹⁸ Inde. De plus, l'employeur verse une prestation d'invalidité en une fois dans le cadre du régime d'indemnité obligatoire.
- ¹⁹ Népal. La pension est versée aux personnes âgées de 16 ans minimum dont l'examen révèle une cécité ou la perte de l'usage des pieds ou des mains.

- ²⁰ Sri Lanka. De plus, les personnes employées dans les secteurs public et privé, notamment les apprentis et les travailleurs occasionnels, temporaires, contractuels ou à la tâche reçoivent une prestation complémentaire versée en une fois par l'intermédiaire d'un fonds fiduciaire obligatoire.
- ²¹ Australie. La pension d'aide en cas d'invalidité est soumise à conditions de richesses sauf si le bénéficiaire est malvoyant.
- ²² Australie. La pension d'invalidité est généralement versée en une fois. Sinon, les bénéficiaires peuvent choisir de recevoir des paiements de leur compte de pensions.
- ²³ Papouasie-Nouvelle-Guinée. La prestation d'invalidité professionnelle obligatoire (pension) est versée en une fois.
- ²⁴ Croatie. La pension est composée de la pension générale de l'assurance sociale en cas d'invalidité, qui est calculée en fonction de la couverture, et de la valeur du compte individuel obligatoire.
- ²⁵ Islande. La prestation est soumise à conditions de ressources.
- ²⁶ Italie. Paiement d'une assurance sociale et d'une pension à cotisations définies notionnelles (CDN). De plus, une allocation d'invalidité soumise à conditions de ressources est versée aux personnes ayant cotisé pendant au moins cinq ans, dont au moins trois pendant les cinq ans précédant la demande.
- ²⁷ Pays-Bas. La prestation d'invalidité non contributive est versée aux personnes dans l'incapacité de travailler pour cause de handicap ou maladie avant l'âge de 18 ans (ou 30 ans pour les étudiants inscrits pendant au moins six mois durant l'année précédant l'invalidité).
- ²⁸ Saint-Marin. La prestation est versée sous la forme d'une rente calculée d'après le solde du compte individuel.
- ²⁹ Bélarus. La pension sociale d'invalidité est versée aux citoyens sans emploi qui ne peuvent pas prétendre à la pension de l'assurance sociale en cas d'invalidité et qui sont invalides depuis l'enfance, ou qui sont âgés de moins de 18 ans et invalides.
- ³⁰ République tchèque. La pension pour les personnes invalides depuis l'enfance est versée aux personnes souffrant d'invalidité avant d'atteindre l'âge de 18 ans.
- ³¹ Pologne. La pension sociale en cas d'invalidité est versée aux personnes âgées de 18 ans ou plus qui étaient dans l'incapacité totale de travailler avant l'âge de 18 ans ou pendant leurs études à plein temps.
- ³² Roumanie. La prestation provenant du compte individuel est une pension mensuelle calculée d'après la valeur du capital épargné tout au long de la vie. Si la pension mensuelle calculée est inférieure au minimum mensuel prescrit, le paiement pourra être effectué sous la forme d'un versement unique ou d'une pension étalée sur cinq ans maximum.
- ³³ Cambodge. Seuls les fonctionnaires reçoivent une pension. Le programme est entièrement financé par le budget national. Un programme pour les travailleurs du secteur privé doit encore être mis en œuvre.

Tableau B.9 Pensions de vieillesse: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale

Pays/Territoire	Date de la première loi	Type de programme ^{a,1}	Age légal d'ouverture des droits à pension ^a		Taux de cotisation: vieillesse, invalidité, survivants ^a				Pourcentage estimé de la population d'âge actif bénéficiant d'une couverture ^a vieillesse prévue par la loi								
			Homme	Femme ²	Personne assurée	Employeur	Travailleur non salarié	Financement public	Total*		Régime contributif obligatoire		Régime contributif volontaire		Régime non contributif		
									Total	Femmes	Total	Femmes	Total	Femmes	Total	Femmes	
Afrique																	
<i>Afrique du Nord</i>																	
Algérie	1949	Assurance sociale	60	55	7,0	10,3	Système spécial	Pension minimale subventionnée									
		Pension non contributive soumise à conditions de ressources	60	60	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total	100,0	100,0	37,9	13,2	0,0	0,0	100,0	100,0	
Egypte	1950	Assurance sociale	60	60	10,0 + 3,0 (versements uniques)	15,0 + 3,0 (versements uniques)	s.o.	1,0% du salaire mensuel couvert plus coût de tout déficit									
		Pension non contributive soumise à conditions de pensions perçues (assistance sociale)	65	65	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total	100,0	100,0	29,3	10,0	0,0	0,0	70,7	90,0	
Libye	1957	Assurance sociale	65	60	3,8	10,5	15,7	0,75% des salaires couverts; subventions annuelles	41,8	20,1	41,8	20,1	0,0	0,0	0,0	0,0	
Maroc	1959	Assurance sociale	60	60	4,0	7,9	s.o.	Pas de contribution	29,7	10,2	29,7	10,2	...	...	0,0	0,0
Soudan	1974	Assurance sociale	60	60	8,0	17,0	25,0	Pas de contribution	42,2	19,9	42,2	19,9	0,0	0,0	0,0	0,0	
Tunisie	1960	Assurance sociale	60	60	4,7	7,8	Système spécial	Subventions versées dans les zones économiques à faible revenu pour promouvoir l'emploi des jeunes diplômés, des personnes handicapées et d'autres catégories de travailleurs	43,3	21,1	43,3	21,1	...	...	0,0	0,0

Tableau B.9 Pensions de vieillesse: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale

Pays/Territoire	Date de la première loi	Type de programme ^{a,1}	Age légal d'ouverture des droits à pension ^a		Taux de cotisation: vieillesse, invalidité, survivants ^a				Pourcentage estimé de la population d'âge actif bénéficiant d'une couverture ^a vieillesse prévue par la loi									
			Homme	Femme ²	Personne assurée	Employeur	Travailleur non salarié	Financement public	Total*		Régime contributif obligatoire		Régime contributif volontaire		Régime non contributif			
									Total	Femmes	Total	Femmes	Total	Femmes	Total	Femmes		
Afrique subsaharienne																		
Afrique du Sud	1928	Pension non contributive soumise à conditions de ressources (assistance sociale)	60	60	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total										
	1928	Pension non contributive soumise à conditions de ressources pour les anciens combattants (assistance sociale)	60	60	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total	100,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0		
Angola	1990	Assurance sociale	60	60	3,0	8,0	11,0 (8,0 en cas de prestation partielle)	Pas de contribution	60,0	50,5	60,0	50,5	0,0	0,0	0,0	0,0		
Bénin	1970	Assurance sociale	60	60	3,6 (10,0 en cas d'assuré volontaire)	6,4	s.o.	Pas de contribution	7,0	3,6	7,0	3,6	...	...	0,0	0,0		
Botswana	1996	Pension universelle non contributive	65	65	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total	100,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0		
Burkina Faso	1960	Assurance sociale	56-63 (selon la profession)	56-63 (selon la profession)	5,5	5,5	11,0	Pas de contribution	41,8	19,7	5,9	3,1	35,8	16,6	0,0	0,0		
Burundi	1956	Assurance sociale	60	60	4,0	6,0	s.o.	Pas de contribution	4,6	2,6	4,6	2,6	...	...	0,0	0,0		
Cabo Verde	1957	Assurance sociale	60	60	3,0 (+ 1,0 pour frais admin.)	7,0 (+ 1,0 pour frais admin.)	10,0 (+ 1,5 pour frais admin.)	Pas de contribution										
	2006	Pension non contributive soumise à conditions de pensions perçues	60	60	Pas de cotisation	Pas de cotisation	s.o.	Coût total	100,0	100,0	62,7	46,0	0,0	0,0	37,3	53,9		
République centrafricaine	1963	Assurance sociale	60	60	3,0	4,0	Sur une base volontaire	Pas de contribution	76,3	71,2	21,8	10,0	54,5	61,2	0,0	0,0		
Cameroun	1969	Assurance sociale	60	60	2,8	4,2	s.o.	Pas de contribution	17,4	9,4	17,4	9,4	0,0	0,0	0,0	0,0		
Congo	1962	Assurance sociale	57-65 (selon la profession)	57-65 (selon la profession)	4,0	8,0	12,0	Subventions annuelles si nécessaire	17,2	6,1	17,2	6,1	...	...	0,0	0,0		

Tableau B.9 Pensions de vieillesse: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale

Pays/Territoire	Date de la première loi	Type de programme ^{a,1}	Age légal d'ouverture des droits à pension ^a		Taux de cotisation: vieillesse, invalidité, survivants ^a				Pourcentage estimé de la population d'âge actif bénéficiant d'une couverture ^a vieillesse prévue par la loi							
			Homme	Femme ²	Personne assurée	Employeur	Travailleur non salarié	Financement public	Total*		Régime contributif obligatoire		Régime contributif volontaire		Régime non contributif	
									Total	Femmes	Total	Femmes	Total	Femmes	Total	Femmes
Côte d'Ivoire	1960	Assurance sociale	60	60	6,3	7,7	s.o.	Pas de contribution	14,0	5,2	14,0	5,2	0,0	0,0	0,0	0,0
Djibouti	1976	Assurance sociale	60	60	4,0	4,0	s.o.	Pas de contribution	31,9	12,6	31,9	12,6	0,0	0,0	0,0	0,0
Ethiopie	1963	Assurance sociale	60	60	7,0	11,0	18	Pas de contribution	57,5	45,8	31,2	24,4	26,3	21,3	0,0	0,0
Gabon	1963	Assurance sociale	55	55	2,5 (2,0 pour les contractuels)	5,0	Système spécial	Pas de contribution	41,9	33,3	41,9	33,3	0,0	0,0	0,0	0,0
Gambie	1978	Assurance sociale	60	60	Pas de cotisation	15,0	s.o.	Pas de contribution	10,7	8,4	10,7	8,4	...	...	0,0	0,0
	1981	Caisse de prévoyance	60	60	5,0	10,0	Sur une base volontaire	Pas de contribution								
Ghana	1972	Assurance sociale et prestation (unique) professionnelle obligatoire	60	60	5,5	13,0	11,0 (assurance sociale); 5,0 (professionnelle obligatoire); sur une base volontaire	Pas de contribution	68,1	58,0	13,0	7,4	48,7	50,6	0,0	0,0
Guinée	1958	Assurance sociale	55-65 (selon la profession)	55-65 (selon la profession)	2,5	10,0	s.o.	Pas de contribution	26,8	20,5	26,8	20,5	...	...	0,0	0,0
Guinée-Bissau	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Guinée équatoriale	1947	Assurance sociale	60	60	4,5	21,5	s.o.	Au moins 25% des recettes annuelles de sécurité sociale	57,9	51,3	57,9	51,3	0,0	0,0	0,0	0,0
Kenya	1965	Compte individuel obligatoire (fonds de pension) et caisse de prévoyance volontaire ³	60	60	6,0	6,0	200 KES par mois ou 4800 KES par an	Pas de contribution	100,0	100,0	67,1	62,1	0,0	0,0	32,9	37,9
	2006	Pension non contributive soumise à conditions de ressources	65	65	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total								
	2008	Pension non contributive soumise à conditions de ressources (Programme Filet de sécurité de lutte contre la faim – Pilote) ^c	55	55	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total								

Tableau B.9 Pensions de vieillesse: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale

Pays/Territoire	Date de la première loi	Type de programme ^{a1}	Age légal d'ouverture des droits à pension ^a		Taux de cotisation: vieillesse, invalidité, survivants ^a				Pourcentage estimé de la population d'âge actif bénéficiant d'une couverture ^a vieillesse prévue par la loi							
			Homme	Femme ²	Personne assurée	Employeur	Travailleur non salarié	Financement public	Total*		Régime contributif obligatoire		Régime contributif volontaire		Régime non contributif	
									Total	Femmes	Total	Femmes	Total	Femmes	Total	Femmes
Lesotho	2004	Pension non contributive universelle	70	70	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total	100,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0
Liberia	1975	Assurance sociale	60-65	60-65	3,0	3,0	5,0 sur une base volontaire	Pas de contribution								
	1975	Pension non contributive soumise à conditions de ressources et de pensions perçues (assistance sociale)	60-65	60-65	s.o.	s.o.	s.o.	Coût total	100,0	100,0	12,6	5,6	47,8	52,2	39,6	42,2
Madagascar	1969	Assurance sociale	60 (55 pour les marins de la marine marchande)	60 (55 pour les marins de la marine marchande)	1,0 (taux fixe pour les travailleurs domestiques à plein temps)	9,5 (taux fixe pour les travailleurs domestiques à plein temps)	s.o.	Pas de contribution	9,5	7,0	9,5	7,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Malawi ⁴	2011	Comptes individuels obligatoires (à mettre en œuvre)	...	...	...	...	...	...	27,9	21,7	27,9	21,7	0,0	0,0	0,0	0,0
Mali	1961	Assurance sociale	58	58	3,6	5,4	9,0 (selon 5 tranches de salaire) sur une base volontaire	Pas de contribution	51,8	42,9	8,6	2,8	43,2	40,1	0,0	0,0
Maurice	1950	Assurance sociale	63	63	3,0	6,0 (10,5 pour les meuniers et employeurs importants de l'industrie sucrière)	150-885 MUR par mois	Tout déficit	100,0	100,0	50,2	40,3	10,7	4,7	100,0	100,0
	1950	Universel	60	60	s.o.	s.o.	s.o.	Coût total								
Mauritanie	1965	Assurance sociale	60	60	1,0	8,0	s.o.	Pas de contribution	24,5	13,4	24,5	13,4	...	...	0,0	0,0
Mozambique	1989	Assurance sociale	60	55	3,0	4,0	7,0 sur une base volontaire	Pas de contributions								
	1992	Pension non contributive soumise à conditions de ressources (assistance sociale)	60	55	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total	100,0	100,0	50,9	36,0	...	...	49,1	64,0

Tableau B.9 Pensions de vieillesse: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale

Pays/Territoire	Date de la première loi	Type de programme ^{a,1}	Age légal d'ouverture des droits à pension ⁴		Taux de cotisation: vieillesse, invalidité, survivants ^a				Pourcentage estimé de la population d'âge actif bénéficiant d'une couverture ^a vieillesse prévue par la loi							
			Homme	Femme ²	Personne assurée	Employeur	Travailleur non salarié	Financement public	Total*		Régime contributif obligatoire		Régime contributif volontaire		Régime non contributif	
									Total	Femmes	Total	Femmes	Total	Femmes	Total	Femmes
Namibie	1956	Assurance sociale	60	60	0,9	0,9	1,8 sur une base volontaire	Tout déficit								
	1949, 1992	Pension non contributive universelle (assistance sociale)	60	60	s.o.	s.o.	s.o.	Coût total	100,0	100,0	38,4	28,9	...	...	100,0	100,0
	1965	Pensions non contributives pour les anciens combattants (assistance sociale)	55	55	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total								
Niger	1967	Assurance sociale	60 (58 pour les employés du secteur public)	60 (58 pour les employés du secteur public)	5,3	6,3	s.o.	Pas de contribution	4,8	1,6	4,8	1,6	...	...	0,0	0,0
Nigéria	1961	Comptes individuels obligatoires	50	50	8,0	10,0	s.o.	Subventionne la pension minimale								
	2012	Pension non contributive soumise à conditions de ressources (régime vieillesse Agba Osun, Etat d'Osun uniquement) ^c	...	...	s.o.	s.o.	s.o.	Coût total	34,3	25,4	34,3	25,4	...	...	0,0	0,0
Ouganda	1967	Caisse de prévoyance	55	55	5,0	10,0	s.o.	Pas de contribution								
	2011	Pension universelle non contributive soumise à conditions de pensions perçues	65 (60 dans la région de Karamoja)	65 (60 dans la région de Karamoja)	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total	100,0	100,0	16,5	10,9	...	...	100,0	100,0
République démocratique du Congo	1956	Assurance sociale	65	60	3,5	3,5	s.o.	Subvention annuelle, dans la limite d'un plafond	28,2	14,0	28,2	14,0	...	...	0,0	0,0
Rwanda	1956	Assurance sociale	60	60	3,0	3,0	6,0 sur une base volontaire	Pas de contribution	71,3	70,3	11,1	6,3	60,3	64,0	0,0	0,0

Tableau B.9 Pensions de vieillesse: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale

Pays/Territoire	Date de la première loi	Type de programme ^{a,1}	Age légal d'ouverture des droits à pension ^a		Taux de cotisation: vieillesse, invalidité, survivants ^a				Pourcentage estimé de la population d'âge actif bénéficiant d'une couverture ^a vieillesse prévue par la loi							
			Homme	Femme ²	Personne assurée	Employeur	Travailleur non salarié	Financement public	Total*		Régime contributif obligatoire		Régime contributif volontaire		Régime non contributif	
									Total	Femmes	Total	Femmes	Total	Femmes	Total	Femmes
Sao-Tomé-et-Principe	1979	Assurance sociale	60	60	6,0	8,0	14,0 (10,0% en cas de prestation partielle)	Subventions en cas de besoin	54,4	17,3	54,4	17,3	0,0	0,0	0,0	0,0
Sénégal	1975	Assurance sociale (régime général)	60	60	5,6	8,4	s.o.	Pas de contribution								
	1975	Assurance sociale (régime complémentaire pour les employés)	55	55	2,4	3,6	s.o.	Pas de contribution	23,9	16,7	23,9	16,7	...	...	0,0	0,0
Seychelles ⁵	1971	Assurance sociale	63	63	2,0	2,0	4,0	Pas de contributions								
	1971	Pension non contributive universelle	63	63	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total des impôts affectés	100,0	100,0	64,7	66,7	0,0	0,0	100,0	100,0
Sierra Leone	2001	Assurance sociale	60 (55 pour les militaires ou policiers)	60 (55 pour les militaires ou policiers)	5,0	10	15,0 sur une base volontaire	2,5-12,0 ⁶	67,6	67,6	6,4	3,6	61,2	64,0	0,0	0,0
Swaziland	1974	Caisse de prévoyance	50 (45 si l'emploi couvert prend fin)	50 (45 si l'emploi couvert prend fin)	5,0	5,0	s.o.	Pas de contribution								
	2005	Pension non contributive soumise à conditions de ressources et de pensions perçues (assistance sociale)	60	60	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total	100,0	100,0	32,6	22,3	67,4	77,7	67,4	77,7
Tanzanie, République-Unie de	1964	Assurance sociale	60	60	10,0	10,0-20,0	Montant négocié avec le régime d'affiliation	Pas de contribution	100,0	100,0	57,1	59,8	...	...	100,0	100,0
	2016	Pension non contributive universelle	70	70	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total								
Tchad	1977	Assurance sociale	60	60	3,5	5,0	s.o.	Pas de contribution	5,6	1,0	5,6	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Togo	1968	Assurance sociale	60	60	4,0	12,5	16,5	Pas de contribution	57,7	57,1	57,7	57,1	...	...	0,0	0,0

Tableau B.9 Pensions de vieillesse: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale

Pays/Territoire	Date de la première loi	Type de programme ^{a,1}	Age légal d'ouverture des droits à pension ^a		Taux de cotisation: vieillesse, invalidité, survivants ^a				Pourcentage estimé de la population d'âge actif bénéficiant d'une couverture ^a vieillesse prévue par la loi							
			Homme	Femme ²	Personne assurée	Employeur	Travailleur non salarié	Financement public	Total*		Régime contributif obligatoire		Régime contributif volontaire		Régime non contributif	
									Total	Femmes	Total	Femmes	Total	Femmes	Total	Femmes
Zambie	1966	Assurance sociale	55	55	5,0 (10,0 en cas d'assuré volontaire)	5,0	10,0 sur une base volontaire	Pas de contribution								
	2007	Pension non contributive soumise à conditions de ressources (transfert en espèces social, Katete – Pilote) ^c	60	60	s.o.	s.o.	s.o.	Coût total	48,1	35,9	12,0	5,5	36,1	30,3	0,0	0,0
Zimbabwe	1989	Assurance sociale	60	60	3,5	3,5	s.o.	Pas de contribution	27,2	31,4	27,2	31,4	0,0	0,0	0,0	0,0
Amériques																
<i>Amérique latine et Caraïbes</i>																
Antigua-et-Barbuda	1972	Assurance sociale	60	60	4,0	6,0	10,0	Pas de contribution								
	1993	Pension non contributive soumise à conditions de ressources et de pensions perçues	87 (60 pour les non-voyants ou invalides)	87 (60 pour les non-voyants ou invalides)	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total	100,0	100,0	59,8	56,9	0,0	0,0	40,2	43,1
Argentine ⁷	1904	Assurance sociale	65	60	11,0	10,17-12,71 (selon le type d'entreprise)	27,0	Participe au financement des pensions d'assurance sociale								
	1994	Pension non contributive soumise à conditions de ressources et de pensions (assistance sociale)	70	70	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total	100,0	100,0	57,9	49,8	...	...	42,1	50,2
Aruba	1960	Pension non contributive universelle	60	60	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total	100,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0
Bahamas	1956	Assurance sociale	65	65	3,9	5,9	6,8	Pas de contribution								
	1956	Pension non contributive soumise à conditions de ressources et de pensions	65	65	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total	100,0	100,0	76,2	72,2	...	...	23,8	27,8

Tableau B.9 Pensions de vieillesse: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale

Pays/Territoire	Date de la première loi	Type de programme ^{a1}	Age légal d'ouverture des droits à pension ^a		Taux de cotisation: vieillesse, invalidité, survivants ^a				Pourcentage estimé de la population d'âge actif bénéficiant d'une couverture ^a vieillesse prévue par la loi							
			Homme	Femme ²	Personne assurée	Employeur	Travailleur non salarié	Financement public	Total*		Régime contributif obligatoire		Régime contributif volontaire		Régime non contributif	
									Total	Femmes	Total	Femmes	Total	Femmes	Total	Femmes
Barbade	1966	Assurance sociale	66 et 6 mois	66 et 6 mois	5,93-6,75 (+ 0,1 pour le fonds en cas de catastrophe); 8,3 (en cas d'assurance volontaire)	5,93-6,75	13,5 (+0,1 pour le fonds en cas de catastrophe)	Pas de contribution	100,0	100,0	71,4	68,9	...	...	28,6	31,1
	1937	Pension non contributive soumise à conditions de pensions perçues (assistance sociale) ⁶⁶	66 et 6 mois	66 et 6 mois	2,0	2,0	2,0	Tout déficit								
Belize	1979	Assurance sociale	65	65	Les taux de cotisation varient selon 8 niveaux de salaires	Les taux de cotisation varient selon 8 niveaux de salaires	7,0	Pas de contribution								
	2003	Pension non contributive soumise à conditions de ressources (assistance sociale)	67	65	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Financé par le Conseil de sécurité sociale	100,0	100,0	67,0	44,5	...	...	33,0	55,5
Bermudes	1967	Assurance sociale	65	65	Taux fixe de 32,07 BMD	Taux fixe de 32,07 BMD	Taux fixe de 64,17 BMD	Pas de contribution								
	1998	Pension professionnelle obligatoire	65	65	5,0	5,0	10,0	Pas de contribution								
	1967	Pension non contributive soumise à conditions de pensions perçues (assistance sociale)	65	65	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total	...	...	...	...	...	...	...	...
Bolivie, Etat pluri-national de ⁸	1949	Compte individuel obligatoire et pensions de solidarité	55	50	12,71 (compte individuel) + 0,5-10 (pension de solidarité, selon 4 tranches de revenu)	Pas de cotisation (compte individuel) + 3 (pension de solidarité; 2 pour le secteur minier)	10,0+ 1,71 (invalidité et survivants)+ 0,5 (frais admin.)	Finance la valeur des droits accumulés dans le cadre du système d'assurance sociale et de l'indemnité funéraire	100,0	100,0	28,5	21,2	34,9	25,5	100,0	100,0
	1997	Pension non contributive universelle	60	60	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total								

Tableau B.9 Pensions de vieillesse: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale

Pays/Territoire	Date de la première loi	Type de programme ^{a,1}	Age légal d'ouverture des droits à pension ^a		Taux de cotisation: vieillesse, invalidité, survivants ^a				Pourcentage estimé de la population d'âge actif bénéficiant d'une couverture ^a vieillesse prévue par la loi							
			Homme	Femme ²	Personne assurée	Employeur	Travailleur non salarié	Financement public	Total*		Régime contributif obligatoire		Régime contributif volontaire		Régime non contributif	
									Total	Femmes	Total	Femmes	Total	Femmes	Total	Femmes
Brésil	1923	Assurance sociale (pension vieillesse)	65 (urbain), 60 (rural)	60 (urbain), 55 (rural)	Secteur urbain: 8,0-11,0 (selon 3 tranches de revenus); 20,0 (en cas d'assurance volontaire) Secteur rural: Pas de cotisation (prouver 60-180 mois d'activité en zone rurale)	Secteur urbain: 20,0 (2,75-7,83 pour les petites entreprises en fonction des revenus annuels et du secteur) Secteur rural: n.d	Secteur urbain: 20,0 Secteur rural: s.o.	Les impôts affectés financent les coûts admin. et tout déficit de l'assurance sociale	100,0	100,0	61,2	48,6	38,8	51,4	38,8	51,4
	1996	Pension non contributive soumise à conditions de ressources et de pensions (assistance sociale, pension vieillesse essentielle de solidarité)	65	65	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total								
Chili	1924	Assurance sociale	65	60	18,84-30,0 (selon la profession) + 1,39 (frais admin.)	Pas de cotisation	18,8	Coût total des droits accumulés dans le cadre du système d'assurance sociale								
	1980	Compte individuel obligatoire	65	60	10,0 + 1,39 (frais admin.)	1,0 (2,0 en cas de travail pénible) + 1,15 (invalidité et survivants)	10,0 + 1,15 (invalidité et survivants) + 1,39 (frais admin.)	Finance la prestation essentielle, et les prestations complémentaires de solidarité en cas de vieillesse et d'invalidité; subventionne les 24 premières cotisations des jeunes travailleurs	100,0	100,0	61,5	51,4	...	...	38,5	48,6
	2008	Pension non contributive soumise à conditions de ressources et de pensions	65	65	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total								

Tableau B.9 Pensions de vieillesse: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale

Pays/Territoire	Date de la première loi	Type de programme ^{a,1}	Age légal d'ouverture des droits à pension ^a		Taux de cotisation: vieillesse, invalidité, survivants ^a				Pourcentage estimé de la population d'âge actif bénéficiant d'une couverture ^a vieillesse prévue par la loi							
			Homme	Femme ²	Personne assurée	Employeur	Travailleur non salarié	Financement public	Total*		Régime contributif obligatoire		Régime contributif volontaire		Régime non contributif	
									Total	Femmes	Total	Femmes	Total	Femmes	Total	Femmes
Colombie ⁹	1946	Assurance sociale et compte obligatoire	62	57	4,0	12,0	15,9 (assurance sociale) ou 16 (compte individuel)	Finance en partie le Fonds de pension de solidarité et de garantie; subventionne les cotisations des travailleurs indépendants vulnérables.	100,0	100,0	68,1	56,6	...	...	31,9	43,4
	2003	Pension non contributive soumise à conditions de ressources (assistance sociale)	59	54	1,0-2,0 (selon le revenu)	Pas de cotisation	Cotisations volontaires	Coût restant								
Costa Rica	1941	Assurance sociale	65	65	2,8	5,1	7,9	0,58% du revenu brut de tous les travailleurs et indépendants								
	1941	Compte obligatoire	65	65	1,0 + 0,19 (frais admin.)	3,3	s.o.	Pas de contribution	100,0	100,0	59,2	43,4	0,0	0,0	40,8	56,6
	1974	Pension non contributive soumise à conditions de ressources et de pensions (assistance sociale) ⁶⁷	65	65	Pas de cotisation	5,0	Pas de cotisation	Subventions versées								
Cuba	1963	Assurance sociale	65	60	1,0 à 5,0	12,5 (secteur public); 14,5 (secteur privé)	Système spécial	Tout déficit								
	...	Pension non contributive soumise à conditions de ressources et de pensions (assistance sociale)	65	60	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total	100,0	100,0	51,0	41,2	0,0	0,0	49,0	58,8
République dominicaine ¹⁰	1947	Comptes individuels obligatoires	60	60	2,9	7,1	s.o.	Finance en partie la pension minimale garantie et la valeur des droits accumulés pour les personnes qui ont cotisé dans le cadre de l'ancien système d'assurance sociale	...	...	...	...	...	...	...	...
	...	Pension non contributive soumise à conditions de ressources (assistance sociale)	60	60	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total								

Tableau B.9 Pensions de vieillesse: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale

Pays/Territoire	Date de la première loi	Type de programme ^{a1}	Age légal d'ouverture des droits à pension ^a		Taux de cotisation: vieillesse, invalidité, survivants ^a				Pourcentage estimé de la population d'âge actif bénéficiant d'une couverture ^a vieillesse prévue par la loi							
			Homme	Femme ²	Personne assurée	Employeur	Travailleur non salarié	Financement public	Total*		Régime contributif obligatoire		Régime contributif volontaire		Régime non contributif	
									Total	Femmes	Total	Femmes	Total	Femmes	Total	Femmes
Dominique	1970	Assurance sociale	62	62	5,0	6,8	11,0	Pas de contribution	50,2	39,8	50,2	39,8	...	...	0,0	0,0
El Salvador ¹²	1953	Assurance sociale (disparition progressive) et compte individuel obligatoire	60	55	6,3	4,6	13,0	Coût total de la pension minimale garantie								
	2009	Pension non contributive soumise à conditions de ressources et de pensions (assistance sociale)	70	70	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total	100,0	100,0	36,0	21,9	20,2	19,8	43,7	58,1
Equateur ¹¹	1928	Assurance sociale	jusqu'à 70 ans (en fonction du nombre de mois cotisés)	jusqu'à 70 ans (en fonction du nombre de mois cotisés)	6,64 (secteur public); 8,64 (secteur privé)	1,10 (secteur privé); 3,1 (secteur public)	9,74 + 1 (pension spéciale d'invalidité)	40% des coûts relatifs aux pensions d'assurance sociale en cas de vieillesse, d'invalidité et de survivants	100,0	100,0	62,9	46,7	37,0	53,2	37,0	53,2
	2003	Pension non contributive soumise à conditions de ressources et de pensions (assistance sociale)	65	65	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total								
Grenade	1969	Assurance sociale	60	60	4,0	4,0 (+1,0 pour les moins de 16 ans ou les plus de 60 ans)	8,0 (6,75 en cas d'assuré volontaire)	Pas de contribution	51,9	41,8	51,9	41,8	...	...	0,0	0,0
Guadeloupe	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Guatemala	1969	Assurance sociale	60	60	1,8	3,7	5,5	25% du total des cotisations versées								
	2005	Pension non contributive soumise à conditions de ressources (assistance sociale)	65	65	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total	100,0	100,0	59,2	23,8	22,3	19,3	18,5	56,9

Tableau B.9 Pensions de vieillesse: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale

Pays/Territoire	Date de la première loi	Type de programme ^{a1}	Age légal d'ouverture des droits à pension ^a		Taux de cotisation: vieillesse, invalidité, survivants ^a				Pourcentage estimé de la population d'âge actif bénéficiant d'une couverture ^a vieillesse prévue par la loi							
			Homme	Femme ²	Personne assurée	Employeur	Travailleur non salarié	Financement public	Total*		Régime contributif obligatoire		Régime contributif volontaire		Régime non contributif	
									Total	Femmes	Total	Femmes	Total	Femmes	Total	Femmes
Guyana	1944	Assurance sociale	60	60	5,6	8,4 (+ 1,5 pour les moins de 16 ans ou les plus de 60 ans)	12,5	Couvre tout déficit	100,0	100,0	56,5	38,2	...	...	100,0	100,0
	1944	Pension non contributive universelle (assistance sociale)	65	65	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total								
Guyane française	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Haïti	1965	Assurance sociale	55	55	6,0	6,0	s.o.	Subventions en cas de besoin	7,0	4,7	7,0	4,7	...	...	0,0	0,0
Honduras ¹³	1959	Assurance sociale	65	60	2,5	3,5	4,0	Au moins 0,5% des cotisations du total des personnes assurées et de l'employeur	76,7	48,3	76,7	48,3	...	...	0,0	0,0
Iles Vierges britanniques	1979	Assurance sociale	65	65	3,3	3,3	8,5	Pas de contribution	79,6	71,1	79,6	71,1	...	...	0,0	0,0
Jamaïque	1965	Assurance sociale	65	64 et 9 mois	2,5 (100 JMD par semaine pour les travailleurs domestiques et les personnes assurées volontairement)	2,5 (100 JMD par semaine pour les travailleurs domestiques)	5,0	Pas de contribution	100,0	100,0	57,3	49,6	...	...	42,7	50,4
	2001	Pension non contributive soumise à conditions de ressources et de pensions	60	60	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total								
Martinique	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Mexique ¹⁴	1943	Assurance sociale et compte individuel obligatoire	65	65	1,125 + 0,625 (invalidité et survivants)	5,15 + 1,75 (invalidité et survivants)	6,275 + 2,375 (invalidité et survivants)	Subventionne les comptes individuels et finance la pension minimum garantie								
	2001	Pension non contributive soumise à conditions de pensions perçues (assistance sociale)	65	65	Pas de cotisation	Pas de cotisation		Coût total	100,0	100,0	44,0	31,7	17,2	12,0	38,8	56,3

Tableau B.9 Pensions de vieillesse: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale

Pays/Territoire	Date de la première loi	Type de programme ^{a,1}	Age légal d'ouverture des droits à pension ^a		Taux de cotisation: vieillesse, invalidité, survivants ^a				Pourcentage estimé de la population d'âge actif bénéficiant d'une couverture ^a vieillesse prévue par la loi							
			Homme	Femme ²	Personne assurée	Employeur	Travailleur non salarié	Financement public	Total*		Régime contributif obligatoire		Régime contributif volontaire		Régime non contributif	
									Total	Femmes	Total	Femmes	Total	Femmes	Total	Femmes
Nicaragua ¹⁵	1956	Assurance sociale	60	60	4,0	9,5	10	Pas de contribution	60,8	53,5	35,4	28,5	25,4	18,1	0,0	0,0
Panama	1941	Assurance sociale uniquement	62	57	9,3	4,3	13,5	Dépôt de 140 millions de NIO par an sur un fonds de réserve								
	2010	Assurance sociale et compte obligatoire	62	57	9,3	4,3	s.o.	0,8% des salaires de toutes les personnes assurées et subvention annuelle de 20,5 millions de NIO								
	2010	Compte obligatoire uniquement	62	57	s.o.	s.o.	13,5 (de 52% des salaires bruts annuels)	Pas de contribution	100,0	100,0	46,8	50,9	...	...	53,2	49,1
	2010	Pension non contributive soumise à conditions de ressources et de pensions (assistance sociale)	65	65	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total								
Paraguay	1943	Assurance sociale	60	60	9,0	14,0	12,5 + 0,5 (frais admin.)	1,5% des salaires bruts								
	2009	Pension non contributive soumise à conditions de ressources et de pensions (assistance sociale)	65	65	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total	100,0	100,0	41,2	33,0	29,0	25,0	29,8	42,0
Pérou ¹⁶	1936	Assurance sociale	65	65	13,0	Pas de cotisation	13,0	Coût de la pension minimale et subventions au besoin								
	1992	Compte obligatoire	65	65	10,0 (vieillesse) + 1,23 (invalidité et survivants) + 1,25 (frais admin.)	Pas de cotisation	10,0 (vieillesse) + 0,96 (invalidité et survivants) + 1,25 (frais admin.)	Finance la valeur des droits accumulés dans le cadre du système d'assurance sociale (pour ceux qui sont passés aux comptes individuels)	100,0	100,0	64,1	49,8	8,6	12,0	27,3	38,2
	2011	Pension non contributive soumise à conditions de ressources et de pensions (assistance sociale)	65	65	Pas de cotisation	Pas de cotisation		Coût total								

Tableau B.9 Pensions de vieillesse: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale

Pays/Territoire	Date de la première loi	Type de programme ^{a1}	Age légal d'ouverture des droits à pension ^a		Taux de cotisation: vieillesse, invalidité, survivants ^a				Pourcentage estimé de la population d'âge actif bénéficiant d'une couverture ^a vieillesse prévue par la loi							
			Homme	Femme ²	Personne assurée	Employeur	Travailleur non salarié	Financement public	Total*		Régime contributif obligatoire		Régime contributif volontaire		Régime non contributif	
									Total	Femmes	Total	Femmes	Total	Femmes	Total	Femmes
Porto Rico	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Sainte-Lucie	1970	Assurance sociale	65	65	5,0	5,0	Les cotisations varient selon les catégories de salaires	Pas de contribution	63,2	51,6	63,2	51,6	...	...	0,0	0,0
Saint-Kitts-et-Nevis	1968	Assurance sociale	62	62	5,0	5,0	10,0	Pas de contribution	100,0	100,0	56,9	35,1	...	...	43,1	64,9
	1998	Pension non contributive soumise à conditions de ressources et de pensions (assistance sociale)	62	62	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total								
Saint-Vincent-et-les Grenadines	1970	Assurance sociale	60	60	4,5	5,5	9,5	Pas de contribution	100,0	100,0	60,8	48,6	...	...	39,2	51,4
	2009	Pension non contributive soumise à conditions de ressources et de pensions (assistance sociale, prestation d'assistance aux personnes âgées)	75	75	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total								
	2009	Pension non contributive soumise à conditions de ressources et de pensions (assistance sociale, pension de vieillesse non contributive)	85	85	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total								
Suriname	1973	Pension non contributive universelle	60	60	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total	100,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0
Trinité-et-Tobago	1939	Assurance sociale	60	60	4,0 (11,4 en cas d'assuré volontaire)	8,0	s.o.	Pas de contribution	100,0	100,0	53,8	48,9	...	...	46,2	51,1
	...	Pension professionnelle obligatoire	60	60	5,0 ou 6,0 (selon le régime)	5,0 ou 6,0 (selon le régime)	s.o.	Pas de contribution								
	1939	Pension non contributive soumise à conditions de ressources (assistance sociale)	65	65	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total								

Tableau B.9 Pensions de vieillesse: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale

Pays/Territoire	Date de la première loi	Type de programme ^{a,1}	Age légal d'ouverture des droits à pension ^a		Taux de cotisation: vieillesse, invalidité, survivants ^a				Pourcentage estimé de la population d'âge actif bénéficiant d'une couverture ^a vieillesse prévue par la loi								
			Homme	Femme ²	Personne assurée	Employeur	Travailleur non salarié	Financement public	Total*		Régime contributif obligatoire		Régime contributif volontaire		Régime non contributif		
									Total	Femmes	Total	Femmes	Total	Femmes	Total	Femmes	
Uruguay ¹⁷	1995	Assurance sociale et compte obligatoire	60	60	15,0	Pas de cotisation	15,0	Pas de contribution									
	1829	Assurance sociale uniquement	60	60	15,0	7,5	15,0	Tout déficit									
	1919	Pension non contributive soumise à conditions de ressources (assistance sociale)	70	70	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total	100,0	100,0	69,5	61,8	0,7	13,5	29,8	24,7	
Venezuela, République bolivarienne du	1940	Assurance sociale	60	55	4,0 (secteur privé); 2,0 (secteur public)	9,0-11,0 (selon le degré évalué du risque)	13,0	Au moins 1,5% du salaire total couvert pour couvrir les frais admin.									
	2011	Pension non contributive soumise à conditions de ressources (assistance sociale)	60	55	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total	100,0	100,0	39,1	32,2	7,5	8,6	53,3	59,0	
Amérique du Nord																	
Canada ¹⁸	1952	Assurance sociale	65	65	4,95 (5,35 au Québec)	4,95 (5,35 au Québec)	9,9 (10,65 au Québec)	Pas de contribution									
	1927	Pension non contributive soumise à conditions de ressources	65	65	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total	100,0	100,0	75,7	72,2	0,0	0,0	100,0	100,0	
Etats-Unis	1935	Assurance sociale	66	66	6,2	6,2	12,4	Contribue au Fonds fiduciaire par les impôts affectés aux prestations de sécurité sociale									
	1935	Pension non contributive soumise à conditions de ressources (assistance sociale)	65	65	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total	100,0	100,0	73,6	67,8	...	...	26,4	32,2	
Etats arabes																	
Arabie saoudite	1969	Assurance sociale	58	53	9,0	9,0	18,0 sur une base volontaire	Tout déficit actuariel	20,8	7,9	17,1	7,7	3,7	0,2	0,0	0,0	
Bahreïn	1976	Assurance sociale	60	55	6,0 (15,0 en cas d'assuré volontaire)	9,0	15,0 sur une base volontaire	Pas de contribution	69,9	38,5	67,7	38,0	2,2	0,3	0,0	0,0	

Tableau B.9 Pensions de vieillesse: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale

Pays/Territoire	Date de la première loi	Type de programme ^{a1}	Age légal d'ouverture des droits à pension ^a		Taux de cotisation: vieillesse, invalidité, survivants ^a				Pourcentage estimé de la population d'âge actif bénéficiant d'une couverture ^a vieillesse prévue par la loi							
			Homme	Femme ²	Personne assurée	Employeur	Travailleur non salarié	Financement public	Total*		Régime contributif obligatoire		Régime contributif volontaire		Régime non contributif	
									Total	Femmes	Total	Femmes	Total	Femmes	Total	Femmes
Iraq	1956	Assurance sociale	60	55	4,1	9,9 (15,0 pour le secteur pétrolier)	s.o.	Subvention éventuelle								
	2014	Allocation non contributive soumise à conditions de ressources et de pensions (assistance sociale)	60	55	s.o.	s.o.	s.o.	Coût total	100,0	100,0	21,0	5,9	0,0	0,0	79,0	94,1
Jordanie	1978	Assurance sociale	60	55	6,5 (17,5 en cas d'assuré volontaire)	11,0 (+1,0 pour les professions dangereuses)	17,5	Tout déficit	35,5	13,4	35,5	13,4	...	...	0,0	0,0
Koweït ^{19,20}	1976	Assurance sociale: système élémentaire	51	51	5,0	10,0	5,0-15,0 (selon 27 tranches de revenu)	10,0-32,5								
	1992	Assurance sociale: système complémentaire	51	51	5,0	10,0	s.o.	10,0	71,0	46,1	71,0	46,1	0,0	0,0	0,0	0,0
	2014	Assurance sociale: système de rémunération	51	51	2,5	Pas de cotisation	2,5	5,0								
Liban	1963	Assurance sociale (versements uniques seulement)	60-64	60-64	Pas de cotisation	8,5	s.o.	Pas de contribution	30,7	18,7	30,7	18,7	0,0	0,0	0,0	0,0
Oman	1991	Assurance sociale	60	55	7,0	10,5	6,5-16,0 (selon le niveau de revenu)	5,5% du salaire mensuel; entre 4,0% et 13,5% pour les indépendants (selon le niveau de revenu; cotisations plus élevées pour le niveau de revenu le plus bas)	27,5	10,6	27,5	10,6	...	...	0,0	0,0
Qatar	2002	Assurance sociale	60	60	5,0	10,0	s.o.	Couvre les frais admin. et tout déficit	...	...	...	...	...	...	...	...
République arabe syrienne	1959	Assurance sociale	60	55	7,0	14,1	21,1	Pas de contribution	36,9	10,0	36,9	10,0	...	...	0,0	0,0
Yémen	1980	Assurance sociale	60	55	6,0	9,0	s.o.	Pas de contribution	25,8	8,6	25,8	8,6	0,0	0,0	0,0	0,0

Tableau B.9 Pensions de vieillesse: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale

Pays/Territoire	Date de la première loi	Type de programme ^{a,1}	Age légal d'ouverture des droits à pension ^a		Taux de cotisation: vieillesse, invalidité, survivants ^a				Pourcentage estimé de la population d'âge actif bénéficiant d'une couverture ^a vieillesse prévue par la loi							
			Homme	Femme ²	Personne assurée	Employeur	Travailleur non salarié	Financement public	Total*		Régime contributif obligatoire		Régime contributif volontaire		Régime non contributif	
									Total	Femmes	Total	Femmes	Total	Femmes	Total	Femmes
Asie et Pacifique																
Asie orientale																
Chine ^{21,22}	1951	Assurance sociale et compte obligatoire pour les travailleurs urbains (Régime élémentaire d'assurance vieillesse pour les travailleurs urbains)	60	60 (femmes qualifiées); 55 (femmes non qualifiées salariées); 50 (autres travailleuses)	Pas de cotisation (assurance sociale) ou 8 (comptes individuels)	Jusqu'à 20% des salaires (assurance sociale) ou Pas de cotisation (comptes individuels)	12 (assurance sociale) ou 8 (comptes individuels)	Les gouvernements central et local fournissent des subventions en cas de besoin	100,0	100,0	49,8	43,8	50,2	56,2	0,0	0,0
	2011	Régimes de pensions non contributives et compte individuel pour les résidents des zones rurales et des résidents urbains non salariés	60	60	Pas de cotisation (pensions non contributives) ou sur une base volontaire (comptes individuels)	s.o.	Pas de cotisation (pensions non contributives) ou sur une base volontaire (comptes individuels)	Au moins 70,0 CNY (financés par l'impôt) ou 50% des coûts, selon la région (pensions non contributives); 30 CNY (comptes individuels)								
Corée, République de	1973	Assurance sociale	61	61	4,5	4,5	9,0	Part des frais admin. de l'assurance sociale et cotisations pour certains groupes, y compris les personnes assurées au titre du service militaire	100,0	100,0	70,9	59,8	0,0	0,0	29,1	40,2
	2007	Pension non contributive soumise à conditions de ressources (assistance sociale)	65	65	s.o.	s.o.	s.o.	Coût total								

Tableau B.9 Pensions de vieillesse: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale

Pays/Territoire	Date de la première loi	Type de programme ^{a1}	Age légal d'ouverture des droits à pension ^a		Taux de cotisation: vieillesse, invalidité, survivants ^a				Pourcentage estimé de la population d'âge actif bénéficiant d'une couverture ^a vieillesse prévue par la loi									
			Homme	Femme ²	Personne assurée	Employeur	Travailleur non salarié	Financement public	Total*		Régime contributif obligatoire		Régime contributif volontaire		Régime non contributif			
									Total	Femmes	Total	Femmes	Total	Femmes	Total	Femmes		
Hong-kong, Chine	1995	Pension professionnelle obligatoire (fonds fiduciaires privés)	65	65	5,0	5,0	5,0	Pas de contribution										
	1973	Pension non contributive universelle (Fruit Money)	70	70	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total										
	1973	Pension non contributive soumise à conditions de ressources et de pensions	65	65	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total	100,0	100,0	68,7	62,3	0,0	0,0	100,0	100,0		
	1993	Pension non contributive soumise à conditions de ressources (assistance sociale, régime complet de sécurité sociale)	60	60	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total										
Japon ²³	1941	Assurance sociale (programme national des retraites)	65	65	16 260 JPY par mois	Pas de cotisation	16 260 JPY par mois	50,0% des coûts des prestations et du coût total d'administration										
	1954	Assurance sociale (assurance retraite des employés)	60 (59 pour les marins et les mineurs)	60 (59 pour les marins et les mineurs)	8,9	8,9	n.d (en général)	Coût total d'administration	98,0	92,4	97,5	92,3	...	...	0,0	0,0		
	...	Assistance publique	...	...	...	...	...	...				

Tableau B.9 Pensions de vieillesse: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale

Pays/Territoire	Date de la première loi	Type de programme ^{a,1}	Age légal d'ouverture des droits à pension ^a		Taux de cotisation: vieillesse, invalidité, survivants ^a				Pourcentage estimé de la population d'âge actif bénéficiant d'une couverture ^a vieillesse prévue par la loi							
			Homme	Femme ²	Personne assurée	Employeur	Travailleur non salarié	Financement public	Total*		Régime contributif obligatoire		Régime contributif volontaire		Régime non contributif	
									Total	Femmes	Total	Femmes	Total	Femmes	Total	Femmes
Mongolie ^{24,25}	1994	Assurance sociale: prestations déterminées (pour les personnes nées avant le 1 ^{er} janvier 1960), prestations déterminées ou régimes notionnels à cotisations définies (les personnes nées entre le 1 ^{er} janvier 1960 et le 31 décembre 1978 peuvent choisir entre les deux), régimes notionnels à cotisations définies (pour les personnes nées après le 1 ^{er} janvier 1979)	60	55	7,0	7,0	10,0	Tout déficit	100,0	100,0	42,1	37,7	0,0	0,0	57,9	62,3
	1995	Aide sociale: pension non contributive soumise à conditions de pensions perçues	60	55	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total								
Taïwan, Chine	1950	Assurance sociale: pension nationale	65	65	5,1	Pas de cotisation	5,1	3,4								
	1950	Assurance sociale: programme d'assurance du travail	60	60	1,8	6,7	5,7	0,95								
	1950	Compte individuel obligatoire	60	60	Jusqu'à 6,0 sur une base volontaire	Au moins 6,0	Jusqu'à 6,0 sur une base volontaire	Pas de contribution	100,0	100,0	40,6	32,2	13,5	12,1	45,9	55,7
	2007	Pension non contributive soumise à conditions de ressources et de pensions (assistance sociale)	65	65	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total								

Tableau B.9 Pensions de vieillesse: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale

Pays/Territoire	Date de la première loi	Type de programme ^{a,1}	Age légal d'ouverture des droits à pension ^a		Taux de cotisation: vieillesse, invalidité, survivants ^a				Pourcentage estimé de la population d'âge actif bénéficiant d'une couverture ^a vieillesse prévue par la loi							
			Homme	Femme ²	Personne assurée	Employeur	Travailleur non salarié	Financement public	Total*		Régime contributif obligatoire		Régime contributif volontaire		Régime non contributif	
									Total	Femmes	Total	Femmes	Total	Femmes	Total	Femmes
Asie du Sud-Est																
Brunéi	1955	Caisse de prévoyance	55	55	5,0	5,0	s.o.	Pas de contributions								
Darussalam	1955	Régime complémentaire de compte individuel	60	60	3,5	3,5	Taux fixe de 17,50 BND par mois	Tout déficit et cotisations supplémentaires pour les employés à faible revenu et les indépendants	100,0	100,0	62,5	50,6	3,2	2,0	100,0	100,0
	1984	Pension non contributive universelle	60	60	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total								
Cambodge ²⁶	1994	Assurance sociale	55	55	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Indonésie ^{27,28}	1977	Caisse de prévoyance (Jaminan Hari Tua)	56	56	2,0	3,7	s.o.	Pas de contribution								
	2004	Régime de retraite à prestations déterminées (travailleurs du secteur privé, Jaminan pensiun)	56	56	1,0	2,0	s.o.	Pas de contribution	69,7		65,9		3,8		0,0	0,0
	2006	Pension non contributive soumise à conditions de ressources (assistance sociale, Asistensi Sosial Usia Lanjut)	70 (60 en cas de maladie chronique)	70 (60 en cas de maladie chronique)	s.o.	s.o.	s.o.	Coût total								
République démocratique populaire lao	1999	Assurance sociale	60	55	2,5 (6,0 pour les fonctionnaires, policiers et militaires)	2,5	5,0 sur une base volontaire	Pas de contribution	80,5	85,8	13,8	13,8	66,7	72,0	0,0	0,0

Tableau B.9 Pensions de vieillesse: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale

Pays/Territoire	Date de la première loi	Type de programme ^{a1}	Age légal d'ouverture des droits à pension ^a		Taux de cotisation: vieillesse, invalidité, survivants ^a				Pourcentage estimé de la population d'âge actif bénéficiant d'une couverture ^a vieillesse prévue par la loi								
			Homme	Femme ²	Personne assurée	Employeur	Travailleur non salarié	Financement public	Total*		Régime contributif obligatoire		Régime contributif volontaire		Régime non contributif		
									Total	Femmes	Total	Femmes	Total	Femmes	Total	Femmes	
Malaisie ²⁹	1951	Assurance sociale	55	55	0,5 (selon 45 tranches de salaire)	0,5 (selon 45 tranches de salaire)	50-5000 MYR par mois	Pas de contribution									
		Caisse de prévoyance	55	55	8,0	13,0	s.o.	Verse 10% des cotisations jusqu'à 120 MYR par an pour les indépendants et les travailleurs domestiques	100,0	100,0	48,6	38,1	14,5	13,2	36,9	48,6	
	...	Pension non contributive soumise à conditions de ressources (assistance sociale)	60	60	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total									
Myanmar	2012	Assurance sociale	60	60	3,0	3,0	6,0	Pas de contribution	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Philippines	1954	Assurance sociale ¹	60	60	3,6	7,4	11,0	Tout déficit									
	2011	Pension non contributive soumise à conditions de ressources (assistance sociale)	60	60	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total	100,0	100,0	57,5	43,7	...	...	42,5	56,3	
Singapour	1953	Caisse de prévoyance	55	55	20,0	17,0	4,0-10,5 (en fonction de l'âge et du salaire)	Pas de contribution									
	2015	Soumis à conditions de ressources (assistance sociale, Silver Support Scheme)	65	65	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total	100,0	100,0	65,4	62,0	...	...	34,6	38,0	
Thaïlande ^{30,31}	1990	Assurance sociale: pension du secteur formel	55	55	3,0	3,0	Taux fixe annuel de 5184 THB	1% du salaire mensuel des personnes assurées									
	2011	Assurance sociale et caisse nationale d'épargne: pension du secteur informel	60	60	s.o.	s.o.	100 THB par mois sur une base volontaire	50%-100% des cotisations de l'assuré (en fonction de l'âge)	100,0	100,0	36,3	32,2	38,9	37,9	100,0	100,0	
	1993	Pension non contributive soumise à conditions de pensions perçues (assistance sociale)	60	60	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total									

Tableau B.9 Pensions de vieillesse: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale

Pays/Territoire	Date de la première loi	Type de programme ^{a1}	Age légal d'ouverture des droits à pension ^a		Taux de cotisation: vieillesse, invalidité, survivants ^a				Pourcentage estimé de la population d'âge actif bénéficiant d'une couverture ^a vieillesse prévue par la loi							
			Homme	Femme ²	Personne assurée	Employeur	Travailleur non salarié	Financement public	Total*		Régime contributif obligatoire		Régime contributif volontaire		Régime non contributif	
									Total	Femmes	Total	Femmes	Total	Femmes	Total	Femmes
Timor-Leste	2008	Pension non contributive universelle	60	60	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total								
	2012	Pension non contributive ³²	60	60	...	...	...	...	100,0	100,0	...	...	...	...	100,0	100,0
	2016	Assurance sociale	60	60	...	...	...	...				
Viet Nam ³³	1961	Assurance sociale	60	55	8,0	14,0	22,0 sur une base volontaire	Subventions en cas de besoin								
	2004	Pension non contributive soumise à conditions de ressources/ de pensions pour les personnes de plus de 80 ans	60, 80	60, 80	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total	100,0	100,0	33,1	27,6	66,9	72,4	66,9	72,4
Asie du Sud																
Bangladesh	1998	Pension non contributive soumise à conditions de ressources et de pensions	65	62	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total	2,8	1,5	2,8	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0
Bhoutan	1976	Caisse de prévoyance	56	56	5,0	5,0	s.o.	Pas de contribution	20,5	9,3	20,5	9,3	0,0	0,0	0,0	0,0
Inde	1952	Caisse de prévoyance	58	58	12,0	3,67 (+ 0,85 pour les coûts admin.)	s.o.	Pas de contribution								
	1952	Régime de retraite (assurance sociale)	58	58	Pas de cotisation	8,3	s.o.	1,16% du revenu de base des personnes assurées								
	...	Régime d'indemnités pour les travailleurs industriels (prestation unique - responsabilité de l'employeur)	...	...	Pas de cotisation	4,0	s.o.	Pas de contribution	100,0	100,0	10,4	0,8	...	...	87,5	95,4
	1995	Pension non contributive soumise à conditions de ressources (assistance sociale)	60	60	s.o.	s.o.	s.o.	Coût total								

Tableau B.9 Pensions de vieillesse: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale

Pays/Territoire	Date de la première loi	Type de programme ^{a,1}	Age légal d'ouverture des droits à pension ^a		Taux de cotisation: vieillesse, invalidité, survivants ^a				Pourcentage estimé de la population d'âge actif bénéficiant d'une couverture ^a vieillesse prévue par la loi							
			Homme	Femme ²	Personne assurée	Employeur	Travailleur non salarié	Financement public	Total*		Régime contributif obligatoire		Régime contributif volontaire		Régime non contributif	
									Total	Femmes	Total	Femmes	Total	Femmes	Total	Femmes
Iran, République islamique d'	1953	Assurance sociale	60	55	5,0 (9,5 pour les chauffeurs commerciaux)	14,0	18,0 (12,0 en cas de prestation partielle)	2,0% du salaire pour les personnes employées, indépendantes et assurées volontairement; 9,5% pour les chauffeurs commerciaux. Le gouvernement prend en charge les cotisations de l'employeur jusqu'à 5 employés par entreprise dans certains secteurs stratégiques	38,6	12,4	38,6	12,4	...	...	0,0	0,0
Maldives	2009	Assurance sociale	65	65	s.o.	s.o.	s.o.									
	2010	Pension non contributive soumise à conditions de pensions perçues (assistance sociale)	65	65	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total	...	...	...	...	...	...	...	...
Népal	1962	Caisse de prévoyance (employés du gouvernement; couverture volontaire pour les sociétés des plus de 10 employés)	58	58	10,0	10,0	s.o.	Pas de contribution	100,0	100,0	2,0	0,8	...	...	70,9	70,4
	1995	Pension non contributive soumise à conditions de pensions perçues (assistance sociale)	70 (60 dans certaines régions)	70 (60 dans certaines régions)	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total								
Pakistan	1976	Assurance sociale	60	55	1,0	5,0	s.o.	Pas de contribution	21,0	4,9	21,0	4,9	...	...	0,0	0,0
Sri Lanka	1958	Caisse de prévoyance	55	50	8,0	12,0	... (certains groupes couverts)	Pas de contribution	42,7	45,8	32,9	29,3	9,8	16,6	0,0	0,0
	1980	Fonds fiduciaire (pension complémentaire)	60	60	Pas de cotisation	3,0	Au moins 25 LKR par mois	Pas de contribution								

Tableau B.9 Pensions de vieillesse: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale

Pays/Territoire	Date de la première loi	Type de programme ^{a,1}	Age légal d'ouverture des droits à pension ^a		Taux de cotisation: vieillesse, invalidité, survivants ^a				Pourcentage estimé de la population d'âge actif bénéficiant d'une couverture ^a vieillesse prévue par la loi							
			Homme	Femme ²	Personne assurée	Employeur	Travailleur non salarié	Financement public	Total*		Régime contributif obligatoire		Régime contributif volontaire		Régime non contributif	
									Total	Femmes	Total	Femmes	Total	Femmes	Total	Femmes
Océanie																
Australie	1908	Système de pension professionnelle obligatoire (retraite)	56	56	Sur une base volontaire	9,5	Sur une base volontaire	Cocontribution: verse 0,50 AUD pour chaque 1,0 AUD de cotisations volontaires de la personne assurée de 20 AUD minimum à 500 AUD par an pour un revenu net jusqu'à 36021 AUD	100,0	100,0	62,4	60,8	12,8	5,8	24,8	33,4
	1908	Pension non contributive soumise à conditions de ressources	65	65	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total								
Etats fédérés de Micronésie ³⁵	1968	Assurance sociale	65	65	7,5	7,5	5,0	Pas de contribution	...	...	...	...	...	...	...	...
Fidji ³⁴	1966	Caisse de prévoyance	55	55	8,0	10,0	Cotisation annuelle d'au moins 84 FJD	Pas de contribution								
	2000	Pension non contributive soumise à conditions de pensions perçues (assistance sociale)	68	68	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total	100,0	100,0	31,0	36,0	...	...	69,0	64,0
Iles Cook	1966	Pension non contributive universelle	60	60	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total	100,0	100,0	...	...	0,0	0,0	100,0	100,0
Iles Marshall ³⁴	1967	Assurance sociale	60	60	7,0	7,0	14,0% de 75,0% du revenu brut	Pas de contribution	55,0	33,3	55,0	33,3	0,0	0,0	0,0	0,0
Iles Salomon ³⁴	1973	Caisse de prévoyance	50	50	5,0	7,5	... Sur une base volontaire	Pas de contribution	10,1	5,5	10,1	5,5	0,0	0,0	0,0	0,0
Kiribati ³⁴	1976	Caisse de prévoyance	50	50	7,5	7,5	Au moins 5 KID par mois	Pas de contribution	100,0	100,0	20,8	15,4	...	...	100,0	100,0
	2003	Pension non contributive universelle	65	65	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total								

Tableau B.9 Pensions de vieillesse: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale

Pays/Territoire	Date de la première loi	Type de programme ^{a,1}	Age légal d'ouverture des droits à pension ^a		Taux de cotisation: vieillesse, invalidité, survivants ^a				Pourcentage estimé de la population d'âge actif bénéficiant d'une couverture ^a vieillesse prévue par la loi							
			Homme	Femme ²	Personne assurée	Employeur	Travailleur non salarié	Financement public	Total*		Régime contributif obligatoire		Régime contributif volontaire		Régime non contributif	
									Total	Femmes	Total	Femmes	Total	Femmes	Total	Femmes
Niue	...	...	60	60	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Nouvelle-Zélande	1898	Pension non contributive universelle	65	65	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total	100,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0
Palaos ³⁶	1967	Assurance sociale	62	62	6,0	6,0	12,0	Pas de contribution	...	...	...	...	...	...	...	...
Papouasie-Nouvelle-Guinée ³⁴	1980	Système obligatoire de retraite professionnelle	55	55	6,0	8,4	Au moins 20,0 PGK par mois	Pas de contribution	...	...	...	...	...	...	...	...
	2009	Régime universel non contributif (régime de pension vieillesse et invalidité (New Ireland uniquement) ^c	60	60	...	...	...	...	6,2	34,7	6,2	34,7	32,6	36,3	0,0	0,0
Samoa ^{34,37}	1972	Caisse de prévoyance et option de rente annuelle	55	55	7,0	7,0	100-2000 WST par mois sur une base volontaire	Pas de contribution	...	...	...	...	...	...	...	...
	1990	Pension non contributive universelle (assistance sociale)	65	65	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total	100,0	100,0	21,4	15,1	9,0	10,5	100,0	100,0
Tonga	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Tuvalu	...	Pension non contributive	70	70	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total	100,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0
Vanuatu ³⁴	1986	Caisse de prévoyance	55	55	4,0	4,0	1000-10000 VUV par mois	Pas de contribution	100,0	100,0	20,5	15,2	79,5	84,8	0,0	0,0
Europe et Asie centrale																
<i>Europe du Nord, du Sud et de l'Ouest</i>																
Albanie	1947	Assurance sociale	65	60	8,8	12,8	21,6; taux fixe pour les travailleurs agricoles	Tout déficit; verse des cotisations à certains groupes.	...	...	...	...	...	...	...	...
	2015	Pension non contributive soumise à conditions de ressources et de pensions (assistance sociale)	70	70	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total	38,3	28,0	38,3	28,0	...	...	0,0	0,0

Tableau B.9 Pensions de vieillesse: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale

Pays/Territoire	Date de la première loi	Type de programme ^{a1}	Age légal d'ouverture des droits à pension ^a		Taux de cotisation: vieillesse, invalidité, survivants ^a				Pourcentage estimé de la population d'âge actif bénéficiant d'une couverture ^a vieillesse prévue par la loi							
			Homme	Femme ²	Personne assurée	Employeur	Travailleur non salarié	Financement public	Total*		Régime contributif obligatoire		Régime contributif volontaire		Régime non contributif	
									Total	Femmes	Total	Femmes	Total	Femmes	Total	Femmes
Allemagne	1889	Assurance sociale	65 et 5 mois (67 pour les personnes nées après 1963)	65 et 5 mois (67 pour les personnes nées après 1963)	9,3	9,3	18,7	Subventionne certaines prestations et prend en charge les cotisations des soignants non rémunérés pendant au moins 14 heures par semaine	100,0	100,0	76,4	72,0	23,5	27,9	0,1	0,1
	2003	Pension non contributive soumise à conditions de ressources (assistance sociale)	65	65	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total								
Andorre	1966	Assurance sociale	65	65	5,5	14,5	18,0	Tout déficit								
	1966	Pension non contributive soumise à conditions de ressources (assistance sociale)	65 (60 pour les personnes qui bénéficient d'une prestation aux survivants)	65 (60 pour les personnes qui bénéficient d'une prestation aux survivants)	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total	...	...	...	...	...	...	...	...
Autriche	1906	Assurance sociale	65	60	10,3	12,6	Système spécial	Subvention et coût des prestations en cas de soins et allocation soumise à conditions de revenu								
	1978	Pension non contributive soumise à conditions de ressources et de pensions (supplément compensatoire aux pensions de retraite autrichien)	65	60	...	...	...	...	72,9	68,7	72,9	68,7	0,0	0,0	0,0	0,0
Belgique	1900	Assurance sociale	65	65	7,5	8,9	s.o.	Subventions annuelles								
	2001	Pension non contributive soumise à conditions de ressources	65	65	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total	100,0	100,0	62,9	52,2	0,0	0,0	37,1	47,8

Tableau B.9 Pensions de vieillesse: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale

Pays/Territoire	Date de la première loi	Type de programme ^{a1}	Age légal d'ouverture des droits à pension ^a		Taux de cotisation: vieillesse, invalidité, survivants ^a				Pourcentage estimé de la population d'âge actif bénéficiant d'une couverture ^a vieillesse prévue par la loi							
			Homme	Femme ²	Personne assurée	Employeur	Travailleur non salarié	Financement public	Total*		Régime contributif obligatoire		Régime contributif volontaire		Régime non contributif	
									Total	Femmes	Total	Femmes	Total	Femmes	Total	Femmes
Bosnie-Herzégovine		Assurance sociale	65	65	17,0	7,0		...	...	...	...	...	...	...	...	...
Croatie ³⁸	1922	Assurance sociale et compte individuel obligatoire	65	61 et 6 mois	20,0	Pas de cotisation (sauf pour les employés affectés à des travaux pénibles et insalubres)	20,0	Prend en charge les cotisations de certaines catégories d'employés de l'Etat	51,8	49,3	51,8	49,3	0,0	0,0	0,0	0,0
Danemark ³⁹	1891	Assurance sociale	65	65	Montant fixe	Montant fixe	Montant fixe	Pas de contribution	100,0	100,0	70,3	69,2	...	...	100,0	100,0
	1891	Universel	65	65	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total								
Espagne	1919	Assurance sociale	65	65	4,7	23,6	Système spécial	Subvention annuelle	100,0	100,0	60,0	54,7	0,0	0,0	40,0	45,3
	1994	Pension non contributive soumise à conditions de ressources et de pensions (assistance sociale)	65	65	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total								
Estonie ⁴⁰	1924	Assurance sociale	63	63	Pas de cotisation	16,0	16,0	Allocations et compléments de retraite pour certaines catégories de personnes assurées; coût total des frais funéraires	100,0	100,0	62,9	73,2	...	...	37,1	26,8
	2004	Compte individuel obligatoire	63	63	2,0	4,0	4,0	Pas de contribution								
	...	Pension non contributive soumise à conditions de pensions perçues (assistance sociale)	63	63	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total								

Tableau B.9 Pensions de vieillesse: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale

Pays/Territoire	Date de la première loi	Type de programme ^{a1}	Age légal d'ouverture des droits à pension ^a		Taux de cotisation: vieillesse, invalidité, survivants ^a				Pourcentage estimé de la population d'âge actif bénéficiant d'une couverture ^a vieillesse prévue par la loi									
			Homme	Femme ²	Personne assurée	Employeur	Travailleur non salarié	Financement public	Total*		Régime contributif obligatoire		Régime contributif volontaire		Régime non contributif			
									Total	Femmes	Total	Femmes	Total	Femmes	Total	Femmes		
Finlande	1937	Pension professionnelle obligatoire (pension liée à la rémunération)	63-68 (retraite flexible)	63-68 (retraite flexible)	5,7	18,0	Système spécial	Pas de contribution										
	1937	Pension non contributive soumise à conditions de ressources (National Pension)	65	65	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total	100,0	100,0	70,7	69,3	0,0	0,0	29,3	30,7		
	2010	Pension non contributive soumise à conditions de ressources (pension de garantie)	65	65	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation											
France ^{a1}	1928	Assurance sociale	61 et 7 mois (âge minimum légal)	61 et 7 mois (âge minimum légal)	6,9 (vieillesse) + 0,35 (survivants)	8,55 (vieillesse) + 1,85 (survivants)	Système spécial	Subventions variables										
	1947	Régimes complémentaires obligatoires			3,0-8,0 (en fonction du régime)	4,65-12,75 (en fonction du régime)	s.o.	Pas de contribution	100,0	100,0	71,4	61,6	10,1	9,9	18,5	28,5		
	1956	Pension non contributive soumise à conditions de ressources	65	65	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total (part du revenu des contributions sociales généralisées (CSG))										
Grèce	1934	Assurance sociale (pension nationale de vieillesse et pension contributive)	67 (pension nationale); 62-67 (pension contributive, varie selon le montant des cotisations)	67 (pension nationale); 62-67 (pension contributive, varie selon le montant des cotisations)	6,67 (8,87 pour le travail dangereux et insalubre)	13,33 (14,73 pour le travail dangereux et insalubre)	20,0 (selon 14 catégories d'assurance)	Subvention annuelle garantie	100,0	100,0	49,0	43,5	...	...	51,0	56,5		
	1982	Pension non contributive soumise à conditions de ressources (assistance sociale)	65	65	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total										

Tableau B.9 Pensions de vieillesse: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale

Pays/Territoire	Date de la première loi	Type de programme ^{a1}	Age légal d'ouverture des droits à pension ^a		Taux de cotisation: vieillesse, invalidité, survivants ^a				Pourcentage estimé de la population d'âge actif bénéficiant d'une couverture ^a vieillesse prévue par la loi							
			Homme	Femme ²	Personne assurée	Employeur	Travailleur non salarié	Financement public	Total*		Régime contributif obligatoire		Régime contributif volontaire		Régime non contributif	
									Total	Femmes	Total	Femmes	Total	Femmes	Total	Femmes
Guernesey	1925	Assurance sociale	65	65	6,0 (9,9 pour les chômeurs)	6,5	10,5	15,0% des cotisations totales								
	1984	Pension non contributive soumise à conditions de ressources (assistance sociale)	60	60	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total	...	...	...	...	...	...	...	...
Ile de Man	1948	Assurance sociale	65	63	11,0 (taux fixe hebdomadaire de 14,10 GBP pour les assurés volontaires)	12,8	8,0% du salaire annuel + taux fixe hebdomadaire de 5,40 GBP	Pas de contribution								
	...	Pension non contributive soumise à conditions de ressources (assistance sociale)	80	80	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total des allocations soumises à conditions de ressources et autres prestations non contributives	...	...	...	...	...	...	...	...
Iles Féroé	...	Pension non contributive universelle	67	67	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total	...	...	...	...	...	...	...	...
Irlande	1908	Assurance sociale	66	66	4,0	8,5,10,75 (en fonction du salaire hebdomadaire des employés)	4,0	Tout déficit								
	1908	Pension non contributive soumise à conditions de ressources et de pensions (assistance sociale)	66	66	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total	100,0	100,0	67,0	60,8	0,0	0,0	33,0	39,2
Islande ⁴²	1909	Pension professionnelle obligatoire	67	67	4,0	8,0	12,0	Pas de contribution								
	1980	Pension non contributive soumise à conditions de ressources	67 (60 pour certains marins)	67 (60 pour certains marins)	Pas de cotisation	7,4	7,4	Tout déficit	100,0	100,0	91,8	88,2	0,0	0,0	100,0	100,0

Tableau B.9 Pensions de vieillesse: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale

Pays/Territoire	Date de la première loi	Type de programme ^{a1}	Age légal d'ouverture des droits à pension ^a		Taux de cotisation: vieillesse, invalidité, survivants ^a				Pourcentage estimé de la population d'âge actif bénéficiant d'une couverture ^a vieillesse prévue par la loi							
			Homme	Femme ²	Personne assurée	Employeur	Travailleur non salarié	Financement public	Total*		Régime contributif obligatoire		Régime contributif volontaire		Régime non contributif	
									Total	Femmes	Total	Femmes	Total	Femmes	Total	Femmes
Italie	1919, 1995	Assurance sociale (disparition progressive) et régime notionnel de cotisations	66 et 7 mois	62 et 7 mois	9,19 (9,89 pour les danseurs)	23,81 (25,81 pour les danseurs)	23,1	Tout déficit	100,0	100,0	58,5	48,8	...	...	41,5	51,2
	1969	Pension non contributive soumise à conditions de ressources et de pensions (assistance sociale)	65 et 7 mois	65 et 7 mois	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total	...	...	...	...	...	...	...	...
Jersey	1951	Assurance sociale	65	65	6,0	6,5	12,5	Pas de contribution	...	...	...	...	...	...	...	...
Kosovo ^b	2002	Pension non contributive universelle	65	65	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total	...	...	...	...	...	...	...	...
Lettonie	1922	Régime notionnel de cotisations et compte individuel obligatoire	62 et 9 mois	62 et 9 mois	10,5	23,6	30,6	Cotise pour certains groupes	...	...	...	...	...	...	...	...
	...	Pension non contributive soumise à conditions de pensions perçues (assistance sociale)	67 et 9 mois	67 et 9 mois	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total	100,0	100,0	76,3	70,3	23,7	29,7	23,7	23,7
Liechtenstein ⁴³	1952	Assurance sociale	64	64	4,6	12,8	Taux fixe plus pourcentage pour l'administration et les prestations d'invalidité	Verse 50 millions de francs par an	...	...	...	...	...	...	...	...
	1988	Pension professionnelle obligatoire	64	64	6,0 + 50,0% des frais admin.	8,0% de la masse salariale ou 6,0% du salaire de chaque employé assuré + 50,0% de frais admin.	Sur une base volontaire	Pas de contribution	...	...	...	...	...	...	...	...
Lituanie ⁴⁴	1922	Assurance sociale	63 et 4 mois	61 et 4 mois	3,0	23,3	26,3	Tout déficit	...	...	...	...	...	...	...	...
	1994	Pension non contributive soumise à conditions de pensions perçues (assistance sociale)	63 et 4 mois	61 et 4 mois	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total	100,0	100,0	68,9	71,3	...	...	31,0	28,6

Tableau B.9 Pensions de vieillesse: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale

Pays/Territoire	Date de la première loi	Type de programme ^{a1}	Age légal d'ouverture des droits à pension ^a		Taux de cotisation: vieillesse, invalidité, survivants ^a				Pourcentage estimé de la population d'âge actif bénéficiant d'une couverture ^a vieillesse prévue par la loi							
			Homme	Femme ²	Personne assurée	Employeur	Travailleur non salarié	Financement public	Total*		Régime contributif obligatoire		Régime contributif volontaire		Régime non contributif	
									Total	Femmes	Total	Femmes	Total	Femmes	Total	Femmes
Luxembourg	1911	Assurance sociale	65	65	8,0	8,0	16,0	8,0	70,0	60,8	70,0	60,8	0,0	0,0	0,0	0,0
Malte ⁴⁵	1956	Assurance sociale	62-65	62-65	10,0	10,0	28,73-63,86 EUR par semaine (selon le revenu)	50,0% de la valeur des cotisations totales								
	1956	Pension non contributive soumise à conditions de ressources et de pensions (assistance sociale)	60	60	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total	100,0	100,0	69,0	52,9	0,0	0,0	31,0	47,1
	1956	Pension universelle	75	75	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total								
Monaco	1944	Assurance sociale	65	65 (55) ²	6,6	7,0	Système spécial	Pas de contribution	...	...	...	...	...	...	...	...
Monténégro	1922	Assurance sociale	65	60	15,0	5,5	20,5	Tout déficit	...	...	...	...	...	...	...	...
Norvège ^{46,47}	1936	Assurance sociale (ancien système) et régime de retraite à cotisations définies	62 (flexible)	62 (flexible)	8,2	14,1	11,4	Tout déficit								
	1936	Pension non contributive soumise à conditions de ressources	67	67	...	...	...	...	100,0	100,0	77,0	74,9	0,0	0,0	23,0	25,1
Pays-Bas	1901	Assurance sociale et pension non contributive soumise à conditions de ressources (pension universelle, pension AOW)	65 et 6 mois	65 et 6 mois	17,9 (vieillesse) + 0,6 (survivants)	Pas de cotisation 5,7 (invalidité)	17,9 (vieillesse) + 0,6 (survivants)	Subvention pour augmenter toutes les prestations jusqu'au minimum social applicable; coût des pensions pour les personnes invalides depuis l'enfance	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0	0,0	100,0	100,0
Portugal	1935	Assurance sociale	66	66	11,0	23,8	29,6 (34,75 pour les entreprises individuelles et certains types de sociétés)	Financement partiel au moyen d'une part de la taxe sur la valeur ajoutée	100,0	100,0	68,3	64,4	...	...	31,7	35,6
	1980	Pension non contributive soumise à conditions de ressources et de pensions (assistance sociale)	66 et 2 mois	66 et 2 mois	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total								

Tableau B.9 Pensions de vieillesse: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale

Pays/Territoire	Date de la première loi	Type de programme ^{a1}	Age légal d'ouverture des droits à pension ^a		Taux de cotisation: vieillesse, invalidité, survivants ^a				Pourcentage estimé de la population d'âge actif bénéficiant d'une couverture ^a vieillesse prévue par la loi							
			Homme	Femme ²	Personne assurée	Employeur	Travailleur non salarié	Financement public	Total*		Régime contributif obligatoire		Régime contributif volontaire		Régime non contributif	
									Total	Femmes	Total	Femmes	Total	Femmes	Total	Femmes
Royaume-Uni ⁵¹	1908	Assurance sociale	65	63	12,0 (+ 2,0 pour les salaires élevés)	13,8	Taux fixe de 2,80 GBP par semaine + 9,0% des revenus annuels déclarés (+ 2,0 pour les revenus élevés)	Allocation du Trésor aux programmes contributifs pour tout déficit								
	1908	Pension non contributive soumise à conditions de ressources et de pensions (assistance sociale, crédit de pension)	65	65	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total de la pension vieillesse soumise à conditions de ressources et autres prestations non contributives	100,0	100,0	69,2	70,6	...	...	30,8	29,4
	1908	Pension non contributive soumise à conditions de ressources (assistance sociale, pension de vieillesse)	80	80	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total de la pension vieillesse soumise à conditions de ressources et autres prestations non contributives								
Saint-Marin ⁴⁸	1955	Assurance sociale et comptes individuels obligatoires	65	65	5,4 (assurance sociale) + 1,5 (compte individuel)	16,1 (assurance sociale) + 1,5 (compte individuel)	14,5-22 (assurance sociale, selon le niveau de revenu) + 3,0 (compte individuel)	5,0% des cotisations totales (cotisations plus élevées pour travailleurs agricoles) ou jusqu'à 25% pour couvrir tout déficit; subventions en cas de besoin	65,7	57,5	65,7	57,5	...	...	0,0	0,0
Serbie	1922	Assurance sociale	65	61	14,0	12,0	26,0	Garantit des prestations en espèces et couvre tout déficit	57,9	50,4	57,9	50,4	0,0	0,0	0,0	0,0
Slovénie ⁴⁹	1922	Assurance sociale	65	65	15,5	8,9	24,35 (15,5 pour certains agriculteurs)	Couvre les coûts pour les anciens combattants et certains groupes de personnes assurées; tout déficit	100,0	100,0	71,6	63,5	...	...	16,5	30,5
	1999	Pension non contributive soumise à conditions de ressources	68	68	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total								

Tableau B.9 Pensions de vieillesse: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale

Pays/Territoire	Date de la première loi	Type de programme ^{a,1}	Age légal d'ouverture des droits à pension ^a		Taux de cotisation: vieillesse, invalidité, survivants ^a				Pourcentage estimé de la population d'âge actif bénéficiant d'une couverture ^a vieillesse prévue par la loi							
			Homme	Femme ²	Personne assurée	Employeur	Travailleur non salarié	Financement public	Total*		Régime contributif obligatoire		Régime contributif volontaire		Régime non contributif	
									Total	Femmes	Total	Femmes	Total	Femmes	Total	Femmes
Suède ⁵⁰	1913	Régime notionnel de cotisations et compte individuel obligatoire	61 (flexible)	61 (flexible)	7,0 (vieillesse) + frais admin.	10,21 (vieillesse) + 4,85 (invalidité) + 1,17 (survivants)	17,21 + frais admin.	Le gouvernement prend en charge les cotisations fondées sur le revenu fictif des personnes bénéficiant des prestations de maladie et d'invalidité, de l'aide aux étudiants ou de prestations parentales en espèces	100,0	100,0	78,9	77,1	0,0	0,0	21,0	22,8
	1913	Pension non contributive soumise à conditions de ressources (assistance sociale)	65	65	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total								
Suisse	1946	Assurance sociale	65	64	4,2 (vieillesse) + 0,7 (invalidité)	4,2 (vieillesse) + 0,7 (invalidité)	4,2-7,8 (selon le niveau de revenu) + 0,75-1,4 (invalidité)	Les subventions fédérales annuelles couvrent 19,55% du coût des prestations de vieillesse et survivants et 37,7% du coût des prestations d'invalidité	100,0	100,0	100,0	100,0	...	...	100,0	100,0
	1982	Pension professionnelle obligatoire	65	64	7,0-18 (en fonction de l'âge)	Au moins égal à la cotisation de l'employé	Varie selon le fonds de pension	Pas de contribution								
	1946	Pension non contributive soumise à conditions de pensions perçues	65	64	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Fourni par les cantons								
Europe de l'Est																
Biélorus	1956	Assurance sociale	60	55	1,0	28,0 (les cotisations varient selon le secteur)	29,0	Coût des pensions pour le personnel militaire; fournit des subventions en cas de besoin								
	...	Pension non contributive soumise à conditions de pensions perçues (assistance sociale)	65	60	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total	100,0	100,0	70,9	67,6	0,0	0,0	29,1	32,4

Tableau B.9 Pensions de vieillesse: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale

Pays/Territoire	Date de la première loi	Type de programme ^{a1}	Age légal d'ouverture des droits à pension ^a		Taux de cotisation: vieillesse, invalidité, survivants ^a				Pourcentage estimé de la population d'âge actif bénéficiant d'une couverture ^a vieillesse prévue par la loi							
			Homme	Femme ²	Personne assurée	Employeur	Travailleur non salarié	Financement public	Total*		Régime contributif obligatoire		Régime contributif volontaire		Régime non contributif	
									Total	Femmes	Total	Femmes	Total	Femmes	Total	Femmes
Bulgarie	1924	Assurance sociale	63 et 10 mois	60 et 10 mois	7,9	9,9	12,8	Tout déficit								
	...	Compte individuel obligatoire	63 et 10 mois (plus tôt selon la profession)	60 et 10 mois (plus tôt selon la profession)	2,2	2,8	5,0	Pas de contribution								
	...	Pension non contributive soumise à conditions de ressources (assistance sociale)	70	70	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total								
Hongrie ⁵²	1928	Assurance sociale et compte individuel obligatoire (volontaire)	63 et 6 mois	63 et 6 mois	10,0	27,0	10,0	Tout déficit								
	1993	Pension non contributive soumise à conditions de pensions perçues (assistance sociale)	62	62	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total								
Moldova, République de	1956	Assurance sociale	62	57	6,0	23,0 (22,0 pour le secteur agricole)	Taux fixe annuel de 6372 MDL (1584 pour les propriétaires agricoles)	Pas de contribution								
	1956	Pension non contributive soumise à conditions de pensions perçues (assistance sociale)	62	57	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total								

Tableau B.9 Pensions de vieillesse: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale

Pays/Territoire	Date de la première loi	Type de programme ^{a,1}	Age légal d'ouverture des droits à pension ^a		Taux de cotisation: vieillesse, invalidité, survivants ^a				Pourcentage estimé de la population d'âge actif bénéficiant d'une couverture ^a vieillesse prévue par la loi									
			Homme	Femme ²	Personne assurée	Employeur	Travailleur non salarié	Financement public	Total*		Régime contributif obligatoire		Régime contributif volontaire		Régime non contributif			
									Total	Femmes	Total	Femmes	Total	Femmes	Total	Femmes		
Pologne ^{53,54}	1927	Assurance sociale ou - Régime notionnel de cotisations	65	60	9,76 (vieillesse) + 1,5 (invalidité et survivants)	9,75 (vieillesse) + 6,5 (invalidité et survivants)	19,52 (vieillesse) + 1,5 (invalidité et survivants)	Coût total de la pension minimale garantie; paie les cotisations retraite de certains groupes										
	1999	Régime notionnel de cotisations et compte individuel	65	60	Régimes notionnels à cotisations définies: 6,84 (vieillesse) + 1,5 (invalidité et survivants) Compte individuel: 2,92 (vieillesse) + 1,75 (frais admin.)	Régimes notionnels à cotisations définies: 9,75 (vieillesse) + 6,5 (invalidité et survivants) Compte individuel: pas de cotisation	Régimes notionnels à cotisations définies: 16,6 (vieillesse) + 1,5 (frais admin.) Compte individuel: 2,92 (vieillesse) + 1,75 (frais admin.)	Coût total de la pension minimale garantie	68,8	58,8	68,8	58,8	...	...	0,0	0,0		
	...	Pension non contributive soumise à conditions de ressources et de pensions perçues (assistance sociale)	65	60	...	...	...	...						
Roumanie	1912	Assurance sociale et comptes individuels obligatoires	65	60	5,4 (assurance sociale) + 5,1 (compte individuel) ou 10,5 (si assurance sociale uniquement)	15,8-25,8 (assurance sociale, varie selon la profession)	21,2 (assurance sociale) + 5,1 (compte individuel) ou 26,3 (si assurance sociale uniquement)	Tout déficit	58,3	48,1	58,3	48,1	...	...	0,0	0,0		
Fédération de Russie ⁵⁵	1922	Régime notionnel de cotisations	60	55	Pas de cotisation	22,0	Cotisation annuelle de 17 328,48 roubles	Pas de contribution										
	...	Pension non contributive soumise à conditions de pensions perçues (assistance sociale)	65	60	Pas de cotisation	Pas de cotisation		Coût total des pensions sociales. Les gouvernements régionaux et locaux peuvent financer les prestations complémentaires.	100,0	100,0	66,2	62,7	...	...	33,8	37,3		
Slovaquie ^{56,57}	1906	Assurance sociale et compte obligatoire	62	62	7,0	17,0 (assurance sociale) + 4,0 (compte individuel)	24,0 (assurance sociale) + 4,0 (compte individuel)	Tout déficit	65,4	58,7	65,4	58,7	0,0	0,0	0,0	0,0		

Tableau B.9 Pensions de vieillesse: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale

Pays/Territoire	Date de la première loi	Type de programme ^{a,1}	Age légal d'ouverture des droits à pension ^a		Taux de cotisation: vieillesse, invalidité, survivants ^a				Pourcentage estimé de la population d'âge actif bénéficiant d'une couverture ^a vieillesse prévue par la loi							
			Homme	Femme ²	Personne assurée	Employeur	Travailleur non salarié	Financement public	Total*		Régime contributif obligatoire		Régime contributif volontaire		Régime non contributif	
									Total	Femmes	Total	Femmes	Total	Femmes	Total	Femmes
République tchèque	1906	Assurance sociale	63	62 et 4 mois	6,5	21,5	28,0	Tout déficit	91,5	87,3	71,0	62,7	20,5	24,6	0,0	0,0
Ukraine	1922	Assurance sociale	60	57 et 6 mois	Pas de cotisation	22,0	22,0	Subventions en cas de besoin pour les gouvernements central et local								
		Pension non contributive soumise à conditions de ressources et de pensions perçues (assistance sociale)	63	60 et 6 mois	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût des prestations sociales fournies par l'Etat	100,0	100,0	60,8	56,1	...	...	39,2	43,9
Asie centrale et occidentale																
Arménie ⁵⁸	1956	Assurance sociale	63	63	Part de l'impôt sur le revenu	Pas de cotisation	Part de l'impôt sur le revenu	Subventions en cas de besoin								
	2014	Compte individuel obligatoire	63	63	5,0	Pas de cotisation	5,0	10,0	100,0	100,0	56,1	48,6	0,0	0,0	43,9	51,4
	...	Pension non contributive soumise à conditions de pensions perçues (assistance sociale)	65	65	s.o.	Pas de cotisation	s.o.	Coût total								
Azerbaïdjan	1956	Assurance sociale et régime notional de cotisations	63	60	3,0	22,0	20,0; 50,0 (secteur du commerce et de la construction)	Subventions versées								
	2006	Pension non contributive soumise à conditions de pensions perçues (assistance sociale)	67	62 (57)	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total	100,0	100,0	49,3	45,5	0,0	0,0	50,7	54,5
Chypre	1957	Assurance sociale	65 (63 pour les exploitants miniers)	65 (63 pour les exploitants miniers)	7,8 (13,0 en cas d'assuré volontaire)	7,8	14,6	4,6 (4,1 en cas d'assuré volontaire)	100,0	100,0	64,1	59,1	...	...	35,9	40,9
	1995	Pension non contributive soumise à conditions de pensions perçues (assistance sociale)	65	65	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total								

Tableau B.9 Pensions de vieillesse: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale

Pays/Territoire	Date de la première loi	Type de programme ^{a1}	Age légal d'ouverture des droits à pension ^a		Taux de cotisation: vieillesse, invalidité, survivants ^a				Pourcentage estimé de la population d'âge actif bénéficiant d'une couverture ^a vieillesse prévue par la loi							
			Homme	Femme ²	Personne assurée	Employeur	Travailleur non salarié	Financement public	Total*		Régime contributif obligatoire		Régime contributif volontaire		Régime non contributif	
									Total	Femmes	Total	Femmes	Total	Femmes	Total	Femmes
Géorgie	2006	Pension non contributive universelle	65	60	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total	100,0	100,0	...	...	...	...	100,0	100,0
Israël ^{59,60}	1953	Assurance sociale	70	68	0,22-3,85	1,30-2,04	3,09-5,21	Subventions								
	...	Pension non contributive soumise à conditions de ressources et de pensions (assistance sociale, pension spéciale de vieillesse pour les nouveaux immigrants)	67	62	s.o.	s.o.	s.o.	Coût total								
									100,0	100,0	62,6	61,0	0,0	0,0	37,4	39,0
	1980	Pension non contributive soumise à conditions de ressources (assistance sociale, aide au revenu)	...	...	s.o.	s.o.	s.o.	Coût total								
Kazakhstan	1991	Compte individuel obligatoire et pension de solidarité (assurance sociale)	63	58	10,0 (pas de cotisation pour la pension de solidarité)	Pas de cotisation (5,0 pour les emplois dangereux, pas de cotisation pour la pension de solidarité)	10,0 (pas de cotisation pour la pension de solidarité)	Pas de cotisation pour les comptes individuels; subventionne la pension de solidarité.								
	1991	Pension non contributive soumise à conditions de ressources et de pensions (assistance sociale, prestation sociale de l'Etat)	63	58	s.o.	s.o.	s.o.	Coût total	100,0	100,0	70,6	69,2	0,0	0,0	100,0	100,0
	1997	Pension non contributive universelle (pension essentielle de l'Etat)	63	58	s.o.	s.o.	s.o.	Subventions en cas de besoin								

Tableau B.9 Pensions de vieillesse: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale

Pays/Territoire	Date de la première loi	Type de programme ^{a1}	Age légal d'ouverture des droits à pension ^a		Taux de cotisation: vieillesse, invalidité, survivants ^a				Pourcentage estimé de la population d'âge actif bénéficiant d'une couverture ^a vieillesse prévue par la loi							
			Homme	Femme ²	Personne assurée	Employeur	Travailleur non salarié	Financement public	Total*		Régime contributif obligatoire		Régime contributif volontaire		Régime non contributif	
									Total	Femmes	Total	Femmes	Total	Femmes	Total	Femmes
Kirghizistan	1922	Assurance sociale, régime notionnel de cotisations et compte individuel obligatoire	63	58	8,0 (assurance sociale et régime notionnel de cotisations) + 2,0 (compte individuel)	15,25 (0,25 pour les activités d'amélioration de la santé des employés)	9,3	Pas de contribution	100,0	100,0	57,0	28,2	0,0	0,0	43,0	71,8
	1922	Pension non contributive soumise à conditions de pensions perçues (assistance sociale)	63	58	s.o.	s.o.	s.o.	Coût total								
Ouzbékistan ⁶⁵	1956	Assurance sociale	60	55	7,5	25,0 (15,0 pour les PME)	Cotisation mensuelle correspondant au moins au salaire minimum	Subventions en cas de besoin								
	1956	Compte individuel obligatoire	60	55	1,0	Pas de cotisation	1,0	Pas de contribution	100,0	100,0	45,0	37,0	13,9	9,5	41,1	53,5
	...	Pension non contributive soumise à conditions de ressources et de pensions perçues	60	55	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total								
Tadjikistan ⁶¹	1993	Assurance sociale: régime notionnel de cotisations	63	58	Pas de cotisation	25,0	20,0	Pas de contribution								
	1999	Compte individuel obligatoire	63	58	1,0	Pas de cotisation	s.o.	Pas de contribution	100,0	100,0	64,1	56,2	0,0	0,0	35,9	43,8
	1993	Pension non contributive soumise à conditions de pensions perçues (assistance sociale)	63	58	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Fournit des subventions partielles; les autorités locales peuvent fournir des prestations complémentaires provenant de leur propre budget								

Tableau B.9 Pensions de vieillesse: caractéristiques essentielles des principaux programmes de sécurité sociale

Pays/Territoire	Date de la première loi	Type de programme ^{a,1}	Age légal d'ouverture des droits à pension ^a		Taux de cotisation: vieillesse, invalidité, survivants ^a				Pourcentage estimé de la population d'âge actif bénéficiant d'une couverture ^a vieillesse prévue par la loi									
			Homme	Femme ²	Personne assurée	Employeur	Travailleur non salarié	Financement public	Total*		Régime contributif obligatoire		Régime contributif volontaire		Régime non contributif			
									Total	Femmes	Total	Femmes	Total	Femmes	Total	Femmes		
Turquie ⁶²	1949	Assurance sociale	60	58	9,0	11,0	20,0	25,0% des cotisations totales prélevées										
	1976	Pension non contributive soumise à conditions de ressources (assistance sociale)	65	65	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total	100,0	100,0	35,2	31,9	...	...	64,8	68,1		
Turkménistan ^{63,64}	1956	Assurance sociale: régime notional de cotisations	62	57	Pas de cotisation	20,0 (+3,0 pour les emplois dangereux)	10,0% du salaire minimum (les taux varient d'un emploi à l'autre)	Subventions en cas de besoin										
	...	Pension non contributive soumise à conditions de ressources et de pensions (assistance sociale)	62	57	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Pas de cotisation	Coût total	100,0	100,0	50,0	65,9	0,0	0,0	56,2	34,1		

Sources

Source principale

AISS (Association internationale de la sécurité sociale); SSA (Administration de la sécurité sociale des États-Unis). Diverses dates. Les programmes de sécurité sociale dans le monde (Genève et Washington, DC). Disponible à l'adresse <http://www.ssa.gov/policy/docs/progdesc/ssptw/> [consulté le 31 mai 2017].

BIT (Bureau international du Travail). Base de données du BIT sur la protection sociale dans le monde, fondée sur l'enquête sur la sécurité sociale (SSI). Disponible à l'adresse <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=54606> [consulté en juin 2017].

Autres sources

HelpAge International. Base de données de HelpAge sur les pensions non contributives. Disponible à l'adresse <http://www.pension-watch.net/about-social-pensions/about-social-pensions/social-pensions-database/> [consulté le 29 mai 2017].

BIT (Bureau international du Travail). Base de données de l'OIT sur les statistiques du travail (ILOSTAT). Disponible à l'adresse <http://www.ilo.org/ilostat/> [consulté le 1^{er} juin 2017].

Instituts nationaux de statistique. Diverses dates. Données et rapports d'enquêtes sur la population active ou d'enquêtes auprès des ménages ou des entreprises. Disponible à l'adresse http://laborsta.ilo.org/links_content_E.html#m2 [consulté le 1^{er} juin 2017].

Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales. 2015. Perspectives de la population mondiale: révision 2015 (New York). Disponible à l'adresse <https://esa.un.org/unpd/wpp/> [consulté le 1^{er} juin 2017].

Notes

s.o. sans objet.

... non disponible.

* Ce tableau est complémentaire au tableau B.10: Régimes de pensions de vieillesse non contributifs: caractéristiques et indicateurs principaux (<http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=54607>).

^a Voir notes et définitions à l'adresse <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=54606>.

^b Au sens de la résolution 1244 (1999) du Conseil de sécurité de l'ONU.

^c Programme pas inscrit dans la législation nationale.

¹ Le départ avant l'âge normal de la retraite est possible dans plusieurs pays pour les salariés qui ont vieilli prématurément en raison de conditions de travail pénibles ou insalubres.

² Dans plusieurs pays et sous certaines conditions, les femmes peuvent bénéficier d'un départ à la retraite anticipé au titre de l'éducation des enfants.

³ Kenya. Type de régime: la loi de 2013 sur la Caisse nationale de sécurité sociale a instauré une caisse de retraite et un nouveau fonds de prévoyance. L'affiliation à la caisse de retraite est obligatoire pour tous les salariés âgés de 18 à 60 ans. Les membres de l'ancien fonds de prévoyance ont été affiliés d'office à la caisse de retraite; les montants versés à l'ancien fonds de prévoyance y restent. L'adhésion au nouveau fonds de prévoyance est volontaire. Les proportions indiquées ici concernent les deux régimes pris ensemble (caisse de retraite et fonds de prévoyance).

- ⁴ Malawi. La loi concernant la retraite de mars 2011 a instauré un régime de comptes individuels d'épargne retraite obligatoire pour les travailleurs du secteur privé dont le salaire est supérieur à un certain seuil. Cette loi n'est pas encore entrée en vigueur.
- ⁵ Seychelles. Une allocation de vieillesse (provenant de l'assurance sociale) est versée si l'assuré ne remplit pas les conditions de cotisation à la retraite.
- ⁶ Sierra Leone. 2,5 pour cent du revenu mensuel; 10 pour cent pour les fonctionnaires et les enseignants; 12 pour cent pour les militaires et les agents de police.
- ⁷ Argentine. De 1994 à la fin de 2008, le système de retraite était un régime mixte à deux piliers: tous les travailleurs étaient affiliés au régime de base par répartition; pour le second pilier, ils avaient le choix entre un régime par capitalisation ou un régime par répartition à prestations définies. Une loi de 2008 a supprimé le système par capitalisation et transféré tous les travailleurs et le solde de leurs comptes individuels au nouveau système par répartition à un seul pilier. Argentina.
- ⁸ Bolivie, Etat plurinational de. En 1997, tous les cotisants actifs ont été transférés à un régime d'épargne retraite obligatoire géré par le privé. En 2008, une nouvelle pension universelle (Renta Dignidad) a remplacé le Bonosol (en vigueur de 1996 à 2008 pour tous les ressortissants boliviens résidant dans le pays et âgés de plus de 65 ans).
- ⁹ Colombie. Une pension de vieillesse à titre familial est versée aux couples ayant atteint l'âge de la retraite qui ont insuffisamment cotisé et sont classés dans les catégories 1 ou 2 du SISBEN (ménages pauvres). L'assistance sociale est financée par 1-2 pour cent du total des salaires ouvrant droit à pension du régime contributif.
- ¹⁰ République dominicaine. Le régime de retraite par répartition des salariés du privé est abandonné progressivement et n'est plus ouvert aux nouveaux actifs depuis 2003. Il couvre les travailleurs du secteur privé qui étaient âgés de plus de 45 ans en 2003 et qui ont choisi de rester dans le régime public et les retraités du secteur privé ayant liquidé leur retraite avant juin 2003. Les fonctionnaires ayant choisi de ne pas adhérer au régime par capitalisation restent couverts par le régime spécial des fonctionnaires. La prise en charge des cotisations de retraite par capitalisation pour les travailleurs indépendants et d'autres groupes vulnérables n'est pas encore entrée en vigueur.
- ¹¹ Equateur. Le système de comptes individuels prévu par la loi de 2001 en complément du régime d'assurance retraite de base n'est pas entré en vigueur.
- ¹² El Salvador. Les assurés qui étaient âgés de plus de 55 ans (hommes) ou de 50 ans (femmes) en 1998 et les travailleurs qui avaient plus de 36 ans cette même année et n'avaient pas choisi d'adhérer au système de comptes individuels sont couverts par l'ancien régime d'assurance retraite. L'Etat finance le régime par répartition ainsi que des obligations indexées pour les assurés qui avaient cotisé à l'ancien régime de retraite. Les obligations équivalent aux cotisations de l'assuré à l'ancien régime de retraite plus les intérêts.
- ¹³ Honduras. Le système de comptes individuels obligatoires pour les travailleurs gagnant plus de 8882,30 HNL par mois n'est pas encore entré en vigueur. Les personnes gagnant moins de ce montant peuvent cotiser volontairement aux comptes individuels.
- ¹⁴ Mexique. L'Etat verse une contribution équivalant à 0,225 pour cent de la rémunération ouvrant droit à pension plus une somme forfaitaire moyenne de 4,21 MXN (2013) sur les comptes individuels pour chaque jour de cotisation des travailleurs gagnant jusqu'à 15 fois le salaire minimum légal mensuel; pour les prestations d'invalidité et de survivant, 0,125 pour cent des revenus ouvrant droit à pension; il finance la pension minimale garantie.
- ¹⁵ Nicaragua. Les victimes de guerre, les mineurs, les personnes âgées et les handicapés dans le besoin bénéficient de régimes spéciaux (non contributifs).
- ¹⁶ Pérou. Les nouveaux actifs des secteurs public et privé peuvent choisir de cotiser au système de comptes individuels (SPP) ou au régime public d'assurance retraite (SNP). Ils sont affiliés par défaut au SPP. Il y a possibilité de passer du SNP au SPP, mais ce choix n'est révoquant qu'à certaines conditions.
- ¹⁷ Uruguay. Système mixte (régime public par répartition et régime privé par capitalisation). L'affiliation au régime privé est obligatoire pour les salariés et les indépendants nés après le 1^{er} avril 1956 et percevant des revenus mensuels supérieurs à 39871 UYU et volontaire pour les salariés et les indépendants qui gagnent moins de ce montant. Les autres travailleurs sont uniquement couverts par le régime public d'assurance retraite.
- ¹⁸ Canada. Le Régime de pensions du Canada verse une prestation après-retraite aux retraités qui continuent de travailler. Les personnes âgées de 60 à 64 ans qui travaillent doivent obligatoirement verser des cotisations au Régime de pensions du Canada. Ces cotisations sont facultatives pour les 65-70 ans (l'employeur lui est tenu de cotiser). Au Québec, les retraités qui travaillent doivent continuer de cotiser au Régime de rentes du Québec quel que soit leur âge.
- ¹⁹ Koweït. Le régime public d'assurance retraite comporte trois piliers: régime de base, régime complémentaire et régime lié à la rémunération. Ont droit à la pension complémentaire les salariés affiliés au régime de base dont la rémunération mensuelle est supérieure à 1500 KWD (à noter que les travailleurs indépendants sont exclus de la pension complémentaire). Les salariés gagnant plus de 2750 KWD par mois versent une cotisation supplémentaire de 2,5 pour cent par mois pour financer la revalorisation des prestations du régime de base (les travailleurs indépendants gagnant moins de 1500 KWD par mois versent 3,5 pour cent; et les employeurs 1 pour cent pour les salariés touchant moins de 2750 KWD par mois). Le régime lié à la rémunération est réservé aux salariés qui perçoivent l'une ou l'autre des pensions précédentes et qui ont insuffisamment cotisé. Tous les cotisants (salariés, travailleurs indépendants et fonctionnaires) cessent de cotiser au régime lié à la rémunération au bout de 18 ans.
- ²⁰ Koweït. Régime de base: L'Etat contribue à hauteur de 10 pour cent des revenus ouvrant droit à pension pour les fonctionnaires, de 32,5 pour cent de la solde pour les militaires et de 25 pour cent du revenu mensuel, déduction faite des cotisations, pour les travailleurs indépendants.
- ²¹ Chine. Le régime de base possède deux composantes: un système par répartition et des comptes individuels obligatoires. Le régime des résidents ruraux et celui des résidents urbains non salariés sont composés d'une pension non contributive et d'un compte individuel d'épargne retraite.
- ²² Chine. Depuis juillet 2011, les régimes de sécurité sociale régionaux et locaux existants, y compris ceux basés sur la mutualisation, sont progressivement unifiés en vertu de la première loi nationale sur l'assurance sociale.
- ²³ Japon. Le système public de retraite est composé d'un régime de base forfaitaire (Pensions nationales, NP) et d'un régime complémentaire lié à la rémunération (assurance retraite des salariés, EPI).
- ²⁴ Mongolie. La nouvelle législation adoptée en 2017 prévoit de relever l'âge de la retraite de 6 mois chaque année à compter de 2018 pour porter l'âge de la retraite à 65 ans d'ici à 2026 pour les hommes et d'ici à 2036 pour les femmes. Il en va de même pour la pension de vieillesse non contributive.
- ²⁵ Mongolie. La nouvelle législation adoptée en 2017 prévoit un relèvement du taux de cotisation des employeurs et des travailleurs de 2,5 points (1 pour cent en 2018, 0,5 pour cent en 2019 et 1 pour cent en 2020), portant le taux de l'ensemble des cotisations obligatoires à 19 pour cent. Même chose pour les cotisations au régime d'assurance volontaire (1 pour cent en 2018, 0,5 pour cent en 2019 et 1 pour cent en 2020) dont le taux global passera à 12,5 pour cent.
- ²⁶ Cambodge. Seuls les fonctionnaires touchent une pension. L'âge légal de la retraite, identique pour les deux sexes, est de 60 ans pour la catégorie A, de 58 ans pour la catégorie B et de 55 ans pour les catégories C et D. Les fonctionnaires perçoivent une pension mensuelle égale à 80 pour cent de leur salaire net de base s'ils ont cotisé pendant au moins 30 ans; et à 60 pour cent de leur salaire net de base s'ils ont cotisé entre 20 ans et 30 ans. Les assurés ayant cotisé plus de 20 ans perçoivent une pension complémentaire proportionnelle annuelle égale à 2 pour cent de leur salaire net. Le montant total ne peut ni dépasser 80 pour cent de la pension d'ancienneté ni être inférieur au salaire mensuel de base. Les fonctionnaires ayant atteint l'âge de la retraite et cotisé moins de 20 ans n'ont pas droit à une pension et reçoivent à la place un versement unique équivalant à 8 mois de salaire. Le régime de retraite prévu pour les travailleurs du secteur privé n'a toujours pas été établi.
- ²⁷ Indonésie. Le régime de retraite à prestations définies (assurance retraite des travailleurs du secteur privé) est entré en vigueur le 1^{er} juillet 2015, avec la promulgation successive de la loi sur le système national de sécurité sociale (Sistem Jaminan Sosial Nasional, SJSN) (n° 40/2004); de la loi sur l'agence de sécurité sociale (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, BPJS) (n° 24/2011) et des décrets d'application concernant le régime de retraite (n° 45/2015).
- ²⁸ Indonésie. Les taux de couverture sont calculés à partir de données indirectes sur les effectifs de travailleurs et sont donc approximatifs.
- ²⁹ Malaisie. Le régime d'assurance retraite est réservé aux fonctionnaires.
- ³⁰ Thaïlande. Un nouveau régime d'assurance retraite pour les travailleurs de l'économie informelle est entré en vigueur en 2011. Les prestations vieillesse, invalidité, survivants, maladie et maternité sont financées par les cotisations des travailleurs et par l'Etat.
- ³¹ Thaïlande. La part des cotisations de retraite prises en charge par l'Etat pour les travailleurs du secteur informel dépend de l'âge de l'assuré: 50 pour cent des cotisations pour les moins de 30 ans; 80 pour cent pour les 30-49 ans; et 100 pour cent pour les plus de 50 ans.

- ³² Timor-Leste. Le régime ne couvre que les fonctionnaires et sera progressivement intégré à compter de 2017 dans le régime général d'assurance retraite. Les bénéficiaires ne payent pas de cotisations, et les prestations sont liées aux salaires passés.
- ³³ Viet Nam. L'Etat subventionne si nécessaire. Il prend en charge le coût total des pensions de vieillesse pour les travailleurs partis à la retraite avant 1995; il cotise également pour les fonctionnaires ayant pris leur retraite avant janvier 1995. A compter du 1^{er} janvier 2018, l'Etat contribuera financièrement à l'assurance volontaire (décret n° 134/2015/ND-CP du 29 décembre 2015).
- ³⁴ Fidji, Kiribati, Iles Marshall, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Samoa, Iles Salomon, Vanuatu. La liquidation de la pension de vieillesse du fonds de prévoyance ou régime de retraite est possible avant l'âge normal de la retraite pour les personnes ayant passé une période au chômage (la durée varie selon les pays), et à tout âge pour celles qui se sont établies définitivement à l'étranger.
- ³⁵ Micronésie, Etats fédérés de. Les employeurs cotisent à hauteur de 7,5 pour cent de deux fois le salaire le plus élevé de l'entreprise par trimestre. Les travailleurs indépendants versent soit 5 pour cent des recettes brutes de l'exercice précédent ou 5 pour cent de deux fois le salaire le plus élevé de l'entreprise (petites entreprises). Cotisations volontaires de 15 pour cent de l'exercice précédent pour les travailleurs indépendants gagnant moins de 10000 USD par an.
- ³⁶ Palaos. Les travailleurs indépendants cotisent à hauteur de 12 pour cent de deux fois le salaire le plus élevé de l'entreprise ou, s'ils n'ont pas de salariés, de 12 pour cent du quart de leurs recettes brutes annuelles.
- ³⁷ Samoa. L'âge ouvrant droit à la retraite du fonds de prévoyance est abaissé à 50 ans pour les personnes qui sont au chômage depuis au moins cinq ans; les personnes handicapées, s'étant établies définitivement à l'étranger ou entrant dans les ordres peuvent demander à liquider leur retraite à tout âge. Les personnes qui travaillent après 55 ans doivent continuer de cotiser au fonds de prévoyance. Si l'assuré continue de travailler ou commence un nouvel emploi après avoir retiré ses fonds à 55 ans, il doit cotiser pendant au moins 12 mois avant de pouvoir les retirer à nouveau.
- ³⁸ Croatie. Les travailleurs salariés cotisent au régime public d'assurance retraite à hauteur de 15 pour cent de leur rémunération (pour les travailleurs indépendants, 15 pour cent de leur base d'assurance) s'ils cotisent à hauteur de 5 pour cent au compte individuel et obligatoire. Sinon ils versent 20 pour cent de leur rémunération (pour les travailleurs indépendants, 20 pour cent de leur base d'assurance) s'ils cotisent uniquement au régime public de retraite. La base d'assurance est un pourcentage du salaire brut moyen de l'ensemble des salariés (de 65 pour cent à 100 pour cent), en fonction de la catégorie d'activité et du niveau de qualification du travailleur indépendant.
- ³⁹ Danemark. La cotisation au régime d'assurance retraite (caisse de retraite professionnelle complémentaire, ATP) consiste en un montant fixe plafonné: un salarié exerçant une activité à plein temps verse jusqu'à 1135,80 DKK par an; un travailleur indépendant jusqu'à 3408 DKK par an; et l'employeur verse jusqu'à 2272,20 DKK par an pour un salarié à plein temps.
- ⁴⁰ Estonie. Les travailleurs peuvent faire valoir leurs droits à la retraite jusqu'à 10 ans avant l'âge normal de la retraite s'ils justifient d'au moins 20 ans d'activité professionnelle, dont 10 ans dans des emplois particulièrement dangereux; jusqu'à 5 ans avant l'âge normal de la retraite s'ils justifient d'au moins 25 ans d'activité, dont 12 ans et 6 mois dans des emplois particulièrement dangereux; jusqu'à 5 ans avant l'âge normal de la retraite s'ils justifient d'au moins 15 ans d'activité professionnelle et ont eu des enfants à charge (selon le nombre d'enfants ou la présence d'un enfant handicapé) ou s'ils ont participé à la décontamination du site de la catastrophe nucléaire de Tchernobyl.
- ⁴¹ France. Les régimes de retraite complémentaire obligatoires concernent les salariés du commerce et de l'industrie, les salariés des professions agricoles et, sous certaines conditions, les conjoints à charge. Ces régimes sont gérés conjointement par les organisations d'employeurs et de salariés.
- ⁴² Islande. Une allocation de solidarité soumise à conditions de ressources est versée pour couvrir les frais de subsistance aux personnes dont le revenu annuel est inférieur à un certain seuil.
- ⁴³ Liechtenstein. Les travailleurs indépendants versent une cotisation forfaitaire de 234 CHF par mois (maladie et maternité) si leur revenu professionnel annuel est inférieur à 3000 CHF plus une contribution aux frais administratifs égale à 4,2 pour cent du montant de leur cotisation; 7,8 pour cent du montant de leur revenu professionnel annuel (vieillesse, survivants) et 1,5 pour cent (invalidité) si leur revenu professionnel annuel est inférieur à 3000 CHF plus une contribution aux frais administratifs égale à 4,2 pour cent du montant de leur cotisation.
- ⁴⁴ Lituanie. Un système de comptes individuels d'épargne retraite est entré en vigueur en 2004. Les salariés sont libres de s'y affilier, mais ne peuvent pas revenir sur leur décision. Les assurés et leur employeurs versent chacun 2 pour cent de la rémunération ouvrant droit à pension et reçoivent pour les cotisations volontaires une contribution de l'Etat d'un montant égal à 1 pour cent de la rémunération ouvrant droit à pension.
- ⁴⁵ Malte. L'âge de départ à la retraite (pensions contributives et non contributives) est de 62 ans pour les personnes nées entre 1952 et 1955; 63 ans pour les personnes nées entre 1956 et 1958; 64 ans pour les personnes nées entre 1959 et 1961; 65 ans pour les personnes nées en 1962. Il faut avoir 75 ans pour bénéficier de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (aide sociale).
- ⁴⁶ Norvège. La réforme des retraites de 2011 a remplacé le régime universel par une pension minimale garantie et le régime lié à la rémunération par un système notional à cotisations définies (NCD). Le nouveau régime couvre les personnes nées après 1963. Les personnes nées avant 1954 restent couvertes par l'ancien système. Un régime (mixte) de transition, comportant des dispositions de l'ancien et du nouveau régime, couvre les personnes nées entre 1954 et 1962.
- ⁴⁷ Norvège. L'âge de départ à la retraite pour le régime notional à cotisations définies va de 62 ans à 75 ans. Des points de pension supplémentaires sont attribués aux personnes s'occupant d'un enfant ou d'une personne malade, âgée ou handicapée, ou ayant accompli le service militaire obligatoire ou le service civil. Les allocations de chômage donnent aussi droit à des points de retraite.
- ⁴⁸ Saint-Marin. Un système par capitalisation obligatoire a été instauré en 2012 en complément du régime de retraite. Aussi bien l'assuré que l'employeur sont tenus d'y cotiser.
- ⁴⁹ Slovanie. L'Etat finance les cotisations de certaines catégories d'assurés tels que les anciens combattants et les membres des forces de l'ordre et des forces armées; il prend en charge les cotisations employeur des agriculteurs; il comble les éventuels déficits en cas de baisse imprévue des cotisations; il finance les prestations d'aide sociale et cotise à titre d'employeur.
- ⁵⁰ Suède. Le régime public d'assurance vieillesse couvre les salariés et les travailleurs indépendants nés avant 1938 (il n'est plus possible de cotiser à ce régime). Un mécanisme de transition du régime d'assurance vieillesse lié à la rémunération à un système de comptes notionnels et à un dispositif de compte de retraite individuel obligatoire est prévu pour les personnes nées entre 1938 et 1953.
- ⁵¹ Royaume-Uni. En avril 2016, un nouveau régime public à un seul pilier (pension de base forfaitaire) est entré en vigueur pour les travailleurs prenant leur retraite à compter du 6 avril 2016. Ce système remplace le précédent régime à deux piliers qui consistait en une pension de base et une retraite complémentaire.
- ⁵² Hongrie. Un amendement de 2010 à la loi sur la sécurité sociale a redirigé les cotisations versées au régime obligatoire par capitalisation du deuxième pilier vers le régime public d'assurance retraite (sauf refus de l'assuré). Depuis 2009, les cotisations au régime par capitalisation sont facultatives.
- ⁵³ Pologne. En 1999, le régime de retraite par répartition a été remplacé par un système notional à cotisations définies (NCD). Les assurés nés avant le 1^{er} janvier 1949 sont encore couverts par le régime par répartition. Les assurés nés entre le 1^{er} janvier 1949 et le 31 décembre 1968 pouvaient choisir d'être couverts soit uniquement par le nouveau système NCD soit par le NCD et un système par capitalisation. Jusqu'au 31 décembre 2013, la pension par capitalisation était obligatoire pour les assurés nés après le 31 décembre 1968. Depuis le 1^{er} février 2014, l'affiliation au système par capitalisation est facultative pour tous les assurés.
- ⁵⁴ Pologne. L'Etat finance le coût total de la pension minimale garantie; il prend en charge les cotisations des assurés en congé parental ou bénéficiant de prestations de maternité, des personnes touchant des allocations chômage et des jeunes diplômés demandeurs d'emploi.
- ⁵⁵ Fédération de Russie. Un système par capitalisation a été instauré en 2011 pour les personnes nées après 1967. Actuellement, les cotisations versées sur les comptes individuels sont redirigées vers le régime de retraite public.
- ⁵⁶ Slovaquie. Depuis le 1^{er} janvier 2013, l'affiliation au système par capitalisation est facultative pour les nouveaux actifs. Ce choix doit être fait avant l'âge de 35 ans et il est irrévocable.
- ⁵⁷ Slovaquie. L'Etat comble les déficits des régimes; il prend à sa charge les cotisations des personnes ayant interrompu leur carrière pour s'occuper d'enfants âgés de moins de 6 ans (ou de moins 18 ans handicapés ou souffrant d'une grave maladie chronique), pour les bénéficiaires de prestations de maternité et de prestations d'invalidité (jusqu'à l'âge de la retraite ou jusqu'au versement d'une pension de retraite anticipée).

- ⁵⁸ Arménie. Un nouveau régime de retraite par capitalisation est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2014. Il était obligatoire pour les travailleurs nés à partir du 1^{er} janvier 1974 et facultatif pour les personnes nées avant cette date. Le 1^{er} juillet 2014, il est devenu obligatoire pour tous les travailleurs (une fois qu'un travailleur y adhère, son choix est irrévocable). La loi de 2010 relative à l'impôt sur le revenu a remplacé les contributions sociales obligatoires (loi n° HO-179 de 1997) avec un système financé par l'impôt, mais la structure de base du programme de l'assurance sociale est maintenue.
- ⁵⁹ Israël. L'Etat verse un montant égal à 0,25 pour cent de la rémunération de l'assuré (vieillesse et survivant), 0,10 pour cent de la rémunération (invalidité), 0,02 pour cent de la rémunération de l'assuré et du travailleur indépendant (dépendance); il finance l'intégralité de l'allocation vieillesse et survivants spéciale et de l'allocation dépendance destinés aux nouveaux immigrants; et l'intégralité de l'allocation de mobilité. L'Etat prend aussi en charge 45,1 pour cent de l'ensemble des cotisations au titre de l'assurance vieillesse, invalidité et survivants, maladie et maternité, accidents du travail, chômage, et allocations familiales.
- ⁶⁰ Israël. Une allocation vieillesse spéciale est versée aux nouveaux immigrants arrivés en Israël après un âge compris entre 60 et 62 ans ainsi qu'aux émigrés de retour dans le pays non couverts par l'assurance vieillesse. Un complément de pension sous conditions de ressources est versé aux personnes dont les ressources, pension spéciale incluse, sont inférieures au minimum légal.
- ⁶¹ Tadjikistan. En 2013, un système notionnel à cotisations définies (NCD) a été instauré pour tous les travailleurs quel que soit leur âge. Pendant la période de transition, les droits acquis au titre du régime d'assurance retraite sont pris en compte.
- ⁶² Turquie. En mai 2006, les régimes de retraite des salariés du public et du privé et celui des indépendants ont fusionné et intégré la nouvelle Institution de sécurité sociale.
- ⁶³ Turkménistan. L'âge ouvrant droit à la retraite est abaissé pour les mères de trois enfants ou plus et pour les personnes handicapées. Il est de 53 ans pour les hommes et de 48 ans pour les femmes ayant fait une carrière dans l'armée; et de 50 ans pour les hommes et de 48 ans pour les femmes ayant travaillé comme pilotes et membres d'équipage.
- ⁶⁴ Turkménistan. Les cotisations des travailleurs indépendants varient selon le type de profession: les entrepreneurs et les professions libérales versent de 15 à 80 pour cent du salaire minimum mensuel, en fonction de leur revenu mensuel; les agriculteurs versent 10 à 20 pour cent de leur revenu net ou 15 pour cent du salaire minimum mensuel selon le plus élevé des deux montants. Le salaire minimum mensuel est de 650 TMT (janvier 2017).
- ⁶⁵ Ouzbékistan. L'âge de départ à la retraite est abaissé pour les personnes exerçant des emplois pénibles ou dangereux ou travaillant dans zones écologiquement dégradées, pour les chômeurs âgés, les enseignants justifiant d'au moins 25 ans de carrière, et pour certaines autres catégories de travailleurs.
- ⁶⁶ Barbade. L'assistance sociale est financée par 2 pour cent du total des salaires ouvrant droit à pension du régime contributif. Le bénéficiaire a résidé en Barbade pendant 12 ans (citoyen) ou 15 ans (résident permanent) depuis l'âge de 40 ans ou pendant une durée totale de 20 ans depuis l'âge de 18 ans; et n'ont ni droit à une pension de retraite de l'assurance sociale ni à une pension d'un autre pays ni d'une organisation internationale.
- ⁶⁷ Costa Rica. L'assistance sociale est financée par 5 pour cent du total des salaires ouvrant droit à pension du régime contributif.

Tableau B.10 Régimes de pensions de vieillesse non contributifs: caractéristiques et indicateurs principaux

Pays/Territoire	Année de création	Nom du régime	Prescriptions légales et caractéristiques des régimes					Montant de la pension (par mois)					Couverture effective (nombre, pourcentage)					Coût		
			Age d'admissibilité	Citoyenneté	Résidence	Indexation sur le revenu	Indexation sur le patrimoine	Indexation sur le montant de la retraite	Monnaie nationale	Dollars E.-U.	PPA	Année	Pourcentage du salaire minimum ^a	Nombre de bénéficiaires	Population âgée de 60 ans et plus	Population âgée de 65 ans et plus	Population ayant dépassé l'âge d'admissibilité	Année	Coût (% du PIB)	Année
Afrique																				
Afrique du Nord																				
Algérie	1994	Allocation forfaitaire de solidarité	60	...	...	●	...	...	3000	28,4	101,5	2015	16,7	284 661	8,0	12,1	8,0	2015	0,1	2015
Egypte	2008	Ministère de l'Assistance sociale Pensions sociales de solidarité	65	...	...	...	...	●	300	38,3	142,2	2014	25,0	1 400 000	19,3	29,3	29,3	2008	0,3	2014
Afrique subsaharienne																				
Afrique du Sud	1927 (pour un groupe spécifique), 1944	Allocation aux personnes âgées	60	●	●	●	●	...	1410 (up to age 74); 1430 (75 or older)	110,1; 111,7	256,4; 260,0	2015	s.o.	3 114 729	74,0	113,6	74,0	2015	1,3	2015
	1928	War Veteran's Grant	60	●	●	●	●	...	Up to 1430	...	...	2015	...	...	...	...	...	...	...	...
Botswana	1996	Pension publique de vieillesse (OAP – Old age Pension)	65	●	●	○	○	○	250	29,8	68,0	2013	32,1	93 639	65,2	93,3	93,3	2012/ 2013	0,3	2010
Cabo Verde	2006	Pensao Social Mínima (Pension sociale minimum)	60	...	●	...	...	●	5000	50,6	102,9	2015	45,5	23 000	68,2	85,2	68,2	2011	0,9	2011
Kenya	2006	Transfert en espèces en faveur des personnes âgées – Pilote (OPCT – Older Persons Cash Transfer)	65	...	...	●	...	...	2000	19,4	47,0	2015	8,0-36,7	310 000	14,8	24,0	24,0	2015	0,0	2015
	2008	Hunger Safety Net Programme Pilot (Food security)	55	...	●	○	○	○	2550	26,0	54,2	2016	18,9	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	...	s.o.	...
Lesotho	2004	Pension de vieillesse	70	...	●	○	○	○	500	36,7	108,7	2015	37,7-41,2	83 000	60,8	94,3	125,5	2014/ 2015	1,3	2015
Libéria	...	...	60 à 65	...	...	●	...	●	s.o.	s.o.	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	...	s.o.	...
Maurice	1950	Pension de retraite essentielle	60	●	●	○	○	○	5000	140,5	293,1	2015	157-206	184 487	102,7	159,0	102,7	2014	2,9	2015
Mozambique	1992	Programa de Subsídio Social Básico (PSSB) (Programme essentiel de subvention sociale)	60 (h) 55 (f)	...	...	●	...	...	280	6,6	15,9	2015	3,4-8,8	341 188	23,8	36,4	19,3	2015	0,3	2015

Tableau B.10 Régimes de pensions de vieillesse non contributifs: caractéristiques et indicateurs principaux

Pays/Territoire	Année de création	Nom du régime	Prescriptions légales et caractéristiques des régimes						Montant de la pension (par mois)					Couverture effective (nombre, pourcentage)					Coût	
			Age d'admissibilité	Citoyenneté	Résidence	Indexation sur le revenu	Indexation sur le patrimoine	Indexation sur le montant de la retraite	Monnaie nationale	Dollars E.-U.	PPA	Année	Pourcentage du salaire minimum ^b	Nombre de bénéficiaires	Population âgée de 60 ans et plus	Population âgée de 65 ans et plus	Population ayant dépassé l'âge d'admissibilité	Année	Coût (% du PIB)	Année
Namibie	1949 (pour un groupe spécifique), 1992 (universel)	Pension de vieillesse (OAP)	60	●	●	○	○	○	10 000	74,6	158,6	2015	s.o.	152 272	113,6	175,0	113,6	2015	1,2	2015
	1965	Pension pour les anciens combattants	55	...	...	...	...	...	2 200	...	...	2015	...	...	...	...	...	...	...	...
Nigéria	2011	Régime de sécurité sociale de l'Etat d'Ekiti en faveur des personnes âgées (Ekiti uniquement)	65	○	...	...	...	●	5 000	25,1	57,5	2014	277,8	25 000	0,3	0,5	0,5	2013	0,0	2015
	2012	Régime pour les personnes âgées Agba (Osun uniquement)	...	...	...	●	...	...	1 000	50,3	115,0	2015	55,6	1 602	0,0	0,0	s.o.	2015	0,0	2015
Ouganda	2011	Allocation aux personnes âgées	65 (60 dans la région Karamoja)	...	...	●	...	●	25 000	6,8	25,8	2015	416,7	60 000	4,3	6,2	6,5	2015	0,0	2015
Seychelles	1987	Pension de vieillesse (fonds de la sécurité sociale)	63	●	●	○	○	○	2 950	221,6	390,7	2015	71,0	6 951	71,2	99,0	88,6	2011	1,5	2012
Swaziland	2005	Allocation aux personnes âgées	60	...	●	●	...	●	200	14,4	41,9	2015	30,4	55 000	77,1	134,1	77,1	2011	0,3	...
Tanzanie, République-Unie de	2016	Régime de pension universelle de Zanzibar (ZUPS)	70	...	...	○	○	...	20 000	9,2	29,8	2016	5,0- 50,0	27 370	0,4	1,5	1,4	2016	0,0	2016
Zambie	2007	Programme de transfert social en espèces, Katete (Pilote)	60	...	...	...	...	...	60 000	10,8	13,3	2010	22,4	4 706	0,9	1,3	0,9	2009	s.o.	...
Amériques																				
<i>Amérique latine et Caraïbes</i>																				
Antigua-et-Barbuda	1993	Programme d'aide aux personnes âgées	87	...	...	●	...	●	255	94,4	151,1	2015	19,4	152	1,5	2,4	10,3	2011	0,0	2011
Argentine	1994	Pensiones Asistenciales	70	○	●	●	●	●	3 009,3	325,9	453,9	2015	53,9	143 650	2,3	3,2	4,7	2012	0,0	2013
Aruba	1960	Pensioen di biehies AOV	60	●	●	○	○	○	1 107	618,4	...	2017	66,0	14 000	79,3	100,0	79,3	2013	s.o.	...
Bahamas	1956	Pension de vieillesse non contributive (OANCP)	65	○	●	●	...	●	262,34 (60,54 weekly)	262,3	264,5	2015	31,2	1 847	3,8	5,7	5,7	2014	0,1	2015

Tableau B.10 Régimes de pensions de vieillesse non contributifs: caractéristiques et indicateurs principaux

Pays/Territoire	Année de création	Nom du régime	Prescriptions légales et caractéristiques des régimes						Montant de la pension (par mois)					Couverture effective (nombre, pourcentage)					Coût	
			Age d'admissibilité	Citoyenneté	Résidence	Indexation sur le revenu	Indexation sur le patrimoine	Indexation sur le montant de la retraite	Monnaie nationale	Dollars E.-U.	PPA	Année	Pourcentage du salaire minimum ^a	Nombre de bénéficiaires	Population âgée de 60 ans et plus	Population âgée de 65 ans et plus	Population ayant dépassé l'âge d'admissibilité	Année	Coût (% du PIB)	Année
Barbade	1937	Pension de vieillesse non contributive	66,5	○	●	○	○	●	598	299,0	309,2	2015	59,8	10 403	23,9	35,1	36,9	2011	0,7	2015
Belize	2003	Programme de pension non contributive (NCP)	67 (h) 65 (f)	●	●	●	...	○	100	50,1	87,0	2015	15,5	4297	22,2	32,6	35,4	2013	0,1	2015/ 2012
Bermudes	1967	Pension de vieillesse non contributive	65	●	●	○	○	●	451,1	451,08	288,5	2011	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	...	s.o.	...
Bolivie, Etat plurinational de	1997	Renta Dignidad ou Renta Universal de Vejez (auparavant: Bonosol)	60	●	●	○	○	○	250	36,2	80,3	2015	15,1	902 749	91,3	130,3	91,3	2015	1,2	2015
Brésil	1996	Beneficio de Prestacao Continuada (BPC / Prestation continue en espèces)	65	...	●	●	○	●	880	264,5	471,7	2015	100,0	1 918 918	8,0	11,7	11,7	2015	0,3	2013
	1963	Aposentadoria por Idade pelo seguro especial (Pension de vieillesse pour les travailleurs ruraux, auparavant: Previdencia Rural)	60 (h) 55 (f)	...	...	...	...	●	880	264,5	471,7	2015	100,0	5 820 780	27,1	40,5	22,1	2012	1,0	2012
Chili	2008	Pensión Básica Solidaria de Vejez (PBS-Vejez) (Pension essentielle de solidarité)	65	○	●	●	...	●	89 764	137,2	239,0	2015	38,7	400 134	16,0	22,8	22,8	2013	0,9	2013
Colombie	2003	Programa Colombia Mayor (Régime régional)	59 (h) 54 (f)	●	●	●	●	○	40 000- 75 000	13-24,5	33,3- 62,4	2015	0,6-11,6	1 258 000	26,1	38,9	19,7	2014	0,1	2012
Costa Rica	1974	Programa Regimen No Contributivo	65	...	...	●	...	●	115 331	229,3	297,7	2012	54,6	106 544	17,4	24,9	24,9	2015	0,5	2015
Cuba	...	...	65 (h) 60 (f)	...	...	●	...	●	s.o.	s.o.	s.o.	...	s.o.	71 000	3,7	5,1	4,3	2010	s.o.	...
République dominicaine	...	Programa Nonagenarios (Programme pour les nonagénaires)	60	...	...	●	...	...	4086	104,0	172,3	2012	41,3	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	...	s.o.	...
El Salvador	2009	Pensión Básica Universal (pension essentielle universelle)	70	...	●	●	...	●	50	50,0	101,6	2014	20,6-47,6	28 154	4,2	5,9	8,7	2013	0,1	2013
Equateur	2003	Pensión para Adultos Mayores (Pension de vieillesse / Bono de Desarrollo Humano)	65	●	...	●	...	●	50	50,0	86,2	2013	15,7	625 001	42,6	62,3	62,3	2013	0,3	2013
Guatemala	2005	Programa de aporte economico del Adulto Mayor (Programme d'aide financière aux personnes âgées)	65	...	...	●	...	...	400	51,4	79,1	2012	19,3 - 21,0	103 125	11,2	16,3	16,3	2010	0,1	2012
Guyana	1944	Pension de vieillesse	65	●	●	○	○	○	17 000	83,7	144,1	2015	48,6	42 397	66,5	110,4	110,4	2015	1,3	2015

Tableau B.10 Régimes de pensions de vieillesse non contributifs: caractéristiques et indicateurs principaux

Pays/Territoire	Année de création	Nom du régime	Prescriptions légales et caractéristiques des régimes						Montant de la pension (par mois)					Couverture effective (nombre, pourcentage)					Coût	
			Age d'admissibilité	Citoyenneté	Résidence	Indexation sur le revenu	Indexation sur le patrimoine	Indexation sur le montant de la retraite	Monnaie nationale	Dollars E.-U.	PPA	Année	Pourcentage du salaire minimum ^b	Nombre de bénéficiaires	Population âgée de 60 ans et plus	Population âgée de 65 ans et plus	Population ayant dépassé l'âge d'admissibilité	Année	Coût (% du PIB)	Année
Jamaïque	2001	The Programme for Advancement through Health and Education (PATH)	60	..	..	●	..	●	1500	15,0	26,2	2013	6,9	51 846	17,9	24,1	17,9	2010	0,0	2012
Mexique	2001	Pensión Para Adultos Mayores (Pension de vieillesse)	65	○	●	○	○	●	580	35,2	71,4	2015	39,0	5 100 000	41,9	62,1	62,1	2013	0,2	2015
Panama	2009	120 a los 65	65	●	●	●	○	●	120	120,0	206,9	2015	19,2	95 116	22,1	31,7	31,7	2015	0,2	2015
Paraguay	2009	Pension alimentaire pour les personnes âgées	65	●	●	●	○	●	456 015	81,5	189,0	2015	25,0	147 170	24,6	36,8	36,8	2015	0,5	2015
Pérou	2011	Pensión 65	65	●	...	●	...	●	125	37,9	81,0	2015	16,7	501 681	16,0	23,4	23,4	2015	0,1	2014
Saint-Kitts-et-Nevis	1998	Pension de vieillesse de l'assistance sociale	62	...	●	...	...	●	255	94,4	150,0	2015	17,7	475	8,0	12,0	8,3	2011	s.o.	...
Saint-Vincent-et-les Grenadines	2009	Prestation d'aide aux personnes âgées	75	...	●	●	...	●	162,5 (75 tous les 15 jours)	60,2	95,2	2015	14,5-25,3	1203	11,0	...	15,9	2012	0,1	2015
	2009	Pension de vieillesse non contributive	85	...	●	●	...	●	162,5 (75 tous les 15 jours)	...	...	2015	...	...	...	...	...	...	...	...
Suriname	1973	Pension publique de vieillesse (Algemene Oudedags Voorzieningsfonds (AOV))	60	...	...	○	○	○	525	159,1	226,1	2013	s.o.	42 818	92,1	133,8	92,1	2008	1,6	2012
Trinité-et-Tobago	1939	Pension de vieillesse	65	○	●	●	○	○	3500	548,8	1055,3	2015	134,6	79 942	45,5	68,4	68,4	2012	1,6	2012
Uruguay	1919	Programa de Pensiones No-Contributivas (Programme de pensions non contributives)	70	...	●	●	...	...	7692,2	261,9	382,4	2015	76,9	33 436	5,2	6,9	9,6	2013	0,2	2013
Venezuela, République bolivarienne du	2011/12	Gran Misión en Amor Mayor	60 (h) 55 (f)	...	●	●	○	...	9648,2	1535,3	879,0	2015	100,0	559 799	20,0	29,9	16,3	2014	0,9	2015
Amérique du Nord																				
Canada	1927	Pension de la Sécurité Vieillesse (S.V.)	65	○	●	●	○	○	570	428,0	467,6	2015	30,8	5 600 715	69,8	96,6	96,6	2015	1,8	2015
Etats-Unis	1935	Revenu supplémentaire de sécurité pour les personnes âgées	65	●	●	●	...	...	733	733,0	733,0	2015	58,3	1 158 158	1,7	2,4	2,4	2014	0,1	2014

Tableau B.10 Régimes de pensions de vieillesse non contributifs: caractéristiques et indicateurs principaux

Pays/Territoire	Année de création	Nom du régime	Prescriptions légales et caractéristiques des régimes					Montant de la pension (par mois)					Couverture effective (nombre, pourcentage)					Coût	
			Age d'admissibilité	Citoyenneté	Résidence	Indexation sur le revenu	Indexation sur le patrimoine	Indexation sur le montant de la retraite	Monnaie nationale	Dollars E.-U.	PPA	Année	Pourcentage du salaire minimum ^a	Nombre de bénéficiaires	Population âgée de 60 ans et plus	Population âgée de 65 ans et plus	Population ayant dépassé l'âge d'admissibilité	Année	Coût (% du PIB)	Année
Etats arabes																			
Iraq	2014	Programme social Allocation vieillesse	60 (h) 55 (f)	●	●	●	...	●	420 000 (ménage)	s.o.	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	...	s.o.	...
Asie et Pacifique																			
<i>Asie orientale</i>																			
Chine	2011	Régimes de retraite pour les travailleurs ruraux et les travailleurs urbains non salariés	60	...	○	...	...	●	70,0 (prestation élémentaire financée par l'impôt)	10,2	19,8	2015	3,5-7,0	148 003 000	70,7	112,6	70,7	2015	0,1 2012
Corée, République de	2014	Pension essentielle de vieillesse	65	●	...	●	○	...	204 010	175,8	227,8	2016	16,2	464 000	49,8	70,3	70,3	2015	0,0 2015
Hong Kong, Chine	1973	Allocation vieillesse (Fruit Money)	70	○	●	○	○	○	1135	146,3	199,7	2013	17,8	396 847	27,4	39,3	56,2	2013	s.o. ...
	1973	Allocation vieillesse	65	○	●	●	●	●	2200	283,6	387,1	2013	34,5	194 491	13,4	19,3	19,3	2013	s.o. ...
	1993	Régime complet d'assistance de la sécurité sociale	60	○	●	●	●	○	3340-5690	2015
Japon	...	Assistance publique	65	...	...	●	...	...	80 818	1012,9	777,6	2011	63,3	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	...	s.o. ...
Mongolie	1995	Pension sociale	60 (h) 55 (f)	○	●	○	○	●	126 500	63,4	190,6	2015	65,9	1999	1,0	1,7	0,8	2015	0,0 2015
Taiwan, Chine	2008	Pension essentielle de vieillesse garantie	65	●	●	○	○	●	3628	112,4	241,1	2016	13,1	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	...	s.o. ...
<i>Asie du Sud-Est</i>																			
Brunéi Darussalam	1984	Pension de vieillesse	60	○	●	○	○	○	250	179,2	379,9	2015	s.o.	27 166	90,9	159,8	90,9	2014	0,4 2014
Indonésie	2006	Asistensi Sosial Usia Lanjut (ASLUT) (Assistance sociale pour les personnes âgées), auparavant: Jaminan Sosial Lanjut Usia (JSLU) (Transfert social en espèces pour les personnes âgées)	70 (60 en cas de maladie chronique)	...	...	●	...	...	200 000	14,9	52,8	2015	11,2	26 500	0,1	0,2	0,1	2013	0,0 2013
Malaisie	1982	Bantuan Orang Tua (Régime d'assistance aux personnes âgées)	60	...	...	●	○	...	300	72,3	211,9	2016	30,0-32,6	120 496	5,5	8,8	5,5	2010	0,1 2010

Tableau B.10 Régimes de pensions de vieillesse non contributifs: caractéristiques et indicateurs principaux

Pays/Territoire	Année de création	Nom du régime	Prescriptions légales et caractéristiques des régimes						Montant de la pension (par mois)					Couverture effective (nombre, pourcentage)					Coût	
			Age d'admissibilité	Citoyenneté	Résidence	Indexation sur le revenu	Indexation sur le patrimoine	Indexation sur le montant de la retraite	Monnaie nationale	Dollars E.-U.	PPA	Année	Pourcentage du salaire minimum ^b	Nombre de bénéficiaires	Population âgée de 60 ans et plus	Population âgée de 65 ans et plus	Population ayant dépassé l'âge d'admissibilité	Année	Coût (% du PIB)	Année
Philippines	2011	Régime de pension sociale	60	..	..	●	..	..	500	10,0	27,4	2017	101,8-110,1	2 800 000	35,4	58,4	35,4	2017	0,1	2017
Singapour	2015	Régime Silver Support	65	●	○	●	●	○	100-250 (300-750 tous les trimestres)	..	..	2015	..	..	..	..	..	..	..	..
Thaïlande	1993	Allocation vieillesse	60	●	..	○	..	●	600-1000	16,9-28,3	49,2-82,1	2016	7,7-12,8	8 048 298	71,8	108,4	71,8	2016	0,5	2016
Timor-Leste	2008	Allocation d'aide aux personnes âgées	60	..	..	..	..	..	30	30,0	57,5	2016	26,1	86 974	89,7	126,9	89,7	2016	1,5	2016
	2012	Pension non contributive	60	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Viet Nam	2004	Prestation d'assistance sociale (catégorie 1: 80 ans et plus)	80	●	..	○	..	●	540 000	24,6	71,3	2016	15,4-22,5	1 350 226	14,7	22,1	70,2	2014	0,1	2016
	2004	Prestation d'assistance sociale (catégorie 2: entre 60 et 79 ans)	60	..	..	●	..	..	405 000	18,5	53,5	2016	11,6-16,9	207 421	2,3	3,4	2,3	2014	0,0	2016
Asie du Sud																				
Bangladesh	1998	Allocation vieillesse	65 (h) 62 (f)	●	●	●	..	●	500	6,4	16,9	2015	9,4	3 150 000	27,3	39,3	34,9	2015	0,1	2016
Inde	1995	Régime national de pension de vieillesse Indira Gandhi	60	..	..	●	..	..	200	3,0	11,4	2014	6,1	20 595 274	17,7	28,0	17,7	2015	0,0	2015
Maldives	2010	Pension essentielle de vieillesse	65	..	..	..	..	●	2300	150,3	235,8	2015	s.o.	16 172	65,6	94,6	94,6	2015	1,0	2015
Népal	1995	Allocation vieillesse	70 (60 ou plus pour les Dalits et les résidents de la zone de Karnali)	●	..	○	○	●	2000	18,7	63,6	2015	25,0	635 938	31,2	46,3	79,9	2010/2011	0,7	2010/2011

Tableau B.10 Régimes de pensions de vieillesse non contributifs: caractéristiques et indicateurs principaux

Pays/Territoire	Année de création	Nom du régime	Prescriptions légales et caractéristiques des régimes					Montant de la pension (par mois)					Couverture effective (nombre, pourcentage)					Coût		
			Age d'admissibilité	Citoyenneté	Résidence	Indexation sur le revenu	Indexation sur le patrimoine	Indexation sur le montant de la retraite	Monnaie nationale	Dollars E.-U.	PPA	Année	Pourcentage du salaire minimum ^a	Nombre de bénéficiaires	Population âgée de 60 ans et plus	Population âgée de 65 ans et plus	Population ayant dépassé l'âge d'admissibilité	Année	Coût (% du PIB)	Année
Océanie																				
Australie	1908	Pension de vieillesse	65	○	●	●	...	○	1728,78 (797,90 tous les 15 jours)	1285,1	1194,3	2016	60,0	2356226	51,1	70,4	70,4	2013	2,6	2010/2011
Fidji	2013	Régime de pension sociale (SPS)	68	○	●	○	○	●	50	23,1	43,9	2015/2016	11,2-12,0	15 000	18,2	28,8	51,2	2015	0,1	2015
Iles Cook	1966	Pension de vieillesse (universelle)	60	...	...	...	...	...	500	335,8	...	2014	52,1	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	...	s.o.	...
Kiribati	2003	Pension de vieillesse	65	●	...	○	○	○	50	35,7	46,9	2012	s.o.	2090	34,9	52,3	93,0	2010	1,2	2015
Niue	...	...	60	...	...	○	○	○	483	396,1	...	2013	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	...	s.o.	...
Nouvelle-Zélande	1898	Pension de retraite	65	○	●	○	○	○	1667,2 (384,7 par semaine)	1160,6	1147,8	2016	63,6	598 933	70,8	99,2	99,2	2012	4,5	2012
Papouasie-Nouvelle-Guinée	2009	Régime de pension de vieillesse et d'invalidité (New Ireland uniquement)	60	...	●	...	...	...	30	10,2	14,6	2015	5,3	8362	2,3	3,7	2,3	2015-2013	0,0	2015-2013
Samoa	1990	Prestations en faveur des personnes âgées	65	●	●	○	○	○	135	58,6	97,7	2015	31,8-36,7	8700	65,2	92,6	92,6	2010	0,9	2014
Tuvalu	...	Régimes en faveur des personnes âgées	70	...	...	...	...	...	50	35,9	41,8	2015	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	...	s.o.	...
Europe et Asie centrale																				
Europe du Nord, du Sud et de l'Ouest																				
Albanie	2015	Pension sociale	70	...	...	●	○	●	6750	54,4	155,9	2016	30,7	5000	1,0	1,4	2,1	2015	s.o.	...
Allemagne	2003	Grundsicherung im Alter (supplément de pension en fonction des besoins)	65	...	...	●	...	...	407	452,2	515,2	2015	28,3	527 352	2,4	3,1	3,1	2015	0,1	2015
Andorre	1966	Pensió de solidaritat per a la gent gran (Pension de solidarité pour les personnes âgées)	65	...	●	●	...	...	s.o.	s.o.	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	...	s.o.	...
Autriche	1978	Ausgleichszulage (Indemnité compensatoire autrichienne)	65 (h) 60 (f)	...	...	●	...	●	889,8	988,7	1112,3	2017	s.o.	103 431	5,3	6,8	5,9	2011	s.o.	...
Belgique	2001	IGO/GRAPA (Revenu garanti pour les personnes âgées)	65	...	...	●	...	...	1052,6	1396,5	1319,8	2014	70,1	93 620	3,6	4,8	4,8	2012	0,3	2013

Tableau B.10 Régimes de pensions de vieillesse non contributifs: caractéristiques et indicateurs principaux

Pays/Territoire	Année de création	Nom du régime	Prescriptions légales et caractéristiques des régimes						Montant de la pension (par mois)					Couverture effective (nombre, pourcentage)					Coût	
			Age d'admissibilité	Citoyenneté	Résidence	Indexation sur le revenu	Indexation sur le patrimoine	Indexation sur le montant de la retraite	Monnaie nationale	Dollars E.-U.	PPA	Année	Pourcentage du salaire minimum ^b	Nombre de bénéficiaires	Population âgée de 60 ans et plus	Population âgée de 65 ans et plus	Population ayant dépassé l'âge d'admissibilité	Année	Coût (% du PIB)	Année
Danemark	2008	Folkepension (pension nationale – universelle)	65	○	●	○	○	○	6063	900,7	833,3	2016	s.o.	1 074 980	76,8	100,0	100,0	2015	5,7	2013
Espagne	1994	Pension non contributive de retraite (Pensión no Contributiva de Jubilación)	65	...	●	●	...	●	367,9	407,0	554,8	2016	56,2	193 043	1,8	2,4	2,4	2013	0,1	2012
Estonie	2008	Pensions nationales	63	○	●	○	○	●	167,4	185,2	313,5	2016	38,9	6 436	2,1	2,8	2,2	2013	0,1	2015
Finlande	1937	Kansaneläke (pension nationale)	65	○	●	○	○	○	634,3	701,6	701,8	2016	s.o.	479 089	32,0	42,5	42,5	2015	0,7	2015
	2010	Takuueläke (pension garantie)	65	○	●	○	○	○	766,9	848,3	848,5	2016	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	...	s.o.	...	
France	1956	Allocation de solidarité aux personnes âgées – ASPA	65	○	●	●	○	○	800	862,5	972,1	2015	54,9	512 726,7	3,8	5,0	5,0	2010	0,3	2012
Grèce	1982	Allocation de sécurité sociale	65	○	●	●	...	...	230	254,4	373,7	2016	34,6	67 000	2,5	3,2	3,2	2008	0,2	2008
Guernesey	1984	Prestations complémentaires	60	...	...	●	...	●	1764	2786,5	...	2012	175,0	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	...	s.o.	...
Ile de Man	...	Pension de vieillesse	80 en avril 2016	...	●	●	...	...	306,4	s.o.	s.o.	...	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	...	s.o.	...	
Iles Féroé	...	Pension de vieillesse (pension essentielle; universelle)	67	...	...	...	...	...	4169	592,0	...	2014	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	...	s.o.	...	
Irlande	1909	Pension publique (non contributive)	66	○	●	●	...	●	962 (222 par semaine)	1064,1	1209,2	2016	62,2	95 570	11,4	16,1	17,4	2014	0,5	2014
Islande	1890	Lífeyristryggingar almannatrygginga (Pension nationale essentielle)	67	○	●	●	○	○	39 862	329,4	278,3	2016	s.o.	30 201	51,0	71,9	83,4	2013	0,6	2013
Italie	1969	Assegno sociale (Allocation sociale)	65 et 7 mois	●	●	●	...	●	448,1	495,6	616,6	2016	s.o.	859 985	5,3	6,9	6,9	2011	s.o.	...
Kosovo ^a	2002	Pension essentielle de vieillesse	65	...	...	○	○	○	75	83,3	230,8	2015	44,1-57,7	125 883	74,1	107,8	107,8	2014	2,0	2014
Lettonie	...	Prestation publique de sécurité sociale	67 et 9 mois	...	...	○	○	●	70,3	77,8	142,0	2016	19,0	1077	0,2	0,3	0,3	2011	s.o.	...
Lituanie	...	Pension de vieillesse de l'assistance sociale	63 et 4 mois (h) 61 et 8 mois (f)	...	...	○	○	●	97,2	107,5	218,9	2016	8,0	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	...	s.o.	...

Tableau B.10 Régimes de pensions de vieillesse non contributifs: caractéristiques et indicateurs principaux

Pays/Territoire	Année de création	Nom du régime	Prescriptions légales et caractéristiques des régimes					Montant de la pension (par mois)					Couverture effective (nombre, pourcentage)				Coût			
			Age d'admissibilité	Citoyenneté	Résidence	Indexation sur le revenu	Indexation sur le patrimoine	Indexation sur le montant de la retraite	Monnaie nationale	Dollars E.-U.	PPA	Année	Pourcentage du salaire minimum ^a	Nombre de bénéficiaires	Population âgée de 60 ans et plus	Population âgée de 65 ans et plus	Population ayant dépassé l'âge d'admissibilité	Année	Coût (% du PIB)	Année
Malte	1956	Pension de vieillesse non contributive	60	○	●	○	●	●	459,85 (106,12 par semaine)	508,7	768,2	2016	63,1	5137	5,0	6,8	5,0	2013	0,3	2013
	1956	Allocation vieillesse	75	○	●	○	○	○	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Norvège	1936	Grunnpensjon (Pension essentielle)	67 (flexible)	○	●	●	...	○	7505,7	893,5	798,4	2016	s.o.	800350	73,3	100,3	110,1	2013	5,3	2013
Pays-Bas	1957	AOW Pension (Pension de vieillesse)	65 et 6 mois	○	●	○	○	○	1161,7	1285,0	1398,7	2017	75,9	3 131 400	79,8	109,9	109,9	2013	6,2	2011
Portugal	1980	Pensao Social de Velhice (Pension sociale de vieillesse)	66 et 2 mois	●	●	●	○	●	237,3	262,5	405,6	2016	44,8	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	...	s.o.	...
Royaume-Uni	1909	Crédit de pensions (crédit garanti)	65	○	●	●	...	○	674,2 (155,6 par semaine)	963,2	977,5	2016	56,4	1 102 000	7,4	9,6	9,6	2015	0,5	2011
Slovénie	1999	Državna pokojnina (Pension publique)	68	...	...	●	...	...	181,4	240,6	287,4	2010	25,5	17 085	3,7	4,9	5,9	2011	0,1	2011
Suède	1913	Pension garantie (Garantipension)	65	○	●	●	○	○	7863	918,4	881,9	2016	s.o.	786 388	31,8	41,3	41,3	2014	0,0	2014
Suisse	...	Pension extraordinaire	65 (h) 64 (f)	●	●	...	...	●	1512	1612,5	916,9	2012	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	...	s.o.	...
	1909	Pension de vieillesse	80	...	●	●	...	...	310,6 (71,5 par semaine)	s.o.	s.o.	2016	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	...	s.o.	...
Europe de l'Est																				
Bélarus	...	Pension sociale	65 (h) 60 (f)	●	●	○	○	●	795655	67,5	154,0	2016	33,2	51 900	2,7	3,9	2,2	2011	s.o.	...
Bulgarie	...	Pension sociale de vieillesse	70	...	●	●	...	...	115,2	65,1	170,3	2016	27,4	4917	0,3	0,4	0,5	2011	0,0	2011
Hongrie	1993	Időskorúak járadéka (Allocation vieillesse)	62	...	...	●	...	...	22800	78,6	179,3	2013	23,3	6175	0,3	0,4	0,3	2013	0,1	2013
Moldova, République de	1999	Allocation publique pour les personnes âgées	62(h) 57(f)	●	○	○	○	●	129,3	6,5	19,0	2016	6,1-12,9	4986	0,7	1,2	0,7	2015	0,0	2015
Pologne	...	Pension ciblée	65 (h) 60 (f)	...	...	●	...	●	419,2	128,7	208,2	2012	27,9	49 205	0,6	0,9	1,0	2011	s.o.	...

Tableau B.10 Régimes de pensions de vieillesse non contributifs: caractéristiques et indicateurs principaux

Pays/Territoire	Année de création	Nom du régime	Prescriptions légales et caractéristiques des régimes						Montant de la pension (par mois)					Couverture effective (nombre, pourcentage)					Coût	
			Age d'admissibilité	Citoyenneté	Résidence	Indexation sur le revenu	Indexation sur le patrimoine	Indexation sur le montant de la retraite	Monnaie nationale	Dollars E.-U.	PPA	Année	Pourcentage du salaire minimum ^b	Nombre de bénéficiaires	Population âgée de 60 ans et plus	Population âgée de 65 ans et plus	Population ayant dépassé l'âge d'admissibilité	Année	Coût (% du PIB)	Année
Fédération de Russie	...	Pension sociale publique	65 (h) 60 (f)	●	...	...	...	●	3692	59,1	171,8	...	s.o.	3 000 000	10,4	s.o.	12,1	...	0,2	...
Ukraine	...	Pension sociale + complément	63 (h) 60,5 (f)	●	...	●	...	●	1074	42,0	184,6	2016	69,3	213 000	2,3	3,0	2,2	2011	s.o.	...
Asie centrale et occidentale																				
Arménie	1956	Pension sociale de vieillesse	65	...	...	○	○	●	16 000	33,3	80,8	2016	29,1	48 000	11,6	14,2	14,2	2007	s.o.	...
Azerbaïdjan	2006	Allocation sociale (vieillesse)	67(h) 62 (f)	●	...	○	○	●	60	57,3	159,6	2015	57,1	230 935	23,6	42,1	36,1	2015	0,3	2015
Chypre	1995	Régime de pension sociale	65	○	●	○	○	●	336,3	362,5	528,7	2014	38,7	15 537	8,1	11,5	11,5	2012	0,3	2014
Géorgie	2006	Pension de vieillesse	65 (h) 60 (f)	●	●	○	○	○	160	67,0	183,7	2015	118,5- 800,0	707 700	86,5	126,1	104,4	2015	4,8	2015
Israël	...	Prestation spéciale de vieillesse	67 (h) 62 (f)	○	●	●	...	●	1530,7	391,5	373,7	2015	36,5	61 178	5,2	7,5	6,1	2012	0,1	2015
	1980	Aide au revenu	...	○	●	●	...	○	1729,6	450,4	453,4	2016	...	...	...	...	...	...	...	...
Kazakhstan	1991	Pension publique essentielle universelle	63 (h) 58 (f)	●	○	○	○	○	11 886,7	34,7	127,8	2016	52,3	1 964 500	104,4	165,5	105,0	2015	0,7	2015
	1997	Prestation publique de vieillesse	63 (h) 58 (f)	○	●	●	○	●	11 886,7	34,7	127,8	2016	52,0	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	...	s.o.	...
Kirghizstan	1922	Allocation d'aide sociale (vieillesse)	63 (h) 58 (f)	...	...	...	...	●	1000	14,5	45,4	2010	200,0	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	...	s.o.	...
Ouzbékistan	...	Pension sociale de vieillesse	60 (h) 55 (f)	...	●	●	...	●	142 100	53,1	150,1	2015	109,1	5700	0,3	0,5	0,3	2011	s.o.	...
Tadjikistan	1993	Pension de vieillesse	65 (h) 58 (f)	...	...	...	...	●	40	8,4	19,4	2012	50,0	91 000	24,4	36,0	28,8	2011	0,1	2011
Turkménistan	...	Allocation sociale	62 (h) 57 (f)	...	...	●	...	●	169,4	48,4	119,9	2016	28,7	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	...	s.o.	...
Turquie	1976	Pension de vieillesse soumise à conditions de ressources	65	...	...	●	...	...	125,6	43,4	102,3	2015	9,9	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	...	s.o.	...

Sources

Sources principales

AISS (Association internationale de la sécurité sociale); SSA (Administration de la sécurité sociale des États-Unis). Diverses dates. Les programmes de sécurité sociale dans le monde (Genève et Washington, DC). Disponible à l'adresse <http://www.ssa.gov/policy/docs/progdesc/ssptw/> [consulté le 28 mai 2017].

HelpAge International: Base de données de HelpAge sur les pensions non contributives. Disponible à l'adresse <http://www.pension-watch.net/about-social-pensions/about-social-pensions/social-pensions-database/> [consulté le 28 mai 2017].

Autres sources

BIT (Bureau international du Travail). Base de données de l'OIT sur la protection sociale dans le monde, fondée sur l'Enquête sur la sécurité sociale (SSI) [consulté en juin 2017].

Commission européenne. Système d'information mutuelle sur la protection sociale (MISSOC). Base de données des tableaux comparatifs. Disponible à l'adresse http://www.missoc.org/INFORMATIONBASE/COMPARATIVETABLES/MISSOCDATABASE/comparativeTableSearch_fr.jsp [consulté le 28 mai 2017].

Les sources par pays, dates diverses, sont disponibles à l'adresse: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=54607>.

Sources supplémentaires pour les données utilisées comme dénominateurs

Banque mondiale. 2017. Base de données: Indicateurs du développement dans le monde (2017). Taux de change officiel (unités de devises locales par dollar E.-U., moyenne pour la période). Disponible à l'adresse <http://databank.banquemondiale.org/data/reports.aspx?source=2&series=PA.NUS.FCRF&country=> [consulté le 9 juin 2017].

—. Databank. Indicateurs du développement dans le monde (2017). Facteur de conversion PPA, PIB (unités de devises locales par dollar international). Disponible à l'adresse <http://databank.banquemondiale.org/data/reports.aspx?source=2&series=PA.NUS.PPP&country=> [consulté le 9 juin 2017].

BIT (Bureau international du Travail). ILOSTAT. Population par sexe et âge – estimations et projections de l'ONU. Disponible à l'adresse http://www.ilo.org/ilostat/faces/oracle/webcenter/portalapp/pagehierarchy/Page27.jsp?locale=fr&_afLoop=363599307283078#%40%3Flocale%3Dfr%26_afLoop%3D363599307283078%26_adf.ctrl-state%3Db8w4klOuc_953 [consulté le 9 juin 2017].

—. ILOSTAT. Salaire minimum nominal mensuel brut au 31 décembre. Disponible à l'adresse http://www.ilo.org/ilostat/faces/oracle/webcenter/portalapp/pagehierarchy/Page27.jsp?locale=fr&_afLoop=363875986714444#%40%3Flocale%3Dfr%26_afLoop%3D363875986714444%26_adf.ctrl-state%3Db8w4klOuc_1032 [consulté le 14 juin 2017].

FMI (Fonds monétaire international). Disponible à l'adresse: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2014/01/weodata/index.aspx> [consulté le 28 mai 2017].

Symboles

● Oui ○ Non

Notes

s.o. sans objet.

... non disponible.

^a Au sens de la résolution 1244 (1999) du Conseil de sécurité de l'ONU.

^b Pour les pays où le salaire minimum national varie en fonction de la région et/ou du secteur d'activité économique, une intervalle a été envisagée.

Année: La date indiquée est celle de la création du premier dispositif précédant le régime actuellement en vigueur. La plupart des régimes ayant été réformés, la législation en vigueur correspond rarement à celle de l'année d'instauration du dispositif.

Conditions d'attribution: Critères à remplir, par exemple avoir la nationalité du pays en question ou y avoir sa résidence légale, ne pas dépasser un certain plafond de ressources ou remplir les critères de revenu, disposer d'un patrimoine inférieur à un certain seuil, ne pas bénéficier d'une autre pension de retraite ou en percevoir une de faible montant.

Tableau B.11 Couverture vieillesse effective: cotisants actifs

Pays/Territoire	Pourcentage d'actifs cotisant à un régime de pension au sein de la population en âge de travailler de 15 à 64 ans (%)				Age	Pourcentage d'actifs cotisant à un régime de pension au sein de la population active 15 ans et plus (%)				
	Total	Hommes	Femmes	Année		Total	Hommes	Femmes	Age	Année
Afrique										
<i>Afrique du Nord</i>										
Algérie	19,6	30,7	8,3	2015	15-64	41,0	40,1	45,0	15+	2015
Egypte	28,7	...	...	2015	15-64	53,6	...	...	15+	2015
Libye	11,2	18,5	3,5	2008	15-64	19,6	22,9	10,9	15+	2008
Maroc	15,6	...	...	2011	15-64	30,2	...	...	15+	2011
Soudan	2,8	...	...	2008	15-64	4,9	...	...	15+	2008
Tunisie	47,2	68,9	26,1	2015	15-64	61,0	73,9	55,9	15+	2015
<i>Afrique subsaharienne</i>										
Afrique du Sud	3,6	...	...	2015	15-64	6,3	...	...	15+	2015
Angola	0,9	...	...	2015	15-64	1,2	...	...	15+	2015
Bénin	5,2	...	...	2009	15-64	6,8	...	...	15+	2009
Botswana	12,5	...	...	2009	15-64	15,5	...	...	15+	2009
Burkina Faso	2,0	0,9	3,0	2015	15-64	2,3	1,0	3,7	15+	2015
Burundi ¹	4,5	8,2	1,0	2011	15-64	5,2	9,6	1,1	15+	2011
Cabo Verde	17,8	19,5	16,2	2015	15-64	24,4	22,0	28,0	15+	2015
Cameroun	7,0	10,7	3,3	2015	15-64	8,7	12,5	4,4	15+	2015
République centrafricaine	1,3	...	...	2003	15-64	1,5	...	...	15+	2003
Congo	6,9	9,5	4,2	2012	15-64	9,1	12,3	5,8	15+	2012
Côte d'Ivoire ²	6,3	...	...	2010	15-64	8,8	...	...	15+	2010
Djibouti	6,6	...	...	2003	15-64	12,6	...	...	15+	2003
Gambie	10,1	6,1	13,6	2015	15-64	12,5	7,0	18,1	15+	2015
Ghana	6,7	9,4	3,9	2011	15-64	9,0	12,5	5,5	15+	2011
Guinée	11,1	...	...	2006	15-64	14,7	...	...	15+	2006
Guinée-Bissau	0,5	...	...	2010	15-64	0,6	...	...	15+	2010
Kenya	11,3	...	...	2009	15-64	16,3	...	...	15+	2009
Lesotho	2,7	...	...	2015	15-64	3,8	...	...	15+	2015
Libéria	0,2	0,3	0,0	2015	15-65	0,3	0,4	0,1	15+	2015
Madagascar ³	5,7	...	...	2011	15-64	6,2	...	...	15+	2011
Malawi ⁴	3,7	...	...	2015	15-64	4,3	...	1,7	15+	2015
Mali	2,3	3,7	0,9	2015	15-64	3,3	4,3	1,7	15+	2015
Maurice	39,7	...	...	2010	15-64	60,9	...	...	15+	2010
Mauritanie	2,5	...	...	2015	15-64	5,0	...	45,4	15+	2015
Mozambique	4,9	...	...	2015	15-64	5,8	...	...	15+	2015
Namibie	5,6	...	...	2008	15-64	8,2	...	...	15+	2008
Niger	1,8	...	...	2015	15-64	2,7	...	...	15+	2015
Nigéria	7,6	...	...	2015	15-64	12,9	...	...	15+	2015
Ouganda	3,8	3,4	4,2	2007	15-64	4,6	4,1	5,1	15+	2007
République démocratique du Congo	10,5	...	...	2009	15-64	14,0	...	...	15+	2010
Rwanda	3,8	5,7	2,0	2009	15-64	4,3	6,5	2,2	15+	2009
Sao Tomé-et-Principe	1,4	1,6	1,7	2015	15-64	2,8	2,2	3,6	15+	2015
Sénégal	1,7	...	...	2015	15-64	2,8	...	...	15+	2015
Sierra Leone	4,6	...	...	2007	15-64	6,6	...	...	15+	2007

Tableau B.11 Couverture vieillesse effective: cotisants actifs

Pays/Territoire	Pourcentage d'actifs cotisant à un régime de pension au sein de la population en âge de travailler de 15 à 64 ans (%)				Age	Pourcentage d'actifs cotisant à un régime de pension au sein de la population active 15 ans et plus (%)				
	Total	Hommes	Femmes	Année		Total	Hommes	Femmes	Age	Année
Swaziland	15,2	...	...	2010	15-64	25,5	...	...	15+	2010
Tanzanie, République-Unie de	3,6	...	...	2015	15-64	4,3	...	...	15+	2015
Tchad	1,5	...	...	2005	15-64	2,0	...	...	15+	2005
Togo	3,1	...	...	2009	15-64	3,7	...	...	15+	2009
Zambie	9,7	...	...	2015	15-64	12,2	...	...	15+	2015
Zimbabwe	17,0	...	...	2009	15-64	18,3	...	...	15+	2009
Amériques										
<i>Amérique latine et Caraïbes</i>										
Antigua-et-Barbuda	66,2	78,3	55,3	2015	15-64	...	...	...	s.o.	s.o.
Argentine	29,9	26,9	32,6	2015	15-64	50,2	49,8	50,8	15+	2015
Aruba	90,8	92,0	89,8	2015	15-64	100,0	100,0	100,0	15+	2015
Bahamas	66,7	...	...	2011	15-64	81,9	...	...	15+	2011
Barbade	65,1	...	...	2009	15-64	79,6	...	...	15+	2009
Belize	44,2	58,0	30,6	2011	15-64	64,0	66,8	59,4	15+	2011
Bolivie, Etat plurinational de	13,5	9,7	17,2	2015	15-64	16,7	10,7	24,2	15+	2015
Bésil	39,2	34,2	44,1	2015	15-64	52,5	52,6	52,3	15+	2015
Chili	41,4	35,2	47,6	2015	15-64	60,0	43,1	83,2	15+	2015
Colombie	23,3	19,8	26,7	2015	15-64	30,8	22,7	41,4	15+	2015
Costa Rica	50,0	36,3	63,8	2015	15-64	71,9	42,3	100,0	15+	2015
République dominicaine	23,1	...	...	2015	15-64	32,1	...	...	15+	2015
Dominique	52,9	49,9	56,1	2011	15-64	...	...	...	s.o.	s.o.
El Salvador	20,7	18,1	22,9	2015	15-64	29,3	20,4	41,2	15+	2015
Equateur	29,8	23,7	35,9	2015	15-64	42,1	27,1	66,0	15+	2015
Grenade	58,7	...	...	2010	15-64	...	...	...	s.o.	s.o.
Guatemala	13,2	11,2	14,1	2015	15-64	19,7	18,8	21,4	15+	2015
Guyana	29,7	...	...	2009	15-64	45,7	...	...	15+	2009
Honduras	12,7	11,2	14,1	2015	15-64	17,3	16,3	18,7	15+	2015
Jamaïque	12,5	...	...	2004	15-64	16,7	...	...	15+	2004
Mexique	18,8	14,8	22,8	2015	15-64	27,6	17,0	45,4	15+	2015
Nicaragua	14,6	12,8	16,2	2015	15-64	21,0	14,9	30,4	15+	2015
Panama	35,6	55,3	37,1	2015	15-64	48,7	62,0	42,7	15+	2015
Paraguay	13,5	15,9	11,1	2011	15-64	18,9	18,5	19,5	15+	2011
Pérou	19,9	14,8	25,0	2015	15-64	24,3	16,3	34,1	15+	2015
Sainte-Lucie	43,1	44,1	42,3	2008	15-64	56,5	53,1	60,3	15+	2008
Saint-Kitts-et-Nevis	77,9	76,6	79,3	2010	15-64	...	...	...	s.o.	s.o.
Saint-Vincent-et-les Grenadines	49,5	...	...	2007	15-64	67,3	...	...	15+	2007
Trinité-et-Tobago	49,7	...	...	2010	15-64	68,8	...	...	15+	2010
Uruguay	56,7	...	...	2015	15-64	70,8	...	...	15+	2015
Venezuela, République bolivarienne du	24,1	27,4	20,8	2009	15-64	33,9	31,8	37,3	15+	2009
<i>Amérique du Nord</i>										
Canada	56,1	53,1	59,3	2015	15-64	71,1	63,8	79,2	15+	2015
Etats-Unis	78,5	81,1	76,0	2010	15-64	100,0	100,0	100,0	15+	2010

Tableau B.11 Couverture vieillesse effective: cotisants actifs

Pays/Territoire	Pourcentage d'actifs cotisant à un régime de pension au sein de la population en âge de travailler de 15 à 64 ans (%)				Age	Pourcentage d'actifs cotisant à un régime de pension au sein de la population active 15 ans et plus (%)				
	Total	Hommes	Femmes	Année		Total	Hommes	Femmes	Age	Année
Etats arabes										
Arabie saoudite	26,2	43,8	2,1	2010	15-64	50,1	56,8	11,5	15+	2010
Bahreïn	10,5	12,4	7,3	2007	15-64	15,1	14,1	19,0	15+	2007
Iraq	19,8	...	...	2009	15-64	45,2	...	...	15+	2009
Jordanie	22,6	33,0	11,5	2010	15-64	51,5	47,4	70,1	15+	2010
Koweït	12,9	...	...	2010	15-64	18,4	...	...	15+	2010
Liban ⁵	0,0	...	...	2012	15-64	0,0	...	...	15+	2012
Oman	8,7	11,3	4,4	2011	15-64	13,7	13,4	15,4	15+	2011
Qatar	3,3	...	...	2008	15-64	3,9	...	...	15+	2008
République arabe syrienne	13,4	...	...	2008	15-64	28,4	...	...	15+	2008
Territoire palestinien occupé	5,2	...	...	2010	15-64	12,0	...	...	15+	2010
Yémen	2,6	4,8	0,5	2011	15-64	5,2	6,4	1,8	15+	2011
Asie et Pacifique										
<i>Asie de l'Est</i>										
Chine ⁶	55,9	...	...	2015	15-64	69,8	...	...	15+	2015
Corée, République de	53,7	...	...	2009	15-64	77,8	...	...	15+	2009
Hong-kong, Chine	52,3	...	...	2011	15-64	75,7	...	...	15+	2011
Japon	84,9	...	...	2010	15-64	100,0	100,0	100,0	15+	2010
Mongolie	50,0	...	...	2015	15-64	74,5	...	...	15+	2015
Taiwan, Chine	56,6	55,4	57,8	2011	15-64	86,8	75,8	99,9	15+	2011
<i>Asie du Sud-Est</i>										
Cambodge	0,0	...	...	2010	15-64	0,0	...	...	15+	2010
Indonésie	7,6	...	...	2015	15-64	10,5	...	...	15+	2015
République démocratique populaire lao	1,3	...	...	2010	15-64	1,6	...	...	15+	2010
Malaisie	28,1	32,4	23,6	2010	15-64	43,2	39,3	50,2	15+	2010
Philippines	21,4	...	...	2015	15-64	30,9	...	...	15+	2015
Singapour	48,1	...	...	2015	15-64	61,7	...	...	15+	2015
Thaïlande	33,6	...	...	2015	15-64	31,9	...	...	15+	2015
Timor-Leste	0,0	0,0	0,0	2011	15-64	0,0	...	...	15+	2011
Viet Nam	20,6	...	...	2015	15-64	23,5	...	...	15+	2015
<i>Asie du Sud</i>										
Afghanistan	2,2	...	...	2006	15-64	4,4	...	...	15+	2006
Bangladesh ⁷	0,6	...	...	2015	15-64	0,8	...	...	15+	2015
Bhoutan	9,1	12,1	6,1	2012	15-64	12,1	14,8	8,6	15+	2012
Inde	8,0	...	...	2015	15-64	13,7	...	...	15+	2015
Iran, République islamique d' ⁸	18,7	...	...	2010	15-64	39,3	...	...	15+	2010
Maldives	19,9	...	...	2010	15-64	28,1	...	...	15+	2010
Népal	2,5	4,1	1,0	2011	15-64	2,8	4,4	1,1	15+	2011
Pakistan	3,5	...	...	2015	15-64	6,0	...	...	15+	2015
Sri Lanka	18,9	19,9	21,1	2015	15-64	32,1	24,5	33,8	15+	2015
Océanie										
Australie	69,6	74,5	64,6	2008	15-64	88,8	87,1	90,9	15+	2008
Fidji	64,2	...	...	2011	15-64	99,0	...	...	15+	2011

Tableau B.11 Couverture vieillesse effective: cotisants actifs

Pays/Territoire	Pourcentage d'actifs cotisant à un régime de pension au sein de la population en âge de travailler de 15 à 64 ans (%)				Age	Pourcentage d'actifs cotisant à un régime de pension au sein de la population active 15 ans et plus (%)				
	Total	Hommes	Femmes	Année		Total	Hommes	Femmes	Age	Année
Iles Salomon	46,9	66,5	26,1	2008	15-64	66,6	79,4	46,3	15+	2008
Papouasie-Nouvelle-Guinée	3,0	...	...	2010	15-64	4,0	...	...	15+	2010
Samoa	22,8	...	...	2011	15-64	34,4	...	...	15+	2011
Tonga ⁹	6,5	...	...	2012	15-64	9,8	...	...	15+	2012
Vanuatu ¹⁰	16,9	16,4	17,5	2011	15-64	22,6	19,4	26,9	15+	2011
Europe et Asie centrale										
<i>Europe du Nord, du Sud et de l'Ouest</i>										
Albanie	29,8	...	...	2006	15-64	43,3	...	...	15+	2006
Allemagne	68,6	...	...	2015	16-64	86,0	...	...	15+	2015
Autriche	68,3	...	...	2013	15-64	88,6	...	...	15+	2013
Belgique	63,2	...	...	2013	15-64	92,0	...	...	15+	2013
Bosnie-Herzégovine	24,4	...	...	2008	15-64	44,6	...	...	15+	2008
Croatie	51,8	...	...	2013	15-64	77,0	...	...	15+	2013
Danemark	78,1	...	...	2010	15-64	96,6	...	...	15+	2010
Espagne	56,2	...	...	2013	15-64	75,0	...	...	15+	2013
Estonie	63,6	...	...	2010	15-64	82,3	...	...	15+	2010
Ex-République yougoslave de Macédoine	52,3	...	...	2011	15-64	80,0	...	...	15+	2011
Finlande	65,7	...	...	2013	15-64	84,9	...	...	15+	2013
France	63,6	...	...	2013	16-64	88,6	...	...	15+	2013
Grèce	59,7	...	...	2013	15-64	86,6	...	...	15+	2013
Ile de Man	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Irlande	75,4	...	...	2013	15-64	100,0	...	...	15+	2013
Italie	61,0	...	...	2013	15-64	93,4	...	...	15+	2013
Jersey	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Kosovo	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Lettonie	72,4	...	...	2013	15-64	92,6	...	...	15+	2013
Lituanie	54,5	...	...	2010	15-64	76,0	...	...	15+	2010
Luxembourg	100,0	...	...	2013	15-64	100,0	...	...	15+	2013
Malte	63,9	...	...	2013	15-64	94,7	...	...	15+	2013
Monténégro	36,8	...	...	2007	15-64	80,4	...	...	15+	2007
Norvège	76,2	...	...	2013	15-64	94,1	...	...	15+	2013
Pays-Bas	74,6	...	...	2013	15-64	91,4	...	...	15+	2013
Portugal	58,6	...	...	2010	15-64	74,5	...	...	15+	2010
Royaume-Uni	71,4	...	...	2005	15-64	92,9	...	...	15+	2005
Serbie	29,7	...	...	2010	15-64	61,1	...	...	15+	2010
Slovénie	60,7	...	...	2013	15-64	83,3	...	...	15+	2013
Suède	67,5	...	...	2013	15-64	79,3	...	...	15+	2013
<i>Europe de l'Est</i>										
Bélarus	44,0	29,1	57,4	2010	15-64	66,6	41,6	91,9	15+	2010
Bulgarie	60,0	59,3	60,7	2013	15-64	85,0	79,3	91,5	15+	2013
Hongrie	59,7	...	...	2013	15-64	87,5	...	...	15+	2013
Moldova, République de	33,6	33,5	33,7	2011	15-64	70,1	66,5	73,8	15+	2011
Pologne	59,1	...	...	2010	15-64	88,0	...	...	15+	2010

Tableau B.11 Couverture vieillesse effective: cotisants actifs

Pays/Territoire	Pourcentage d'actifs cotisant à un régime de pension au sein de la population en âge de travailler de 15 à 64 ans (%)				Age	Pourcentage d'actifs cotisant à un régime de pension au sein de la population active 15 ans et plus (%)				
	Total	Hommes	Femmes	Année		Total	Hommes	Femmes	Age	Année
Roumanie	45,4	...	...	2013	16-64	64,6	...	...	15+	2013
Russie, Fédération de	48,7	...	...	2009	15-64	65,9	...	...	15+	2009
Slovaquie	60,0	...	...	2013	15-64	84,4	...	...	15+	2013
République tchèque	70,0	...	...	2013	15-64	92,0	...	...	15+	2013
Ukraine	33,9	...	...	2015	15-64	47,1	...	...	15+	2015
Asie centrale et occidentale										
Arménie	27,0	29,0	25,2	2015	15-64	36,9	35,0	39,1	15+	2015
Azerbaïdjan	22,5	...	...	2007	15-64	33,3	...	...	15+	2007
Chypre	51,0	...	...	2013	15-64	67,4	...	...	15+	2013
Géorgie	22,7	...	...	2008	15-64	29,5	...	...	15+	2008
Israël	69,8	...	...	2011	15-64	100,0	100,0	100,0	15+	2011
Kazakhstan	80,0	...	...	2015	15-64	100,0	...	...	15+	2015
Kirghizistan	34,8	...	...	2015	15-64	51,9	...	...	15+	2015
Tadjikistan	20,5	...	...	2015	15-65	28,6	...	...	15+	2015
Turquie	27,8	44,1	11,7	2011	15-64	52,1	58,4	37,1	15+	2011

Sources*Source principale*

BIT (Bureau international du Travail). Base de données du BIT sur la protection sociale dans le monde, fondée sur l'enquête sur la sécurité sociale (SSI). Disponible à l'adresse <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourcelid=54608> [consulté le 1^{er} juin 2017].

Autres sources

BAD (Banque asiatique de développement). Social Protection Index database. Disponible à l'adresse <http://spi.adb.org/spidmz/index.jsp> [consulté le 1^{er} juin 2017].

CEI-STAT (Comité de statistique de la Communauté des Etats indépendants). WEB Database Statistics of the CIS. Disponible à l'adresse <http://www.cisstat.com/Obase/index-en.htm> [consulté le 1^{er} juin 2017].

Commission européenne. 2015. The 2015 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013–2060) (Luxembourg, Union européenne). Disponible à l'adresse http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2015/ee3_en.htm [consulté le 1^{er} juin 2017].

Hirose, K. (dir. de publ.). 2011. *Pension reform in Central and Eastern Europe in times of crisis, austerity and beyond* (Budapest, BIT).

Sources nationales. Diverses dates. Notes et sources détaillées disponibles à l'adresse <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourcelid=54608>

Notes

s.o. sans objet.

... non disponible.

¹ Burundi. Inclut les pensions de vieillesse et de survivants pour les plus de 60 ans.

² Côte d'Ivoire. Données de la Caisse nationale de prévoyance sociale (CNPS) et de la Caisse générale de retraite des agents de l'Etat (CGRAE).

³ Madagascar. Les données correspondent à la Caisse nationale de la prévoyance sociale (CNaPS) et à deux régimes professionnels pour les fonctionnaires: la Caisse de retraites civiles et militaires (CRCM), qui couvre les fonctionnaires, les salariés du secteur public et les militaires; et la Caisse de prévoyance et de retraite (CPR), qui couvre les agents auxiliaires des administrations qui n'ont pas encore été titularisés.

⁴ Malawi. Il n'existe pas de régime national d'assurance sociale au Malawi. Le régime de retraite des fonctionnaires est un système non contributif, à prestations définies, par répartition. Les quelque 600 fonds de pension privés recensés au Malawi ne sont pas inclus ici.

⁵ Liban. Les prestations aux personnes âgées ne consistent pas en des versements périodiques mais se limitent à l'octroi d'une somme forfaitaire unique.

⁶ Chine. L'indicateur pour la Chine inclut les cotisants au nouveau régime social de retraite des résidents ruraux instauré au niveau national en 2009. Ce nouveau système comporte deux composantes: une pension de base financée par les collectivités locales et l'Etat central et un compte individuel alimenté par les cotisations des affiliés. Dans les régions pauvres, l'Etat central assume environ 80 pour cent du coût de la pension de base et le gouvernement local prend en charge le reste. La première composante, la pension de base, justifie son inclusion dans cet indicateur, car elle prévoit des prestations périodiques en espèces pour les personnes âgées afin de leur assurer une garantie de revenu.

⁷ Bangladesh. Les fonctionnaires bénéficient d'une pension non contributive à prestations définies, assortie de prestations aux survivants, financée par l'impôt. Ils ont droit à la retraite à partir de 57 ans.

⁸ Iran, République islamique d'. Correspond au nombre total d'assurés en tant que cotisants principaux aussi bien à l'Organisation de sécurité sociale qu'à la Caisse nationale de retraite.

⁹ Tonga. La loi sur le régime national de retraite (NRBS) votée en septembre 2010 a créé un régime de retraite obligatoire identique pour les travailleurs du secteur privé et les autres. Pas de chiffres disponibles à ce jour (voir <http://www.nrbf.to/> [consulté en mai 2017]).

¹⁰ Vanuatu. Est considéré comme membre actif une personne qui a versé ou pour lequel a été versée au moins une cotisation au cours du mois en cours ou de l'un des trois mois précédents (voir <http://www.vnfp.com.vu/p/vnfp-index.html> [consulté en mai 2014]).

Tableau B.12 Couverture vieillesse effective: bénéficiaires d'une pension de vieillesse
(indicateur 1.3.1 des ODD pour personnes âgées)

Pays/Territoire	Proportion par sexe (%)			Proportion par type de régime (%)			Année	Age légal d'ouverture des droits à pension (base pour la population de référence)
	Total	Hommes	Femmes	Ventilation non disponible	Régime contributif	Régime non contributif ^a		
Afrique								
Afrique du Nord								
Algérie ¹	63,6	...	...	...	51,1	12,5	2010	60+ Hommes | 55+ Femmes
Egypte	37,5	...	...	...	...	...	2014	60+
Libye	43,3	...	...	...	43,3	...	2006	65+ Hommes | 60+ Femmes
Maroc	39,8	...	...	...	39,8	...	2009	60+
Soudan	4,6	...	...	...	4,6	...	2010	60+
Tunisie	33,8	...	...	...	24,5	9,3	2015	60+
Afrique subsaharienne								
Afrique du Sud	92,6	...	...	...	...	...	2015	60+
Angola ²	14,5	...	...	...	14,5	...	2012	60+
Bénin	9,7	...	...	...	9,7	...	2009	60+
Botswana	100,0	100,0	100,0	...	...	100,0	2015	56-63+
Burkina Faso	2,7	5,4	0,7	...	2,7	...	2015	56+
Burundi ³	4,0	6,8	2,0	...	4,0	...	2015	65+ Hommes | 60+ Femmes
Cabo Verde ⁴	85,8	...	...	...	...	...	2015	60+
Cameroun	13,0	20,2	5,9	...	13,0	...	2015	60+
Congo ⁵	22,1	42,4	4,7	...	22,1	...	2011	57-65+
Côte d'Ivoire ⁶	7,7	...	...	...	7,7	...	2010	60+
Djibouti	12,0	...	...	...	12,0	...	2002	60+
Ethiopie	15,3	...	...	...	15,3	...	2015	60+
Gabon ⁷	38,8	...	...	...	38,8	...	2010	55+
Gambie	17,0	...	...	...	17,0	...	2015	60+
Ghana	16,4	...	...	...	16,4	...	2015	60+
Guinée	8,8	...	...	...	8,8	...	2008	55-65+
Guinée-Bissau	6,2	...	...	...	6,2	...	2008	60+
Kenya	24,8	...	...	...	...	...	2015	60+
Lesotho	94,0	...	...	...	...	94,0	2015	70+
Madagascar	4,6	...	...	...	4,6	...	2011	60+
Malawi	2,3	...	...	...	2,3	...	2016	...
Mali	2,7	5,3	0,6	...	2,7	...	2015	58+
Maurice	100,0	100,0	100,0	...	...	100,0	2010	63+
Mauritanie	9,3	...	...	...	9,3	...	2002	60+
Mozambique	17,3	20,0	15,9	...	1,7	15,6	2011	60+ Hommes | 55+ Femmes
Namibie	98,4	...	...	...	...	98,4	2011	60+
Niger	5,8	...	...	...	5,8	...	2015	60+
Nigéria	7,8	...	...	...	7,8	...	2015	50+
Ouganda	6,6	...	...	...	4,5	2,1	2012	55+
République démocratique du Congo	15,0	...	...	...	15,0	...	2009	65+ Hommes | 60+ Femmes
Rwanda	4,7	...	...	...	4,7	...	2004	60+
Sao Tomé-et-Principe	52,5	...	...	...	52,5	...	2015	60+
Sénégal	23,5	...	...	...	23,5	...	2010	55+
Seychelles	100,0	100,0	100,0	...	11,4	88,6	2011	63+

Tableau B.12 Couverture vieillesse effective: bénéficiaires d'une pension de vieillesse
(indicateur 1.3.1 des ODD pour personnes âgées)

Pays/Territoire	Proportion par sexe (%)			Proportion par type de régime (%)			Année	Age légal d'ouverture des droits à pension (base pour la population de référence)
	Total	Hommes	Femmes	Ventilation non disponible	Régime contributif	Régime non contributif ^a		
Sierra Leone	0,9	...	...	...	0,9	...	2007	60+
Swaziland	86,0	...	...	...	...	86,0	2011	60+
Tanzanie, République-Unie de	3,2	...	...	...	3,2	...	2008	60+
Tchad	1,6	...	...	...	1,6	...	2008	60+
Togo	10,9	...	...	...	10,9	...	2009	60+
Zambie	8,8	...	...	...	...	...	2015	55+
Zimbabwe	6,2	...	...	...	6,2	...	2006	60+
Amériques								
<i>Amérique latine et Caraïbes</i>								
Antigua-et-Barbuda	83,5	86,1	81,4	...	...	...	2015	60+
Argentine	89,3	...	...	...	...	...	2015	65+ Hommes | 60+ Femmes
Aruba	100,0	100,0	100,0	...	...	100,0	2015	60+
Bahamas	84,2	...	...	...	75,3	8,9	2011	65+
Barbade	68,3	...	...	...	33,2	35,1	2011	66,5+
Belize	64,6	...	...	...	32,0	32,6	2011	65+
Bolivie, Etat plurinational de	100,0	100,0	100,0	...	...	100,0	2015	60+ (l'âge ouvrant droit à la pension Renta Dignidad)
Brésil ⁸	78,3	...	...	...	...	...	2015	65+ Hommes | 60+ Femmes
Chili	78,6	...	...	...	...	...	2015	65+ Hommes | 60+ Femmes
Colombie ⁹	51,7	53,6	53,0	...	...	...	2015	62+ Hommes | 57+ Femmes
Costa Rica ¹⁰	68,8	65,4	48,8	...	...	...	2015	65+
République dominicaine ¹¹	11,1	16,5	6,2	11,1	...	...	2009	60+
Dominique	38,5	...	...	...	38,5	...	2011	62+
El Salvador	18,1	31,6	10,3	...	15,9	2,2	2009	60+ Hommes | 55+ Femmes
Equateur	52,0	...	...	52,0	...	...	2015	65+
Grenade	34,0	...	...	...	34,0	...	2010	60+
Guatemala	8,3	...	...	...	...	...	2015	60+
Guyana	100,0	100,0	100,0	...	4,6	100,0	2012	60+
Haïti	1,0	...	...	...	...	...	2001	55+
Honduras	7,5	7,6	7,3	...	...	...	2012	65+ Hommes | 60+ Femmes
Jamaïque	30,3	...	...	...	...	...	2015	65+ Hommes | 64,8+ Femmes
Mexique	64,1	69,8	60,2	...	3,0	22,2	2009	65+
Nicaragua ¹²	23,7	42,3	16,2	...	23,7	...	2011	60+
Panama ¹³	37,3	49,4	28,9	37,3	...	...	2008	62+ Hommes | 57+ Femmes
Paraguay	22,2	24,9	20,0	...	4,3	17,9	2013	60+
Pérou	19,3	...	...	...	...	...	2015	65+
Sainte-Lucie	26,5	...	...	...	26,5	...	2008	65+
Saint-Kitts-et-Nevis	44,7	51,6	39,7	...	36,4	8,3	2010	62+
Saint-Vincent-et-les Grenadines	76,6	...	...	...	23,3	53,3	2012	60+
Trinité-et-Tobago	98,4	...	...	...	50,7	47,7	2009	60+
Uruguay ¹⁴	76,5	74,6	77,7	...	66,9	9,6	2011	60+
Venezuela, République bolivarienne du	59,4	70,0	50,2	...	39,2	20,2	2012	60+ Hommes | 55+ Femmes

Tableau B.12 Couverture vieillesse effective: bénéficiaires d'une pension de vieillesse (indicateur 1.3.1 des ODD pour personnes âgées)

Pays/Territoire	Proportion par sexe (%)			Proportion par type de régime (%)			Année	Age légal d'ouverture des droits à pension (base pour la population de référence)
	Total	Hommes	Femmes	Ventilation non disponible	Régime contributif	Régime non contributif ^a		
Amérique du Nord								
Canada	100,0	100,0	100,0	...	...	...	2015	65+
Etats-Unis ¹⁵	100,0	100,0	100,0	100,0	...	...	2015	65+
Etats arabes								
Bahrein	40,1	...	...	...	...	...	2011	60+ Hommes | 55+ Femmes
Iraq	56,0	...	...	...	...	...	2007	60+ Hommes | 55+ Femmes
Jordanie	42,2	82,3	11,8	...	42,2	...	2010	60+ Hommes | 55+ Femmes
Koweït	27,3	...	...	...	...	...	2008	51+
Liban ¹⁶	0,0	...	...	...	0,0	0,0	2013	60-64+
Oman	24,7	...	...	...	...	...	2010	60+ Hommes | 55+ Femmes
Qatar	18,0	22,9	8,2	...	...	...	2015	60+
République arabe syrienne	16,7	...	...	...	...	...	2006	60+ Hommes | 55+ Femmes
Territoire palestinien occupé	8,0	...	...	...	...	...	2009	65+
Yémen	8,5	...	...	...	...	...	2011	60+ Hommes | 55+ Femmes
Asie et Pacifique								
Asie de l'Est								
Chine ¹⁷	100,0	...	...	...	...	...	2015	60+ Hommes | 50-60+ Femmes
Corée, République de	77,6	...	...	...	...	...	2010	61+
Hong-kong, Chine	72,9	...	...	...	...	72,9	2009	65+
Japon	100,0	...	...	...	...	...	2015	65+
Mongolie	100,0	100,0	100,0	...	...	...	2015	60+ Hommes | 55+ Femmes
Asie du Sud-Est								
Brunéi Darussalam	81,7	...	...	...	...	81,7	2011	60+
Cambodge	3,2	...	...	...	...	...	2015	55+
Indonésie	14,0	...	...	...	...	...	2015	56+
République démocratique populaire lao	5,6	...	...	...	...	...	2010	60+ Hommes | 55+ Femmes
Malaisie ¹⁸	19,8	...	...	...	16,2	3,6	2010	55+
Philippines ¹⁹	39,8	53,2	29,0	...	21,9	17,9	2015	60+
Singapour	0	...	...	...	0	0	2011	55+
Thaïlande ²⁰	83,0	...	...	...	8,2	74,8	2016	55+
Timor-Leste	89,7	83,9	95,1	...	...	...	2015	60+
Viet Nam	39,9	...	...	...	...	...	2015	60+ Hommes | 55+ Femmes
Asie du Sud								
Afghanistan	10,7	...	...	...	...	...	2010	60+ Hommes | 55+ Femmes
Bangladesh	33,4	...	...	...	...	...	2015	65+ (62+ Allocations de vieillesse pour femmes)
Bhoutan	3,2	...	...	...	3,2	...	2012	56+
Inde	24,1	...	...	...	9,9	14,2	2011	58+
Iran, République islamique d' ²¹	26,4	...	...	...	...	...	2010	60+ Hommes | 55+ Femmes
Maldives	99,7	...	...	...	9,1	90,6	2012	65+
Népal	62,5	...	...	...	9,2	53,3	2010	58+

Tableau B.12 Couverture vieillesse effective: bénéficiaires d'une pension de vieillesse
(indicateur 1.3.1 des ODD pour personnes âgées)

Pays/Territoire	Proportion par sexe (%)			Proportion par type de régime (%)			Année	Age légal d'ouverture des droits à pension (base pour la population de référence)
	Total	Hommes	Femmes	Ventilation non disponible	Régime contributif	Régime non contributif ^a		
Pakistan	2,3	...	...	...	...	...	2010	60+ Hommes | 55+ Femmes
Sri Lanka ²²	25,2	...	...	...	...	...	2015	55+ Hommes | 50+ Femmes
Océanie								
Australie	74,3	...	...	...	...	74,3	2014	56+
Fidji	10,6	...	...	...	...	...	2015	55+
Iles Marshall	64,2	...	...	...	64,2	...	2010	60+
Iles Salomon	13,1	...	...	...	...	...	2010	50+
Nauru	56,5	...	...	...	15,5	41,0	2010	55+
Nouvelle-Zélande	100,0	100,0	100,0	...	...	100,0	2014	65+
Palaos	48,0	...	...	...	...	...	2010	62+
Papouasie-Nouvelle-Guinée	0,9	...	...	...	...	...	2010	55+
Samoa ²³	49,5	...	...	...	3,7	45,8	2011	55+
Tonga ²⁴	1,0	...	...	...	...	...	2012	55+
Tuvalu	19,5	...	...	...	...	...	2005	70+
Vanuatu ²⁵	3,5	...	...	...	...	...	2011	55+
Europe et Asie centrale								
Europe du Nord, du Sud et de l'Ouest								
Albanie ²⁶	77,0	100,0	60,8	...	...	...	2011	65+ Hommes | 60+ Femmes
Allemagne	100,0	100,0	100,0	...	...	...	2015	65,5+
Autriche	100,0	100,0	100,0	...	94,0	6,0	2014	65+ Hommes | 60+ Femmes
Belgique	100,0	100,0	100,0	...	...	...	2014	65+
Bosnie-Herzégovine	29,6	...	...	...	29,6	...	2009	65+
Croatie	57,6	85,1	44,2	...	...	...	2010	65+ Hommes | 61,5+ Femmes
Danemark	100,0	100,0	100,0	...	...	100,0	2014	65+
Espagne	100,0	100,0	100,0	...	...	...	2014	65+
Estonie	100,0	...	...	...	...	...	2014	63+
Ex-République yougoslave de Macédoine	71,4	...	...	...	...	...	2015	64+ Hommes | 62+ Femmes
Finlande	100,0	100,0	100,0	...	...	...	2014	63-68+
France	100,0	100,0	100,0	...	...	...	2014	61,6+
Grèce	77,4	100,0	54,6	...	60,4	17,0	2010	67+
Ile de Man	...	...	...	...	...	...		65+ Hommes | 63+ Femmes
Irlande	95,8	...	...	...	...	...	2014	66+
Islande	85,6	...	...	...	...	...	2014	67+
Italie	100,0	100,0	100,0	...	...	...	2014	66,6+
Jersey	...	...	...	...	...	...		65+
Kosovo	...	...	...	...	...	...		65+
Lettonie	100,0	100,0	100,0	...	...	...	2014	62,8+
Lituanie	100,0	100,0	100,0	...	...	...	2014	63,3+ Hommes | 61,6+ Femmes
Luxembourg	100,0	100,0	100,0	...	...	...	2014	65+
Malte	100,0	...	...	...	...	...	2014	62-65+
Monténégro	52,3	...	...	...	...	...	2011	65+ Hommes | 60+ Femmes

Tableau B.12 Couverture vieillesse effective: bénéficiaires d'une pension de vieillesse (indicateur 1.3.1 des ODD pour personnes âgées)

Pays/Territoire	Proportion par sexe (%)			Proportion par type de régime (%)			Année	Age légal d'ouverture des droits à pension (base pour la population de référence)
	Total	Hommes	Femmes	Ventilation non disponible	Régime contributif	Régime non contributif ^a		
Norvège	100,0	100,0	100,0	...	...	...	2014	62+
Pays-Bas	100,0	100,0	100,0	...	...	...	2014	65,5+
Portugal	100,0	100,0	100,0	...	...	...	2014	66+
Royaume-Uni	100,0	100,0	100,0	...	...	...	2014	65+ Hommes | 63+ Femmes
Serbie	46,1	48,4	44,8	...	...	...	2010	65+ Hommes | 61+ Femmes
Slovénie	100,0	100,0	100,0	...	...	...	2014	65+
Suède	100,0	100,0	100,0	...	...	...	2014	61+
Suisse	100,0	100,0	100,0	...	...	...	2014	65+ Hommes | 64+ Femmes
Europe de l'Est								
Bélarus	100,0	...	...	...	...	...	2015	60+ Hommes | 55+ Femmes
Bulgarie	100,0	100,0	100,0	...	...	...	2015	63,8+ Hommes | 60,8+ Femmes
Hongrie	100,0	100,0	100,0	...	...	...	2014	63,5+
Moldova, République de	75,2	...	...	...	...	...	2015	62+ Hommes | 57+ Femmes
Pologne	100,0	100,0	100,0	...	...	...	2014	65+ Hommes | 60+ Femmes
Roumanie	100,0	100,0	100,0	...	...	...	2014	65+ Hommes | 60+ Femmes
Russie, Fédération de	91,2	...	...	...	...	...	2015	60+ Hommes | 55+ Femmes
République tchèque	100,0	100,0	100,0	...	...	...	2014	63+ Hommes | 62,3 Femmes
Slovaquie	100,0	100,0	100,0	...	...	...	2014	62+
Ukraine	91,9	...	...	...	...	...	2015	60+ Hommes | 57,5+ Femmes
Asie centrale et occidentale								
Arménie	68,5	62,3	72,6	...	...	...	2015	63+
Azerbaïdjan ²⁷	81,1	63,1	95,3	...	...	...	2015	63+ Hommes | 60+ Femmes
Chypre	100,0	...	...	...	...	...	2015	65+
Géorgie	91,9	97,7	89,7	...	...	...	2015	65+ Hommes | 60+ Femmes
Israël	99,1	...	...	...	...	...	2015	70+ Hommes | 68+ Femmes
Kazakhstan	82,6	...	...	...	...	...	2015	63+ Hommes | 58+ Femmes
Kirghizistan	100,0	100,0	100,0	...	...	...	2015	63+ Hommes | 58+ Femmes
Ouzbékistan	98,1	...	...	...	97,8	0,3	2010	60+ Hommes | 55+ Femmes
Tadjikistan	92,8	...	...	...	...	...	2015	63+ Hommes | 58+ Femmes
Turquie	20,0	...	...	...	...	...	2014	60+ Hommes | 58+ Femmes

Sources*Source principale*

BIT (Bureau international du Travail). Base de données du BIT sur la protection sociale dans le monde, fondée sur l'Enquête sur la sécurité sociale (SSI). Disponible à l'adresse <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=54609> [consulté le 1^{er} juin 2017].

Autres sources

BAD (Banque asiatique de développement). Social Protection Index database. Disponible à l'adresse <http://spi.adb.org/spidmz/index.jsp> [consulté le 1^{er} juin 2017].

Banque mondiale. Base de données sur les retraites. Disponible à l'adresse <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTSOCIALPROTECTION/EXTPENSIONS/0,,contentMDK:23231994~menuPK:8874064~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:396253,00.html> [consulté le 1^{er} juin 2017].

«Barrientos, A.; Nino-Zarazúa, M.; Maitrot, M. 2010. Social Assistance in Developing Countries database (version 5.0) (Manchester et Londres, Brooks World Poverty Institute and Overseas Development Institute). Disponible à l'adresse <https://assets.publishing.service.gov.uk/media/57a08af9ed915d3cfd000a5a/social-assistance-database-version-5.pdf> [consulté le 1^{er} juin 2017].

CEI-STAT (Comité de statistique de la Communauté des Etats indépendants). Base de données en ligne «Statistiques de la CEI». Disponible à l'adresse <http://www.cisstat.org/Obase/index-en.htm> [consulté le 1^{er} juin 2017].

«Eurostat. Base de données sur les bénéficiaires des pensions: nombre de bénéficiaires de pensions par pays et type de pension. Cet indicateur englobe tous les bénéficiaires de pensions de retraite à l'exclusion des bénéficiaires de pensions de retraite anticipée. Disponible à l'adresse http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=spr_pns_ben&lang=fr [consulté le 1^{er} juin 2017].

HelpAge International. Base de données de HelpAge sur les pensions non contributives. Disponible à l'adresse <http://www.pension-watch.net/about-social-pensions/about-social-pensions/social-pensions-database/> [consulté le 9 mai 2017].

Hirose, K. (dir. de publ.). 2011. *Pension reform in Central and Eastern Europe in times of crisis, austerity and beyond* (Budapest, BIT).

OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques). Base de données sur les bénéficiaires de prestations sociales (SOCR). Disponible à l'adresse <http://www.oecd.org/social/recipients.htm> [consulté le 26 mai 2017].

Sources nationales. Dates diverses. Notes et sources détaillées disponibles à l'adresse <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=54609>.

Notes

^a Les divergences par rapport aux proportions indiquées au tableau B.10 peuvent résulter de: l'utilisation d'années de référence différentes; de populations de référence différentes selon que l'on prenne l'âge ouvrant droit à une pension non contributive ou l'âge légal de la retraite, considéré ici comme le principal critère pour définir la population de référence pour l'ensemble des pensions.

¹ Algérie. Inclut les pensions de réversion mais exclut les pensions anticipées. Pensions non contributives (données de 2009): évolution de la catégorie des personnes âgées bénéficiaires de l'AFS (périodes: 2004-2009). Population de référence: âge légal de la retraite fixé à 60 ans.

² Angola. Nombre total de bénéficiaires d'une pension. Le pays ne possède pas de programme d'aide sociale à destination des personnes âgées.

³ Burundi. Inclut les bénéficiaires d'une pension de vieillesse, de survivants et d'ascendant pour personnes âgées de plus de 60 ans.

⁴ Cabo Verde. Pour la pension contributive versée par le CNPS, l'âge légal minimal de départ à la retraite est fixé à 65 ans pour les hommes et à 60 ans pour les femmes. Cependant, l'âge ouvrant droit à une pension non contributive étant de 60 ans pour les deux sexes, c'est cet âge qui a été retenu pour la population de référence du dénominateur. Les données d'enquêtes (fournies dans cette annexe statistique) donnent des chiffres plus faibles que les sources administratives.

⁵ Congo. Inclut les bénéficiaires d'une pension d'invalidité et de survivants ayant dépassé l'âge légal de la retraite, qui est de 60 ans.

⁶ Côte d'Ivoire. Données de la Caisse nationale de prévoyance sociale (CNPS) et de la Caisse générale de retraite des agents de l'Etat (CGRAE).

⁷ Gabon. Le chiffre se rapporte à toutes les pensions, d'où une éventuelle surestimation du nombre de bénéficiaires d'une pension de vieillesse.

⁸ Brésil. L'âge de 65 ans est pris comme base pour les hommes comme pour les femmes même si l'âge légal de départ à la retraite de ces dernières est fixé à 60 ans.

⁹ Colombie. Tranche d'âge prise en compte pour cet indicateur: 60 ans et plus.

¹⁰ Costa Rica. L'âge normal de la retraite est fixé à 65 ans à condition d'avoir cotisé au moins 300 mois, mais une durée de cotisation plus longue permet d'avancer l'âge de départ. L'âge de 65 ans est pris comme base pour définir la population de référence pour cet indicateur.

¹¹ République dominicaine. Tranche d'âge prise en compte pour cet indicateur: 60 ans et plus.

¹² Nicaragua. L'âge normal de la retraite, fixé à 60 ans, est pris comme base pour définir la population de référence pour cet indicateur.

¹³ Panama. L'âge normal de la retraite, fixé à 62 ans pour les hommes et à 57 ans pour les femmes, a été pris comme base pour définir la population de référence pour cet indicateur.

¹⁴ Uruguay. Proportion calculée pour les personnes de plus de 60 ans.

Pour les plus de 65 ans, cette proportion par sexe atteint 85,9 pour cent.

¹⁵ Etats-Unis. Retraite (inclut l'OASI), tous les bénéficiaires de plus de 65 ans. Inclut les bénéficiaires résidant à l'étranger.

¹⁶ Liban. Les prestations d'aide sociale aux personnes âgées ne consistent pas en des versements périodiques mais se limitent à l'octroi d'une somme forfaitaire unique.

¹⁷ Chine. Inclut les bénéficiaires des prestations liées à l'âge avancé des résidents ruraux et urbains et du régime de pension de vieillesse des travailleurs urbains. L'âge légal de départ à la retraite pour les femmes est de 50 ans pour les ouvrières et de 55 ans pour les employées et cadres. L'âge de 60 ans est pris comme base pour les femmes.

¹⁸ Malaisie. Inclut le régime national d'assurance-vieillesse, qui est le seul à verser des prestations périodiques, et un programme d'aide sociale à destination des personnes âgées à faible revenu et ne bénéficiant d'aucun soutien familial.

¹⁹ Philippines. L'allocation de vieillesse créée en 2011 et le régime de retraite des anciens combattants sont considérés comme des régimes non contributifs.

²⁰ Thaïlande. Ces pourcentages ont trait uniquement aux bénéficiaires de pensions non contributives de vieillesse ou d'invalidité. De ce fait, est pris comme base non pas l'âge légal de la retraite (55 ans) mais l'âge ouvrant droit à l'aide sociale aux personnes âgées (60 ans).

²¹ Iran, République islamique d'. Inclut les personnes couvertes par l'Organisation de sécurité sociale et par la Caisse nationale de retraite.

²² Sri Lanka. Cet indicateur se rapporte aux régimes de retraite contributifs obligatoires couvrant les personnes ayant atteint l'âge légal de départ à la retraite. Il exclut le régime de retraite des fonctionnaires (PSPS), qui est non contributif; les régimes des salariés du secteur privé EPF et ETF, qui versent des sommes forfaitaires uniques; et le régime de sécurité sociale et de retraite des agriculteurs, le régime de sécurité sociale et de retraite des pêcheurs, et le régime social de sécurité sociale et de retraite (destiné, au départ, aux travailleurs indépendants), qui sont des régimes d'assurance volontaire, qui permettent de percevoir soit un versement unique soit des prestations périodiques.

²³ Samoa. Le Fonds national de prévoyance de Samoa (SNPF) offre le choix entre le versement d'une pension de retraite ou d'une indemnité forfaitaire. La majorité des affiliés au SNPF choisissant l'indemnité forfaitaire, on ne recensait que 445 retraités et 276 bénéficiaires (soit 3,7 pour cent des plus de 55 ans) en 2011.

²⁴ Tonga. Seule une minorité des affiliés ayant atteint l'âge de la retraite choisit de percevoir des prestations périodiques. La loi sur le régime national de retraite (NRBS) votée en septembre 2010 a créé un régime de retraite obligatoire identique pour les travailleurs du secteur privé et les autres. Pas de chiffres disponibles à ce jour.

²⁵ Vanuatu. Prestations sous forme de versements forfaitaires uniques essentiellement.

²⁶ Albanie. Inclut parmi les pensions de vieillesse les pensions d'ancien combattant, celles accordées au titre de mérites spéciaux et les pensions complémentaires. Ratio supérieur à l'âge légal de la retraite.

²⁷ Azerbaïdjan. Pour calculer le taux de couverture, l'âge minimal (âge légal de départ à la retraite) est retenu par souci de cohérence.

Tableau B.13 Déficits en matière de couverture sanitaire universelle dans les zones rurales et urbaines (estimations à l'échelle mondiale, régionale et nationale)

Région/Pays/Territoire	Pourcentage de la population ne bénéficiant pas de la couverture santé prévue par la loi ^{1, 3, 4, 9, 12, 13}				Dépenses nettes des ménages, en pourcentage des dépenses de santé totales ^{1, 3, 5, 6, 12, 15}				Pourcentage de la population non couverte en raison de ressources financières insuffisantes (seuil: 239 dollars E.-U.) ^{1, 2, 3, 7, 8, 11, 12, 14}				Pourcentage de la population non couverte en raison d'effectifs insuffisants dans les professions de santé (seuil: 41,1) ^{1, 2, 3, 8, 10, 12, 14}				Taux de mortalité maternelle, nombre de décès pour 10000 naissances vivantes ^{1, 3, 4, 8, 12, 14}			
	Total	Zones urbaines	Zones rurales	Année*	Total	Zones urbaines	Zones rurales	Année*	Total	Zones urbaines	Zones rurales	Année*	Total	Zones urbaines	Zones rurales	Année*	Total	Zones urbaines	Zones rurales	Année*
Afrique	74,6	60,8	83,5	...	46,0	53,0	42,2	...	80,3	69,6	86,8	...	66,9	50,0	77,1	...	47,7	28,9	54,9	...
Amérique latine et Caraïbes	14,5	9,8	32,6	...	34,4	39,6	9,5	...	7,4	4,4	19,5	...	14,2	11,3	23,9	...	11,2	8,0	16,0	...
Amérique du Nord	14,4	13,5	18,4	...	12,0	12,0	12,0	...	0,0	0,0	0,0	...	0,0	0,0	0,0	...	2,0	2,0	2,0	...
Europe de l'Ouest	0,4	0,4	0,4	...	13,7	13,1	15,4	...	0,0	0,0	0,0	...	0,0	0,0	0,0	...	0,7	0,7	0,7	...
Europe Centrale et de l'Est	5,6	1,7	13,6	...	32,4	40,6	15,5	...	7,3	6,8	8,5	...	0,0	0,0	0,0	...	2,3	2,3	2,3	...
Asie et Pacifique	42,2	24,5	55,8	...	46,4	46,9	45,9	...	57,3	46,7	65,6	...	44,2	33,3	52,5	...	14,6	8,4	18,0	...
Moyen-Orient	26,2	18,8	41,2	...	57,8	56,7	62,1	...	36,1	22,9	56,7	...	38,8	28,0	56,2	...	6,3	3,9	10,1	...
Monde	38,1	21,6	55,8	...	41,2	40,6	41,9	...	48,0	33,2	63,2	...	37,7	24,2	51,6	...	21,9	10,8	28,9	...
Afrique																				
Afrique du Sud	0,0	0,0	0,0	2010	7,4	10,9	1,9	2011	0,0	0,0	0,0	2010	0,0	0,0	0,0	2010	30,0	...	...	...
Algérie	14,8	8,9	26,5	2005	19,7	...	...	...	23,1	...	...	...	32,5	...	...	...	9,7	...	...	...
Angola	100,0	100,0	100,0	2005	28,1	...	...	...	43,4	...	...	...	62,0	...	...	...	45,0	...	...	...
Bénin	91,0	87,2	94,0	2009	44,5	48,5	41,3	2003	91,2	90,4	91,7	2006	81,4	79,8	82,5	2006	35,0	32,2	37,2	2006
Botswana	...	...	...	...	4,4	...	...	...	0,0	0,0	0,0	2010	32,0	...	...	...	16,0	...	...	...
Burkina Faso	99,0	99,0	99,0	2010	32,9	36,2	31,8	2009	90,1	86,1	90,9	2010	86,2	81,3	87,9	2010	30,0	21,4	32,6	2010
Burundi	71,6	67,8	72,0	2009	26,3	7,9	28,4	2006	94,5	92,0	94,7	2010	96,2	94,5	96,4	2010	80,0	54,9	83,5	2010
Cabo Verde	35,0	27,9	46,5	2010	21,8	31,0	6,8	2007	49,3	...	...	...	79,1	...	...	...	7,9	...	...	...
Cameroun	98,0	...	...	2009	66,1	91,6	38,9	2007	90,0	86,4	92,7	2011	89,9	86,8	93,2	2011	69,0	50,6	94,0	2011
République centrafricaine	94,0	94,6	93,6	2010	45,1	...	...	...	95,7	91,1	95,9	2010	93,0	88,1	96,1	2010	89,0	42,9	93,4	2010
Comores	95,0	94,4	95,2	2010	58,8	...	...	...	89,7	88,4	90,2	2012	76,2	73,3	77,3	2012	28,0	25,0	29,3	2012
Congo	...	...	...	...	37,2	49,4	16,4	2005	75,0	73,0	78,5	2012	93,6	76,4	81,2	2012	56,0	51,8	65,0	2012
Côte d'Ivoire	98,8	98,6	99,0	2008	56,5	67,4	45,3	2008	88,1	82,3	90,7	2011	85,3	80,1	90,6	2011	40,0	27,0	51,1	2011
Djibouti	70,0	68,4	75,3	2006	41,7	53,4	2,6	1996	69,9	63,6	84,5	2006	75,9	72,0	88,9	2006	20,0	16,6	38,9	2006
Egypte	48,9	20,8	70,4	2008	59,2	74,7	47,3	2009	76,1	72,7	78,1	2008	0,0	0,0	0,0	2010	6,6	5,8	7,2	2008
Erythrée	95,0	85,7	97,5	2011	54,8	...	...	...	97,2	...	...	...	89,2	...	...	...	24,0	...	...	...
Ethiopie	95,0	94,3	95,1	2011	36,1	18,2	39,7	2004	95,4	84,1	98,9	2011	93,7	77,1	97,0	2011	35,0	6,8	72,9	2011

Tableau B.13 Déficit en matière de couverture sanitaire universelle dans les zones rurales et urbaines (estimations à l'échelle mondiale, régionale et nationale)

Région/Pays/Territoire	Pourcentage de la population ne bénéficiant pas de la couverture santé prévue par la loi ^{1, 3, 4, 9, 12, 13}				Dépenses nettes des ménages, en pourcentage des dépenses de santé totales ^{1, 3, 5, 6, 12, 15}				Pourcentage de la population non couverte en raison de ressources financières insuffisantes (seuil: 239 dollars E.-U.) ^{1, 2, 3, 7, 8, 11, 12, 14}				Pourcentage de la population non couverte en raison d'effectifs insuffisants dans les professions de santé (seuil: 41,1) ^{1, 2, 3, 8, 10, 12, 14}				Taux de mortalité maternelle, nombre de décès pour 10000 naissances vivantes ^{1, 3, 4, 8, 12, 14}			
	Total	Zones urbaines	Zones rurales	Année*	Total	Zones urbaines	Zones rurales	Année*	Total	Zones urbaines	Zones rurales	Année*	Total	Zones urbaines	Zones rurales	Année*	Total	Zones urbaines	Zones rurales	Année*
Gabon	42,4	40,6	53,6	2011	44,6	...	...	...	19,9	16,0	36,9	2012	0,0	0,0	0,0	2010	23,0	21,9	29,2	2012
Gambie	0,1	0,1	0,1	2011	20,4	28,8	9,4	2003	91,1	88,1	93,6	2013	78,5	72,7	86,3	2013	36,0	26,8	49,7	2013
Ghana	26,1	4,5	48,8	2010	27,7	35,3	19,8	2006	77,7	70,7	82,1	2011	74,1	67,5	81,0	2011	35,0	26,7	43,6	2011
Guinée	99,8	99,6	99,9	2010	62,6	71,4	57,9	2007	95,9	91,3	97,2	2005	97,2	94,5	98,5	2005	61,0	28,7	90,5	2005
Guinée-Bissau	98,4	...	...	2011	39,6	...	...	...	90,9	85,4	94,3	2010	83,0	73,5	90,3	2010	79,0	49,2	126,2	2010
Guinée équatoriale	...	...	...	...	30,5	...	...	...	0,0	0,0	0,0	2010	86,0	...	...	...	24,0	...	...	...
Kenya	60,6	33,1	69,1	2009	45,8	51,6	44,0	2005	91,9	86,2	93,2	2009	77,2	61,9	81,9	2009	36,0	21,1	42,8	2009
Lesotho	82,4	58,8	91,1	2009	17,6	16,8	17,9	2002	51,5	30,4	57,8	2009	85,6	79,6	87,8	2009	62,0	43,2	71,3	2009
Libéria	...	...	...	...	24,6	29,1	20,4	2007	81,1	67,9	86,9	2007	94,0	90,8	96,9	2007	77,0	45,3	110,7	2007
Libye	0,0	0,0	0,0	2004	30,0	...	...	...	0,0	0,0	0,0	2010	0,0	0,0	0,0	2010	5,8	...	...	...
Madagascar	96,3	93,8	97,5	2009	43,3	31,7	48,7	2005	94,4	89,6	95,0	2009	90,4	84,0	93,4	2009	24,0	12,9	26,8	2009
Malawi	...	...	...	...	14,0	4,5	15,7	2011	88,9	86,9	89,2	2010	92,2	90,8	92,5	2010	46,0	39,1	47,5	2010
Mali	98,1	97,6	98,4	2008	58,9	62,6	56,9	2006	91,5	86,5	92,6	2013	86,9	80,7	90,2	2013	54,0	34,0	62,0	2013
Maroc	57,7	42,3	76,5	2007	57,2	81,5	25,4	2000	67,3	61,6	82,2	2004	62,3	52,3	74,6	2004	10,0	8,5	18,4	2004
Maurice	0,0	0,0	0,0	2010	45,6	78,6	21,8	2007	0,0	0,0	0,0	2010	0,0	0,0	0,0	2010	6,0	...	...	...
Mauritanie	94,0	89,4	97,2	2009	33,2	30,8	34,9	2004	84,9	76,2	89,7	2007	82,4	72,6	88,4	2007	51,0	32,3	74,5	2007
Mozambique	96,0	93,5	97,1	2011	5,7	7,9	5,6	2008	86,6	80,2	89,1	2011	92,6	89,2	94,1	2011	49,0	33,1	60,1	2011
Namibie	72,0	49,2	85,9	2007	7,7	3,5	10,2	2009	0,0	0,0	0,0	2010	29,7	18,2	35,9	2007	20,0	17,3	22,5	2007
Niger	96,9	95,7	97,1	2003	60,5	40,6	64,7	2007	94,7	85,0	96,2	2012	96,6	90,7	97,9	2012	59,0	20,8	81,5	2012
Nigéria	97,8	97,0	98,5	2008	70,5	69,9	71,2	2009	86,8	77,8	90,6	2008	59,6	36,7	81,6	2008	63,0	37,5	88,5	2008
Ouganda	98,0	95,1	98,5	2008	49,9	18,2	55,5	2009	90,7	85,7	91,5	2011	72,6	58,0	75,2	2011	31,0	20,2	34,1	2011
République démocratique du Congo	90,0	82,1	94,0	2010	33,4	37,0	33,2	2004	95,3	94,5	96,1	2010	87,2	84,4	88,6	2010	54,0	46,2	64,4	2010
Rwanda	9,0	1,0	11,1	2010	21,2	22,4	20,9	2005	79,4	75,4	79,9	2010	84,0	81,1	84,7	2010	34,0	28,5	34,9	2010
Sao Tomé-et-Principe	97,9	97,3	98,8	2009	56,2	77,4	21,4	2000	78,8	76,7	80,2	2009	49,7	46,4	55,2	2009	7,0	6,4	7,5	2009
Sénégal	79,9	69,1	87,4	2007	35,4	50,8	24,2	2005	81,2	73,9	85,8	2010	89,4	85,5	92,2	2010	37,0	26,6	49,1	2010
Seychelles	10,0	1,0	21,4	2011	4,0	...	...	...	0,0	0,0	0,0	2010	0,0	0,0	0,0	2010	...	...	...	...
Sierra Leone	100,0	100,0	100,0	2008	77,4	99,0	59,8	2003	92,8	91,5	93,0	2010	95,3	94,7	95,7	2010	89,0	75,4	91,9	2010

Tableau B.13 Déficits en matière de couverture sanitaire universelle dans les zones rurales et urbaines (estimations à l'échelle mondiale, régionale et nationale)

Région/Pays/Territoire	Pourcentage de la population ne bénéficiant pas de la couverture santé prévue par la loi ^{1, 3, 4, 9, 12, 13}				Dépenses nettes des ménages, en pourcentage des dépenses de santé totales ^{1, 3, 5, 6, 12, 15}				Pourcentage de la population non couverte en raison de ressources financières insuffisantes (seuil: 239 dollars E.-U.) ^{1, 2, 3, 7, 8, 11, 12, 14}				Pourcentage de la population non couverte en raison d'effectifs insuffisants dans les professions de santé (seuil: 41,1) ^{1, 2, 3, 8, 10, 12, 14}				Taux de mortalité maternelle, nombre de décès pour 10000 naissances vivantes ^{1, 3, 4, 8, 12, 14}			
	Total	Zones urbaines	Zones rurales	Année*	Total	Zones urbaines	Zones rurales	Année*	Total	Zones urbaines	Zones rurales	Année*	Total	Zones urbaines	Zones rurales	Année*	Total	Zones urbaines	Zones rurales	Année*
Somalie	80,0	...	...	2006	...	...	...	...	...	...	...	...	97,0	94,0	98,6	2006	100,0	50,8	227,6	2006
Soudan	70,3	53,6	78,6	2009	...	...	...	...	86,6	...	...	...	71,7	...	...	...	73,0	...	...	...
Soudan du Sud	...	...	...	...	65,2	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Swaziland	93,8	82,5	97,0	2006	14,1	11,5	14,8	2010	3,7	0,0	17,4	2010	0,0	0,0	0,0	2010	32,0	29,8	37,3	2010
Tanzanie, République-Unie de	87,0	79,1	89,8	2010	31,9	24,4	34,6	2007	89,3	81,8	90,7	2010	95,0	91,9	96,1	2010	46,0	27,1	53,2	2010
Tchad	...	...	...	...	72,7	45,2	80,4	2003	95,7	88,0	97,5	2004	95,6	87,9	97,7	2004	110,0	39,3	188,2	2004
Togo	96,0	93,9	97,3	2010	45,7	58,1	45,0	2006	88,8	76,8	89,0	2010	92,1	86,5	95,4	2010	30,0	14,5	30,5	2010
Tunisie	20,0	2,6	52,5	2005	35,0	...	...	...	32,5	...	...	...	0,0	0,0	0,0	2010	5,6	...	...	...
Zambie	91,6	88,2	93,7	2008	26,3	43,0	15,8	2010	73,3	52,3	82,0	2007	81,4	68,0	89,1	2007	44,0	24,7	65,4	2007
Zimbabwe	99,0	99,0	99,0	2009	...	...	...	...	...	...	...	...	69,0	60,7	74,1	2010	57,0	43,9	65,2	2010
Amérique latine et Caraïbes																				
Antigua-et-Barbuda	48,9	43,8	71,3	2007	21,0	...	...	...	0,0	0,0	0,0	2010	33,1	...	...	...	...	...	...	...
Argentine	3,2	1,0	5,9	2008	21,6	...	...	...	0,0	0,0	0,0	2010	16,3	...	...	...	7,7	...	...	...
Aruba	0,8	0,8	0,8	2003	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Bahamas	0,0	0,0	0,0	1995	28,8	...	...	...	0,0	0,0	0,0	2010	0,0	0,0	0,0	2010	4,7	...	...	...
Barbade	0,0	0,0	0,0	1995	28,2	...	...	...	0,0	0,0	0,0	2010	0,0	0,0	0,0	2010	5,1	...	...	...
Belize	75,0	61,8	85,7	2009	23,6	...	...	...	16,0	13,1	16,3	2011	39,1	37,8	40,2	2011	5,3	5,1	5,3	2011
Bolivie, Etat plurinational de	57,3	46,7	78,3	2009	26,3	35,2	8,8	2007	63,3	54,4	73,7	2008	34,1	20,8	60,4	2008	19,0	15,3	26,5	2008
Brésil	0,0	0,0	0,0	2009	30,6	35,6	3,7	2009	0,0	0,0	0,0	2010	0,0	0,0	0,0	2010	5,6	5,6	5,8	2010
Chili	6,9	1,0	17,3	2011	33,0	33,0	33,0	2010	0,0	0,0	0,0	2010	72,3	...	...	...	2,5	2,5	2,5	2010
Colombie	12,3	9,3	21,3	2010	17,8	22,7	3,0	2010	0,0	0,0	0,0	2010	47,9	46,2	53,0	2010	9,2	8,9	10,2	2010
Costa Rica	0,0	0,0	0,0	2009	24,0	...	...	...	0,0	0,0	0,0	2010	55,2	54,8	55,8	2011	4,0	4,0	4,1	2011
Cuba	0,0	0,0	0,0	2011	4,8	...	...	...	0,0	0,0	0,0	2010	0,0	0,0	0,0	2010	7,3	...	...	...
République dominicaine	73,5	73,0	74,6	2007	39,0	...	...	...	25,7	25,2	26,5	2007	26,6	26,2	27,4	2007	15,0	14,9	15,2	2007
Dominique	86,6	83,3	93,2	2009	26,0	...	...	...	0,0	0,0	0,0	2010	0,0	0,0	0,0	2010	...	...	...	...
El Salvador	78,4	73,8	86,6	2009	33,6	42,5	17,5	2010	28,9	...	...	...	44,1	...	...	...	8,1	...	...	...
Equateur	77,2	72,3	87,1	2009	54,5	...	...	...	29,8	...	...	...	19,3	...	...	...	11,0	...	...	...

Tableau B.13 Déficit en matière de couverture sanitaire universelle dans les zones rurales et urbaines (estimations à l'échelle mondiale, régionale et nationale)

Région/Pays/Territoire	Pourcentage de la population ne bénéficiant pas de la couverture santé prévue par la loi ^{1,3,4,9,12,13}				Dépenses nettes des ménages, en pourcentage des dépenses de santé totales ^{1,3,5,6,12,15}				Pourcentage de la population non couverte en raison de ressources financières insuffisantes (seuil: 239 dollars E.-U.) ^{1,2,3,7,8,11,12,14}				Pourcentage de la population non couverte en raison d'effectifs insuffisants dans les professions de santé (seuil: 41,1) ^{1,2,3,8,10,12,14}				Taux de mortalité maternelle, nombre de décès pour 10000 naissances vivantes ^{1,3,4,8,12,14}			
	Total	Zones urbaines	Zones rurales	Année*	Total	Zones urbaines	Zones rurales	Année*	Total	Zones urbaines	Zones rurales	Année*	Total	Zones urbaines	Zones rurales	Année*	Total	Zones urbaines	Zones rurales	Année*
Grenade	...	...	...	...	53,7	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Guatemala	70,0	55,2	83,3	2005	52,9	77,2	29,2	2000	58,3	32,1	74,4	1999	6,6	0,0	12,0	1999	12,0	7,4	19,6	1999
Guyana	76,2	58,0	83,4	2009	30,2	...	...	...	31,4	26,7	32,7	2009	82,9	81,8	83,3	2009	28,0	26,2	28,6	2009
Haïti	96,9	...	...	2001	23,9	...	...	...	81,2	70,1	87,6	2012	93,3	90,3	96,6	2012	35,0	22,0	53,1	2012
Honduras	88,0	82,3	93,4	2006	47,2	76,4	16,1	2004	...	...	...	...	67,9	63,9	72,2	2011	10,0	8,8	11,3	2011
Jamaïque	79,9	76,0	84,2	2007	31,0	38,3	23,0	2007	...	...	...	...	64,6	63,9	65,4	2005	11,0	10,8	11,3	2005
Mexique	14,4	1,0	24,6	2010	47,1	48,2	8,1	2010	...	...	...	...	0,0	0,0	0,0	2010	5,0	4,9	5,5	2010
Nicaragua	87,8	84,8	91,6	2005	39,6	52,1	22,7	2005	...	...	...	...	67,9	65,7	70,5	2001	9,5	8,8	10,2	2001
Panama	48,2	48,0	48,7	2008	25,0	...	...	...	0,0	0,0	0,0	2010	19,4	...	...	...	9,2	...	...	...
Paraguay	76,4	71,9	83,5	2009	60,1	...	...	...	35,4	...	...	...	39,6	...	...	...	9,9	...	...	...
Pérou	35,6	34,7	38,6	2010	37,1	46,6	5,7	2010	25,5	14,8	44,9	2009	47,3	42,1	64,7	2009	6,7	5,9	9,1	2009
Sainte-Lucie	64,5	17,7	78,5	2003	44,9	...	...	...	0,0	0,0	0,0	2010	47,5	...	...	...	3,5	...	...	...
Saint-Kitts-et-Nevis	71,2	35,8	87,8	2008	49,9	...	...	...	0,0	0,0	0,0	2010	0,0	0,0	0,0	2010	...	...	...	...
Saint-Vincent-et-les Grenadines	90,6	87,9	93,2	2008	18,0	...	...	...	0,0	0,0	0,0	2010	0,0	0,0	0,0	2010	4,8	...	...	...
Suriname	...	...	...	...	13,4	...	...	...	0,0	0,0	0,0	2010	0,0	0,0	0,0	2010	13,0	12,1	13,6	2010
Trinité-et-Tobago	...	...	...	...	35,5	...	...	...	0,0	0,0	0,0	2010	0,0	0,0	0,0	2010	4,6	...	...	...
Uruguay	2,8	2,2	10,3	2010	17,9	...	...	...	0,0	0,0	0,0	2010	0,0	0,0	0,0	2010	2,9	2,9	2,9	2010
Venezuela, République bolivarienne du	0,0	0,0	0,0	2010	59,5	...	...	...	0,1	...	...	...	38,3	...	...	...	9,2	...	...	...
Amérique du Nord																				
Canada	0,0	0,0	0,0	2011	14,2	14,2	14,2	2010	0,0	0,0	0,0	2010	0,0	0,0	0,0	2010	1,2	1,2	1,2	2010
Etats-Unis	16,0	15,0	20,6	2010	11,7	11,7	11,7	2010	0,0	0,0	0,0	2010	0,0	0,0	0,0	2010	2,1	2,1	2,1	2010
Asie et Moyen-Orient																				
Afghanistan	...	...	...	...	74,3	35,9	86,0	2007	95,2	91,3	96,7	2010	92,3	85,7	94,3	2010	46,0	25,5	67,9	2010
Arabie saoudite	...	...	...	...	20,0	...	...	...	0,0	0,0	0,0	2010	31,0	...	...	...	2,4	2,4	2,4	2010
Arménie	0,0	0,0	0,0	2009	55,9	70,2	30,3	2009	74,8	74,7	74,9	2010	0,0	0,0	0,0	2010	3,0	3,0	3,0	2010
Azerbaïdjan	97,1	96,2	98,0	2006	69,2	80,5	56,2	2008	55,3	51,3	59,3	2006	0,0	0,0	0,0	2010	4,3	3,9	4,7	2006
Bahreïn	0,0	0,0	0,0	2006	17,6	...	...	...	0,0	0,0	0,0	2010	21,9	...	...	...	2,0	2,0	2,0	2010

Tableau B.13 Déficits en matière de couverture sanitaire universelle dans les zones rurales et urbaines (estimations à l'échelle mondiale, régionale et nationale)

Région/Pays/Territoire	Pourcentage de la population ne bénéficiant pas de la couverture santé prévue par la loi ^{1, 3, 4, 9, 12, 13}				Dépenses nettes des ménages, en pourcentage des dépenses de santé totales ^{1, 3, 5, 6, 12, 15}				Pourcentage de la population non couverte en raison de ressources financières insuffisantes (seuil: 239 dollars E.-U.) ^{1, 2, 3, 7, 8, 11, 12, 14}				Pourcentage de la population non couverte en raison d'effectifs insuffisants dans les professions de santé (seuil: 41,1) ^{1, 2, 3, 8, 10, 12, 14}				Taux de mortalité maternelle, nombre de décès pour 10000 naissances vivantes ^{1, 3, 4, 8, 12, 14}			
	Total	Zones urbaines	Zones rurales	Année*	Total	Zones urbaines	Zones rurales	Année*	Total	Zones urbaines	Zones rurales	Année*	Total	Zones urbaines	Zones rurales	Année*	Total	Zones urbaines	Zones rurales	Année*
Bangladesh	98,6	97,0	99,2	2003	61,3	30,4	73,3	2010	...	...	...	...	86,4	77,5	89,9	2011	24,0	15,0	35,0	2011
Bhoutan	10,0	1,0	15,2	2009	14,6	14,1	14,8	2007	67,0	49,3	69,3	2010	72,6	61,2	78,7	2010	18,0	11,7	19,3	2010
Brunéi Darussalam	0,0	0,0	0,0	2010	7,6	...	...	...	0,0	0,0	0,0	2010	0,0	0,0	0,0	2010	2,4	2,4	2,4	2010
Cambodge	73,9	65,7	75,9	2009	61,6	18,7	72,2	2008	90,8	87,7	91,4	2010	75,2	67,3	77,2	2010	25,0	18,7	26,7	2010
Chine	3,1	1,0	5,1	2010	35,3	55,3	15,9	...	24,1	23,9	24,2	2009	29,0	28,9	29,1	2009	3,7	3,7	3,7	2009
Corée, République de	0,0	0,0	0,0	2010	34,2	34,2	34,2	...	0,0	0,0	0,0	2010	0,0	0,0	0,0	2010	1,6	1,6	1,6	2010
Corée, République populaire démocratique de	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	0,0	0,0	0,0	2010	8,1	...	...	...
Emirats Arabes Unis	0,0	0,0	0,0	2010	19,5	...	...	...	0,0	0,0	0,0	2010	24,0	...	...	...	1,2	1,2	1,2	2010
Géorgie	75,0	64,4	86,8	2008	69,1	...	...	...	54,0	53,7	54,3	2005	0,0	0,0	0,0	2010	6,7	6,7	6,7	2005
Hong-kong, Chine	0,0	0,0	...	2010	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Inde	87,5	74,9	93,1	2010	61,8	49,8	67,2	2009	90,0	89,0	94,4	2011	62,5	50,5	68,0	2011	20,0	18,1	35,5	2011
Indonésie	41,0	18,4	63,5	2010	47,2	61,2	33,3	2010	80,1	78,0	82,1	2012	61,7	57,7	65,7	2012	22,0	19,9	24,5	2012
Iran, République islamique d'	10,0	1,0	19,5	2005	53,6	...	...	...	39,8	...	...	...	49,1	...	...	...	2,1	2,1	2,1	2010
Iraq	...	...	...	...	26,1	32,7	13,1	2006	0,0	0,0	0,0	2010	52,8	51,2	56,0	2011	6,3	6,1	6,8	2011
Israël	0,0	0,0	0,0	2011	25,0	25,0	25,0	2010	0,0	0,0	0,0	2010	0,0	0,0	0,0	2010	0,7	0,7	0,7	2010
Japon	0,0	0,0	0,0	2010	14,4	14,4	14,4	2010	0,0	0,0	0,0	2010	0,0	0,0	0,0	2010	0,5	0,5	0,5	2010
Jordanie	25,0	21,7	39,4	2006	25,1	29,8	2,9	2002	0,0	0,0	0,0	2010	0,0	0,0	0,0	2010	6,3	6,3	6,3	2012
Kazakhstan	30,0	6,7	59,3	2001	40,4	56,5	21,8	2003	0,0	0,0	0,0	2010	0,0	0,0	0,0	2010	5,1	5,1	5,1	2010
Kirghizistan	17,0	7,4	22,2	2001	38,7	29,4	43,7	2010	80,4	80,3	80,4	2012	0,0	0,0	0,0	2010	7,1	7,1	7,1	2012
Koweït	0,0	0,0	0,0	2006	17,5	...	...	...	0,0	0,0	0,0	2010	0,0	0,0	0,0	2010	1,4	1,4	1,4	2010
République démocratique populaire lao	88,4	85,2	90,0	2009	41,8	41,4	42,0	2007	90,7	81,5	92,9	2011	76,1	55,8	86,7	2011	47,0	23,7	61,4	2011
Liban	51,7	51,6	52,3	2007	44,4	...	...	...	0,0	0,0	0,0	2010	0,0	0,0	0,0	2010	2,5	2,5	2,5	2010
Malaisie	0,0	0,0	0,0	2010	32,7	...	...	...	15,6	...	...	...	0,0	0,0	0,0	2010	2,9	2,9	2,9	2010
Maldives	70,0	57,9	78,1	2011	26,1	21,6	29,0	2010	0,0	0,0	0,0	2010	0,0	0,0	0,0	2010	6,0	5,7	6,1	2009
Mongolie	18,1	8,7	37,6	2009	35,2	45,4	14,0	2008	59,5	59,3	59,9	2010	0,0	0,0	0,0	2010	6,3	6,3	6,4	2010
Myanmar	...	...	...	...	76,6	...	...	...	98,2	...	...	...	67,0	...	...	...	20,0	...	...	...
Népal	99,9	99,9	99,9	2010	48,8	14,0	55,8	2010	...	...	...	...	84,8	70,4	87,7	2011	17,0	8,4	18,9	2011

Tableau B.13 Déficit en matière de couverture sanitaire universelle dans les zones rurales et urbaines (estimations à l'échelle mondiale, régionale et nationale)

Région/Pays/Territoire	Pourcentage de la population ne bénéficiant pas de la couverture santé prévue par la loi ^{1, 3, 4, 9, 12, 13}				Dépenses nettes des ménages, en pourcentage des dépenses de santé totales ^{1, 3, 5, 6, 12, 15}				Pourcentage de la population non couverte en raison de ressources financières insuffisantes (seuil: 239 dollars E.-U.) ^{1, 2, 3, 7, 8, 11, 12, 14}				Pourcentage de la population non couverte en raison d'effectifs insuffisants dans les professions de santé (seuil: 41,1) ^{1, 2, 3, 8, 10, 12, 14}				Taux de mortalité maternelle, nombre de décès pour 10000 naissances vivantes ^{1, 3, 4, 8, 12, 14}			
	Total	Zones urbaines	Zones rurales	Année*	Total	Zones urbaines	Zones rurales	Année*	Total	Zones urbaines	Zones rurales	Année*	Total	Zones urbaines	Zones rurales	Année*	Total	Zones urbaines	Zones rurales	Année*
Oman	3,0	1,0	10,7	2005	10,9	...	...	...	0,0	0,0	0,0	2010	0,0	0,0	0,0	2010	3,2	...	...	...
Ouzbékistan	0,0	0,0	0,0	2010	45,2	...	...	...	79,2	79,2	79,2	2006	0,0	0,0	0,0	2010	2,8	2,8	2,8	2010
Pakistan	73,4	56,5	82,8	2009	60,6	42,2	70,9	2010	95,4	93,7	96,1	2012	68,1	57,5	74,0	2012	26,0	19,1	30,5	2012
Philippines	18,0	1,0	35,1	2009	52,5	71,1	34,9	2006	82,2	77,8	86,3	2008	0,0	0,0	0,0	2010	9,9	7,9	12,9	2008
Qatar	0,0	0,0	0,0	2006	16,0	...	...	...	0,0	0,0	0,0	2010	0,0	0,0	0,0	2010	0,7	0,7	0,7	2010
Singapour	0,0	0,0	...	2010	62,6	...	...	...	0,0	0,0	...	2010	0,0	0,0	...	2010	0,3	0,3	...	2010
Sri Lanka	0,0	0,0	0,0	2010	44,8	24,5	80,8	2009	78,2	...	...	...	41,2	...	...	...	3,5	...	...	...
République arabe syrienne	10,0	1,0	21,6	2008	54,0	...	...	...	79,3	78,3	80,3	2006	23,6	20,1	27,7	2006	7,0	6,7	7,4	2006
Tadjikistan	99,7	99,7	99,7	2010	66,5	31,3	79,2	2009	91,0	90,4	91,2	2012	0,0	0,0	0,0	2010	6,5	6,1	6,6	2012
Territoire palestinien occupé	83,8	...	...	2004	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Thaïlande	2,0	1,0	3,0	2007	14,2	15,3	13,6	2009	27,1	25,5	27,7	2005	57,9	57,0	58,3	2005	4,8	4,7	4,8	2005
Timor-Leste	...	...	...	...	3,7	7,0	2,3	2010	81,4	62,5	86,9	2010	59,1	18,4	74,9	2010	30,0	14,9	42,5	2010
Turkménistan	17,7	1,0	34,3	2011	43,7	...	...	...	67,2	...	...	...	0,0	0,0	0,0	2010	6,7	...	...	...
Turquie	14,0	10,8	21,7	2011	16,1	18,3	10,7	2009	0,0	0,0	0,0	2010	3,4	0,0	21,3	2003	2,0	2,0	2,0	2010
Viet Nam	39,0	1,0	56,0	2010	44,8	35,0	49,2	2008	82,4	81,3	82,9	2010	47,7	44,5	49,1	2010	5,9	5,6	6,1	2010
Yémen	58,0	26,8	70,7	2003	73,8	68,0	99,0	2005	91,9	86,0	94,0	2006	78,2	62,7	84,5	2006	20,0	11,6	27,1	2006
Europe																				
Albanie	76,4	70,6	82,8	2008	54,4	59,4	49,0	2008	52,1	51,8	52,2	2009	0,0	0,0	0,0	2010	2,7	2,7	2,7	2010
Allemagne	0,0	0,0	0,0	2010	11,9	11,9	11,9	2010	0,0	0,0	0,0	2010	0,0	0,0	0,0	2010	0,7	0,7	0,7	2010
Andorre	...	...	...	...	19,6	...	...	...	0,0	0,0	0,0	2010	0,0	0,0	0,0	2010	...	...	...	...
Autriche	0,7	0,7	0,7	2010	15,2	15,2	15,2	2010	0,0	0,0	0,0	2010	0,0	0,0	0,0	2010	0,4	0,4	0,4	2010
Bélarus	0,0	0,0	0,0	2010	19,8	24,6	5,9	2010	5,8	5,9	5,8	2012	0,0	0,0	0,0	2010	0,4	0,4	0,4	2010
Belgique	1,0	1,0	1,0	2010	20,7	20,7	20,7	2010	0,0	0,0	0,0	2010	0,0	0,0	0,0	2010	0,8	0,8	0,8	2010
Bosnie-Herzégovine	40,8	8,5	67,5	2004	28,3	30,0	26,8	2007	0,0	0,0	0,0	2010	0,0	0,0	0,0	2010	0,8	0,8	0,8	2010
Bulgarie	13,0	10,2	20,4	2008	42,9	...	...	...	...	...	...	...	0,0	0,0	0,0	2010	1,1	1,1	1,1	2010
Chypre	35,0	23,9	61,2	2008	49,4	...	...	...	0,0	0,0	0,0	2010	0,0	0,0	0,0	2010	1,0	1,0	1,0	2010
Croatie	3,0	1,0	7,1	2009	14,6	...	...	...	...	...	...	...	0,0	0,0	0,0	2010	1,7	1,7	1,7	2010

Tableau B.13 Déficits en matière de couverture sanitaire universelle dans les zones rurales et urbaines (estimations à l'échelle mondiale, régionale et nationale)

Région/Pays/Territoire	Pourcentage de la population ne bénéficiant pas de la couverture santé prévue par la loi ^{1, 3, 4, 9, 12, 13}				Dépenses nettes des ménages, en pourcentage des dépenses de santé totales ^{1, 3, 5, 6, 12, 15}				Pourcentage de la population non couverte en raison de ressources financières insuffisantes (seuil: 239 dollars E.-U.) ^{1, 2, 3, 7, 8, 11, 12, 14}				Pourcentage de la population non couverte en raison d'effectifs insuffisants dans les professions de santé (seuil: 41,1) ^{1, 2, 3, 8, 10, 12, 14}				Taux de mortalité maternelle, nombre de décès pour 10000 naissances vivantes ^{1, 3, 4, 8, 12, 14}			
	Total	Zones urbaines	Zones rurales	Année*	Total	Zones urbaines	Zones rurales	Année*	Total	Zones urbaines	Zones rurales	Année*	Total	Zones urbaines	Zones rurales	Année*	Total	Zones urbaines	Zones rurales	Année*
Danemark	0,0	0,0	0,0	2011	13,2	13,2	13,2	2010	0,0	0,0	0,0	2010	0,0	0,0	0,0	2010	1,2	1,2	1,2	2010
Espagne	0,8	0,8	0,8	2010	19,8	19,8	19,8	2010	...	...	...	...	0,0	0,0	0,0	2010	0,6	0,6	0,6	2010
Estonie	7,1	1,0	18,7	2011	18,7	18,7	18,7	2010	0,0	0,0	0,0	2010	0,0	0,0	0,0	2010	0,2	0,2	0,2	2010
Ex-République yougoslave de Macédoine	5,1	1,0	12,5	2006	36,2	42,3	27,3	2003	13,8	13,8	13,8	2011	0,0	0,0	0,0	2010	1,0	1,0	1,0	2010
Finlande	0,0	0,0	0,0	2010	19,8	19,8	19,8	2010	0,0	0,0	0,0	2010	0,0	0,0	0,0	2010	0,5	0,5	0,5	2010
France	0,1	0,1	0,1	2011	7,4	7,4	7,4	2010	0,0	0,0	0,0	2010	0,0	0,0	0,0	2010	0,8	0,8	0,8	2010
Grèce	0,0	0,0	0,0	2010	29,2	29,2	29,2	2010	0,0	0,0	0,0	2010	0,0	0,0	0,0	2010	0,3	0,3	0,3	2010
Hongrie	0,0	0,0	0,0	2010	26,3	...	...	...	0,0	0,0	0,0	2010	0,0	0,0	0,0	2010	2,1	2,1	2,1	2010
Irlande	0,0	0,0	0,0	2011	12,9	12,9	12,9	2010	0,0	0,0	0,0	2010	0,0	0,0	0,0	2010	0,6	0,6	0,6	2010
Islande	0,0	0,0	0,0	2010	17,9	...	...	...	0,0	0,0	0,0	2010	0,0	0,0	0,0	2010	0,5	0,5	0,5	2010
Italie	0,0	0,0	0,0	2010	19,9	19,9	19,9	2010	0,0	0,0	0,0	2010	0,0	0,0	0,0	2010	0,4	0,4	0,4	2010
Lettonie	30,0	25,1	40,3	2005	34,9	47,9	16,8	2009	...	...	...	...	0,0	0,0	0,0	2010	3,4	...	...	...
Liechtenstein	5,0	...	...	2008	...	...	...	...	...	...	...	...	0,0	0,0	0,0	2010	...	...	...	...
Lituanie	5,0	1,0	13,5	2009	26,4	33,5	12,0	2008	...	...	...	...	0,0	0,0	0,0	2010	0,8	0,8	0,8	2010
Luxembourg	2,4	...	...	2010	10,0	10,0	10,0	2010	0,0	0,0	0,0	2010	0,0	0,0	0,0	2010	2,0	2,0	2,0	2010
Malte	0,0	0,0	0,0	2009	33,4	...	...	...	...	...	...	...	0,0	0,0	0,0	2010	0,8	0,8	0,8	2010
Moldova, République de	24,3	1,0	30,3	2004	44,9	52,7	38,0	2009	48,5	48,4	48,5	2005	0,0	0,0	0,0	2010	4,1	4,1	4,1	2005
Monaco	...	...	...	...	7,0	...	...	...	0,0	0,0	...	2010	0,0	0,0	...	2010	...	...	...	...
Monténégro	5,0	1,0	11,6	2004	38,0	48,1	20,8	2009	0,0	0,0	0,0	2010	0,0	0,0	0,0	2010	0,8	0,8	0,8	2010
Norvège	0,0	0,0	0,0	2011	13,6	13,6	13,6	2010	0,0	0,0	0,0	2010	0,0	0,0	0,0	2010	0,7	0,7	0,7	2010
Pays-Bas	1,1	1,1	1,1	2010	5,3	5,3	5,3	2010	0,0	0,0	0,0	2010	0,0	0,0	0,0	2010	0,6	0,6	0,6	2010
Pologne	2,5	1,0	3,5	2010	22,2	22,2	22,2	2010	0,0	0,0	0,0	2010	0,0	0,0	0,0	2010	0,5	0,5	0,5	2010
Portugal	0,0	0,0	0,0	2010	25,8	25,8	25,8	2010	0,0	0,0	0,0	2010	0,0	0,0	0,0	2010	0,8	0,8	0,8	2010
Roumanie	5,7	1,0	12,1	2009	19,2	25,9	11,7	2009	...	...	...	...	0,0	0,0	0,0	2010	2,7	2,7	2,7	2010
Royaume-Uni	0,0	0,0	0,0	2010	9,4	9,4	9,4	2010	0,0	0,0	0,0	2010	0,0	0,0	0,0	2010	1,2	1,2	1,2	2010
Russie, Fédération de	12,0	1,0	16,7	2011	36,4	46,9	7,3	2008	0,0	0,0	0,0	2010	0,0	0,0	0,0	2010	3,4	3,4	3,4	2010
Saint-Marin	...	...	...	...	14,3	...	...	...	...	...	...	...	0,0	0,0	0,0	2010	...	...	...	...

Tableau B.13 Déficit en matière de couverture sanitaire universelle dans les zones rurales et urbaines (estimations à l'échelle mondiale, régionale et nationale)

Région/Pays/Territoire	Pourcentage de la population ne bénéficiant pas de la couverture santé prévue par la loi ^{1, 3, 4, 9, 12, 13}				Dépenses nettes des ménages, en pourcentage des dépenses de santé totales ^{1, 3, 5, 6, 12, 15}				Pourcentage de la population non couverte en raison de ressources financières insuffisantes (seuil: 239 dollars E.-U.) ^{1, 2, 3, 7, 8, 11, 12, 14}				Pourcentage de la population non couverte en raison d'effectifs insuffisants dans les professions de santé (seuil: 41,1) ^{1, 2, 3, 8, 10, 12, 14}				Taux de mortalité maternelle, nombre de décès pour 10000 naissances vivantes ^{1, 3, 4, 8, 12, 14}			
	Total	Zones urbaines	Zones rurales	Année*	Total	Zones urbaines	Zones rurales	Année*	Total	Zones urbaines	Zones rurales	Année*	Total	Zones urbaines	Zones rurales	Année*	Total	Zones urbaines	Zones rurales	Année*
Serbie	7,9	1,0	16,3	2009	36,4	68,3	32,4	2007	0,0	0,0	0,0	2010	0,0	0,0	0,0	2010	1,2	1,2	1,2	2010
Slovaquie	5,2	1,0	11,5	2010	25,7	25,7	25,7	2010	...	...	...	...	19,7	...	...	...	0,6	0,6	0,6	2010
Slovénie	0,0	0,0	0,0	2011	12,2	12,2	12,2	2010	...	...	...	...	0,0	0,0	0,0	2010	1,2	1,2	1,2	2010
Suède	0,0	0,0	0,0	2011	16,3	16,3	16,3	2010	0,0	0,0	0,0	2010	0,0	0,0	0,0	2010	0,4	0,4	0,4	2010
Suisse	0,0	0,0	0,0	2010	25,1	25,1	25,1	2010	0,0	0,0	0,0	2010	0,0	0,0	0,0	2010	0,8	0,8	0,8	2010
République tchèque	0,0	0,0	0,0	2011	14,9	14,9	14,9	2010	0,0	0,0	0,0	2010	0,0	0,0	0,0	2010	0,5	0,5	0,5	2010
Ukraine	0,0	0,0	0,0	2011	40,5	50,2	19,3	2010	35,0	34,7	35,4	2007	0,0	0,0	0,0	2010	3,2	...	...	...
Océanie																				
Australie	0,0	0,0	0,0	2011	19,3	19,3	19,3	2010	0,0	0,0	0,0	2010	0,0	0,0	0,0	2010	0,7	0,7	0,7	2010
Etats fédérés de Micronésie	...	...	...	...	8,7	...	...	...	0,0	0,0	0,0	2010	7,1	...	...	...	10,0	...	...	...
Fidji	0,0	0,0	0,0	2010	19,7	26,6	12,2	2002	44,5	...	...	...	35,2	...	...	...	2,6	2,6	2,6	2010
Iles Cook	...	...	...	...	5,8	...	...	...	0,0	0,0	0,0	2010	0,0	0,0	0,0	2010	...	...	...	...
Iles Marshall	...	...	...	...	12,8	...	...	...	0,0	0,0	0,0	2010	26,4	...	...	...	...	...	...	...
Iles Salomon	...	...	...	...	3,2	...	...	...	45,6	...	...	...	47,0	...	...	...	11,0	...	...	...
Kiribati	...	...	...	...	...	...	...	...	26,9	...	...	...	0,0	0,0	0,0	2010	...	...	...	...
Nauru	...	...	...	...	5,8	...	...	...	0,0	0,0	...	2010	0,0	0,0	...	2010	...	...	...	...
Niue	...	...	...	...	...	...	...	...	0,0	0,0	0,0	2010	0,0	0,0	0,0	2010	...	...	...	...
Nouvelle-Zélande	0,0	0,0	0,0	2011	10,5	10,5	10,5	2010	0,0	0,0	0,0	2010	0,0	0,0	0,0	2010	1,5	1,5	1,5	2010
Palaos	...	...	...	...	11,1	...	...	...	0,0	0,0	0,0	2010	0,0	0,0	0,0	2010	...	...	...	...
Papouasie-Nouvelle-Guinée	...	...	...	...	13,8	4,9	15,1	2009	70,9	...	...	...	89,2	...	...	...	23,0	...	...	...
Samoa	...	...	...	...	7,9	...	...	...	3,4	...	...	...	43,6	...	...	...	10,0	...	...	...
Tonga	...	...	...	...	12,7	...	...	...	18,5	...	...	...	0,0	0,0	0,0	2010	11,0	...	...	...
Tuvalu	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	0,0	0,0	0,0	2010	...	...	...	...
Vanuatu	0,0	0,0	0,0	2010	6,0	...	...	...	48,0	39,0	49,7	2007	60,1	53,7	62,0	2007	11,0	9,4	11,4	2007

Sources

- ¹ BIT (Bureau international du Travail). Base de données du BIT sur la protection sociale en santé, annexes statistiques. Disponibles à l'adresse <http://www.ilo.org/gimi/gess/ShowTheme.action?th.themeld=3985> [consulté le 18 février 2015].
- ² —. Calculs du BIT à partir des données de l'Organisation mondiale de la santé (OMS): Observatoire de la santé mondiale – Health Financing and Global Health Workforce Statistics (voir ci-dessous).
- ³ Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population. 2012. World Population Prospects: The 2012 Revision (New York). Disponible à l'adresse <https://esa.un.org/unpd/wpp/> [consulté le 27 février 2015].
- ⁴ Banque mondiale. Base de données: Indicateurs du développement dans le monde. Disponible à l'adresse <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators> [consulté le 18 février 2015].
- ⁵ —. Global Consumption Database: Health, février 2015. Disponible à l'adresse <http://datatopics.worldbank.org/consumption/sector/Health> [consulté le 27 février 2015].
- ⁶ OMS (Organisation mondiale de la santé). Global Health Expenditure Database. Disponible à l'adresse <http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>. Pour la définition de l'indicateur « Paiements directs en pourcentage des dépenses de santé totales », voir http://apps.who.int/gho/indicatorregistry/App_Main/view_indicator.aspx?iid=3105 [consulté le 9 mars 2015].
- ⁷ —. Base de données de l'Observatoire de la santé mondiale – Health Financing. Disponible à l'adresse <http://apps.who.int/gho/data/node.main.484?lang=en> [consulté le 18 février 2015].
- ⁸ —. Base de données de l'Observatoire de la santé mondiale – Global Health Workforce Statistics. Disponible à l'adresse <http://apps.who.int/gho/data/node.main.HWF?lang=en> [consulté le 18 février 2015].

Notes

... non disponible.

* L'année où les données indirectes ont été recueillies est indiquée dans la colonne « année ».

Pour les estimations par pays

- ⁹ En pourcentage de la population sans couverture légale de santé. On entend par couverture les affiliés à l'assurance maladie ou une estimation de la population bénéficiant d'un accès gratuit à un système de santé public.
- ¹⁰ L'indicateur « déficit d'accès lié au manque de personnel de santé » du BIT rend compte de la disponibilité d'accès du point de vue de l'offre – en l'occurrence de la disponibilité de personnel de santé en quantité suffisante pour garantir un accès élémentaire mais universel et effectif à tous. Pour mesurer l'accès aux services de professionnels de la santé (médecins, infirmiers et sages-femmes), on utilise comme indicateur indirect l'écart relatif entre la densité de professionnels de la santé dans un pays donné et sa valeur médiane dans des pays présentant un faible niveau de vulnérabilité (l'accès de la population aux services de professionnels de la santé dans des pays à faible vulnérabilité est ainsi utilisé comme seuil pour les autres pays). Le seuil relatif du BIT correspond à la valeur médiane dans le groupe de pays classés comme « peu vulnérables » (au regard de la structure de l'emploi et de la pauvreté). En se fondant sur des données de l'OMS de 2011 (nombre de médecins, infirmiers et sages-femmes pour 10 000 habitants), la valeur médiane estimée est de 41,1 pour 10 000 habitants après pondération par la population totale. Une autre façon d'examiner la question est de considérer la population non couverte en raison d'un déficit d'offre (voir la deuxième partie de l'exemple ci-dessous). Dans ce cas, l'indicateur « déficit d'accès lié au manque de personnel de santé » du BIT mesure la performance globale de la prestation de soins de santé en pourcentage de la population n'ayant pas accès à des soins de santé en cas de besoin. Cette valeur est supérieure au seuil de 23 professionnels de la santé pour 10 000 habitants établi par l'OMS comme étant nécessaire pour assurer les soins les plus indispensables. Les professionnels de la santé au sens de l'OMS sont les médecins, les infirmiers et les sages-femmes. Les définitions et les métadonnées des indicateurs HRH_01: Number of nursing personnel; HRH_02: Number of physicians; et HRH_03: Number of midwifery personnel sont disponibles à l'adresse <http://apps.who.int/gho/data/node.imr> [consulté le 27 février 2015].

- ¹¹ Le déficit de couverture dû à un déficit d'accès financier est calculé par rapport à la valeur médiane dans le groupe de pays à faible vulnérabilité. L'indicateur de déficit d'accès financier du BIT suit le même principe que l'indicateur de déficit d'accès lié au manque de personnel de santé en prenant comme base les dépenses totales de santé (en dollars E.-U. par habitant et par an), déduction faite des paiements à la charge de l'utilisateur. La valeur médiane relative dans le groupe de pays à faible vulnérabilité est estimée pour 2011 à 239 dollars E.-U. par habitant et par an.
- ¹² Les indicateurs agrégés sont pondérés en fonction de la population totale. Voir la source 3.

Estimations zones rurales/zones urbaines

- ¹³ La part du secteur agricole dans le PIB a été utilisée comme indicateur indirect des droits à couverture légale de la population rurale, et la part des autres secteurs comme indicateur indirect des droits de la population urbaine. Disponible à l'adresse <http://data.worldbank.org/indicator/NV.AGR.TOTL.ZS> [consulté le 27 février 2015].
- ¹⁴ Les taux de naissances assistées par du personnel de santé qualifié au niveau national (SBA) en zone rurale et en zone urbaine ont été utilisés comme indicateurs indirects de la répartition du personnel de santé, de l'allocation des ressources financières et du taux de mortalité maternelle. On part de l'hypothèse que le déficit d'accès lié au personnel de santé (DAP) en zone rurale (urbaine) et le déficit financier (DF) en zone rurale (urbaine) sont directement corrélés au rapport du taux de SBA urbain au taux de SBA national, et que le taux de mortalité maternelle (TMM) en zone rurale (urbaine) est inversement corrélé au rapport du taux de SBA urbain au taux de SBA national. Les données sont issues de l'enquête la plus récente indiquée sur le site de l'Observatoire de la santé mondiale. Disponible à l'adresse <http://apps.who.int/gho/data/view.main.1630?lang=en> et à l'adresse <http://apps.who.int/gho/data/view.main.94130> [consulté le 27 février 2015].
- ¹⁵ Les données sur la consommation de santé des ménages (dollars E.-U. en PPA) dans les zones rurales et urbaines proviennent de la base de données sur la consommation mondiale de la Banque mondiale. La part de la consommation de santé des ménages ruraux (urbains) dans la consommation de santé des ménages au niveau national est utilisée comme variable indicatrice des paiements directs des ménages ruraux et urbains. Disponible à l'adresse <http://datatopics.worldbank.org/consumption/sector/Health> [consulté le 27 février 2015].

Tableau B.14 Déficit de l'ODD à combler au titre de la couverture universelle des soins de longue durée
A. Déficit en matière de couverture légale des soins de longue durée, par pays, 2015

Région/Pays/Territoire	Population âgée de 65 ans et plus, en pourcentage de la population totale, en 2013	Population totale en 2013	Population totale âgée de 65 ans et plus en 2013	Pourcentage de la population ne bénéficiant pas d'une couverture légale des soins de longue durée
Monde		7 101 752 708	563 733 738	
Pays représentatifs sélectionnés		4 863 551 386	447 825 650	
Afrique				
Afrique du Sud	5,5	53 157 490	2 941 212	Déficit très élevé (soumis à condition de ressources)
Algérie	4,6	39 208 194	1 802 554	100,0
Ghana	3,5	25 904 598	902 082	100,0
Nigéria	2,7	173 615 345	4 764 597	100,0
Amériques				
Argentine	11,0	41 446 246	4 537 520	100,0
Brésil	7,5	200 361 925	15 078 596	100,0
Canada	15,2	35 154 279	5 337 669	100,0
Chili	10,0	17 619 708	1 756 933	100,0
Colombie	6,2	48 321 405	2 978 161	100,0
Etats-Unis	14,0	316 128 839	44 136 229	Déficit très élevé (soumis à condition de ressources)
Mexique	6,4	122 332 399	7 838 255	100,0
Asie et Pacifique				
Australie	14,3	23 129 300	3 313 928	Déficit très élevé (soumis à condition de ressources)
Chine	8,9	1 357 380 000	120 474 979	Déficit très élevé (soumis à condition de ressources)
Inde	5,3	1 252 139 596	66 045 874	100,0
Indonésie	5,2	249 865 631	13 050 119	100,0
Japon	25,1	127 338 621	31 933 383	0,0
Nouvelle-Zélande	14,0	4 442 100	619 781	Déficit très élevé (soumis à condition de ressources)
Thaïlande	9,7	67 010 502	6 504 151	100,0
Europe et Asie centrale				
Allemagne	21,1	80 651 873	17 046 807	0,0
Autriche	18,4	8 479 823	1 556 840	Déficit très élevé (soumis à condition de ressources)
Belgique	18,0	11 182 817	2 011 005	0,0

Tableau B.14 Déficits de l'ODD à combler au titre de la couverture universelle des soins de longue durée

A. Déficit en matière de couverture légale des soins de longue durée, par pays, 2015

Région/Pays/Territoire	Population âgée de 65 ans et plus, en pourcentage de la population totale, en 2013	Population totale en 2013	Population totale âgée de 65 ans et plus en 2013	Pourcentage de la population ne bénéficiant pas d'une couverture légale des soins de longue durée
Danemark	17,9	5 614 932	1 005 009	0,0
Espagne	17,8	46 617 825	8 279 823	Déficit très élevé (soumis à condition de ressources)
Estonie	18,0	1 317 997	237 706	Déficit très élevé (soumis à condition de ressources)
Finlande	19,0	5 438 972	1 035 547	Déficit très élevé (soumis à condition de ressources)
France	17,9	65 939 866	11 777 556	Déficit très élevé (soumis à condition de ressources)
Grèce	19,7	11 027 549	2 168 948	Déficit très élevé (soumis à condition de ressources)
Hongrie	17,2	9 893 899	1 703 372	Déficit très élevé (soumis à condition de ressources)
Irlande	12,1	4 597 558	554 197	Déficit très élevé (soumis à condition de ressources)
Islande	12,8	323 764	41 468	0,0
Israël	10,7	8 059 500	864 190	Déficit très élevé (soumis à condition de ressources)
Italie	21,1	60 233 948	12 729 637	Déficit très élevé (soumis à condition de ressources)
Luxembourg	14,2	543 360	77 280	0,0
Norvège	15,8	5 080 166	803 541	Déficit très élevé (soumis à condition de ressources)
Pays-Bas	17,0	16 804 432	2 857 852	Déficit très élevé (soumis à condition de ressources)
Pologne	14,4	38 514 479	5 558 820	Déficit très élevé (soumis à condition de ressources)
Portugal	18,8	10 457 295	1 962 879	Déficit très élevé (soumis à condition de ressources)
Royaume-Uni	17,5	64 106 779	11 212 690	Déficit très élevé (soumis à condition de ressources)
Russie, Fédération de	13,0	143 499 861	18 695 637	Déficit très élevé (soumis à condition de ressources)
Slovaquie	13,0	5 413 393	701 790	100,0
Slovénie	17,2	2 059 953	355 117	Déficit très élevé (soumis à condition de ressources)
Suède	19,3	9 600 379	1 855 420	0,0
Suisse	17,7	8 087 875	1 432 046	Déficit très élevé (soumis à condition de ressources)
République tchèque	16,7	10 514 272	1 756 496	0,0
Turquie	7,4	74 932 641	5 527 954	100,0

Source

Calculs du BIT à partir de Banque mondiale. Base de données, Indicateurs du développement dans le monde. Disponible à l'adresse <https://donnees.banquemondiale.org/data-catalog/world-development-indicators> [consulté le 29 juin 2015].

Notes

Pour des informations et sources additionnelles, voir annexe II (Statistiques): Scheil-Adlung, X., 2015: *Long-term care protection for older persons: A review of coverage deficits in 46 countries*, Extension of Social Security, ESS – Paper No. 50 (Genève, BIT).

Tableau B.14 Déficits de l'ODD à combler au titre de la couverture universelle des soins de longue durée

B. Travailleurs du secteur des soins de longue durée

Région/Pays/ Territoire	Travailleurs formels du secteur des soins de longue durée (équivalent plein temps) pour 100 personnes âgées de 65 ans et plus ¹				Travailleurs formels du secteur des soins de longue durée (équivalent plein temps), en valeur absolue ¹				Travailleurs formels du secteur des soins de longue durée (nombre de personnes) ¹			Déficit de couverture dû à un nombre insuffisant de travailleurs formels dans le secteur des soins de longue durée (seuil relatif: 4,2 équivalent plein temps pour 100 personnes âgées de 65 ans et plus) ^{3,4,5}	Travailleurs informels du secteur des soins de longue durée (nombre de personnes) ^{1,2}		Année	
	Total	Année	En institution	A domicile	Total	Année	En institution	A domicile	Pour 100 personnes âgées de 65 ans et plus	Valeurs absolues	Année		Pour 100 personnes âgées de 65 ans et plus	Valeurs absolues		
Afrique																
Afrique du Sud	0,4	2012	...	...	11 562	2012	...	...	0,6	16 740	2012	90,5	...	...	...
Algérie	0,0	2006	...	...	-	2006	...	...	...	...	...	100,0	...	...	...
Ghana	0,0	2007	...	...	-	2007	...	...	...	...	...	100,0	...	...	...
Nigéria	0,0	2014	...	...	-	2014	...	...	...	...	...	100,0	...	...	...
Amériques																
Argentine	0,0	2012	...	...	-	2012	...	...	...	...	...	100,0	...	...	...
Brésil	0,0	2014	...	...	-	2014	...	...	...	...	...	100,0	...	...	...
Canada	3,6	2006	...	...	157 575	2006	...	...	5,2	226 715	2006	13,3	60,9	2 700 000	2007
Chili	0,0	2012	...	...	-	2012	...	...	...	...	...	100,0	...	...	...
Colombie	0,0	2009	...	...	-	2009	...	...	...	...	...	100,0	...	...	...
Etats-Unis	6,4	2012	5,3	1,1	2 769 442	2012	2 302 002	467 440	11,9	5 123 639	2012	0,0	122,8	44 443 800	2004	
Mexique	1,8	2008	...	...	137 845	2008	...	...	2,6	169 358	2008	57,6	...	...	...
Asie et Pacifique																
Australie	4,4	2012	2,8	1,6	140 135	2012	89 797	50 338	7,1	226 956	2012	0,0	83,8	2 694 600	2012	
Chine	1,1	1999	...	...	1 384 528	1999	...	...	...	...	...	72,3	...	...	...
Inde	0,0	2015	...	...	-	2015	...	...	...	...	...	100,0	...	...	...
Indonésie	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Japon	4,0	2012	1,3	2,7	1 233 587	2012	404 994	828 593	5,8	1 797 827	2012	3,6	...	...	...
Nouvelle-Zélande	4,3	2011	3,0	1,4	25 413	2011	17 436	7 977	7,3	37 203	2006	0,0	4,8	24 500	2006	
Thaïlande	0,7	2000	...	...	13 511	2000	...	...	1,0	36 179	2000	83,9	...	...	...
Europe et Asie centrale																
Allemagne	3,2	2011	2,1	1,0	534 815	2011	361 792	173 023	4,4	745 932	2011	22,9	19,0	3 199 384	2012	
Autriche	2,6	2006	...	...	40 478	2006	...	...	...	...	...	37,3	21,4	289 882	2006
Belgique	2,9	2006	2,0	...	58 319	2006	37 089	...	...	...	...	30,1	23,2	420 231	2006

Tableau B.14 Déficits de l'ODD à combler au titre de la couverture universelle des soins de longue durée

B. Travailleurs du secteur des soins de longue durée

Région/Pays/ Territoire	Travailleurs formels du secteur des soins de longue durée (équivalent plein temps) pour 100 personnes âgées de 65 ans et plus ¹				Travailleurs formels du secteur des soins de longue durée (équivalent plein temps), en valeur absolue ¹				Travailleurs formels du secteur des soins de longue durée (nombre de personnes) ¹			Déficit de couverture dû à un nombre insuffisant de travailleurs formels dans le secteur des soins de longue durée (seuil relatif: 4,2 équivalent plein temps pour 100 personnes âgées de 65 ans et plus) ^{1,3,4,5}	Travailleurs informels du secteur des soins de longue durée (nombre de personnes) ^{1,2}		Année
	Total	Année	En institution	A domicile	Total	Année	En institution	A domicile	Pour 100 per- sonnes âgées de 65 ans et plus	Valeurs absolues	Année		Pour 100 per- sonnes âgées de 65 ans et plus	Valeurs absolues	
Danemark	6,3	2009	...	...	55 419	2009	...	...	9,0	79 067	2009	0,0	2,3	19 613	2008
Espagne	2,9	2012	...	...	235 456	2012	...	...	4,2	335 929	2012	30,1	4,9	408 401	2013
Estonie	6,1	2012	0,6	5,6	14 406	2012	1 362	13 044	6,2	14 484	2012	0,0	...	...	...
Finlande	6,5	2006	...	1,2	67 000	2006	...	12 000	...	...	...	0,0	...	...	...
France	1,1	2003	1,4	...	108 197	2003	140 670	...	1,6	160 029	2003	73,5	20,7	2 101 795	2006
Grèce ⁵	1,6	2006	...	...	34 703	2006	...	...	...	...	...	61,4	13,3	273 234	2006
Hongrie	1,8	2012	...	...	30 509	2012	...	...	2,6	43 527	2012	56,6	...	...	...
Irlande	1,8	2013	1,1	0,6	9 915	2013	6 293	3 621	2,8	17 358	2013	56,6	35,5	187 112	2011
Islande	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Israël	8,0	2012	0,7	7,3	68 573	2013	6 035	62 538	10,7	84 450	2013	0,0	...	...	...
Italie	2,6	2003	...	...	330 971	2003	...	...	3,7	406 669	2003	37,3	37,2	4034 696	2003
Luxembourg	6,9	2012	4,4	2,5	5 043	2012	3 217	1 826	...	...	...	0,0	3,3	2 439	2012
Norvège	17,1	2012	...	...	131 180	2012	7 186	...	23,5	180 406	2012	0,0	87,2	670 000	2012
Pays-Bas	7,3	2012	...	...	45 244	2012	...	...	10,6	288 000	2012	0,0	144,9	3 500 000	2008
Pologne ⁵	3,0	2006	...	...	58 886	2006	...	...	...	...	...	27,7	23,9	1 214 331	2006
Portugal	0,4	2013	0,4	0,0	8 151	2013	5 146	965	0,6	10 872	2013	90,4	...	...	...
Royaume-Uni ⁵	6,9	2009	...	...	773 676	2009	...	...	...	...	...	0,0	55,6	5 550 000	2009
Russie, Fédération de	0,7	2011	...	...	4 743	2011	...	...	1,0	184 000	2011	83,7	...	...	...
Slovaquie	1,1	2012	0,7	0,4	7 878	2012	...	2 732	1,5	10 449	2012	73,5	8,6	59 187	2012
Slovénie	1,2	2010	...	1,2	4 249	2010	...	4 249	...	...	...	71,1	...	...	...
Suède	9,6	2011	...	...	166 179	2011	...	...	12,8	222 446	2011	0,0	12,8	200 060	2006
Suisse	5,2	2012	4,1	1,1	71 339	2012	56 299	15 040	8,5	116 409	2012	0,0	...	...	...
République tchèque	2,1	2009	1,3	0,8	32 153	2009	20 127	12 026	2,4	38 041	2009	49,4	17,6	281 227	2010
Turquie	0,0	2000	...	...	-	2000	...	...	...	...	...	100,0	...	...	...

Source

Calculs du BIT à partir de OCDE. 2014. Strengthening data on long-term care systems (Paris). Disponible à l'adresse <http://www.oecd.org/els/health-systems/Long-Term-Care-Dataset-OCDE-Health-Statistics-2014.xls> (consulté le 5 juin 2015).

Notes

... non disponible.

SLD soins longue durée.

ETP équivalent plein temps.

EP effectif physique.

- ¹ Un groupe de pays représentant diverses approches en matière de législation, de financement et d'organisation des soins de longue durée a servi de référence pour obtenir le seuil médian pondéré par la population de 4,2 professionnels des soins de longue durée (équivalent temps plein, ETP) pour 100 habitants âgés de plus de 65 ans en 2013 (ou la dernière année disponible). Les 18 pays sont les suivants, entre autres: Allemagne, Australie, Canada, Estonie, Etats-Unis, France, Irlande, Israël, Japon, Luxembourg, Norvège, Nouvelle-Zélande, Portugal, Slovaquie, Suède, Suisse et République tchèque.
- ² Dans 21 pays, les travailleurs informels du secteur des soins de longue durée sont dénombrés en effectif physique. De ce fait, ils incluent à la fois les travailleurs à temps partiel et à plein temps. Ces pays sont les suivants: Allemagne, Australie, Autriche, Belgique, Canada, Danemark, Espagne, Etats-Unis, France, Grèce, Irlande, Italie, Luxembourg, Norvège, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Pologne, Royaume-Uni, Slovaquie, Suède et République tchèque.
- ³ Le déficit de couverture lié au manque de personnel est calculé par rapport à la valeur médiane dans le groupe de pays sélectionnés. La valeur médiane relative est de 4,2 professionnels des soins de longue durée (équivalent temps plein, ETP) pour 100 habitants âgés de plus de 65 ans en 2013. L'indicateur mesure le pourcentage de la population de plus de 65 ans qui n'a pas accès aux services de soins de longue durée en raison du manque de professionnels des soins de longue durée. Il est calculé comme suit:

$$\text{Déficit d'accès au personnel} = \frac{(\text{seuil} - \text{valeur du pays } X)}{\text{seuil}} \times 100$$

	Australie	Canada
Professionnels des soins de longue durée (équivalent temps plein, ETP) pour 100 habitants de plus de 65 ans	4,4	3,6
Seuil basé sur la valeur médiane des pays de l'OCDE: 4,2	4,2	4,2
Indicateur du BIT de déficit d'accès lié au manque de personnel [(seuil – valeur du pays X) ÷ seuil × 100]	0	13,3
	(au-dessus du seuil)	

⁴ Meilleure approximation fondée sur le rapport médian entre les «Professionnels des soins de longue durée (équivalent temps plein, ETP) pour 100 habitants de plus de 65 ans» et les «Professionnels des soins de longue durée (effectif physique, EP) pour 100 habitants de plus de 65 ans» (ETP:EP) en 2013 ou l'année la plus proche. Le taux ETP:EP médian est de 0,69 dans le groupe représentatif de pays. Etant donné la forte corrélation entre les effectifs calculés en ETP et en EP (coefficient de corrélation de 0,81), le taux ETP:EP médian est le meilleur estimateur des ETP pour les pays pour lesquels on ne dispose pas de données.

⁵ Approximation fondée sur le rapport médian entre les «Professionnels des soins de longue durée (équivalent temps plein, ETP) pour 100 habitants de plus de 65 ans» et les «Travailleurs informels pour 100 habitants de plus de 65 ans» (ETP:INF) de 2013 ou année la plus proche. Le taux ETP:INF médian est de 0,12 dans le groupe de pays énumérés à la note 2. La plupart de ces pays fournissant des prestations de soins longue durée sous conditions de ressources, le taux ETP:INF médian est le deuxième meilleur estimateur des ETP (avec une tendance à la surestimation) pour les pays pour lesquels on ne dispose pas de données.

Pour des informations et sources additionnelles, voir annexe II (Statistiques): Scheil-Adlung, X., 2015: *Long-term care protection for older persons: A review of coverage deficits in 46 countries*, Extension of Social Security, ESS – Paper No. 50 (Genève, BIT).

Tableau B.14 Déficits de l'ODD à combler au titre de la couverture universelle des soins de longue durée

C. Dépenses publiques et privées au titre des soins de longue durée

Région/Pays/Territoire	Dépenses publiques au titre des soins de longue durée				Dépenses nettes des ménages au titre des soins de longue durée		
	Dépenses publiques au titre des soins de longue durée, en pourcentage du PIB, moyenne 2006-2010 ²	Dépenses publiques au titre des soins de longue durée par personne âgée de 65 ans et plus, en dollars PPA ^{2,3,4}	Dépenses publiques au titre des soins de longue durée par personne âgée de 65 ans et plus, en pourcentage du PIB par habitant ^{2,3,4}	Pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus privée d'accès aux soins de longue durée en raison de ressources financières insuffisantes (seuil: 1461,8 dollars PPA) ^{5,6}	Pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus supportant des dépenses nettes au titre des soins de longue durée ^{1,7}	Dépenses nettes des personnes de 65 ans et plus au titre des soins de longue durée ⁸	
					En proportion du revenu des ménages, moyenne pondérée ^{1,9}	En proportion du revenu des ménages par habitant, moyenne pondérée ^{1,10}	
Afrique							
Afrique du Sud	0,2	450,2	3,6	69,2	...	...	...
Algérie	0,0	0,0	0,0	100,0	...	...	...
Ghana	0,0	0,0	0,0	100,0	...	...	...
Nigéria	0,0	0,0	0,0	100,0	...	...	...
Amériques							
Argentine	...	...	...	...	...	...	...
Brésil	0,0	0,0	0,0	100,0	...	...	...
Canada	1,2	3 336,6	7,9	0,0	...	...	...
Chili	0,0	0,0	0,0	100,0	...	...	...
Colombie	0,0	0,0	0,0	100,0	...	...	...
Etats-Unis	0,6	2 206,4	4,3	0,0	...	...	...
Mexique	0,0	0,0	0,0	100,0	...	...	...
Asie et Pacifique							
Australie	0,0	0,0	0,0	100,0	...	...	...
Chine	0,1	133,0	1,1	90,9	...	...	...
Inde	0,1	99,4	1,9	93,2	...	...	...
Indonésie	0,1	186,3	1,9	87,3	...	...	...
Japon	0,7	994,1	2,8	32,0	...	...	...
Nouvelle-Zélande	1,3	818,1	2,5	44,0	...	...	...
Thaïlande	...	...	...	...	...	...	...
Europe et Asie centrale							
Allemagne	0,9	1 826,0	4,3	0,0	56,3	6,5	5,1
Autriche	1,1	2 639,6	6,0	0,0	65,6	11,0	9,2
Belgique	1,7	3 838,7	9,5	0,0	86,5	6,3	5,1

Tableau B.14 Déficit de l'ODD à combler au titre de la couverture universelle des soins de longue durée
C. Dépenses publiques et privées au titre des soins de longue durée

Région/Pays/Territoire	Dépenses publiques au titre des soins de longue durée				Dépenses nettes des ménages au titre des soins de longue durée		
	Dépenses publiques au titre des soins de longue durée, en pourcentage du PIB, moyenne 2006-2010 ²	Dépenses publiques au titre des soins de longue durée par personne âgée de 65 ans et plus, en dollars PPA ^{2,3,4}	Dépenses publiques au titre des soins de longue durée par personne âgée de 65 ans et plus, en pourcentage du PIB par habitant ^{2,3,4}	Pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus privée d'accès aux soins de longue durée en raison de ressources financières insuffisantes (seuil: 1461,8 dollars PPA) ^{5,6}	Pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus supportant des dépenses nettes au titre des soins de longue durée ^{1,7}	Dépenses nettes des personnes de 65 ans et plus au titre des soins de longue durée ⁸	
					En proportion du revenu des ménages, moyenne pondérée ^{1,9}	En proportion du revenu des ménages par habitant, moyenne pondérée ^{1,10}	
Danemark	2,2	5 221,7	12,3	0,0	49,9	5,3	4,5
Espagne	0,5	891,9	2,8	39,0	66,0	12,1	8,4
Estonie	0,2	280,0	1,1	80,8	15,3	11,1	10,5
Finlande	0,8	1 629,8	4,2	0,0	...	...	...
France	1,1	2 297,1	6,2	0,0	75,3	6,3	5,2
Grèce	0,5	614,2	2,5	58,0	...	...	...
Hongrie	0,3	395,7	1,7	72,9	...	...	...
Irlande	0,4	1 481,6	3,3	0,0	...	...	...
Islande	1,7	5 436,3	13,3	0,0	...	...	...
Israël	0,5	1 442,1	4,7	1,3	48,2	22,9	14,5
Italie	0,7	1 120,4	3,3	23,4	73,7	14,4	8,9
Luxembourg	0,9	5 622,4	6,3	0,0	66,9	3,5	2,7
Norvège	2,1	8 406,1	13,3	0,0	...	...	...
Pays-Bas	2,3	6 088,8	13,5	0,0	80,2	3,8	3,2
Pologne	0,4	633,5	2,7	56,7	...	...	...
Portugal	0,1	136,8	0,5	90,6	...	...	...
Royaume-Uni	0,9	1 899,1	5,1	0,0	...	...	...
Russie, Fédération de	0,2	361,7	1,5	75,3	...	...	...
Slovaquie	0,0	0,0	0,0	100,0	...	...	...
Slovénie	0,7	1 111,3	4,1	24,0	54,1	9,0	8,3
Suède	0,7	1 573,7	3,6	0,0	83,4	4,0	3,3
Suisse	1,2	3 727,0	6,8	0,0	70,0	4,0	3,0
République tchèque	0,3	505,1	1,8	65,5	65,7	3,7	3,2
Turquie	0,0	0,0	0,0	100,0	...	...	...

Source

- ¹ Calculs du BIT à partir de l'enquête sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe (SHARE). Base de données. Vague 5. Disponible à l'adresse <http://www.share-project.org/home0/wave-5.html> [consulté le 15 juin 2015].
- ² OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques). 2013. *Public spending on health and long-term care: A new set of projections*. OECD Economic Policy Papers No. 6 (Paris). Disponible à l'adresse <http://www.oecd.org/eco/growth/Health%20FINAL.pdf> [consulté le 5 juin 2015].
- ³ Banque mondiale. Base de données des Indicateurs du développement dans le monde. Disponible à l'adresse <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators> [consulté le 5 juin 2015].

Notes

... non disponible.

- ⁴ Les données sur la population totale et le pourcentage de la population âgée de plus de 65 ans proviennent de Banque mondiale: Indicateurs du développement dans le monde, 2013. Le PIB par habitant (en dollars PPA internationaux constants de 2011) et le PIB (en dollars PPA internationaux constants de 2011) proviennent de la même source.
- ⁵ Les pays de l'OCDE sont pris en compte pour obtenir le seuil médian pondéré par la population de 1461,8 dollars PPA par personne de plus de 65 ans en 2013.
- ⁶ Le déficit de couverture dû à un déficit d'accès financier est calculé par rapport à la valeur médiane pondérée par la population de l'ensemble des pays de l'OCDE. La valeur médiane relative pondérée par la population est fondée sur la moyenne des dépenses de soins de longue durée entre 2006 et 2010. Elle se monte à 1461,8 dollars PPA par personne de plus de 65 ans et par an. L'indicateur mesure le pourcentage de la population de plus de 65 ans privée d'accès aux services de soins de longue durée en raison d'un manque de ressources financières. Il est calculé comme suit:

	Chine	Russie, Fédération de
Dépenses publiques en SLD, en % du PIB, moyenne 2006-2010	0,1	0,2
PIB par habitant, PPA (dollars internationaux constants de 2011) (2013)	11 805,1	23 561,4
PIB, PPA, en millions (dollars internationaux constants de 2011) (2013)	16 023 988,5	3 381 219,1
Population âgée de plus de 65 ans (total) (2013)	120 474 979,0	18 695 637,1
Dépenses publiques en SLD, dollars PPA, en million (2013)	16 024,0	6 762,4
Dépenses publiques en SLD par personne de plus de 65 ans	133	361,7
Dépenses publiques en SLD par personne de plus de 65 ans, en % du PIB par habitant	1,1	1,5
Seuil médian pondéré par la population des pays de l'OCDE, en dollars PPA	1461,8	1461,8
Indicateur de déficit d'accès financier du BIT	90,9	75,3

- ⁷ Le pourcentage de la population ayant réglé directement des dépenses de SLD est calculé à partir de la population de 15 pays européens totalisant 92 689 personnes, dont 33 794 âgées de 50 à 64 ans et 42 441 de plus de 65 ans. Sur la base du module «recours aux soins et part des soins payés sur ressources personnelles» de l'enquête SHARE, il mesure le pourcentage de la population ayant réglé directement des dépenses de soins de longue durée à domicile (hc128_) et en institution (ho062_) au cours des 12 derniers mois. Il est calculé comme suit:

$$\frac{\text{Population de plus de 65 ans ayant réglé directement des dépenses de (soins à domicile + soins en institution)}}{\text{Population âgée de plus de 65 ans}} \times 100$$

- ⁸ Le montant des dépenses de SLD à la charge du patient parmi la population de plus de 65 ans est la moyenne pondérée des soins à domicile (hc129e) et en institution (hc085e) réglés directement par les patients au cours des 12 derniers mois.
- ⁹ Du fait des écarts de niveau de vie d'un pays européen à l'autre, les dépenses de santé à la charge des patients sont exprimées en pourcentage du revenu annuel des ménages. La moyenne pondérée des soins à domicile et en institution réglés directement par les patients est calculée comme suit:

$$\frac{\% \text{ revenu du ménage consacré à des dépenses directes}_{\text{domicile}} \times \text{nombre de répondants}_{\text{domicile}} + \% \text{ revenu du ménage consacré à des dépenses directes}_{\text{institution}} \times \text{nombre de répondants}_{\text{institution}}}{= \% \text{ pondéré revenu du ménage consacré à des dépenses directes}_{\text{soins de longue durée}}}$$

$$\text{Ainsi, le \% moyen pondéré revenu du ménage consacré à des dépenses directes}_{\text{soins de longue durée}} = \frac{\% \text{ pondéré revenu des ménages consacré à des dépenses directes}_{\text{soins de longue durée}}}{\text{Total des répondants ayant réglé directement des SLD}_{\text{domicile} + \text{institution}}}$$

- ¹⁰ Le montant des dépenses de SLD à la charge du patient est aussi exprimé en pourcentage du revenu du ménage par personne et par an et est calculé comme suit:

$$\frac{\% \text{ revenu du ménage par personne consacré à des dépenses}_{\text{domicile}} \times \text{nombre de personnes}_{\text{domicile}} + \% \text{ revenu du ménage par personne consacré à des dépenses}_{\text{institution}} \times \text{nombre de personnes}_{\text{institution}}}{= \% \text{ pondéré revenu du ménage par personne consacré à des dépenses directes}_{\text{soins de longue durée}}}$$

$$\text{Ainsi, le \% moyen pondéré du revenu du ménage par personne consacré à des dépenses directes}_{\text{soins de longue durée}} = \frac{\% \text{ pondéré revenu du ménage par personne consacré à des dépenses directes}_{\text{soins de longue durée}}}{\text{Total des répondants ayant réglé directement des SLD}_{\text{domicile} + \text{institution}}}$$

Pour des informations et sources additionnelles, voir annexe II (Statistiques): Scheil-Adlung, X., 2015: *Long-term care protection for older persons: A review of coverage deficits in 46 countries*, Extension of Social Security, ESS – Paper No. 50 (Genève, BIT).

Tableau B.15 Situation actuelle de l'emploi dans le secteur de la santé et potentiel en matière d'emploi des investissements dans la couverture sanitaire universelle d'ici à 2030, estimations mondiales

A. Situation actuelle de l'emploi dans le secteur de la santé dans 185 pays: nombre de travailleurs en 2016 ou selon les données les plus récentes, estimations

Région/Catégorie de revenu/Pays/Territoire	Nombre actuel de travailleurs du secteur de la santé exerçant une profession médicale, en milliers (A+B) ^{1,2}	Nombre actuel de travailleurs du secteur de la santé exerçant une profession non médicale, en milliers (C+D) ^{3,4}	Nombre actuel d'aïdants informels non rémunérés qui se retirent complètement ou partiellement du marché du travail officiel pour assurer des soins de longue durée, en milliers (E) ^{5,6}	Nombre actuel de travailleurs du secteur de la santé exerçant une profession non médicale, y compris les aidants informels non rémunérés, en milliers (C+D+E) ^{3,4,5,6}	Proportion de travailleurs du secteur de la santé exerçant une profession non médicale, hors aidants informels non rémunérés, par rapport aux travailleurs du secteur de la santé exerçant une profession médicale $\{(C+D)/(A+B)\}^{1,2,3,4}$	Proportion de travailleurs du secteur de la santé exerçant une profession non médicale, y compris les aidants informels non rémunérés, par rapport aux travailleurs du secteur de la santé exerçant une profession médicale $\{(C+D+E)/(A+B)\}^{1,2,3,4,5,6}$
Afrique	4377	5958	3707	9665	1,4	2,2
Amériques	13 404	21 312	9627	30 939	1,6	2,3
Etats arabes	1203	1914	445	2359	1,6	2,0
Asie et Pacifique	32 918	47 117	29 314	76 431	1,4	2,3
Europe et Asie centrale	18 715	29 719	13 567	43 286	1,6	2,3
Pays à revenu élevé	27 873	46 655	20 804	67 459	1,7	2,4
Pays à revenu intermédiaire supérieur	26 383	36 744	19 694	56 438	1,4	2,1
Pays à revenu inférieur	15 695	21 741	14 618	36 358	1,4	2,3
Pays à revenu faible	716	902	1550	2452	1,3	3,4
Afghanistan	62	85	77	162	1,4	2,6
Afrique du Sud	721	998	263	1262	1,4	1,8
Albanie	31	43	34	78	1,4	2,5
Algérie	426	590	226	815	1,4	1,9
Allemagne	3360	3467	1644	5111	1,0	1,5
Andorre	2	3	...	3	1,7	1,7
Angola	39	54	56	110	1,4	2,8
Arabie saoudite	512	882	87	968	1,7	1,9
Argentine	497	580	455	1035	1,2	2,1
Arménie	51	70	31	102	1,4	2,0
Australie	751	1211	346	1557	1,6	2,1
Autriche	228	384	154	537	1,7	2,4
Azerbaïdjan	168	232	53	285	1,4	1,7
Bahamas	5	9	3	12	1,7	2,4
Bahreïn	10	17	3	20	1,7	2,1
Bangladesh	260	360	768	1128	1,4	4,3
Barbade	4	7	4	11	1,7	2,7
Bélarus	248	343	127	470	1,4	1,9
Belgique	271	561	198	759	2,1	2,8
Belize	2	3	1	4	1,4	2,0
Bénin	24	34	30	64	1,4	2,6
Bhoutan	7	10	4	14	1,4	1,9
Bolivie, État plurinational de	48	67	67	133	1,4	2,8

Tableau B.15 Situation actuelle de l'emploi dans le secteur de la santé et potentiel en matière d'emploi des investissements dans la couverture sanitaire universelle d'ici à 2030, estimations mondiales

A. Situation actuelle de l'emploi dans le secteur de la santé dans 185 pays: nombre de travailleurs en 2016 ou selon les données les plus récentes, estimations

Région/Catégorie de revenu/Pays/Territoire	Nombre actuel de travailleurs du secteur de la santé exerçant une profession médicale, en milliers (A+B) ^{1,2}	Nombre actuel de travailleurs du secteur de la santé exerçant une profession non médicale, en milliers (C+D) ^{3,4}	Nombre actuel d'aidants informels non rémunérés qui se retirent complètement ou partiellement du marché du travail officiel pour assurer des soins de longue durée, en milliers (E) ^{5,6}	Nombre actuel de travailleurs du secteur de la santé exerçant une profession non médicale, y compris les aidants informels non rémunérés, en milliers (C+D+E) ^{3,5,6}	Proportion de travailleurs du secteur de la santé exerçant une profession non médicale, hors aidants informels non rémunérés, par rapport aux travailleurs du secteur de la santé exerçant une profession médicale $\{(C+D)/(A+B)\}^{1,2,3,4}$	Proportion de travailleurs du secteur de la santé exerçant une profession non médicale, y compris les aidants informels non rémunérés, par rapport aux travailleurs du secteur de la santé exerçant une profession médicale $\{(C+D+E)/(A+B)\}^{1,2,3,4,5,6}$
Bosnie-Herzégovine	29	38	56	94	1,3	3,3
Botswana	30	42	8	50	1,4	1,6
Brésil	3203	4433	1564	5997	1,4	1,9
Brunéi Darussalam	8	14	2	16	1,7	1,9
Bulgarie	115	160	137	297	1,4	2,6
Burkina Faso	19	27	42	68	1,4	3,5
Burundi	10	13	26	40	1,4	4,1
Cabo Verde	1	1	2	4	1,4	3,9
Cambodge	26	50	62	111	1,9	4,3
Cameroun	64	88	72	160	1,4	2,5
Canada	1063	1831	556	2388	1,7	2,3
République centrafricaine	6	8	18	27	1,4	4,3
Chili	51	88	189	277	1,7	5,5
Chine	15 520	21 482	12 607	34 088	1,4	2,2
Chypre	11	21	14	35	2,0	3,4
Colombie	248	343	326	669	1,4	2,7
Comores	2	3	2	5	1,4	2,5
Congo	12	17	16	33	1,4	2,7
Costa Rica	47	108	41	149	2,3	3,2
Côte d'Ivoire	33	46	66	112	1,4	3,4
Croatie	82	80	77	157	1,0	1,9
Cuba	459	635	153	788	1,4	1,7
Danemark	182	462	103	565	2,5	3,1
Djibouti	2	3	4	6	1,4	3,2
République dominicaine	53	73	67	140	1,4	2,7
Egypte	1135	1571	458	2029	1,4	1,8
El Salvador	42	122	48	170	2,9	4,0
Émirats arabes unis	42	72	10	82	1,7	2,0
Équateur	95	229	104	333	2,4	3,5
Erythrée	7	9	13	23	1,4	3,3
Espagne	851	1351	831	2182	1,6	2,6
Estonie	25	34	24	58	1,4	2,4
Etats fédérés de Micronésie	2	2	0	3	1,4	1,6
Etats-Unis	5762	9923	4564	14 487	1,7	2,5

Tableau B.15 Situation actuelle de l'emploi dans le secteur de la santé et potentiel en matière d'emploi des investissements dans la couverture sanitaire universelle d'ici à 2030, estimations mondiales

A. Situation actuelle de l'emploi dans le secteur de la santé dans 185 pays: nombre de travailleurs en 2016 ou selon les données les plus récentes, estimations

Région/Catégorie de revenu/Pays/Territoire	Nombre actuel de travailleurs du secteur de la santé exerçant une profession médicale, en milliers (A+B) ^{1,2}	Nombre actuel de travailleurs du secteur de la santé exerçant une profession non médicale, en milliers (C+D) ^{3,4}	Nombre actuel d'aides informels non rémunérés qui se retirent complètement ou partiellement du marché du travail officiel pour assurer des soins de longue durée, en milliers (E) ^{5,6}	Nombre actuel de travailleurs du secteur de la santé exerçant une profession non médicale, y compris les aides informels non rémunérés, en milliers (C+D+E) ^{3,4,5,6}	Proportion de travailleurs du secteur de la santé exerçant une profession non médicale, hors aides informels non rémunérés, par rapport aux travailleurs du secteur de la santé exerçant une profession médicale $\{(C+D)/(A+B)\}^{1,2,3,4}$	Proportion de travailleurs du secteur de la santé exerçant une profession non médicale, y compris les aides informels non rémunérés, par rapport aux travailleurs du secteur de la santé exerçant une profession médicale $\{(C+D+E)/(A+B)\}^{1,2,3,4,5,6}$
Ethiopie	101	37	332	369	0,4	3,7
Ex-République yougoslave de Macédoine	28	25	25	49	0,9	1,8
Fidji	6	8	5	13	1,4	2,3
Finlande	165	334	108	443	2,0	2,7
France	1386	3652	1181	4833	2,6	3,5
Gabon	14	19	8	27	1,4	2,0
Gambie	8	12	4	16	1,4	1,9
Géorgie	76	105	54	159	1,4	2,1
Ghana	56	77	89	166	1,4	3,0
Grèce	125	176	225	401	1,4	3,2
Grenade	1	1	1	2	1,4	2,2
Guatemala	90	159	76	235	1,8	2,6
Guinée	12	16	37	53	1,4	4,6
Guinée-Bissau	5	7	6	12	1,4	2,5
Guinée équatoriale	3	6	2	8	1,7	2,4
Guyane	1	2	4	6	1,4	3,9
Honduras	34	47	38	85	1,4	2,5
Hongrie	183	234	168	402	1,3	2,2
Iles Marshall	1	1	...	1	1,4	1,4
Iles Salomon	2	3	2	5	1,4	2,3
Inde	7506	10390	7063	17453	1,4	2,3
Indonésie	1116	1545	1278	2823	1,4	2,5
Iran, République islamique d'	799	1106	384	1490	1,4	1,9
Iraq	51	71	107	177	1,4	3,5
Irlande	114	200	59	259	1,8	2,3
Islande	10	18	4	22	1,8	2,2
Israël	153	351	87	438	2,3	2,9
Italie	997	1450	1285	2736	1,5	2,7
Jamaïque	12	16	24	40	1,4	3,5
Japon	4060	6991	3198	10190	1,7	2,5
Jordanie	96	132	28	160	1,4	1,7
Kazakhstan	367	508	114	622	1,4	1,7
Kenya	84	116	124	240	1,4	2,9

Tableau B.15 Situation actuelle de l'emploi dans le secteur de la santé et potentiel en matière d'emploi des investissements dans la couverture sanitaire universelle d'ici à 2030, estimations mondiales

A. Situation actuelle de l'emploi dans le secteur de la santé dans 185 pays: nombre de travailleurs en 2016 ou selon les données les plus récentes, estimations

Région/Catégorie de revenu/Pays/Territoire	Nombre actuel de travailleurs du secteur de la santé exerçant une profession médicale, en milliers (A+B) ^{1,2}	Nombre actuel de travailleurs du secteur de la santé exerçant une profession non médicale, en milliers (C+D) ^{3,4}	Nombre actuel d'aidants informels non rémunérés qui se retirent complètement ou partiellement du marché du travail officiel pour assurer des soins de longue durée, en milliers (E) ^{5,6}	Nombre actuel de travailleurs du secteur de la santé exerçant une profession non médicale, y compris les aidants informels non rémunérés, en milliers (C+D+E) ^{3,5,6}	Proportion de travailleurs du secteur de la santé exerçant une profession non médicale, hors aidants informels non rémunérés, par rapport aux travailleurs du secteur de la santé exerçant une profession médicale $\{(C+D)/(A+B)\}^{1,2,3,4}$	Proportion de travailleurs du secteur de la santé exerçant une profession non médicale, y compris les aidants informels non rémunérés, par rapport aux travailleurs du secteur de la santé exerçant une profession médicale $\{(C+D+E)/(A+B)\}^{1,2,3,4,5,6}$
Kirghizistan	78	108	24	132	1,4	1,7
Kiribati	1	1	0	2	1,4	1,8
Koweït	69	118	7	126	1,7	1,8
République démocratique populaire lao	26	37	25	61	1,4	2,3
Lesotho	3	4	8	12	1,4	4,7
Lettonie	30	50	37	86	1,7	2,9
Liban	64	89	46	135	1,4	2,1
Libéria	5	6	13	19	1,4	4,2
Libye	103	143	27	170	1,4	1,7
Lituanie	67	63	52	115	0,9	1,7
Luxembourg	10	25	8	33	2,4	3,2
Madagascar	32	44	66	110	1,4	3,5
Malaisie	259	319	170	490	1,2	1,9
Malawi	35	49	57	106	1,4	3,0
Maldives	6	9	2	11	1,4	1,6
Mali	30	42	43	85	1,4	2,8
Malte	8	17	8	25	2,1	3,0
Maroc	107	148	203	352	1,4	3,3
Maurice	18	25	12	36	1,4	2,0
Mauritanie	9	12	13	25	1,4	2,8
Mexique	950	1507	788	2295	1,6	2,4
Moldova, République de	48	65	39	104	1,4	2,2
Monaco	3	4	...	4	1,7	1,7
Mongolie	34	19	11	30	0,6	0,9
Monténégro	8	11	8	20	1,4	2,4
Mozambique	24	33	90	123	1,4	5,1
Myanmar	160	221	277	498	1,4	3,1
Namibie	13	18	8	26	1,4	2,0
Nauru	0	0	...	0	1,4	1,4
Népal	66	92	152	244	1,4	3,7
Nicaragua	53	73	30	103	1,4	2,0
Niger	5	7	49	56	1,4	11,1
Nigéria	592	819	478	1297	1,4	2,2

Tableau B.15 Situation actuelle de l'emploi dans le secteur de la santé et potentiel en matière d'emploi des investissements dans la couverture sanitaire universelle d'ici à 2030, estimations mondiales

A. Situation actuelle de l'emploi dans le secteur de la santé dans 185 pays: nombre de travailleurs en 2016 ou selon les données les plus récentes, estimations

Région/Catégorie de revenu/Pays/Territoire	Nombre actuel de travailleurs du secteur de la santé exerçant une profession médicale, en milliers (A+B) ^{1,2}	Nombre actuel de travailleurs du secteur de la santé exerçant une profession non médicale, en milliers (C+D) ^{3,4}	Nombre actuel d'aидants informels non rémunérés qui se retirent complètement ou partiellement du marché du travail officiel pour assurer des soins de longue durée, en milliers (E) ^{5,6}	Nombre actuel de travailleurs du secteur de la santé exerçant une profession non médicale, y compris les aidants informels non rémunérés, en milliers (C+D+E) ^{3,4,5,6}	Proportion de travailleurs du secteur de la santé exerçant une profession non médicale, hors aidants informels non rémunérés, par rapport aux travailleurs du secteur de la santé exerçant une profession médicale $\{(C+D)/(A+B)\}^{1,2,3,4}$	Proportion de travailleurs du secteur de la santé exerçant une profession non médicale, y compris les aidants informels non rémunérés, par rapport aux travailleurs du secteur de la santé exerçant une profession médicale $\{(C+D+E)/(A+B)\}^{1,2,3,4,5,6}$
Nioué	0	0	...	0	1,4	1,4
Norvège	220	420	82	502	1,9	2,3
Nouvelle-Zélande	7	13	65	77	1,7	10,3
Oman	75	130	11	141	1,7	1,9
Ouganda	112	154	93	248	1,4	2,2
Ouzbékistan	790	1094	134	1228	1,4	1,6
Pakistan	736	1019	814	1833	1,4	2,5
Palaos	0	0	...	0	1,4	1,4
Panama	44	74	29	103	1,7	2,4
Papouasie-Nouvelle-Guinée	19	26	22	48	1,4	2,6
Paraguay	55	76	38	114	1,4	2,1
Pays-Bas	546	1075	296	1371	2,0	2,5
Pérou	357	494	205	699	1,4	2,0
Philippines	478	583	442	1025	1,2	2,1
Pologne	642	655	575	1230	1,0	1,9
Portugal	192	379	206	585	2,0	3,1
Qatar	30	51	3	53	1,7	1,8
Roumanie	296	232	324	556	0,8	1,9
Royaume-Uni	1731	3599	1102	4702	2,1	2,7
Russie, Fédération de	1988	3423	1839	5262	1,7	2,7
Rwanda	21	29	31	60	1,4	2,9
Sainte-Lucie	0	0	2	2	1,4	35,2
Saint-Kitts-et-Nevis	1	1	...	1	1,7	1,7
Saint-Marin	1	2	...	2	1,7	1,7
Saint-Vincent-et-les Grenadines	2	2	1	3	1,4	1,9
Samoa	2	3	1	4	1,4	1,9
Sao Tomé-et-Principe	2	3	1	4	1,4	1,6
Sénégal	23	32	43	74	1,4	3,3
Serbie	122	95	145	240	0,8	2,0
Seychelles	3	4	1	5	1,7	2,0
Sierra Leone	3	4	17	20	1,4	7,3
Singapour	84	145	63	208	1,7	2,5
Slovaquie	106	131	72	203	1,2	1,9
Slovénie	44	51	36	87	1,2	2,0

Tableau B.15 Situation actuelle de l'emploi dans le secteur de la santé et potentiel en matière d'emploi des investissements dans la couverture sanitaire universelle d'ici à 2030, estimations mondiales

A. Situation actuelle de l'emploi dans le secteur de la santé dans 185 pays: nombre de travailleurs en 2016 ou selon les données les plus récentes, estimations

Région/Catégorie de revenu/Pays/Territoire	Nombre actuel de travailleurs du secteur de la santé exerçant une profession médicale, en milliers (A+B) ^{1,2}	Nombre actuel de travailleurs du secteur de la santé exerçant une profession non médicale, en milliers (C+D) ^{3,4}	Nombre actuel d'aidants informels non rémunérés qui se retirent complètement ou partiellement du marché du travail officiel pour assurer des soins de longue durée, en milliers (E) ^{5,6}	Nombre actuel de travailleurs du secteur de la santé exerçant une profession non médicale, y compris les aidants informels non rémunérés, en milliers (C+D+E) ^{3,5,6}	Proportion de travailleurs du secteur de la santé exerçant une profession non médicale, hors aidants informels non rémunérés, par rapport aux travailleurs du secteur de la santé exerçant une profession médicale $\{(C+D)/(A+B)\}^{1,2,3,4}$	Proportion de travailleurs du secteur de la santé exerçant une profession non médicale, y compris les aidants informels non rémunérés, par rapport aux travailleurs du secteur de la santé exerçant une profession médicale $\{(C+D+E)/(A+B)\}^{1,2,3,4,5,6}$
Somalie	2	3	29	32	1,4	15,3
Soudan	164	227	128	356	1,4	2,2
Sri Lanka	93	129	185	314	1,4	3,4
Suède	318	721	187	908	2,3	2,9
Suisse	302	519	144	663	1,7	2,2
Suriname	5	7	4	11	1,4	2,1
Swaziland	22	30	4	35	1,4	1,6
République arabe syrienne	175	242	72	314	1,4	1,8
Tadjikistan	86	119	24	144	1,4	1,7
Tanzanie, République-Unie de	29	41	164	205	1,4	7,0
Tchad	9	13	33	46	1,4	5,0
République tchèque	227	248	183	430	1,1	1,9
Thaïlande	453	735	683	1418	1,6	3,1
Timor-Leste	4	6	6	12	1,4	2,9
Togo	14	19	19	38	1,4	2,8
Tonga	1	2	1	2	1,4	1,8
Trinité-et-Tobago	12	21	12	33	1,7	2,7
Tunisie	90	125	82	207	1,4	2,3
Turkménistan	124	172	21	194	1,4	1,6
Turquie	572	896	569	1465	1,6	2,6
Ukraine	901	1247	658	1905	1,4	2,1
Uruguay	57	119	48	167	2,1	2,9
Vanuatu	1	2	1	3	1,4	2,2
Venezuela, République bolivarienne du	151	260	187	447	1,7	3,0
Viet Nam	371	513	604	1118	1,4	3,0
Yémen	79	110	72	182	1,4	2,3
Zambie	47	65	45	110	1,4	2,4
Zimbabwe	48	66	44	110	1,4	2,3
TOTAL	70 631	106 042	56 665	162 707		
MEDIANE					1,4	2,4
MOYENNE					1,5	2,9
Ratio Moyen Pondéré					1,5	2,3

Tableau B.15 Situation actuelle de l'emploi dans le secteur de la santé et potentiel en matière d'emploi des investissements dans la couverture sanitaire universelle d'ici à 2030, estimations mondiales

B. Potentiel de création d'emplois dans la filière mondiale de la protection sociale universelle d'ici à 2030 (2016 ou données disponibles les plus récentes; 2030)

Région/Catégorie de revenu/Pays/Territoire	Déficit actuel de postes médicaux dans le secteur de la santé, en milliers (A+B) ^{1,2,7}	Déficit actuel de postes non médicaux dans le secteur de la santé, en milliers (C+D) ^{3,4,7}	Déficit actuel de postes d'aîdants, en milliers (E) ^{5,6,7}	Déficit actuel de postes non médicaux dans le secteur de la santé, y compris les aîdants en 2016 ou selon les données les plus récentes, en milliers (C+D+E) ^{3,4,5,6,7}	Déficit de postes médicaux dans le secteur de la santé en 2030, en milliers (A+B) ^{1,2,7,8}	Déficit de postes non médicaux dans le secteur de la santé en 2030, en milliers (C+D) ^{3,4,7,8}	Déficit de postes d'aîdants en 2030, en milliers (E) ^{5,6,7,8}	Déficit de postes non médicaux dans le secteur de la santé, y compris les aîdants en 2030, en milliers (C+D+E) ^{3,4,5,6,7,8}
Afrique	6368	10494	2949	13443	10102	16586	5634	22219
Amériques	966	1510	47	1558	1439	2373	299	2672
Etats arabes	499	829	462	1291	858	1401	771	2172
Asie et Pacifique	10347	18575	2264	20893	14136	24658	4755	29413
Europe et Asie centrale	160	353	104	457	259	484	173	657
Pays à revenu élevé	335	539	205	744	437	784	315	1099
Pays à revenu intermédiaire supérieur	1401	2459	473	2933	2201	3917	1053	4971
Pays à revenu inférieur	12583	22208	3587	25795	17982	30856	7288	38144
Pays à revenu faible	4021	6556	1562	8118	6173	9945	2977	12921
Afghanistan	238	387	120	507	343	552	189	741
Afrique du Sud	...	...	67	67	...	...	101	101
Albanie	...	...	...	...	...	...	...	...
Algérie	...	...	15	15	20	112	67	179
Allemagne	...	...	...	...	...	...	...	...
Andorre	...	...	0	0	...	...	0	0
Angola	192	309	96	405	324	517	183	700
Arabie saoudite	...	...	105	105	...	...	151	151
Argentine	...	51	...	51	...	137	...	137
Arménie	...	...	...	...	...	...	...	...
Australie	...	...	...	...	...	...	...	...
Autriche	...	...	...	...	...	...	...	...
Azerbaïdjan	...	...	7	7	...	...	12	12
Bahamas	...	...	...	...	...	...	...	...
Bahreïn	3	3	5	8	5	7	7	14
Bangladesh	1225	1979	208	2187	1460	2349	362	2712
Barbade	...	...	...	...	...	...	...	...
Bélarus	...	...	...	...	...	...	...	...
Belgique	...	...	...	...	...	...	...	...
Belize	1	2	1	3	2	4	2	5
Bénin	76	125	36	160	120	193	64	257
Bhoutan	...	...	...	...	...	...	...	...
Bolivie, État plurinational de	51	89	...	89	73	125	13	138

Tableau B.15 Situation actuelle de l'emploi dans le secteur de la santé et potentiel en matière d'emploi des investissements dans la couverture sanitaire universelle d'ici à 2030, estimations mondiales

B. Potentiel de création d'emplois dans la filière mondiale de la protection sociale universelle d'ici à 2030 (2016 ou données disponibles les plus récentes; 2030)

Région/Catégorie de revenu/Pays/Territoire	Déficit actuel de postes médicaux dans le secteur de la santé, en milliers (A+B) ^{1,2,7}	Déficit actuel de postes non médicaux dans le secteur de la santé, en milliers (C+D) ^{3,4,7}	Déficit actuel de postes d'aidants, en milliers (E) ^{5,6,7}	Déficit actuel de postes non médicaux dans le secteur de la santé, y compris les aidants en 2016 ou selon les données les plus récentes, en milliers (C+D+E) ^{3,4,5,6,7}	Déficit de postes médicaux dans le secteur de la santé en 2030, en milliers (A+B) ^{1,2,7,8}	Déficit de postes non médicaux dans le secteur de la santé en 2030, en milliers (C+D) ^{3,4,7,8}	Déficit de postes d'aidants en 2030, en milliers (E) ^{5,6,7,8}	Déficit de postes non médicaux dans le secteur de la santé, y compris les aidants en 2030, en milliers (C+D+E) ^{3,4,5,6,7,8}
Bosnie-Herzégovine	6	17	...	17	4	14	...	14
Botswana	...	...	6	6	...	...	9	9
Brésil	...	...	...	...	...	...	...	...
Brunéi Darussalam	...	...	1	1	...	...	1	1
Bulgarie	...	...	...	...	...	...	...	...
Burkina Faso	148	236	68	304	232	369	124	493
Burundi	94	149	41	190	151	239	79	318
Cabo Verde	4	6	1	7	5	8	1	9
Cambodge	118	176	33	209	149	226	54	280
Cameroun	152	251	70	321	240	391	128	519
Canada	...	...	...	...	...	...	...	...
République centrafricaine	39	63	12	74	54	86	21	107
Chili	115	173	...	173	136	207	...	207
Chine	...	...	...	...	...	...	...	...
Chypre	0.19	...	...	...	1	...	...	...
Colombie	197	358	...	358	243	430	...	430
Comores	5	9	3	11	8	13	4	17
Congo	30	50	12	62	50	82	25	107
Costa Rica	...	...	...	...	3	...	...	...
Côte d'Ivoire	176	284	72	355	263	421	129	550
Croatie	...	...	...	...	...	...	...	...
Cuba	...	...	...	...	...	...	...	...
Danemark	...	...	...	...	...	...	...	...
Djibouti	6	10	2	12	8	13	3	15
République dominicaine	44	80	...	80	59	102	6	108
Egypte	...	...	97	97	...	131	252	383
El Salvador	14	...	...	...	17	...	...	...
Emirats arabes unis	42	61	46	106	59	87	57	144
Equateur	54	5	...	5	85	55	15	70
Erythrée	41	67	19	85	61	97	31	128
Espagne	...	...	...	...	...	...	...	...
Estonie	...	...	...	...	...	...	...	...
Etats fédérés de Micronésie	...	...	0	0	...	...	0	0
Etats-Unis	...	...	...	...	...	...	...	...
Ethiopie	816	1407	270	1677	1175	1972	506	2479

Tableau B.15 Situation actuelle de l'emploi dans le secteur de la santé et potentiel en matière d'emploi des investissements dans la couverture sanitaire universelle d'ici à 2030, estimations mondiales

B. Potentiel de création d'emplois dans la filière mondiale de la protection sociale universelle d'ici à 2030 (2016 ou données disponibles les plus récentes; 2030)

Région/Catégorie de revenu/Pays/Territoire	Déficit actuel de postes médicaux dans le secteur de la santé, en milliers (A+B) ^{1,2,7}	Déficit actuel de postes non médicaux dans le secteur de la santé, en milliers (C+D) ^{3,4,7}	Déficit actuel de postes d'aîdants, en milliers (E) ^{5,6,7}	Déficit actuel de postes non médicaux dans le secteur de la santé, y compris les aîdants en 2016 ou selon les données les plus récentes, en milliers (C+D+E) ^{3,4,5,6,7}	Déficit de postes médicaux dans le secteur de la santé en 2030, en milliers (A+B) ^{1,2,7,8}	Déficit de postes non médicaux dans le secteur de la santé en 2030, en milliers (C+D) ^{3,4,7,8}	Déficit de postes d'aîdants en 2030, en milliers (E) ^{5,6,7,8}	Déficit de postes non médicaux dans le secteur de la santé, y compris les aîdants en 2030, en milliers (C+D+E) ^{3,4,5,6,7,8}
Ex-République yougoslave de Macédoine	...	...	...	...	...	...	...	...
Fidji	3	5	0	6	3	6	1	7
Finlande	...	...	...	...	...	...	...	...
France	...	...	...	...	...	...	...	...
Gabon	2	6	2	8	8	15	6	21
Gambie	10	17	8	25	20	34	14	48
Géorgie	...	...	...	...	...	...	...	...
Ghana	197	321	77	398	285	459	134	593
Grèce	...	...	...	...	...	...	...	...
Grenade	0.1	0.3	...	0.3	0	0	...	0
Guatemala	60	79	23	102	107	152	54	206
Guinée	105	167	39	207	157	250	74	323
Guinée-Bissau	12	20	6	26	18	30	10	40
Guinée équatoriale	4	6	3	9	8	12	5	17
Guyana	6	9	1	10	6	10	1	11
Honduras	41	70	11	82	56	94	21	116
Hongrie	...	...	...	...	...	...	...	...
Iles Marshall	...	...	0	0	...	...	0	0
Iles Salomon	3	6	2	7	5	8	3	11
Inde	4591	8660	887	9547	6590	11 807	2200	14 007
Indonésie	1261	2198	283	2481	1610	2749	513	3262
Iran, République islamique d'	...	44	96	140	18	181	153	334
Iraq	285	459	114	573	448	715	221	936
Irlande	...	...	...	...	...	...	...	...
Islande	...	...	...	...	...	...	...	...
Israël	...	...	...	...	...	...	...	...
Italie	...	...	...	...	...	...	...	...
Jamaïque	14	25	...	25	15	26	...	26
Japon	...	...	...	...	...	...	...	...
Jordanie	...	...	18	18	...	...	28	28
Kazakhstan	...	...	...	...	...	...	8	8
Kenya	341	553	155	708	520	834	273	1107
Kirghizistan	...	...	12	12	...	...	19	19
Kiribati	0	0	0	1	0	1	0	1

Tableau B.15 Situation actuelle de l'emploi dans le secteur de la santé et potentiel en matière d'emploi des investissements dans la couverture sanitaire universelle d'ici à 2030, estimations mondiales

B. Potentiel de création d'emplois dans la filière mondiale de la protection sociale universelle d'ici à 2030 (2016 ou données disponibles les plus récentes; 2030)

Région/Catégorie de revenu/Pays/Territoire	Déficit actuel de postes médicaux dans le secteur de la santé, en milliers (A+B) ^{1,2,7}	Déficit actuel de postes non médicaux dans le secteur de la santé, en milliers (C+D) ^{3,4,7}	Déficit actuel de postes d'aidants, en milliers (E) ^{5,6,7}	Déficit actuel de postes non médicaux dans le secteur de la santé, y compris les aidants en 2016 ou selon les données les plus récentes, en milliers (C+D+E) ^{3,4,5,6,7}	Déficit de postes médicaux dans le secteur de la santé en 2030, en milliers (A+B) ^{1,2,7,8}	Déficit de postes non médicaux dans le secteur de la santé en 2030, en milliers (C+D) ^{3,4,7,8}	Déficit de postes d'aidants en 2030, en milliers (E) ^{5,6,7,8}	Déficit de postes non médicaux dans le secteur de la santé, y compris les aidants en 2030, en milliers (C+D+E) ^{3,4,5,6,7,8}
Koweït	...	...	16	16	...	...	23	23
République démocratique populaire lao	36	62	16	79	52	87	27	113
Lesotho	17	27	4	32	20	33	7	39
Lettonie	...	...	...	...	...	...	...	...
Liban	...	...	...	...	...	...	...	...
Libéria	37	59	14	73	55	87	26	113
Libye	...	...	11	11	...	...	18	18
Lituanie	...	...	...	...	...	...	...	...
Luxembourg	...	...	...	...	...	...	...	...
Madagascar	192	308	81	389	300	479	152	631
Malaisie	21	122	14	135	74	205	49	254
Malawi	124	201	48	249	210	337	104	442
Maldives	...	...	1	1	...	...	1	1
Mali	132	214	64	278	222	356	123	479
Malte	...	...	...	...	...	...	...	...
Maroc	210	351	5	356	260	430	38	467
Maurice	...	...	...	...	...	...	...	...
Mauritanie	29	47	12	59	44	70	22	92
Mexique	222	338	...	338	417	645	110	755
Moldova, République de	...	...	...	...	...	...	...	...
Monaco	...	...	0	0	...	...	0	0
Mongolie	...	24	6	31	...	32	10	42
Monténégro	...	...	...	...	...	...	...	...
Mozambique	234	373	80	453	358	569	161	730
Myanmar	337	562	50	611	396	654	88	742
Namibie	10	18	7	24	17	30	12	41
Nauru	...	...	...	...	...	...	...	...
Népal	197	322	21	343	239	389	49	438
Nicaragua	3	15	7	22	12	29	13	42
Niger	179	282	71	354	327	516	169	684
Nigéria	1090	1829	626	2455	1832	2997	1114	4111
Nioué	...	...	...	...	...	...	...	...
Norvège	...	...	...	...	...	...	...	...
Nouvelle-Zélande	34	53	...	53	40	61	...	61
Oman	...	...	16	16	...	...	21	21

Tableau B.15 Situation actuelle de l'emploi dans le secteur de la santé et potentiel en matière d'emploi des investissements dans la couverture sanitaire universelle d'ici à 2030, estimations mondiales

B. Potentiel de création d'emplois dans la filière mondiale de la protection sociale universelle d'ici à 2030 (2016 ou données disponibles les plus récentes; 2030)

Région/Catégorie de revenu/Pays/Territoire	Déficit actuel de postes médicaux dans le secteur de la santé, en milliers (A+B) ^{1,2,7}	Déficit actuel de postes non médicaux dans le secteur de la santé, en milliers (C+D) ^{3,4,7}	Déficit actuel de postes d'aîdants, en milliers (E) ^{5,6,7}	Déficit actuel de postes non médicaux dans le secteur de la santé, y compris les aidants en 2016 ou selon les données les plus récentes, en milliers (C+D+E) ^{3,4,5,6,7}	Déficit de postes médicaux dans le secteur de la santé en 2030, en milliers (A+B) ^{1,2,7,8}	Déficit de postes non médicaux dans le secteur de la santé en 2030, en milliers (C+D) ^{3,4,7,8}	Déficit de postes d'aîdants en 2030, en milliers (E) ^{5,6,7,8}	Déficit de postes non médicaux dans le secteur de la santé, y compris les aidants en 2030, en milliers (C+D+E) ^{3,4,5,6,7,8}
Ouganda	249	413	143	556	460	746	282	1028
Ouzbékistan	...	...	48	48	...	...	75	75
Pakistan	1007	1727	331	2058	1524	2540	671	3211
Palaos	...	...	0	0	...	0	0	0
Panama	...	...	...	...	0	...	0	0
Papouasie-Nouvelle-Guinée	51	85	24	109	74	120	39	159
Paraguay	6	20	2	22	17	38	9	47
Pays-Bas	...	...	...	...	...	...	...	...
Pérou	...	...	...	...	...	41	18	59
Philippines	451	881	168	1049	662	1213	307	1520
Pologne	...	...	...	...	...	...	...	...
Portugal	...	...	...	...	...	...	...	...
Qatar	...	...	11	11	...	...	14	14
Roumanie	...	52	...	52	...	25	...	25
Royaume-Uni	...	...	...	...	...	...	...	...
Russie, Fédération de	...	...	...	...	...	...	...	...
Rwanda	86	140	39	179	125	200	65	265
Sainte-Lucie	2	3	...	3	2	3	...	3
Saint-Kitts-et-Nevis	...	...	0	0	...	...	0	0
Saint-Marin	...	...	0	0	...	...	0	0
Saint-Vincent-et-les Grenadines	...	...	...	...	...	...	...	...
Samoa	...	0	0	0	0	0	0	1
Sao Tomé-et-Principe	...	...	1	1	...	0	1	1
Sénégal	117	188	49	237	188	300	96	395
Serbie	...	33	...	33	...	25	...	25
Seychelles	...	...	...	...	...	...	...	...
Sierra Leone	57	90	23	112	77	121	36	157
Singapour	...	...	...	...	...	...	...	...
Slovaquie	...	...	...	...	...	...	...	...
Slovénie	...	...	...	...	...	...	...	...
Somalie	97	154	36	190	150	237	71	308
Soudan	207	357	116	473	357	593	214	807
Sri Lanka	98	172	...	172	106	184	...	184
Suède	...	...	...	...	...	...	...	...
Suisse	...	...	...	...	...	...	...	...

Tableau B.15 Situation actuelle de l'emploi dans le secteur de la santé et potentiel en matière d'emploi des investissements dans la couverture sanitaire universelle d'ici à 2030, estimations mondiales

B. Potentiel de création d'emplois dans la filière mondiale de la protection sociale universelle d'ici à 2030 (2016 ou données disponibles les plus récentes; 2030)

Région/Catégorie de revenu/Pays/Territoire	Déficit actuel de postes médicaux dans le secteur de la santé, en milliers (A+B) ^{1,2,7}	Déficit actuel de postes non médicaux dans le secteur de la santé, en milliers (C+D) ^{3,4,7}	Déficit actuel de postes d'aïdants, en milliers (E) ^{5,6,7}	Déficit actuel de postes non médicaux dans le secteur de la santé, y compris les aidants en 2016 ou selon les données les plus récentes, en milliers (C+D+E) ^{3,4,5,6,7}	Déficit de postes médicaux dans le secteur de la santé en 2030, en milliers (A+B) ^{1,2,7,8}	Déficit de postes non médicaux dans le secteur de la santé en 2030, en milliers (C+D) ^{3,4,7,8}	Déficit de postes d'aïdants en 2030, en milliers (E) ^{5,6,7,8}	Déficit de postes non médicaux dans le secteur de la santé, y compris les aidants en 2030, en milliers (C+D+E) ^{3,4,5,6,7,8}
Suriname	...	1	...	1	0	2	0	2
Swaziland	...	...	3	3	...	...	5	5
République arabe syrienne	...	27	40	67	89	174	102	276
Tadjikistan	...	4	27	31	16	42	43	85
Tanzanie, République-Unie de	464	736	160	896	736	1164	339	1503
Tchad	120	191	52	244	193	306	100	406
République tchèque	...	...	...	...	...	...	...	...
Thaïlande	175	252	...	252	177	257	...	257
Timor-Leste	7	11	1	12	10	17	3	20
Tonga	...	...	0	0	...	...	0	0
Trinité-et-Tobago	0,32	...	...	...	0	...	...	...
Tunisie	14	38	...	38	27	59	...	59
Turkménistan	...	...	11	11	...	...	16	16
Turquie	154	247	...	247	237	378	...	378
Ukraine	...	...	...	...	...	...	...	...
Uruguay	...	...	...	...	...	...	...	...
Vanuatu	1	2	1	3	2	3	1	4
Venezuela, République bolivarienne du	136	192	2	193	187	272	35	308
Viet Nam	491	844	...	844	600	1016	34	1049
Yémen	168	280	91	371	256	418	149	567
Zambie	103	171	53	224	187	303	108	411
Zimbabwe	96	161	50	211	149	244	85	329
Total	18 340	31 762	5 827	37 642	26 794	45 502	11 632	57 133

Sources

Carers UK. 2015. *State of Caring 2015* (Londres). Disponible à l'adresse <https://www.carersuk.org/for-professionals/policy/policy-library/state-of-caring-2015>.

BIT (Bureau international du Travail). 2008. *Classification internationale type des professions (CITP)* (Genève). Disponible à l'adresse <http://www.ilo.org/public/french/bureau/stat/isco/index.htm>.

—. ILOSTAT. Disponible à l'adresse <http://www.ilo.org/global/statistics-and-databases/lang--fr/index.htm>.

OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques). 2017. *Statistiques de l'OCDE sur la santé*. Disponible à l'adresse <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>.

Scheil-Adlung, X. 2015. *Long-term care protection for older persons: A review of coverage deficits in 46 countries* (Genève, BIT). Disponible à l'adresse http://www.ilo.org/secsoc/information-resources/publications-and-tools/Workingpapers/WCMS_407620/lang--en/index.htm.

US Department of Health and Human Services. 2013. *The U.S. Health Workforce Chartbook*, HRSA/National Center for Health Workforce Analysis (Washington D.C.). Disponible à l'adresse <https://bhw.hrsa.gov/sites/default/files/bhw/nchwa/chartbookbrief.pdf>.

Nations Unies, Division de la statistique. 2008. *Classification internationale type, par industrie, de toutes les branches d'activité économique (CITI)*, Révision 4 (New York). Disponible à l'adresse https://unstats.un.org/unsd/publication/seriesM/seriesm_4rev4f.pdf.

Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population. 2015. *Perspectives de la population mondiale: la révision de 2015* (New York). Disponible à l'adresse <https://esa.un.org/unpd/wpp/>.

OMS (Organisation mondiale de la santé). Base de données de l'Observatoire de la santé mondiale. *Global Health Workforce Statistics*. Disponible à l'adresse <http://apps.who.int/gho/data/node.main?showonly=HWF>.

Notes

... non disponible.

SLD soins longue durée.

¹ Les travailleurs des professions de la santé (A+B) sont définis comme les travailleurs rémunérés de l'économie formelle et informelle de la santé exerçant: A) dans le secteur privé ou public (y compris les indépendants) au sein du secteur de la santé et B) en dehors du secteur de la santé, dans d'autres secteurs d'activité contribuant au secteur de la santé. Ces travailleurs ont reçu une formation universitaire ou professionnelle dans un des domaines de la santé énumérés dans les sous-grands groupes 22 (spécialistes des sciences de la vie et de la santé) et 32 (professions intermédiaires des sciences de la vie et de la santé) de la Classification internationale type des professions (CITP). Dans la CITP-88, ces groupes recouvrent les sous-groupes 222 (médecins et assimilés, à l'exception des cadres infirmiers, à savoir médecins; dentistes; vétérinaires; pharmaciens; et médecins et assimilés non classés ailleurs), 223 (cadres infirmiers et sages-femmes), 322 (professions intermédiaires de la médecine moderne, à l'exception du personnel infirmier, à savoir assistants médicaux; hygiénistes; diététiciens et spécialistes de la nutrition; optométriciens et opticiens; assistants de médecine dentaire; kinésithérapeutes et assimilés; assistants vétérinaires; assistants pharmaciens; professions intermédiaires de la médecine moderne non classées ailleurs), 323 (personnel infirmier et sages-femmes, niveau intermédiaire), et 324 (praticiens de la médecine traditionnelle et guérisseurs).

² Pour estimer le nombre de travailleurs de l'économie de la santé exerçant des professions de la santé (A+B) pour les pays de la base de données ILOSTAT, nous avons extrait les chiffres les plus récents sur les effectifs des sous-grands groupes 22 (spécialistes des sciences de la vie et de la santé) et 32 (professions intermédiaires des sciences de la vie et de la santé) de la CITP de la base ILOSTAT et obtenu des données pour 52 pays. Pour les 133 pays restants, nous avons utilisé les données de l'Observatoire de la santé mondiale de l'OMS, qui ont été adaptées aux groupes de la CITP et affinées car les travailleurs du secteur privé n'y figuraient pas. Pour les États-Unis, les données proviennent du ministère de la Santé et des services humains et ont été adaptées aux groupes de la CITP. Comme ILOSTAT ne désagrège pas les codes CITP jusqu'au niveau à trois chiffres, il n'a pas été possible de dénombrer les aides-soignants (code 532 de la CITP). Les aides-soignants étant des travailleurs des professions de la santé, nous avons utilisé les statistiques de l'OCDE sur la santé pour estimer leurs effectifs. Les données relatives aux 17 pays de l'OCDE datant de 2012, 2013 ou 2014 indiquent que les aides-soignants représentent 10 pour cent de l'emploi total en santé et action sociale. Nous avons donc ajouté 10 pour cent de travailleurs de la section Q de la Classification internationale type, par industrie, (CITI) Révision 4 (Santé et activités d'action sociale) aux effectifs extraits de la base de données ILOSTAT et de celle de l'Observatoire de la santé mondiale de l'OMS.

³ Les travailleurs des professions non médicales sont des travailleurs rémunérés de l'économie formelle et informelle de la santé qui exercent dans le secteur public ou privé (y compris les indépendants) aussi bien dans le secteur de la santé (C) qu'en dehors (D). Par les biens et les services qu'ils fournissent, ils prêtent leur appui aux travailleurs du secteur de la santé. Ces travailleurs relèvent des sections G à P et R à U de la CITI Révision 4:

- Commerce de gros et de détail; réparations de véhicules automobiles et de motocycles (G);
- Transport et entreposage (H);
- Activités d'hébergement et de restauration (I);
- Information et communication (J);
- Activités financières et d'assurances (K);
- Activités immobilières (L);
- Activités professionnelles, scientifiques et techniques (M);
- Administration et activités d'appui administratif (N);
- Administration publique et défense; sécurité sociale obligatoire (O);
- Education (P);
- Arts, spectacles et loisirs (R);
- Autres activités de services (S);
- Activités des ménages privés employant du personnel domestique; activités non différenciées de production de biens et de services des ménages privés pour usage propre (T); et
- Activités des organisations et organismes extraterritoriaux (U).

⁴ Pour estimer le nombre de travailleurs de l'économie de la santé exerçant des professions non médicales (C+D) pour les pays de la base de données ILOSTAT, nous sommes partis du principe que les effectifs les plus récents de la section Q de la CITI Révision 4 (Santé et activités d'action sociale) représentent les travailleurs de l'économie de la santé employés dans le secteur de la santé (A+C). Pour estimer le nombre de travailleurs de l'économie de la santé n'appartenant pas au secteur de la santé (B+D), c'est-à-dire exerçant des activités de sections G à P et R à U de la CITI Révision 4, la dépense totale de santé exprimée en pourcentage du produit intérieur brut (PIB) a été prise comme variable de substitution. Ainsi, nous sommes partis du principe que le pourcentage de travailleurs des services n'appartenant pas au secteur de la santé et fournissant des services de santé était identique au pourcentage du PIB consacré aux dépenses de santé. Enfin, le nombre de travailleurs de l'économie de la santé exerçant des professions de la santé (A+B) a été retranché du nombre total de travailleurs de l'économie de la santé (A+B+C+D) afin d'obtenir uniquement les effectifs des professions non soignantes (C+D).

⁵ Les aidants bénévoles qui ont renoncé à travailler faute de services de soins de longue durée abordables sont des membres de la famille, des amis ou des voisins qui fournissent un service informel et non rémunéré à des personnes nécessitant des soins de longue durée (E).

⁶ Pour estimer le nombre d'aidants bénévoles dont l'activité doit être convertie en emploi formel, nous avons pris dans un premier temps les chiffres des aidants informels et non rémunérés dans 21 pays publiés dans une récente étude du BIT fondée sur des données de l'OCDE (Scheil-Adlung, 2015). Pour ces 21 pays, nous avons calculé le rapport médian entre les aidants informels et non rémunérés et la population âgée de plus de 65 ans et l'avons appliqué aux 185 pays. Dans un second temps, en nous appuyant sur une enquête menée au Royaume-Uni en 2015 sur les aidants familiaux, nous avons estimé la proportion des emplois non rémunérés qui devaient être convertis en emplois formels. D'après cette enquête, 51 pour cent des aidants avaient interrompu leur activité professionnelle afin de prodiguer des soins de long terme à un membre de leur famille ou de leur ménage, 12 pour cent avaient pris une retraite anticipée et 21 pour cent avaient réduit leur temps de travail. Sur les aidants ayant renoncé à travailler, pris une retraite anticipée ou réduit leur temps de travail, 30 pour cent ont invoqué comme raison le manque de services de soins adaptés et 22 pour cent le coût inabordable des services disponibles. Cela signifie que 44 pour cent des travailleurs informels non rémunérés doivent être comptabilisés dans les effectifs de l'économie de la santé puisque l'activité qu'ils exercent doit être transformée en emploi formel $((51 + 12 + 21) \times (0,3 + 0,22) = 44)$. Les chiffres obtenus dans un premier temps ont ainsi été multipliés par 0,4 pour tenir compte du fait que seule une partie du travail non rémunéré doit être convertie en emplois formels.

⁷ En prenant comme référence un groupe de pays à faible vulnérabilité, c'est-à-dire des pays à faibles taux de pauvreté et d'emploi informel, des valeurs médianes ont été calculées pour les travailleurs des professions de la santé et des professions non soignantes. Elles ont servi de valeurs de référence pour l'ensemble des travailleurs de l'économie de la santé. Ces valeurs ont été appliquées à la population de 2015 dans chacun des 185 pays afin d'estimer le nombre de travailleurs manquants dans chaque type de profession. La pénurie de travailleurs a été calculée en retranchant les effectifs actuels des effectifs nécessaires. En cas de résultat négatif, la pénurie a été ramenée à zéro.

⁸ Les valeurs des pénuries actuelles de travailleurs dans les professions de santé et non soignantes ont été appliquées aux projections de la population mondiale en 2030 (variante moyenne) de la Division de la population de l'ONU pour estimer l'ampleur de la pénurie à l'horizon 2030.

Tableau B.16 Dépenses publiques de protection sociale, de 1995 à l'année des dernières données disponibles (en pourcentage du PIB)

Pays/Territoire	Dépenses publiques totales de protection sociale (en pourcentage du PIB)																Source		
	1995	Année	2000	Année	2005	Année	2010	Année	2011	Année	2012	Année	2013	Année	2014-2015	Année		Dernières données disponibles	Année
Afrique																			
<i>Afrique du Nord</i>																			
Algérie	4,5	1995	6,3	1999	7,4	2005	...	...	8,5	2011	...	...	...	...	...	...	8,5	2011	BIT/OMS
Egypte	5,3	1995	8,6	2000	8,4	2005	12,0	2010	12,6	2011	12,0	2012	11,8	2013	11,2	2015	11,2	2015	FMI
Libye	...	...	...	...	2,5	2005	6,6	2010	...	...	...	...	...	...	...	...	6,6	2010	BIT/OMS
Maroc	3,5	1995	3,9	2000	4,8	2005	6,6	2010	...	...	...	...	...	...	...	...	6,6	2010	BIT/OMS
Soudan	1,5	1995	1,4	2000	1,7	2005	2,3	2010	...	...	...	...	...	...	...	...	2,3	2010	BIT/OMS
Tunisie	7,5	1995	6,9	2000	8,1	2005	...	...	10,4	2011	...	...	...	...	...	...	10,4	2011	FMI
<i>Afrique subsaharienne</i>																			
Afrique du Sud	6,8	1995	6,7	2000	8,6	2005	9,8	2010	...	...	9,9	2012	10,0	2013	10,1	2015	10,1	2015	FMI
Angola ⁴	...	...	3,1	2000	6,6	2005	9,4	2010	11,1	2011	8,2	2012	9,6	2013	6,0	2015	6,0	2015	FMI
Bénin	2,6	1995	2,6	2000	3,3	2005	4,2	2010	...	...	...	...	...	...	...	...	4,2	2010	Banque mondiale/OMS
Botswana	2,5	1997	4,4	2000	7,7	2005	6,6	2010	...	...	...	...	...	...	...	...	6,6	2010	BIT/OMS
Burkina Faso	2,4	1995	3,5	2000	5,2	2005	...	...	5,1	2011	...	...	...	...	2,7	2015	2,7	2015	BIT/OMS
Burundi	3,3	1995	3,7	2000	4,2	2005	4,9	2010	...	...	...	...	...	...	...	...	4,9	2010	UNICEF/OMS
Cabo Verde	...	...	...	...	...	...	6,9	2010	...	...	...	...	...	...	...	...	6,9	2010	FMI
Cameroun	1,7	1995	1,5	2000	1,9	2005	2,3	2010	...	...	...	...	...	...	...	...	2,3	2010	BIT/OMS
République centrafricaine	...	...	0,8	2000	0,7	2005	...	...	2,4	2011	2,6	2012	...	...	...	...	2,6	2012	GSW/FMI (santé)
Congo ⁴	2,9	1995	2,1	2000	1,3	2005	1,4	2010	1,7	2011	2,2	2012	...	...	...	...	2,2	2012	FMI/OMS
Côte d'Ivoire ¹	1,7	1995	1,7	2000	1,8	2005	...	...	1,9	2011	...	...	...	...	2,0	2015	2,0	2015	GSW. Avant 2015: Nationale/FMI (santé)
Djibouti	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	7,3	2007	Banque mondiale/OMS
Erythrée	...	...	2,2	2000	1,4	2005	...	...	1,6	2011	...	...	...	...	...	...	1,6	2011	BIT/OMS
Ethiopie	2,0	1995	6,0	2000	4,6	2005	3,2	2010	...	...	...	...	...	...	...	...	3,2	2010	FMI/OMS
Gambie	3,2	1995	2,5	2000	3,0	2005	3,0	2010	...	...	...	...	...	...	4,2	2014	4,2	2014	GSW. Avant 2014: BIT/OMS
Ghana	3,6	1995	3,1	2000	6,6	2005	5,4	2010	...	...	...	...	...	...	...	...	5,4	2010	BIT/OMS
Guinée	0,8	1995	1,3	2000	1,0	2005	2,5	2010	...	...	...	...	...	...	...	...	2,5	2010	BIT/OMS
Guinée-Bissau	...	...	2,5	2000	...	...	5,4	2010	...	...	...	...	...	...	...	...	5,4	2010	BIT/OMS

Tableau B.16 Dépenses publiques de protection sociale, de 1995 à l'année des dernières données disponibles (en pourcentage du PIB)

Pays/Territoire	Dépenses publiques totales de protection sociale (en pourcentage du PIB)																Source		
	1995	Année	2000	Année	2005	Année	2010	Année	2011	Année	2012	Année	2013	Année	2014-2015	Année	Dernières données disponibles	Année	
Guinée équatoriale	...	...	...	...	...	...	2,8	2010	...	...	...	...	...	...	...	...	2,8	2010	FMI/OMS
Kenya ⁴	1,2	1995	1,4	2000	2,1	2005	2,3	2010	2,1	2011	2,3	2012	...	...	...	...	2,3	2012	FMI
Lesotho	...	...	...	...	9,1	2005	...	...	16,3	2011	...	...	...	...	...	...	16,3	2011	BIT/OMS
Libéria	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	3,3	2015	3,3	2015	GSW
Madagascar ⁴	1,5	1995	...	...	1,3	2005	0,6	2010	0,7	2011	0,7	2012	0,7	2013	0,7	2014	0,7	2014	FMI
Malawi	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1,0	2015	1,0	2015	BIT
Mali	...	...	...	...	...	...	4,9	2010	...	...	...	...	...	...	...	...	4,9	2010	Banque mondiale/OMS
Maurice	5,8	1995	6,9	2000	7,5	2005	9,6	2010	9,1	2011	9,0	2012	9,6	2013	9,8	2014	9,8	2014	FMI
Mauritanie	3,6	1995	4,3	2000	4,0	2005	4,9	2010	...	...	...	...	...	...	...	...	4,9	2010	BIT/OMS
Mozambique	3,5	1995	4,5	2000	4,7	2005	5,3	2010	...	...	...	...	...	...	4,5	2015	4,5	2015	GSW. Avant 2015: BIT/OMS
Namibie ⁴	3,9	1995	6,0	2000	5,5	2005	6,1	2010	8,0	2011	7,3	2012	8,0	2013	6,7	2015	6,7	2015	FMI. Avant 2000: BIT/OMS
Niger	2,0	1995	1,8	2000	3,5	2005	2,9	2010	...	...	...	...	...	...	...	...	2,9	2010	BIT/OMS
Nigéria ⁴	...	...	...	...	0,7	2005	0,8	2010	0,5	2011	0,5	2012	0,7	2013	...	...	0,7	2013	FMI
Ouganda	0,9	1998	4,3	2000	4,2	2005	...	...	3,5	2011	...	...	...	...	2,2	2015	2,2	2015	FMI
République démocratique du Congo	...	...	0,3	2000	1,7	2005	...	...	3,7	2011	3,5	2012	...	...	...	...	3,5	2012	GSW/OMS
Rwanda	...	...	2,2	2000	4,7	2005	7,3	2010	...	...	...	...	...	...	...	...	7,3	2010	Nationale/OMS
Sao Tomé-et-Principe	...	...	...	...	...	...	4,9	2010	...	...	...	...	...	...	4,0	2014	4,0	2014	GSW. Avant 2014: FMI
Sénégal	3,0	1995	3,4	2000	4,8	2005	5,3	2010	...	...	...	...	...	...	...	...	5,3	2010	BIT/OMS
Seychelles	11,8	1995	11,5	2000	9,8	2005	5,7	2010	7,8	2011	8,0	2012	7,6	2013	7,5	2015	7,5	2015	FMI
Sierra Leone	2,0	1995	4,3	2000	4,2	2005	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	4,2	2005	BIT/OMS
Swaziland ⁴	2,9	1995	3,1	2000	...	...	5,5	2010	4,3	2011	4,4	2012	...	...	...	...	4,4	2012	FMI/OMS
Tanzanie, République-Unie de	2,0	1995	2,1	2000	3,3	2005	6,8	2010	...	...	...	...	...	...	...	...	6,8	2010	BIT
Tchad	...	...	3,1	2000	2,0	2005	1,3	2010	...	...	...	...	...	...	...	...	1,3	2010	BIT/OMS
Togo	2,8	1995	3,7	2000	4,2	2005	5,7	2010	...	...	...	...	...	...	2,6	2014	2,6	2014	GSW. Avant 2014: BIT/OMS
Zambie	2,5	1995	3,9	2000	5,4	2005	...	...	5,5	2011	...	...	...	...	...	...	5,5	2011	BIT/OMS
Zimbabwe	3,5	1995	5,6	2000	3,9	2005	...	...	5,6	2011	...	...	...	...	...	...	5,6	2011	Nationale

Tableau B.16 Dépenses publiques de protection sociale, de 1995 à l'année des dernières données disponibles (en pourcentage du PIB)

Pays/Territoire	Dépenses publiques totales de protection sociale (en pourcentage du PIB)																Source		
	1995	Année	2000	Année	2005	Année	2010	Année	2011	Année	2012	Année	2013	Année	2014-2015	Année		Dernières données disponibles	Année
Amériques																			
<i>Amérique latine et Caraïbes</i>																			
Antigua-et-Barbuda	5,2	1995	5,3	2000	5,5	2005	...	...	7,1	2011	...	...	...	...	...	...	7,1	2011	BIT/OMS
Bahamas ⁴	2,9	1995	3,3	2000	3,6	2005	4,8	2010	4,8	2011	4,7	2012	4,7	2013	4,9	2015	4,9	2015	FMI
Barbade	9,9	1995	8,5	2000	9,7	2005	11,4	2010	...	...	...	...	...	...	...	...	11,4	2010	BIT/OMS
Belize	4,1	1995	3,4	2000	3,8	2005	...	...	5,8	2011	...	...	...	...	4,6	2015	4,6	2015	GSW. Avant 2015: BIT/OMS
Bolivie, Etat plurinational de	2,1	1995	8,1	2000	8,5	2005	8,8	2010	8,6	2011	8,9	2012	9,4	2013	10,2	2014	10,2	2014	CEPAL
Brésil	15,5	1995	14,2	2000	15,5	2005	16,4	2010	16,1	2011	16,6	2012	15,3	2013	18,3	2015	18,3	2015	CEPAL
Chili	13,5	1995	16,1	2000	11,1	2005	13,5	2010	...	...	...	...	13,4	2013	15,3	2015	15,3	2015	OCDE
Colombie	8,3	1995	7,3	2000	9,7	2005	12,7	2010	12,6	2011	13,3	2012	13,5	2013	14,1	2015	14,1	2015	CEPAL
Costa Rica	9,4	1995	10,7	2000	9,9	2005	12,6	2010	12,7	2011	13,1	2012	13,3	2013	13,6	2015	13,6	2015	CEPAL
Cuba	18,9	1995	11,9	2000	16,6	2005	18,4	2010	18,0	2011	...	...	...	...	...	...	18,0	2011	CEPAL
République dominicaine	2,8	1995	3,4	2000	5,0	2005	4,8	2010	...	...	...	...	...	...	6,4	2014	6,4	2014	CEPAL/OPS/OMS. Avant 2014: CEPAL
Dominique	7,0	1995	6,8	2000	6,3	2005	8,0	2010	...	...	...	...	...	...	...	...	8,0	2010	BIT/OMS
El Salvador	...	...	...	...	5,2	2005	10,8	2010	10,8	2011	11,1	2012	12,1	2013	11,6	2015	11,6	2015	CEPAL
Equateur	1,7	1995	1,1	2000	2,1	2005	4,4	2010	...	...	...	...	4,7	2013	7,8	2014	7,8	2014	BIT. Avant 2013: CEPAL
Grenade	4,1	1995	4,7	2000	4,6	2005	4,3	2010	...	...	...	...	...	...	...	...	4,3	2010	Nationale/OMS
Guatemala	2,6	1995	3,8	2000	4,7	2005	...	...	4,4	2011	...	...	...	...	...	...	4,4	2011	CEPAL
Guyana	5,8	1995	8,2	2000	8,2	2003	8,2	2010	...	...	...	...	...	...	...	...	8,2	2010	BIT/OMS
Haïti	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	3,3	2013	...	...	3,3	2013	GSW
Honduras	2,5	1995	3,1	2000	3,3	2005	4,4	2010	...	...	...	...	...	...	...	...	4,4	2010	CEPAL
Jamaïque	3,8	1995	3,6	2000	4,4	2005	...	...	4,4	2011	...	...	...	...	...	...	4,4	2011	FMI
Mexique	...	...	6,9	2000	7,6	2005	10,4	2010	10,4	2011	10,5	2012	11,1	2013	12,0	2015	12,0	2015	CEPAL
Nicaragua	4,2	1995	4,8	2000	6,3	2005	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	6,3	2005	CEPAL
Panama	4,7	1995	5,1	2000	3,7	2005	6,6	2010	...	...	...	...	...	...	9,8	2015	9,8	2015	BIT (2015). Avant 2015: CEPAL
Paraguay	4,4	1995	5,0	2000	4,2	2005	6,4	2010	...	...	...	...	...	...	...	...	6,4	2010	CEPAL

Tableau B.16 Dépenses publiques de protection sociale, de 1995 à l'année des dernières données disponibles (en pourcentage du PIB)

Pays/Territoire	Dépenses publiques totales de protection sociale (en pourcentage du PIB)																Source		
	1995	Année	2000	Année	2005	Année	2010	Année	2011	Année	2012	Année	2013	Année	2014-2015	Année		Dernières données disponibles	Année
Pérou	4,2	1995	5,1	2000	5,9	2005	4,9	2010	4,7	2011	4,8	2012	5,3	2013	5,5	2015	5,5	2015	CEPAL
Sainte-Lucie	3,9	1995	4,5	2000	4,7	2005	6,0	2010	...	...	...	...	...	...	...	...	6,0	2010	BIT/OMS
Saint-Kitts-et-Nevis ²	5,3	1995	5,6	2000	4,8	2005	5,6	2010	...	...	...	...	...	...	...	...	5,6	2010	Nationale/OMS
Saint-Vincent-et-les Grenadines	6,1	1995	7,2	2000	6,7	2005	8,2	2010	...	...	...	...	...	...	...	...	8,2	2010	BIT/FMI
Trinité-et-Tobago	3,7	1995	4,6	2000	5,8	2005	9,0	2010	...	...	...	...	...	...	...	...	9,0	2010	CEPAL
Uruguay	18,1	1995	17,8	2000	16,4	2005	17,9	2010	...	...	...	...	...	...	17,0	2015	17,0	2015	BIT (2015)/OPS/OMS (2014). Avant 2015: CEPAL
Venezuela, République bolivarienne du	4,2	1995	6,1	2000	6,9	2005	6,9	2010	...	...	...	...	...	...	8,8	2015	8,8	2015	BIT. Avant 2015: CEPAL
Amérique du Nord																			
Canada	18,4	1995	15,8	2000	16,1	2005	17,5	2010	17,0	2011	17,1	2012	16,9	2013	17,2	2015	17,2	2015	OCDE
Etats-Unis	15,1	1995	14,3	2000	15,6	2005	19,3	2010	19,1	2011	18,8	2012	18,8	2013	19,0	2015	19,0	2015	OCDE
Etats arabes																			
Arabie saoudite	...	...	...	...	...	...	...	...	3,6	2011	...	...	...	...	...	...	3,6	2011	FMI/OMS
Bahreïn	3,6	1995	3,3	2000	2,9	2005	4,0	2010	...	...	...	...	...	...	...	...	4,0	2010	FMI
Emirats arabes unis	2,3	1997	2,1	1999	...	...	...	...	3,9	2011	4,8	2012	5,0	2013	5,0	2015	5,0	2015	FMI
Jordanie ⁴	7,4	1995	8,4	2000	16,2	2005	9,0	2010	12,1	2011	12,6	2012	9,8	2013	8,9	2015	8,9	2015	FMI
Koweït	11,1	1995	13,5	2000	6,5	2005	...	...	11,4	2011	...	...	...	...	...	...	11,4	2011	FMI
Liban ⁴	3,2	1995	2,3	2000	1,3	2005	1,0	2010	0,8	2011	0,7	2012	0,9	2013	2,1	2015	2,1	2015	FMI
Oman ⁴	3,7	1995	3,8	2000	4,0	2005	3,1	2010	4,1	2011	3,5	2012	3,8	2013	...	...	3,8	2013	FMI
Qatar	...	...	...	...	2,3	2005	1,7	2010	...	...	...	...	...	...	...	...	1,7	2010	FMI
République arabe syrienne	...	...	3,2	2000	3,1	2005	1,9	2010	...	...	...	...	...	...	...	...	1,9	2010	FMI/OMS
Yémen	...	...	1,4	2000	1,4	2005	1,9	2010	6,4	2011	9,6	2012	...	...	...	...	9,6	2012	FMI
Asie et Pacifique																			
Asie de l'Est																			
Chine	3,2	1995	4,7	2000	2,7	2005	6,7	2010	7,3	2011	8,0	2012	8,4	2013	6,3	2015	6,3	2015	BIT. Avant 2015: FMI
Corée, République de	3,1	1995	4,5	2000	6,1	2005	8,3	2010	8,2	2011	8,8	2012	9,3	2013	10,1	2015	10,1	2015	OCDE
Hong-kong, Chine	...	...	2,1	2000	2,4	2005	2,3	2010	2,2	2011	2,3	2012	2,6	2013	2,7	2015	2,7	2015	BAD

Tableau B.16 Dépenses publiques de protection sociale, de 1995 à l'année des dernières données disponibles (en pourcentage du PIB)

Pays/Territoire	Dépenses publiques totales de protection sociale (en pourcentage du PIB)																Source		
	1995	Année	2000	Année	2005	Année	2010	Année	2011	Année	2012	Année	2013	Année	2014-2015	Année		Dernières données disponibles	Année
Japon	14,1	1995	16,3	2000	18,2	2005	22,1	2010	23,1	2011	22,9	2012	23,1	2013	...	...	23,1	2013	OCDE
Mongolie	5,6	1995	8,6	2010	8,7	2005	15,7	2010	18,5	2011	18,4	2012	...	...	14,4	2015	14,4	2015	BIT. Avant 2015: FMI
Taiwan, Chine ³	9,5	1995	9,9	2000	10,1	2005	9,7	2010	...	...	...	...	...	...	...	...	9,7	2010	Nationale
Asie du Sud-Est																			
Brunéi Darussalam	3,6	1995	3,3	2000	2,5	2005	...	...	2,3	2011	...	...	...	...	...	...	2,3	2011	BAD
Cambodge	0,8	1995	1,1	2000	0,6	2005	0,6	2010	1,2	2011	1,2	2012	1,2	2013	...	...	1,2	2013	BAD
Indonésie	1,6	1995	1,8	1999	2,0	2005	0,9	2010	0,9	2011	1,0	2012	1,1	2013	1,1	2015	1,1	2015	FMI. Avant 2010: BIT/OMS
République démocratique populaire lao	3,0	1995	1,7	2000	0,7	2005	0,7	2010	0,8	2011	0,7	2012	1,2	2013	...	...	1,2	2013	BAD. Avant 2005: BAD/OMS
Malaisie	2,1	1995	2,4	2000	2,5	2005	3,4	2010	3,5	2011	3,8	2012	...	...	...	...	3,8	2012	BAD
Myanmar	0,8	1995	0,5	2000	0,4	2005	...	...	1,0	2011	...	...	...	...	...	...	1,0	2011	BIT/FMI
Philippines ⁴	0,7	1995	1,1	2000	0,9	2005	1,6	2010	1,6	2011	1,9	2012	2,0	2013	2,2	2015	2,2	2015	FMI
Singapour	1,9	1995	1,6	2000	1,1	2005	2,3	2010	2,7	2011	3,1	2012	3,0	2013	4,2	2015	4,2	2015	FMI
Thaïlande	1,8	1995	2,6	2000	3,7	2005	2,7	2010	4,3	2011	4,4	2012	4,3	2013	3,7	2015	3,7	2015	BAD. Avant 2011: FMI
Timor-Leste	...	...	...	...	0,7	2005	3,3	2010	2,2	2011	3,0	2012	3,4	2013	3,3	2014	3,3	2014	BAD
Viet Nam	5,0	1995	4,1	2000	4,2	2005	4,6	2010	4,5	2011	5,0	2012	5,1	2013	6,3	2015	6,3	2015	BAD. Avant 2010: BAD/OMS
Asie du Sud																			
Afghanistan	0,8	1995	0,8	2000	2,2	2005	7,2	2010	5,1	2011	3,5	2012	2,8	2013	...	...	2,8	2013	FMI
Bangladesh	1,1	1995	1,1	2000	1,2	2005	...	...	2,7	2011	...	...	...	...	1,7	2014	1,7	2014	GSW. Avant 2014: BAD
Bhoutan	2,8	1995	4,0	2000	3,1	2005	3,0	2010	2,9	2011	3,3	2012	2,9	2013	2,7	2014	2,7	2014	FMI
Inde	1,5	1995	1,6	2000	1,5	2005	...	...	2,6	2011	2,4	2012	...	...	2,7	2014	2,7	2014	GSW
Iran, République islamique d'	6,1	1995	8,9	2000	9,3	2005	12,5	2010	...	...	...	...	...	...	...	...	12,5	2010	FMI
Maldives	4,1	1995	4,0	2000	7,1	2005	5,1	2010	4,2	2011	...	...	...	...	...	...	4,2	2011	FMI
Népal	1,2	1995	1,7	2000	1,5	2005	3,1	2010	2,3	2011	...	...	2,2	2013	3,0	2015	3,0	2015	GSW. Avant 2015: GSW/FMI (santé)
Pakistan ⁴	0,4	1995	0,3	2000	0,2	2005	0,2	2010	0,1	2011	0,2	2012	0,1	2013	0,2	2014	0,2	2014	BAD. Avant 2000: BAD/Nationale
Sri Lanka ⁴	6,5	1995	4,4	2000	5,6	2005	3,2	2010	3,3	2011	3,0	2012	8,5	2013	6,5	2015	6,5	2015	FMI

Tableau B.16 Dépenses publiques de protection sociale, de 1995 à l'année des dernières données disponibles (en pourcentage du PIB)

Pays/Territoire	Dépenses publiques totales de protection sociale (en pourcentage du PIB)																Source		
	1995	Année	2000	Année	2005	Année	2010	Année	2011	Année	2012	Année	2013	Année	2014-2015	Année		Dernières données disponibles	Année
Océanie																			
Australie	16,9	1995	18,2	2000	16,7	2005	16,7	2010	17,2	2011	17,5	2012	18,1	2013	18,8	2015	18,8	2015	OCDE
Fidji	2,1	1995	2,4	2000	2,3	2005	3,4	2010	...	...	...	...	...	...	3,4	2015	3,4	2015	GSW. Avant 2015: BAD
Iles Salomon	4,0	1995	4,0	2000	8,1	2005	8,2	2010	...	...	...	...	...	...	6,6	2015	6,6	2015	FMI. Avant 2015: BAD
Kiribati	...	...	8,5	2000	11,2	2005	...	...	10,0	2011	9,4	2012	9,3	2013	12,0	2015	12,0	2015	FMI. Avant 2011: BAD
Nouvelle-Zélande	17,9	1995	18,5	2000	17,8	2005	20,3	2010	19,9	2011	19,9	2012	19,3	2013	19,7	2015	19,7	2015	OCDE
Palaos ⁴	...	...	...	...	...	...	9,7	2010	8,5	2011	8,7	2012	9,5	2013	7,1	2015	7,1	2015	FMI
Papouasie-Nouvelle-Guinée	3,2	1995	3,8	2000	3,5	2005	...	...	4,6	2011	4,4	2012	...	...	3,6	2015	3,6	2015	GSW
Samoa	0,9	1995	1,1	2000	1,0	2005	2,3	2010	1,8	2011	1,3	2012	1,2	2013	2,0	2015	2,0	2015	BAD
Europe et Asie centrale																			
Europe du Nord, du Sud et de l'Ouest																			
Albanie	10,0	1995	10,8	2000	10,3	2005	10,9	2010	11,0	2011	11,4	2012	12,0	2013	11,9	2015	11,9	2015	FMI
Allemagne	25,2	1995	25,4	2000	26,3	2005	25,9	2010	24,7	2011	24,6	2012	24,8	2013	25,0	2015	25,0	2015	OCDE
Autriche	26,0	1995	25,5	2000	25,9	2005	27,6	2010	26,8	2011	27,2	2012	27,6	2013	28,0	2015	28,0	2015	OCDE
Belgique	25,2	1995	23,5	2000	25,3	2005	28,3	2010	28,7	2011	29,0	2012	29,3	2013	29,2	2015	29,2	2015	OCDE
Croatie	17,2	1995	22,8	2000	19,2	2005	20,8	2010	20,4	2011	21,1	2012	22,0	2013	21,6	2014	21,6	2014	Eurostat. Avant 2010: FMI
Danemark	25,5	1995	23,8	2000	25,2	2005	28,9	2010	28,9	2011	28,9	2012	29,0	2013	28,8	2015	28,8	2015	OCDE
Espagne	20,7	1995	19,5	2000	20,4	2005	25,8	2010	26,3	2011	26,1	2012	26,3	2013	25,4	2015	25,4	2015	OCDE
Estonie	15,3	1995	13,8	2000	13,0	2005	18,3	2010	16,3	2011	15,9	2012	15,9	2013	17,0	2015	17,0	2015	OCDE
Finlande	28,9	1995	22,6	2000	23,9	2005	27,4	2010	27,1	2011	28,4	2012	29,5	2013	30,6	2015	30,6	2015	OCDE
France	28,3	1995	27,5	2000	28,7	2005	30,7	2010	30,5	2011	31,0	2012	31,5	2013	31,7	2015	31,7	2015	OCDE
Grèce	16,6	1995	18,4	2000	20,4	2005	23,8	2010	25,9	2011	28,0	2012	26,0	2013	26,4	2015	26,4	2015	OCDE
Irlande	17,5	1995	12,6	2000	14,9	2005	22,4	2010	20,0	2011	21,0	2012	20,2	2013	17,0	2015	17,0	2015	OCDE
Islande	14,7	1995	14,6	2000	15,9	2005	17,0	2010	17,2	2011	17,0	2012	16,6	2013	15,7	2015	15,7	2015	OCDE
Italie	21,0	1995	22,6	2000	24,1	2005	27,6	2010	27,3	2011	28,1	2012	28,6	2013	28,9	2015	28,9	2015	OCDE
Lettonie	...	...	14,8	2000	12,2	2005	18,7	2010	15,9	2011	14,8	2012	14,4	2013	14,4	2015	14,4	2015	OCDE
Lituanie	13,0	1995	15,7	2000	13,2	2005	18,9	2010	16,9	2011	16,3	2012	15,3	2013	14,7	2014	14,7	2014	Eurostat

Tableau B.16 Dépenses publiques de protection sociale, de 1995 à l'année des dernières données disponibles (en pourcentage du PIB)

Pays/Territoire	Dépenses publiques totales de protection sociale (en pourcentage du PIB)																Source		
	1995	Année	2000	Année	2005	Année	2010	Année	2011	Année	2012	Année	2013	Année	2014-2015	Année		Dernières données disponibles	Année
Luxembourg	19,7	1995	18,6	2000	22,4	2005	22,9	2010	22,2	2011	23,2	2012	23,2	2013	22,2	2015	22,2	2015	OCDE
Malte	16,0	1995	16,6	2000	17,7	2005	19,3	2010	18,9	2011	19,1	2012	18,9	2013	18,2	2014	18,2	2014	Eurostat
Norvège	22,5	1995	20,4	2000	20,7	2005	21,9	2010	21,4	2011	21,3	2012	21,8	2013	23,9	2015	23,9	2015	OCDE
Pays-Bas	22,3	1995	18,4	2000	20,5	2005	22,1	2010	22,0	2011	22,5	2012	22,9	2013	22,3	2015	22,3	2015	OCDE
Portugal	16,0	1995	18,5	2000	22,3	2005	24,5	2010	24,4	2011	24,5	2012	25,5	2013	24,1	2015	24,1	2015	OCDE
Royaume-Uni	18,3	1995	17,7	2000	19,4	2005	22,8	2010	22,4	2011	22,5	2012	21,9	2013	21,5	2015	21,5	2015	OCDE
Saint-Marin	...	...	23,3	2000	23,1	2005	21,4	2010	...	...	...	...	...	...	...	...	21,4	2010	FMI
Serbie	21,0	1995	20,9	2000	23,1	2005	23,9	2010	22,7	2011	24,0	2012	23,3	2013	23,4	2014	23,4	2014	Eurostat. Avant 2010: FMI
Slovénie	...	...	22,4	2000	21,4	2005	23,4	2010	23,5	2011	23,6	2012	24,0	2013	22,4	2015	22,4	2015	OCDE
Suède	30,6	1995	26,8	2000	27,4	2005	26,3	2010	25,8	2011	26,7	2012	27,4	2013	26,7	2015	26,7	2015	OCDE
Suisse	16,1	1995	16,3	2000	18,4	2005	18,4	2010	18,3	2011	18,8	2012	19,2	2013	19,6	2015	19,6	2015	OCDE
Europe de l'Est																			
Bélarus	16,7	1995	16,0	2000	18,5	2005	18,7	2010	15,8	2011	17,2	2012	18,7	2013	19,4	2015	19,4	2015	FMI
Bulgarie	14,8	1995	17,2	2000	14,7	2005	17,0	2010	16,5	2011	16,6	2012	17,6	2013	18,5	2014	18,5	2014	Eurostat. Avant 2005: FMI
Hongrie	25,1	1995	20,1	2000	21,9	2005	23,0	2010	22,2	2011	22,5	2012	22,1	2013	20,7	2015	20,7	2015	OCDE
Moldova, République de	18,4	1995	15,2	2000	15,5	2005	19,9	2010	18,6	2011	18,6	2012	17,8	2013	18,1	2015	18,1	2015	FMI
Pologne	21,8	1995	20,2	2000	20,9	2005	20,6	2010	19,4	2011	19,0	2012	19,6	2013	19,4	2015	19,4	2015	OCDE
Roumanie	12,7	1995	13,0	2000	13,4	2005	17,3	2010	16,4	2011	15,4	2012	14,9	2013	14,8	2014	14,8	2014	Eurostat
Russie, Fédération de	11,1	1995	9,4	2000	11,8	2005	16,6	2010	14,9	2011	14,8	2012	15,4	2013	15,6	2015	15,6	2015	FMI
Slovaquie	18,4	1995	17,6	2000	15,8	2005	18,1	2010	17,7	2011	17,9	2012	18,1	2013	19,4	2015	19,4	2015	OCDE
République tchèque	16,1	1995	18,0	2000	18,1	2005	19,8	2010	19,8	2011	20,0	2012	20,3	2013	19,5	2015	19,5	2015	OCDE
Ukraine	19,8	1995	18,1	2000	23,1	2005	27,2	2010	17,4	2011	26,6	2012	27,2	2013	22,2	2015	22,2	2015	FMI
Asie centrale et occidentale																			
Arménie	5,7	1995	2,1	2000	2,0	2005	7,1	2010	6,4	2011	6,5	2012	6,2	2013	7,6	2015	7,6	2015	BAD. Avant 2015: GSW/BAD
Azerbaïdjan	...	...	8,6	2000	7,1	2005	7,9	2010	8,1	2011	9,0	2012	8,6	2013	8,2	2015	8,2	2015	FMI
Chypre	10,3	1995	13,7	2000	16,6	2005	19,9	2010	21,5	2011	22,3	2012	24,2	2013	23,0	2014	23,0	2014	Eurostat
Géorgie	5,7	1995	5,1	2000	7,2	2005	9,0	2010	8,0	2011	8,2	2012	9,4	2013	10,6	2015	10,6	2015	FMI. Avant 2013: BAD/FMI (santé)

Tableau B.16 Dépenses publiques de protection sociale, de 1995 à l'année des dernières données disponibles (en pourcentage du PIB)

Pays/Territoire	Dépenses publiques totales de protection sociale (en pourcentage du PIB)																Source		
	1995	Année	2000	Année	2005	Année	2010	Année	2011	Année	2012	Année	2013	Année	2014-2015	Année		Dernières données disponibles	Année
Israël	17,0	1995	17,0	2000	16,3	2005	16,0	2010	15,8	2011	16,0	2012	16,1	2013	16,0	2015	16,0	2015	OCDE
Kazakhstan	8,0	1995	8,7	2000	7,0	2005	7,0	2010	6,3	2011	6,4	2012	6,0	2013	5,4	2015	5,4	2015	FMI
Kirghizistan ⁴	14,0	1995	5,2	2000	5,1	2005	8,2	2010	8,3	2011	9,4	2012	9,2	2013	9,0	2014	9,0	2014	FMI
Ouzbékistan	...	...	...	...	13,1	2005	11,2	2010	12,8	2011	12,4	2012	12,0	2013	11,6	2014	11,6	2014	FMI. Avant 2011: BAD/OMS
Turquie	5,6	1995	7,7	2000	10,3	2005	12,8	2010	12,5	2011	13,0	2012	13,4	2013	13,5	2014	13,5	2014	OCDE

Sources

BAD (Banque asiatique de développement). Social Protection Index database. Disponible à l'adresse <http://spi.adb.org/spidmz/index.jsp> [consulté le 1^{er} juin 2017].

Banque mondiale. Base de données sur les retraites, Indicateurs de performance. Disponible à l'adresse <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTSOCIALPROTECTION/EXTPENSIONS/0,,contentMDK:23231994~menuPK:8874064~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:396253,00.html> [consulté le 7 juin 2017].

BIT (Bureau international du Travail). Base de données du BIT sur la protection sociale dans le monde, fondée sur l'Enquête sur la sécurité sociale (SSI). Disponible à l'adresse <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=54614> [consulté en juin 2017].

CEPAL (Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes). Statistics and indicators: Social Public Expenditure. Disponible à l'adresse http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB_CEPALSTAT/Portada.asp?idioma=i [consulté le 1^{er} juin 2017].

Eurostat. Conditions de vie: Système européen de statistiques intégrées de la protection sociale (SESROS) (Luxembourg). Disponible à l'adresse http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=spr_exp_gdp&lang=fr [consulté le 8 juin 2017].

FMI (Fonds monétaire international). Statistiques de finances publiques (Washington, DC) [consulté en juin 2017].

GSW (Government Spending Watch). Spending Data. Disponible à l'adresse <http://www.governmentspendingwatch.org/spending-data> [consulté le 1^{er} juin 2017].

OMS (Organisation mondiale de la santé). National health accounts (Global Health Expenditure database). Disponible à l'adresse <http://apps.who.int/nha/database> [consulté le 1^{er} juin 2017].

Sources nationales: Ministère des Finances.

Notes

... non disponible.

¹ UNICEF; OPM (Oxford Policy Management); Ministère du Travail, affaires sociales et solidarité. 2012. Cadre de développement de la stratégie nationale de protection sociale en Côte d'Ivoire. Tome 1: Etat des lieux, défis et perspectives de renforcement de la protection sociale, UNICEF, janvier 2012. Disponible à l'adresse <http://www.opml.co.uk/sites/default/files/Situational%20analysis%20of%20social%20protection%20%28in%20French%29.pdf>.

² Saint-Kitts-et-Nevis. Social security board, statistics Digest December 2011. Disponible à l'adresse http://www.socialsecurity.kn/res_publist.asp?SFType=3 [consulté en juin 2017].

³ Taïwan, Chine. National statistics. Social Indicators 2011. Disponible à l'adresse <http://eng.stat.gov.tw/ct.asp?xItem=31978&ctNode=6410&mp=5> [consulté en juin 2017].

⁴ Les dépenses de protection sociale et de santé ne concernent que le secteur de l'administration centrale.

Sources, notes et définitions détaillées par pays disponibles à l'adresse <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=54614>.

Tableau B.17 Dépenses publiques de protection sociale par garantie (en pourcentage du PIB)

Pays/Territoire	Dépenses totales de protection sociale, y compris les dépenses de santé (en pourcentage du PIB)		Dépenses totales de protection sociale, y compris les dépenses de santé (en pourcentage du PIB)		Dépenses publiques de protection sociale pour les personnes d'âge actif (en pourcentage du PIB, hors dépenses de santé)										Dépenses publiques de protection sociale pour les enfants (en pourcentage du PIB, hors dépenses de santé)	
					Prestations sociales pour les personnes d'âge actif (hors assistance sociale générale)		Chômage		Programme du marché du travail		Maladie, maternité, accidents du travail et maladies professionnelles, invalidité		Assistance sociale générale			
	Dernières données disponibles ^a	Année	Dernières données disponibles ^a	Source	Année	Dernières données disponibles ^a	Source	Année	Dernières données disponibles ^a	Source	Année	Dernières données disponibles ^a	Source	Année	Dernières données disponibles ^a	Source	Année
Afrique																
<i>Afrique du Nord</i>																
Algérie	8,5	2011	5,6	¹ 2016	0,3	⁵ 2009	0,0	⁵ 2009	...	...	0,3	¹ 2009	0,9	¹ 2016	0,1	¹ 2016
Egypte	11,2	2015	3,0	² 2010	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Libye	6,6	2010	2,1	² 2010	...	...	s.o.	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Maroc	6,6	2010	3,0	² 2012	1,5	¹ 2010	s.o.	⁸ 2010	...	...	1,5	¹ 2010	0,1	¹ 2010	0,1	¹ 2010
Soudan	2,3	2010	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Tunisie	10,4	2011	5,2	² 2015	2,4	¹ 2010	...	...	...	...	2,4	¹ 2010	0,7	¹ 2010	0,2	¹ 2010
<i>Afrique subsaharienne</i>																
Afrique du Sud	10,1	2015	3,4	² 2014/ 2015	0,9	³ 2015	0,2	³ 2015	...	...	0,6	³ 2015	0,0	³ 2015	1,6	³ 2016
Angola	6,0	2015	1,7	³ 2015	0,2	³ 2015	0,0	³ 2015	...	...	0,2	³ 2015	...	...	0,0	³ 2015
Bénin	4,2	2010	1,6	² 2011/ 2015	0,1	¹ 2010	s.o.	⁸ 2010	...	...	0,1	¹ 2010	0,1	¹ 2010	0,4	¹ 2010
Botswana	6,6	2010	1,9	² 2014	1,3	¹ 2009	s.o.	⁸ 2009	...	...	1,3	¹ 2009	...	...	0,6	¹ 2009
Burkina Faso	2,7	2015	1,0	¹ 2015	s.o.	...	s.o.	...	...	...	0,2	¹ 2015	1,4	¹ 2015	0,0	¹ 2015
Burundi	4,9	2010	0,7	² 2010	s.o.	...	0,2	³ 2013	...	...	0,2	¹ 2010	0,0	³ 2013	0,0	³ 2013
Cabo Verde	6,9	2010	2,8	² 2013	1,9	¹ 2010	s.o.	⁸ 2010	...	...	1,9	¹ 2010	...	...	0,2	¹ 2010
Cameroun	2,3	2010	0,5	¹ 2009	0,4	¹ 2009	s.o.	⁸ 2009	...	...	0,4	¹ 2009	...	...	0,0	¹ 2014
République centrafricaine	2,6	2012	0,6	¹ 2010	0,1	¹ 2010	s.o.	⁸ 2010	...	...	0,1	¹ 2010	...	...	0,1	¹ 2010
Congo	2,2	2012	1,0	¹ 2010	0,3	¹ 2010	0,0	¹ 2010	...	...	0,3	¹ 2010	0,1	¹ 2010	0,1	¹ 2010
Côte d'Ivoire	2,0	2015	1,5	² 2013	0,2	¹⁰ 2010	s.o.	⁸ 2010	...	...	0,2	¹ 2010	...	...	0,3	¹⁰ 2010
Djibouti	7,3	2007	1,5	² 2007	...	...	s.o.	⁸ 2010	...	...	...	...	...	...	...	...
Erythrée	1,6	2011	0,3	² 2001	...	...	s.o.	⁸ 2010	...	...	...	...	...	...	...	...

Tableau B.17 Dépenses publiques de protection sociale par garantie (en pourcentage du PIB)

Pays/Territoire	Dépenses totales de protection sociale, y compris les dépenses de santé (en pourcentage du PIB)		Dépenses totales de protection sociale, y compris les dépenses de santé (en pourcentage du PIB)		Dépenses publiques de protection sociale pour les personnes d'âge actif (en pourcentage du PIB, hors dépenses de santé)												Dépenses publiques de protection sociale pour les enfants (en pourcentage du PIB, hors dépenses de santé)					
					Prestations sociales pour les personnes d'âge actif (hors assistance sociale générale)		Chômage		Programme du marché du travail		Maladie, maternité, accidents du travail et maladies professionnelles, invalidité		Assistance sociale générale									
	Dernières données disponibles ^a	Année	Dernières données disponibles ^a	Source	Année	Dernières données disponibles ^a	Source	Année	Dernières données disponibles ^a	Source	Année	Dernières données disponibles ^a	Source	Année	Dernières données disponibles ^a	Source	Année	Dernières données disponibles ^a	Source	Année		
Ethiopie	3,2	2010	0,3	²	2014	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Gambie	4,2	2014	0,4	²	2006	0,2	¹	2003	s.o.	⁸	2003	0,2	¹	2003	0,2	¹	2003	0,0	¹	2003
Ghana	5,4	2010	0,6	²	2014	0,7	¹	2009	s.o.	⁸	2009	...	...	0,7	¹	2009	...	...	0,3	¹	2011
Guinée	2,5	2010	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Guinée-Bissau	5,4	2010	0,8	²	2014	0,7	¹	2010	s.o.	⁸	2010	0,7	¹	2010	0,1	¹	2010	0,1	¹	2010
Guinée équatoriale	2,8	2010	0,3	¹	2010	0,2	¹	2009	s.o.	⁸	2009	...	...	0,2	¹	2009	...	...	0,0	¹	2010
Kenya	2,3	2012	1,6	²	2013-2015	0,1	⁵	2010	s.o.	⁸	2010	0,1	⁵	2010	0,1	⁵	2010	0,1	⁵	2013
Lesotho	16,3	2011	1,3	²	2014	s.o.	⁸	2008	0,0	¹	2016	0,4	¹	2016	0,3	¹	2016
Libéria	3,3	2015	0,2	²	2010	...	...	...	s.o.	⁸	2010	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Madagascar	0,7	2014	1,4	²	2014	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	0,0	³	2015
Malawi	1,0	2015	1,2	²	2015	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1,0	¹	2015	...	...	...
Mali	4,9	2010	1,6	²	2010	0,3	¹	2009	s.o.	⁸	2009	0,3	¹	2009	0,1	⁵	2010	0,1	⁵	2010
Maurice	9,8	2014	4,5	²	2013-2015	0,9	¹	2011	0,0	¹	2011	0,9	¹	2011	0,5	⁵	2011	0,3	¹	2011
Mauritanie	4,9	2010	0,7	²	2007	...	...	...	s.o.	⁸	2009	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Mozambique	4,5	2015	1,8	²	2010	0,1	¹	2010	s.o.	⁸	2010	...	...	0,1	¹	2010	0,1	¹	2010	...	...
Namibie	6,7	2015	2,4	²	2013	s.o.	0,1	³	2015	0,3	¹	2011	0,8	¹	2011	0,5	³	2015
Niger	2,9	2010	0,7	²	2006	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Nigéria	0,7	2013	0,9	²	2004	0,3	¹	2004	s.o.	⁸	2004	0,3	¹	2004	0,2	¹	2009	0,0	⁸	2004
Ouganda	2,2	2015	0,4	³	2015	0,4	¹	2011	s.o.	⁸	2011	0,4	¹	2011	0,3	³	2015	0,0	³	2015
République démocratique du Congo	3,5	2012	0,4	²	2005	0,1	¹	2005	s.o.	⁸	2005	...	...	0,1	¹	2005	...	...	0,0	¹	2005
Rwanda	7,3	2010	0,8	¹	...	s.o.	...	...	s.o.	⁸	2009	...	...	...	...	0,1	¹	2009	0,2	¹	2009
Sao Tomé-et-Principe	4,0	2014	0,1	¹	2013	0,0	¹	2013	...	...	...	...	...	0,0	¹	2013	0,6	¹	2013	...	...

Tableau B.17 Dépenses publiques de protection sociale par garantie (en pourcentage du PIB)

Pays/Territoire	Dépenses totales de protection sociale, y compris les dépenses de santé (en pourcentage du PIB)		Dépenses totales de protection sociale, y compris les dépenses de santé (en pourcentage du PIB)		Dépenses publiques de protection sociale pour les personnes d'âge actif (en pourcentage du PIB, hors dépenses de santé)												Dépenses publiques de protection sociale pour les enfants (en pourcentage du PIB, hors dépenses de santé)		
					Prestations sociales pour les personnes d'âge actif (hors assistance sociale générale)		Chômage		Programme du marché du travail		Maladie, maternité, accidents du travail et maladies professionnelles, invalidité		Assistance sociale générale						
	Dernières données disponibles ^a	Année	Dernières données disponibles ^a	Source	Année	Dernières données disponibles ^a	Source	Année	Dernières données disponibles ^a	Source	Année	Dernières données disponibles ^a	Source	Année	Dernières données disponibles ^a	Source	Année	Dernières données disponibles ^a	Source	Année
Sénégal	5,3	2010	1,9	¹ 2015	0,2	¹ 2010	s.o.	⁸ 2010	...	...	0,2	¹ 2010	0,1	¹ 2010	0,2	¹ 2015	
Seychelles	7,5	2015	2,4	² 2014/2015	2,3	³ 2015	1,9	⁸ 2015	...	...	0,3	³ 2015	...	...	0,2	³ 2015
Sierra Leone	4,2	2005	0,3	² 2014	0,1	¹ 2010	s.o.	⁸ 2010	...	...	0,1	¹ 2010	...	...	...	...
Swaziland	4,4	2012	2,1	² 2012/2015	1,2	¹ 2010	s.o.	⁸ 2010	...	...	1,2	¹ 2010	0,0	¹ 2010	0,0	⁸ 2010	
Tanzanie, République-Unie de	6,8	2010	2,0	² 2013	0,0	¹ 2010	s.o.	⁸ 2010	...	...	0,0	¹ 2010	0,4	¹ 2010	0,0	¹ 2010	
Tchad	1,3	2010	0,2	¹ 2010	0,1	¹ 2010	s.o.	⁸ 2010	...	...	0,1	¹ 2010	...	...	0,0	¹ 2010
Togo	2,6	2014	1,9	² 2014	0,0	¹ 2009	s.o.	⁸ 2009	...	...	0,0	⁵ 2009	0,0	⁵ 2009	0,2	⁵ 2009	
Zambie	5,5	2011	0,9	¹ 2015	0,0	¹ 2015	0,0	¹ 2015	...	...	0,0	¹ 2015	0,1	¹ 2015	...	...	
Zimbabwe	5,6	2011	0,5	² 2015	0,1	¹ 2010	s.o.	⁸ 2010	...	...	0,1	⁵ 2010	0,1	⁵ 2011	0,2	⁵ 2010	
Amériques																			
<i>Amérique latine et Caraïbes</i>																			
Antigua-et-Barbuda	7,1	2011	0,0	² 2011	0,3	¹ 2006	...	...	...	...	0,3	¹ 2006	...	...	0,1	¹ 2006
Argentine	...	...	9,0	³ 2015	s.o.	...	0,1	³ 2015	...	...	5,1	⁵ 2009	2,0	⁵ 2009	1,6	³ 2015
Bahamas	4,9	2015	1,9	⁵ 2011	s.o.	...	0,1	⁵ 2011	...	...	0,4	³ 2015	...	...	0,0	¹ 2011
Barbade	11,4	2010	4,1	¹ 2009	1,8	¹ 2009	0,6	¹ 2009	...	...	1,2	¹ 2009	0,2	¹ 2009	0,0	⁸ 2009	
Belize	4,6	2015	0,1	² 2011	0,6	¹ 2010	s.o.	⁸ 2010	...	...	0,6	¹ 2009	1,1	¹ 2010	0,0	⁹ 2010	
Bolivie, Etat plurinational de	10,2	2014	1,1	² 2014	2,5	⁵ 2009	s.o.	⁸ 2009	...	...	2,5	⁵ 2009	1,5	¹ 2008	0,5	¹ 2014	
Brésil	18,3	2015	9,6	² 2013-2015	2,6	¹ 2010	0,7	¹ 2010	0,3	¹ 2010	1,7	¹ 2010	4,5	¹ 2010	0,6	¹ 2010			
Chili	15,3	2015	3,0	⁴ 2015	1,1	⁴ 2015	0,1	⁴ 2015	0,3	⁴ 2015	0,7	⁴ 2015	1,2	⁴ 2015	1,7	⁴ 2015			
Colombie	14,1	2015	3,8	² 2015	3,9	¹ 2009	s.o.	⁸ 2009	...	...	3,9	¹ 2009	0,8	⁹ 2010	0,4	⁹ 2009	
Costa Rica	13,6	2015	5,7	³ 2015	3,4	¹ 2010	s.o.	⁸ 2010	...	...	3,4	¹ 2010	2,3	⁹ 2010	1,3	³ 2015	

Tableau B.17 Dépenses publiques de protection sociale par garantie (en pourcentage du PIB)

Pays/Territoire	Dépenses totales de protection sociale, y compris les dépenses de santé (en pourcentage du PIB)		Dépenses totales de protection sociale, y compris les dépenses de santé (en pourcentage du PIB)		Dépenses publiques de protection sociale pour les personnes d'âge actif (en pourcentage du PIB, hors dépenses de santé)												Dépenses publiques de protection sociale pour les enfants (en pourcentage du PIB, hors dépenses de santé)						
					Prestations sociales pour les personnes d'âge actif (hors assistance sociale générale)		Chômage		Programme du marché du travail		Maladie, maternité, accidents du travail et maladies professionnelles, invalidité		Assistance sociale générale										
	Dernières données disponibles ^a	Année	Dernières données disponibles ^a	Source	Année	Dernières données disponibles ^a	Source	Année	Dernières données disponibles ^a	Source	Année	Dernières données disponibles ^a	Source	Année	Dernières données disponibles ^a	Source	Année	Dernières données disponibles ^a	Source	Année			
Cuba	18,0	2011	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	2,7	¹	2010	...	...			
République dominicaine	6,4	2014	0,9	³	2015	2,0	¹	2010	s.o.	⁸	2010	...	...	2,0	¹	2010	0,8	³	2015	0,0	³	2015
Dominique	8,0	2010	3,1	¹	2011	0,5	¹	2011	s.o.	⁸	2011	...	...	0,5	¹	2011	0,2	¹	2011	0,0	¹	2011
El Salvador	11,6	2015	1,1	³	2015	0,8	¹	2015	0,0	³	2015	...	...	0,8	³	2015	0,8	⁹	2009	0,3	⁹	2010
Equateur	7,8	2014	0,2	²	2012	0,2	¹	2010	s.o.	⁸	2010	...	...	0,2	¹	2010	0,0	⁹	2010	0,2	¹	2014
Grenade	4,3	2010	2,0	²	2006	...	...	s.o.	⁸	2006	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Guatemala	4,4	2011	0,5	¹	2016	1,7	¹	2009	s.o.	⁸	2009	...	...	1,7	¹	2009	0,0	⁹	2009	0,3	⁹	2009
Guyana	8,2	2010	1,1	²	2014	...	...	s.o.	⁸	2010	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Haïti	3,3	2013	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Honduras	4,4	2010	0,2	¹	2015	0,2	¹	2010	s.o.	⁸	2010	...	...	0,2	¹	2015	0,3	⁹	2010	0,2	⁹	2010
Jamaïque	4,4	2011	0,9	¹	2015	0,4	¹	2009	s.o.	⁸	2009	...	...	0,4	¹	2009	0,8	¹	2009	0,3	⁹	2011
Mexique	12,0	2015	1,7	²	2015	0,2	⁴	2011	0,0	⁸	2011	0,0	⁴	2011	0,1	⁴	2011	1,5	⁴	2011	1,1	⁴	2011
Nicaragua	6,3	2005	1,6	⁵	2009	0,5	⁵	2009	s.o.	⁸	2009	...	...	0,5	⁵	2009	0,7	¹	2009	0,1	⁹	2009
Panama	9,8	2015	2,7	¹	2015	0,1	¹	2015	0,0	¹	2015	...	...	0,1	¹	2015	1,0	¹	2015	...	...	...
Paraguay	6,4	2010	0,4	²	2012	1,5	¹	2010	s.o.	⁸	2010	...	...	1,5	¹	2010	0,7	¹	2010	0,2	¹	2010
Pérou	5,5	2015	2,5	²	2010	0,8	¹	2010	s.o.	⁸	2010	0,0	¹	2015	0,8	¹	2010	1,9	⁹	2010	0,1	⁹	2009
Sainte-Lucie	6,0	2010	1,2	¹	2009	0,5	¹	2009	s.o.	⁸	2009	...	...	0,5	¹	2009	0,1	¹	2009	0,1	¹	2009
Saint-Kitts-et-Nevis	5,6	2010	1,3	¹	2009	1,5	¹	2009	s.o.	⁸	2009	...	...	1,5	¹	2009	0,2	¹	2009	0,0	¹	2009
Saint-Vincent-et-les Grenadines	8,2	2010	1,5	²	2006	1,2	¹	2006	s.o.	⁸	2009	...	...	1,2	¹	2006	0,4	¹	2006	0,2	¹	2006
Trinité-et-Tobago	9,0	2010	1,4	²	2012	0,2	¹	2008	s.o.	⁸	2008	...	...	0,2	¹	2008	0,5	¹	2008	0,1	¹	2008
Uruguay	17,0	2015	8,9	¹	2015	0,8	¹	2015	0,6	¹	2015	...	...	0,3	¹	2015	3,1	¹	2010	0,4	¹	2015
Venezuela, République bolivarienne du	8,8	2015	7,4	¹	2015	...	...	...	...	...	...	...	...	1,0	¹	2015	...	...	...	...	...	...

Tableau B.17 Dépenses publiques de protection sociale par garantie (en pourcentage du PIB)

Pays/Territoire	Dépenses totales de protection sociale, y compris les dépenses de santé (en pourcentage du PIB)		Dépenses totales de protection sociale, y compris les dépenses de santé (en pourcentage du PIB)		Dépenses publiques de protection sociale pour les personnes d'âge actif (en pourcentage du PIB, hors dépenses de santé)												Dépenses publiques de protection sociale pour les enfants (en pourcentage du PIB, hors dépenses de santé)	
					Prestations sociales pour les personnes d'âge actif (hors assistance sociale générale)		Chômage		Programme du marché du travail		Maladie, maternité, accidents du travail et maladies professionnelles, invalidité		Assistance sociale générale					
	Dernières données disponibles ^a	Année	Dernières données disponibles ^a	Source	Année	Dernières données disponibles ^a	Source	Année	Dernières données disponibles ^a	Source	Année	Dernières données disponibles ^a	Source	Année	Dernières données disponibles ^a	Source	Année	
Amérique du Nord																		
Canada	17,2	2015	4,6	⁴ 2014	1,6	⁴ 2014	0,6	⁴ 2014	0,2	⁴ 2014	0,8	⁴ 2014	2,4	⁴ 2014	1,2	⁴ 2014		
Etats-Unis	19,0	2015	7,0	⁴ 2013	2,0	⁴ 2013	0,4	⁴ 2013	0,1	⁴ 2013	1,4	⁴ 2013	1,2	⁴ 2013	0,7	⁴ 2013		
Etats arabes																		
Arabie saoudite	3,6	2011	0,3	² 2013	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Bahreïn	4,0	2010	1,0	¹ 2010	0,5	¹ 2010	0,0	¹ 2010	...	...	0,5	⁶ 2010	0,1	⁶ 2010	0,0	⁸ 2010
Jordanie	8,9	2015	4,4	³ 2015	0,7	¹ 2010	s.o.	⁸ 2010	0,0	¹ 2010	0,7	¹ 2010	0,6	¹ 2010	0,0	¹ 2010		
Koweït	11,4	2011	3,5	¹ 2011	...	...	s.o.	⁸ 2011	...	...	...	...	...	...	...	...
Liban	2,1	2015	2,7	² 2013	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Oman	3,8	2013	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
République arabe syrienne	1,9	2010	1,3	² 2004	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Yémen	9,6	2012	0,5	⁵ 2010	0,2	¹ 2010	s.o.	⁸ 2010	...	...	0,2	⁵ 2010	0,1	⁵ 2010	0,0	⁵ 2010
Asie et Pacifique																		
Asie de l'Est																		
Chine	6,3	2015	3,7	¹ 2015	s.o.	...	0,1	¹ 2015	0,1	¹ 2015	1,6	⁶ 2009	0,3	⁶ 2013	0,2	⁶ 2009		
Corée, République de	10,1	2015	2,7	⁴ 2014	1,3	⁴ 2014	0,3	⁴ 2014	0,5	⁴ 2014	0,6	⁴ 2014	0,6	⁴ 2014	1,1	⁴ 2014		
Hong-kong, Chine	2,7	2015	1,6	² 2011	s.o.	...	s.o.	⁸ 2010	...	...	2,4	³ 2013	0,0	⁶ 2010	0,2	³ 2013
Japon	23,1	2013	12,1	⁴ 2013	1,4	⁴ 2013	0,2	⁴ 2013	0,2	⁴ 2013	1,0	⁴ 2013	0,4	⁴ 2013	1,3	⁴ 2013		
Mongolie	14,4	2015	5,5	¹ 2015	0,9	¹ 2015	0,1	¹ 2015	0,3	¹ 2015	0,5	¹ 2015	4,9	¹ 2015	1,3	¹ 2015		
Taiwan, Chine	9,7	2010	4,7	⁵ 2009	1,1	⁵ 2009	0,3	¹ 2009	0,2	¹ 2009	0,6	⁵ 2009	0,5	⁵ 2009	0,4	⁵ 2009		
Asie du Sud-Est																		
Brunéi Darussalam	2,3	2011	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Indonésie	1,1	2015	1,0	² 2015	s.o.	...	s.o.	⁸ 2010	0,0	⁶ 2013	0,0	⁶ 2010	0,8	⁶ 2013	0,7	⁶ 2010		

Tableau B.17 Dépenses publiques de protection sociale par garantie (en pourcentage du PIB)

Pays/Territoire	Dépenses totales de protection sociale, y compris les dépenses de santé (en pourcentage du PIB)		Dépenses totales de protection sociale, y compris les dépenses de santé (en pourcentage du PIB)		Dépenses publiques de protection sociale pour les personnes d'âge actif (en pourcentage du PIB, hors dépenses de santé)												Dépenses publiques de protection sociale pour les enfants (en pourcentage du PIB, hors dépenses de santé)						
					Prestations sociales pour les personnes d'âge actif (hors assistance sociale générale)		Chômage		Programme du marché du travail		Maladie, maternité, accidents du travail et maladies professionnelles, invalidité		Assistance sociale générale										
	Dernières données disponibles ^a	Année	Dernières données disponibles ^a	Source	Année	Dernières données disponibles ^a	Source	Année	Dernières données disponibles ^a	Source	Année	Dernières données disponibles ^a	Source	Année	Dernières données disponibles ^a	Source	Année	Dernières données disponibles ^a	Source	Année			
République démocratique populaire lao	1,2	2013	0,2	²	2013	s.o.	...	s.o.	⁸	2010	0,0	⁶	2013	0,1	⁶	2010	0,1	⁶	2013	0,0	⁶	2010	
Malaisie	3,8	2012	0,9	⁶	2012	s.o.	...	s.o.	⁸	2012	0,0	⁶	2013	0,1	⁶	2012	0,4	⁶	2013	0,0	⁶	2012	
Myanmar	1,0	2011	0,7	²	2014-2015	0,1	¹	2011	s.o.	⁸	2011	...	...	0,1	¹	2011	0,0	¹	2011	0,0	⁵	2011
Philippines	2,2	2015	0,6	⁶	2012	s.o.	...	0,0	³	2015	0,0	⁶	2013	0,2	⁶	2012	0,5	⁶	2013	0,1	⁶	2012	
Singapour	4,2	2015	0,7	¹	2011	s.o.	...	s.o.	⁸	2011	0,3	⁶	2013	0,9	¹	2011	0,7	⁶	2013	0,0	¹	2011	
Thaïlande	3,7	2015	2,2	²	2015	s.o.	...	0,1	⁶	2011	0,0	⁶	2010	1,2	³	2015	0,1	³	2015	0,5	⁶	2011	
Viet Nam	6,3	2015	5,5	⁵	2015	s.o.	...	0,0	⁶	2010	0,1	⁵	2015	0,3	⁶	2010	0,3	⁵	2015	0,0	⁶	2010	
Asie du Sud																							
Bangladesh	1,7	2014	0,1	³	2015	s.o.	...	s.o.	⁸	2011	0,4	⁶	2013	0,0	⁶	2015	0,3	³	2015	0,0	³	2015	
Bhoutan	2,7	2014	0,7	¹	2010	s.o.	...	s.o.	⁸	2010	0,0	⁶	2013	0,0	⁶	2010	0,2	⁶	2013	0,0	³	2014	
Inde	2,7	2014	4,3	²	2011	s.o.	...	...	2009	0,4	⁶	2013	0,1	⁶	2010	0,4	⁶	2013	0,1	⁶	2010	
Iran, République islamique d'	12,5	2010	5,9	²	2013	1,8	¹	2009	0,3	¹	2009	...	...	1,5	¹	2009	5,0	¹	2010	1,0	¹	2010
Népal	3,0	2015	1,8	²	2013-2014	s.o.	...	s.o.	⁸	2011	0,0	⁶	2013	0,1	⁶	2011	0,8	⁶	2013	0,1	⁶	2011	
Pakistan	0,2	2014	1,8	²	2015-2016	s.o.	...	s.o.	⁸	2010	0,0	⁶	2013	0,0	⁶	2010	0,2	⁶	2013	0,0	⁶	2010	
Sri Lanka	6,5	2015	1,4	²	2013	s.o.	...	s.o.	⁸	2011	0,0	⁶	2013	0,0	¹	2011	0,3	⁶	2013	0,1	¹	2011	
Océanie																							
Australie	18,8	2015	5,2	⁴	2014	3,5	⁴	2014	0,7	⁴	2014	0,2	⁴	2014	2,6	⁴	2014	0,8	⁴	2014	2,8	⁴	2014
Fidji	3,4	2015	0,8	⁶	2010	s.o.	...	s.o.	⁸	2010	0,1	⁶	2013	0,0	⁶	2010	0,6	⁶	2013	0,6	⁶	2010	
Iles Salomon	6,6	2015	1,3	⁶	2010	s.o.	...	0,0	¹	2010	0,1	⁶	2013	0,0	⁶	2010	0,0	⁶	2010	0,3	³	2015	
Kiribati	12,0	2015	...	...	...	...	...	...	...	...	0,2	⁶	2013	...	...	...	1,1	⁶	2013	...	...	...

Tableau B.17 Dépenses publiques de protection sociale par garantie (en pourcentage du PIB)

Pays/Territoire	Dépenses totales de protection sociale, y compris les dépenses de santé (en pourcentage du PIB)		Dépenses totales de protection sociale, y compris les dépenses de santé (en pourcentage du PIB)		Dépenses publiques de protection sociale pour les personnes d'âge actif (en pourcentage du PIB, hors dépenses de santé)												Dépenses publiques de protection sociale pour les enfants (en pourcentage du PIB, hors dépenses de santé)						
					Prestations sociales pour les personnes d'âge actif (hors assistance sociale générale)		Chômage		Programme du marché du travail		Maladie, maternité, accidents du travail et maladies professionnelles, invalidité		Assistance sociale générale										
	Dernières données disponibles ^a	Année	Dernières données disponibles ^a	Source	Année	Dernières données disponibles ^a	Source	Année	Dernières données disponibles ^a	Source	Année	Dernières données disponibles ^a	Source	Année	Dernières données disponibles ^a	Source	Année	Dernières données disponibles ^a	Source	Année			
Nouvelle-Zélande	19,7	2015	5,1	⁴	2014	3,3	⁴	2014	0,4	⁴	2014	0,3	⁴	2014	2,5	⁴	2014	1,0	⁴	2014	2,6	⁴	2014
Palaos	7,1	2015	5,1	⁶	2010	s.o.	...	s.o.	⁸	2010	0,0	⁶	2013	0,2	⁶	2010	0,1	⁶	2015	1,7	⁶	2010	
Papouasie-Nouvelle-Guinée	3,6	2015	0,1	⁶	2010	0,0	⁶	2013	s.o.	⁸	2010	0,0	⁶	2013	...	...	0,0	⁶	2013	0,1	⁶	2010	
Samoa	2,0	2015	0,6	⁶	2011	0,1	⁶	2011	s.o.	⁸	2011	0,0	⁶	2013	0,0	⁶	2011	0,2	⁶	2013	0,1	⁶	2011
Europe et Asie centrale																							
<i>Europe du Nord, du Sud et de l'Ouest</i>																							
Albanie	11,9	2015	7,5	³	2015	0,1	³	2015	0,1	³	2015	...	...	0,0	³	2015	...	...	1,4	³	2015		
Allemagne	25,0	2015	10,1	⁴	2013	3,7	⁴	2013	1,0	⁴	2013	0,7	⁴	2013	2,1	⁴	2013	0,8	⁴	2013	2,2	⁴	2013
Autriche	28,0	2015	14,0	⁴	2013	4,0	⁴	2013	1,0	⁴	2013	0,8	⁴	2013	2,3	⁴	2013	0,5	⁴	2013	2,6	⁴	2013
Belgique	29,2	2015	10,5	⁴	2013	6,9	⁴	2013	3,2	⁴	2013	0,7	⁴	2013	2,9	⁴	2013	1,1	⁴	2013	2,9	⁴	2013
Croatie	21,6	2014	9,3	⁷	2014	3,1	⁷	2014	0,5	⁷	2014	...	...	2,6	⁷	2014	0,2	⁷	2014	1,5	⁷	2014	
Danemark	28,8	2015	10,1	⁴	2013	8,8	⁴	2013	2,3	⁴	2013	1,8	⁴	2013	4,7	⁴	2013	2,0	⁴	2013	3,7	⁴	2013
Espagne	25,4	2015	12,0	⁴	2013	6,3	⁴	2013	3,1	⁴	2013	0,6	⁴	2013	2,5	⁴	2013	0,3	⁴	2013	1,3	⁴	2013
Estonie	17,0	2015	6,5	⁴	2013	2,7	⁴	2013	0,3	⁴	2013	0,2	⁴	2013	2,2	⁴	2013	0,1	⁴	2013	2,0	⁴	2013
Finlande	30,6	2015	12,3	⁴	2013	6,8	⁴	2013	1,9	⁴	2013	1,0	⁴	2013	3,8	⁴	2013	1,4	⁴	2013	3,2	⁴	2013
France	31,7	2015	14,3	⁴	2013	4,2	⁴	2013	1,6	⁴	2013	0,9	⁴	2013	1,7	⁴	2013	1,5	⁴	2013	2,9	⁴	2013
Grèce	26,4	2015	17,5	⁴	2012	2,3	⁴	2012	1,0	⁴	2012	0,3	⁴	2012	1,0	⁴	2012	0,7	⁴	2012	1,3	⁴	2012
Irlande	17,0	2015	5,4	⁴	2013	5,5	⁴	2013	2,5	⁴	2013	0,9	⁴	2013	2,1	⁴	2013	0,6	⁴	2013	3,3	⁴	2013
Islande	15,7	2015	2,5	⁴	2013	3,8	⁴	2013	0,9	⁴	2013	0,1	⁴	2013	2,8	⁴	2013	1,4	⁴	2013	3,6	⁴	2013
Italie	28,9	2015	16,4	⁴	2013	3,8	⁴	2013	1,7	⁴	2013	0,4	⁴	2013	1,7	⁴	2013	0,2	⁴	2013	1,4	⁴	2013
Lettonie	14,4	2015	7,7	⁴	2013	2,4	⁴	2013	0,5	⁴	2013	0,2	⁴	2013	1,8	⁴	2013	0,3	⁴	2013	1,2	⁴	2013
Lituanie	14,7	2014	6,6	⁷	2014	1,7	⁷	2014	0,3	⁷	2014	...	...	1,4	⁷	2014	0,4	⁷	2014	1,1	⁷	2014	
Luxembourg	22,2	2015	8,5	⁴	2013	4,7	⁴	2013	1,4	⁴	2013	0,6	⁴	2013	2,7	⁴	2013	0,8	⁴	2013	3,6	⁴	2013

Tableau B.17 Dépenses publiques de protection sociale par garantie (en pourcentage du PIB)

Pays/Territoire	Dépenses totales de protection sociale, y compris les dépenses de santé (en pourcentage du PIB)		Dépenses totales de protection sociale, y compris les dépenses de santé (en pourcentage du PIB)		Dépenses publiques de protection sociale pour les personnes d'âge actif (en pourcentage du PIB, hors dépenses de santé)												Dépenses publiques de protection sociale pour les enfants (en pourcentage du PIB, hors dépenses de santé)						
					Prestations sociales pour les personnes d'âge actif (hors assistance sociale générale)				Chômage		Programme du marché du travail		Maladie, maternité, accidents du travail et maladies professionnelles, invalidité		Assistance sociale générale								
	Dernières données disponibles ^a	Année	Dernières données disponibles ^a	Source	Année	Dernières données disponibles ^a	Source	Année	Dernières données disponibles ^a	Source	Année	Dernières données disponibles ^a	Source	Année	Dernières données disponibles ^a	Source	Année	Dernières données disponibles ^a	Source	Année			
Malte	18,2	2014	9,4	⁷	2014	1,2	⁷	2014	0,5	⁷	2014	...	...	0,7	⁷	2014	0,4	⁷	2014	1,2	⁷	2014	
Norvège	23,9	2015	7,9	⁴	2013	4,5	⁴	2013	0,3	⁴	2013	0,5	⁴	2013	3,7	⁴	2013	0,8	⁴	2013	3,0	⁴	2013
Pays-Bas	22,3	2015	6,4	⁴	2013	5,6	⁴	2013	1,6	⁴	2013	0,8	⁴	2013	3,1	⁴	2013	1,7	⁴	2013	1,3	⁴	2013
Portugal	24,1	2015	14,0	⁴	2013	4,0	⁴	2013	1,6	⁴	2013	0,5	⁴	2013	1,9	⁴	2013	0,2	⁴	2013	1,2	⁴	2013
Royaume-Uni	21,5	2015	6,6	⁴	2013	2,5	⁴	2013	0,3	⁴	2013	0,2	⁴	2013	2,0	⁴	2013	1,8	⁴	2013	3,8	⁴	2013
Saint-Marin	21,4	2010	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Serbie	23,4	2014	12,7	⁷	2014	2,4	⁷	2014	0,6	⁷	2014	...	...	1,8	⁷	2014	0,5	⁷	2014	1,3	⁷	2014	
Slovénie	22,4	2015	12,0	⁴	2013	3,2	⁴	2013	0,7	⁴	2013	0,4	⁴	2013	2,1	⁴	2013	0,7	⁴	2013	2,0	⁴	2013
Suède	26,7	2015	10,0	⁴	2013	6,1	⁴	2013	0,5	⁴	2013	1,4	⁴	2013	4,3	⁴	2013	1,2	⁴	2013	3,6	⁴	2013
Suisse	19,6	2015	6,6	⁴	2013	3,6	⁴	2013	0,3	⁴	2013	0,6	⁴	2013	2,3	⁴	2013	0,8	⁴	2013	1,6	⁴	2013
<i>Europe de l'Est</i>																							
Bélarus	19,4	2015	8,0	²	2015	1,1	¹	2010	0,0	³	2015	...	...	1,1	¹	2010	0,3	⁵	2010	0,2	³	2015	
Bulgarie	18,5	2014	8,9	⁷	2014	1,9	⁷	2014	0,5	⁷	2014	...	...	1,4	⁷	2014	0,3	⁷	2014	1,9	⁷	2014	
Hongrie	20,7	2015	10,8	⁴	2013	3,2	⁴	2013	0,5	⁴	2013	0,8	⁴	2013	1,9	⁴	2013	0,4	⁴	2013	3,0	⁴	2013
Moldova, République de	18,1	2015	7,5	³	2015	3,3	³	2015	0,1	³	2015	...	...	1,7	³	2015	1,3	³	2015	0,8	³	2015	
Pologne	19,4	2015	10,4	⁴	2012	2,9	⁴	2012	0,2	⁴	2012	0,4	⁴	2012	2,2	⁴	2012	0,2	⁴	2012	1,2	⁴	2012
Roumanie	14,8	2014	8,0	⁷	2014	1,2	⁷	2014	0,4	⁷	2010	...	...	1,1	⁷	2014	0,2	⁷	2014	1,2	⁷	2014	
Russie, Fédération de	15,6	2015	8,7	³	2015	2,6	³	2010	0,2	¹	2010	...	...	2,7	¹	2010	1,8	¹	2010	0,6	³	2015	
Slovaquie	19,4	2015	7,5	⁴	2013	2,5	⁴	2013	0,4	⁴	2013	0,2	⁴	2013	1,9	⁴	2013	0,4	⁴	2013	2,1	⁴	2013
République tchèque	19,5	2015	8,9	⁴	2013	2,8	⁴	2013	0,6	⁴	2013	0,3	⁴	2013	1,8	⁴	2013	0,5	⁴	2013	2,2	⁴	2013
Ukraine	22,2	2015	13,7	³	2015	1,5	³	2015	0,4	³	2015	...	...	1,1	³	2015	0,7	³	2015	1,8	³	2015	

Tableau B.17 Dépenses publiques de protection sociale par garantie (en pourcentage du PIB)

Pays/Territoire	Dépenses totales de protection sociale, y compris les dépenses de santé (en pourcentage du PIB)		Dépenses totales de protection sociale, y compris les dépenses de santé (en pourcentage du PIB)		Dépenses publiques de protection sociale pour les personnes d'âge actif (en pourcentage du PIB, hors dépenses de santé)												Dépenses publiques de protection sociale pour les enfants (en pourcentage du PIB, hors dépenses de santé)						
					Prestations sociales pour les personnes d'âge actif (hors assistance sociale générale)		Chômage		Programme du marché du travail		Maladie, maternité, accidents du travail et maladies professionnelles, invalidité		Assistance sociale générale										
	Dernières données disponibles ^a	Année	Dernières données disponibles ^a	Source	Année	Dernières données disponibles ^a	Source	Année	Dernières données disponibles ^a	Source	Année	Dernières données disponibles ^a	Source	Année	Dernières données disponibles ^a	Source	Année	Dernières données disponibles ^a	Source	Année			
Asie centrale et occidentale																							
Arménie	7,6	2015	5,6	³	2015	s.o.	...	0,0	³	2015	0,0	⁶	2013	0,4	⁶	2011	2,0	⁶	2013	1,2	³	2015	
Azerbaïdjan	8,2	2015	5,0	²	2014	s.o.	...	0,1	⁶	2010	0,0	⁶	2013	0,5	⁶	2010	2,0	⁶	2013	0,4	³	2015	
Chypre	23,0	2014	12,3	⁷	2014	2,6	⁷	2014	1,9	⁷	2014	...	...	0,7	⁷	2014	1,4	⁷	2014	1,4	⁷	2014
Géorgie	10,6	2015	4,4	³	2015	0,8	³	2011	s.o.	⁸	2011	...	...	0,8	⁶	2011	1,4	⁶	2011	2,3	³	2015
Israël	16,0	2015	5,4	⁴	2015	3,0	⁴	2015	0,3	⁴	2015	0,1	⁴	2015	2,5	⁴	2015	0,7	⁴	2015	1,9	⁴	2015
Kazakhstan	5,4	2015	3,4	¹	2015	0,4	¹	2015	...	...	0,1	¹	2015	0,3	¹	2015	0,2	¹	2015	0,2	¹	2015
Kirghizistan	9,0	2014	9,0	³	2015	s.o.	...	0,0	⁵	2014	0,0	⁶	2013	3,1	⁶	2010	2,5	⁶	2013	1,2	³	2015	
Ouzbékistan	11,6	2014	6,5	²	2012	0,7	⁶	2010	...	...	0,0	⁶	2013	0,7	⁶	2010	1,6	⁶	2013	1,9	⁶	2010
Turquie	13,5	2014	8,3	⁴	2013	0,5	⁴	2013	0,1	⁴	2013	0,0	⁴	2013	0,3	⁴	2013	0,2	⁴	2013	0,4	⁴	2013

Sources

- BIT (Bureau international du Travail). Base de données du BIT sur la protection sociale dans le monde, fondée sur l'Enquête sur la sécurité sociale (SSI). Disponible à l'adresse <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=54615> [consulté en juin 2017].
- Banque mondiale. Base de données sur les retraites, Indicateurs de performance. Disponible à l'adresse <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTSOCIALPROTECTION/EXTPENSIONS/0,,contentMDK:23231994~menuPK:8874064~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:396253,00.html> [consulté le 7 juin 2017].
- FMI (Fonds monétaire international). 2017. Statistiques de finances publiques (Washington, DC) [consulté en juin 2017].
- OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques). Statistiques protection sociale et bien-être: Base de données sur les dépenses sociales (SOCX). Disponible à l'adresse https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SOCX_AGG [consulté le 8 juin 2017].
- Sources nationales: ministère des Finances.
- BAD (Banque asiatique de développement). Social Protection Index database. Disponible à l'adresse <https://spi.adb.org/spidmz/> [consulté le 1^{er} juin 2017].
- Eurostat. 2014. Conditions de vie: Système européen de statistiques intégrées de la protection sociale (SESPROS) (Luxembourg). Disponible à l'adresse http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=spr_exp_gdp&lang=fr [consulté le 8 juin 2017].

⁸ AISS (Association internationale de la sécurité sociale); SSA (Administration de la sécurité sociale des Etats-Unis). Diverses dates. Les programmes de sécurité sociale dans le monde (Genève et Washington, DC). Disponible à l'adresse <http://www.ssa.gov/policy/docs/progdesc/ssptw/> [consulté en mai 2017].

⁹ CEPAL (Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes). Statistics and indicators: Social Public Expenditure. Disponible à l'adresse http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB_CEPALSTAT/Portada.asp?idioma=i [consulté le 1^{er} juin 2017].

¹⁰ UNICEF (Fonds des Nations Unies pour l'enfance); OPM (Oxford Policy Management). Ministère de l'Emploi, des Affaires sociales et de la Solidarité. 2012. Cadre de Développement de la Stratégie Nationale de Protection Sociale en Côte d'Ivoire. Tome 1: Etat des lieux, Défis et Perspectives de Renforcement de la Protection Sociale (Abidjan, UNICEF). Disponible à l'adresse <http://www.opml.co.uk/sites/default/files/Situational%20analysis%20of%20social%20protection%20in%20French%29.pdf> UNICEF [consulté en mai 2017].

Notes

... non disponible.

s.o. sans objet.

^a Les différences dans les estimations mondiales par rapport au tableau B.16 résultent des différences dans les années de référence et dans le nombre de pays considérés.

Références

- Abu Alghaib, O. A paraître. *Building social protection floors for persons with disabilities: Lessons learned from non-contributory programs in Argentina, Ethiopia, Ghana, Indonesia, the Kyrgyz Republic and South Africa*, document de travail (première version) (Genève, BIT).
- Acemoglu, D.; Shimer, R. 2000. «Productivity gains from unemployment insurance», *European Economic Review*, vol. 44, n° 7, pp. 1195-1224.
- Adascalitei, D.; Domonkos, S. 2015. «Reforming against all odds: Multi-pillar pension systems in the Czech Republic and Romania», *International Social Security Review*, vol. 68, n° 2, pp. 85-104. DOI:10.1111/issr.12066.
- Adesina, J. 2010. *Rethinking the social protection paradigm: Social policy in Africa's development* (Dakar, European Report of Development).
- Adioetomo, S.; Mont, D.; Irwanto. 2014. *Persons with disabilities in Indonesia: Empirical facts and implications for social protection policies* (Jakarta, Université d'Indonésie et TNP2K).
- AISS (Association internationale de la sécurité sociale). 2016a. *ISSA Guidelines on Administrative Solutions for Coverage Extension* (Genève).
- . 2016b. *Dix défis mondiaux pour la sécurité sociale* (Genève).
- ; SSA (Administration de la sécurité sociale des Etats-Unis). 2015. *Social security programs throughout the world: Africa, 2015* (Genève et Washington, DC).
- ; —. 2016. *Social security programs throughout the world: The Americas, 2015* (Genève et Washington, DC).
- ; —. 2017a. *Social security programs throughout the world: Asia and Pacific, 2016* (Genève et Washington, DC).
- ; —. 2017b. *Social security programs throughout the world: Europe, 2016* (Genève et Washington, DC).
- Alderman, H.; Yemtsov, R. 2013. *How can safety nets contribute to economic growth?*, Policy Research Working Paper No. WPS 6437 (Washington, DC, Banque mondiale).
- Alfers, L. 2016. «Nos enfants ne reçoivent pas l'attention qu'ils méritent»: synthèse des résultats de recherche sur les femmes travailleuses dans l'économie informelle et la garde d'enfants, issus de six organisations de base de travailleurs pauvres (Durban, WIEGO).
- Altiparmakov, N. 2014. *Disappointing performance of pension privatization in Eastern Europe*, document de travail. Disponible à l'adresse <https://www.bancaditalia.it/publicazioni/altri-atti-convegna/2014-public-finances-today/session1/AltiparmakovT.pdf>.
- Atkinson, A. B. 1999. *The economic consequences of rolling back the welfare state* (Boston, MIT Press).

- Babajanian, B.; Hagen-Zanker, J. 2012. *Social protection and social exclusion: An analytical framework to assess the links*, Background note (Londres, Overseas Development Institute).
- BAD (Banque asiatique de développement). 2009. *Social assistance and conditional cash transfers. The proceedings of the regional workshop* (Manille).
- . 2013. *The Social Protection Index: Assessing results for Asia and the Pacific* (Manille).
- Banks, L.; Polack, S. 2014. *The economic costs of exclusion and gains of inclusion of people with disabilities* (Londres, International Centre for Evidence in Disability).
- ; Mearkle, R.; Mactaggart, I.; Walsham, M.; Kuper, H.; Blanchet, K. 2017. «Disability and social protection programmes in low and middle-income countries: A systematic review», *Oxford Development Studies*, vol. 45, n° 3, pp. 223-239.
- Banque mondiale. 1994. *Averting the old age crisis: Policies to protect the old and promote growth*, World Bank Policy Research Report No. 13584 (Washington, DC).
- . 2012. *Resilience, equity and opportunity: The World Bank's Social Protection and Labor Strategy 2012-2022* (Washington, DC).
- . 2014. *Productive Safety Net Program Phase 4: Enhanced social assessment and consultation* (Washington, DC).
- . 2015. *The State of Social Safety Nets 2015* (Washington, DC).
- . 2016a. *Poverty and Shared Prosperity 2016: Taking on inequality* (Washington, DC).
- . 2016b. *Forever young? Social policies for a changing population in Southern Africa* (Washington, DC).
- . 2016c. *Live long and prosper: Aging in East Asia and Pacific* (Washington, DC).
- Barrientos, A. 2013. *Social assistance in developing countries* (Cambridge, Cambridge University Press).
- Bastagli, F. 2016. *Bringing taxation into social protection analysis and planning: Guidance note* (Londres, Overseas Development Institute).
- ; Hagen-Zanker, J.; Harman, L.; Barca, V.; Sturge, G.; Schmidt, T.; Pellerano, L. 2016. *Cash transfers: What does the evidence say? A rigorous review of programme impact and of the role of design and implementation features* (Londres, Overseas Development Institute).
- Beattie, R.; McGillivray, W. 1995. «Une stratégie risqué: réflexions sur le rapport de la Banque mondiale *La crise du vieillissement*», *Revue internationale de sécurité sociale*, vol. 48, n° 3-4, pp. 5-25.
- Behrendt, C. 2013. «Investing in people: Implementing the extension of social security through national social protection floors», dans l'ouvrage publié sous la direction de D. Kucera et I. Islam: *Beyond macroeconomic stability: Structural transformation and inclusive development*, pp. 228-261 (Genève, BIT; Basingstoke, Palgrave Macmillan).
- . 2017. «Can graduation approaches contribute to building social protection floors?», *Policy in Focus*, vol. 14, n° 2, pp. 33-35.
- ; Woodall, J. 2015. «Pensions and other social security income transfers», dans l'ouvrage publié sous la direction de J. Berg: *Labour markets, institutions and inequality: Building just societies in the 21st century*, pp. 242-262 (Genève, BIT; Cheltenham, Edward Elgar).
- ; Saint-Pierre Guilbault, E.; Stern Plaza, M.; Umuhire, V.; Wodsak, V. A paraître. «Implementing the principles of the Social Protection Floors Recommendation», dans l'ouvrage publié sous la direction de T. Dijkhoff et L. G. Mpedi: *Recommendation on Social Protection Floors: Basic principles for innovative solutions* (Alphen aan den Rijn, Kluwer).
- Berg, J. 2015a. «Labour market institutions: The building blocks of just societies», dans l'ouvrage publié sous la direction de J. Berg: *Labour markets, institutions and inequality: Building just societies in the 21st century*, pp. 1-38 (Genève, BIT; Cheltenham, Edward Elgar).
- . 2015b. «Income support for the unemployed and the poor», dans l'ouvrage publié sous la direction de J. Berg: *Labour markets, institutions and inequality: Building just societies in the 21st century*, pp. 263-286 (Genève, BIT; Cheltenham, Edward Elgar).
- ; Salerno, M. 2008. «The origins of unemployment insurance: Lessons for developing countries», dans l'ouvrage publié sous la direction de J. Berg et D. Kucera: *In defence of labour market institutions: Cultivating justice in the developing world*, pp. 80-99 (Genève, BIT; Basingstoke, Palgrave Macmillan).

- Bertranou, F.; Maurizio, R. 2012. «Semi-conditional cash transfers in the form of family allowances for children and adolescents in the informal economy in Argentina», *International Social Security Review*, vol. 65, n° 1, pp. 53-72. DOI:10.1111/j.1468-246X.2011.01419.x.
- ; Calvo, E.; Bertranou, E. 2009. *Is Latin America retreating from individual retirement accounts?* (Cambridge, Etats-Unis, Center for Retirement Research, Boston College).
- ; Casali, P.; Schwarzer, H. 2014. *La estrategia de desarrollo de los sistemas de seguridad social de la OIT: El papel de los pisos de protección social en América Latina y el Caribe* (Lima, Bureau sous-régional de l'OIT pour la région Amérique latine et Caraïbes).
- BIT (Bureau international du Travail). 2001. *Sécurité sociale: questions, défis et perspectives*, rapport VI, Conférence internationale du Travail, 89^e session, Genève.
- . 2010a. *World Social Security Report 2010/11: Providing coverage in the time of crisis and beyond* (Genève). Disponible à l'adresse http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_146566.pdf.
- . 2010b. *La maternité au travail: une revue de la législation nationale. Résultats de la base de données de l'OIT sur les lois relatives aux conditions de travail et de l'emploi* (Genève).
- . 2011a. *La sécurité sociale et la primauté du droit: étude d'ensemble concernant les instruments relatifs à la sécurité sociale à la lumière de la Déclaration de 2008 sur la justice sociale pour une mondialisation équitable*, rapport III (partie 1B), Conférence internationale du Travail, 100^e session, Genève. Disponible à l'adresse http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---soc_sec/documents/publication/wcms_secsoc_22000.pdf.
- . 2011b. *Croissance, emploi et travail décent dans les pays les moins avancés*, Rapport du BIT pour la quatrième Conférence des Nations Unies sur les pays les moins avancés, 9-13 mai 2011, Turquie (Genève).
- . 2012a. «Résolution et conclusions concernant la discussion récurrente sur la protection sociale (sécurité sociale)», *La sécurité sociale pour tous: la stratégie de l'Organisation internationale du Travail*, adoptées par la Conférence internationale du Travail lors de sa 100^e session, 2011 Genève.
- . 2012b. *La sécurité sociale pour tous: mettre en place des socles de protection sociale et des systèmes complets de sécurité sociale. La stratégie de l'Organisation internationale du Travail* (Genève).
- . 2012c. *Global Employment Trends for Women 2012* (Genève).
- . 2012d. *World of Work Report 2012: Better jobs for a better economy*. Résumé français: «Rapport sur le travail dans le monde 2012: de meilleurs emplois pour une économie meilleure» (Genève, BIT/Institut international d'études sociales).
- . 2013a. *Economie informelle et travail décent: guide de ressources sur les politiques, soutenir les transitions vers la formalité* (Genève). Disponible à l'adresse http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_emp/---emp_policy/documents/publication/wcms_234958.pdf.
- . 2013b. *Rapport mondial sur le travail des enfants: vulnérabilité économique, protection sociale et lutte contre le travail des enfants*. Disponible à l'adresse http://www.ilo.org/ipcc/Informationresources/WCMS_211968/lang-fr/index.htm.
- . 2013c. «L'emploi et la protection sociale dans le nouveau contexte démographique» (discussion générale), rapport de la Commission sur l'emploi et la protection sociale dans le nouveau contexte démographique, *Compte rendu provisoire*, n° 13 (Genève).
- . 2014a. *World Social Protection Report 2014/15: Building economic recovery, inclusive development and social justice* (Genève). Un résumé en français sous le titre «Rapport sur la protection sociale dans le monde 2014/15: vers la reprise économique, le développement inclusif et la justice sociale» est disponible à l'adresse http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_245153.pdf.
- . 2014b. *Maternity and paternity at work: Law and practice across the world* (Genève).
- . 2014c. *Les règles du jeu: une brève introduction aux normes internationales du travail*, troisième édition révisée (Genève). Disponible à l'adresse http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---normes/documents/publication/wcms_318125.pdf.

- 2014d. *World of Work Report 2014: Developing with jobs*. Un résumé en français sous le titre: «Rapport sur le travail dans le monde: un développement riche en emplois» est disponible à l'adresse http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_243963.pdf (Genève).
- 2014e. *Colombia: Universalizing health protection*, Social Protection in Action Country Brief (Genève).
- 2014f. *Uruguay – Monotax: Promoting formalization and protection of independent workers*, Social Protection in Action Country Brief (Genève).
- 2015a. *Rapport pour discussion à la Réunion d'experts sur les formes atypiques d'emploi* (Genève, 16-19 février 2015) (Genève).
- 2015b. *Bangladesh: Comparison between employment injury provisions in the Labour Act and standard provisions of an employment injury insurance scheme*, Technical note (Genève).
- 2015c. *Rationalizing social protection expenditure in Ghana (consolidated report)*, Département de la protection sociale (Genève).
- 2015d. *Feasibility study of the introduction of a new maternity cash benefits scheme in Rwanda* (Genève).
- 2015e. *Jordan: 8th Actuarial Review of the Social Security Corporation as at 31 December 2013* (Beyrouth et Genève)
- 2015f. *RDP lao: Report to the Government: Actuarial valuation of the National Social Security Fund Private Sector Branch as of 31 September 2013*, manuscrit non publié (Genève).
- 2015g. *ILO global estimates on migrant workers*. Résumé français: «Estimations mondiales de l'OIT concernant les travailleuses et les travailleurs migrants – Résultats et méthodologie» (Genève).
- 2015h. *Principes directeurs pour une transition juste vers des économies et des sociétés écologiquement durables pour tous* (Genève).
- 2015i. *Rapport mondial sur les salaires 2014/15: salaires et inégalités de revenus* (Genève).
- 2016a. *Les femmes au travail: Tendances 2016* (Genève).
- 2016b. *Non-standard employment around the world: Understanding challenges, shaping prospects*. Résumé français: «L'emploi atypique dans le monde: identifier les défis, ouvrir des perspectives. Vue d'ensemble» (Genève).
- 2016c. *Social Security Inquiry Manual 2016* (Genève).
- 2016d. *Mongolia: Child Money Programme*, Social Protection in Action Country Brief (Genève).
- 2016e. *Maternity cash benefits for workers in the informal economy*, Social Protection for All Issue Brief (Genève).
- 2016f. *What works: Active labour market policies in Latin America and the Caribbean*, Studies on Growth with Equity (Genève).
- 2016g. *Politiques actives du marché du travail en Amérique latine et dans les Caraïbes*, Les politiques qui marchent – Note de recherche n° 1 (Genève).
- 2016h. *People's Republic of China: Extending health coverage to all*, Social Protection in Action Country Brief (Genève).
- 2016i. *Rwanda: Progress towards universal health coverage*, Social Protection in Action Country Brief (Genève).
- 2016j. *Thailand: Universal health-care coverage scheme*, Social Protection in Action Country Brief (Genève).
- 2016k. *Panorama Laboral Temático 3: Trabajar en el campo en el siglo XXI. Realidad y perspectivas del empleo rural en América Latina y el Caribe* (Lima).
- 2016l. *Building an inclusive future with decent work: Towards sustainable development in Asia and the Pacific* (Genève).
- 2016m. *Social protection in Asia and Pacific and the Arab States* (Bangkok et Beyrouth).
- 2016n. *People's Republic of China: Extending social protection in Qingdao through labour and social security inspection*, Social Protection in Action Country Brief (Genève).
- 2016o. *Indonesia: Financing social protection through contributions and the removal of fuel subsidy*, Social Protection in Action Country Brief (Genève).

- 2016p. *A challenging future for the employment relationship: Time for affirmation or alternatives?*, The Future of Work Centenary Initiative, Issue Note Series No. 3 (Genève).
- 2016q. *Social contract and the future of work: Inequality, income security, labour relations and social dialogue*, The Future of Work Centenary Initiative, Issue Note Series No. 4 (Genève).
- 2016r. *Zambia: Financing social protection through taxation of natural resources*, Social Protection in Action Country Brief (Genève).
- 2016s. *Brazil: Financing social protection through financial transaction taxes*, Social Protection in Action Country Brief (Genève).
- 2016t. *Ecuador: Financing social protection through debt restructuring*, Social Protection in Action Country Brief (Genève).
- 2017a. *World Employment and Social Outlook: Trends 2017* (Genève). Un résumé en français sous le titre «Emploi et questions sociales dans le monde. Tendances 2017» est disponible à l'adresse http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/--publ/documents/publication/wcms_540900.pdf.
- 2017b. *Building social protection systems: International standards and human rights instruments* (Genève).
- 2017c. *Indigenous peoples and climate change: From victims to change agents through decent work* (Genève).
- 2017d. *Women in non-standard employment*, INWORK Issue Brief No. 9 (Genève).
- 2017e. *Inception policy report on the establishment of a workers' compensation scheme for the government of Malawi* (Genève).
- 2017f. *L'avenir du travail décent en Europe et Asie centrale: enjeux et perspectives*, Rapport du Directeur général, Dixième réunion régionale européenne, Istanbul, 2-5 octobre 2017 (Genève).
- 2017g. *Résolution concernant une gouvernance équitable et efficace des migrations de main-d'œuvre*, adoptée par la Conférence internationale du Travail à sa 106^e session, Genève.
- 2017h. *Rapport mondial sur les salaires: les inégalités salariales au travail* (Genève).
- A paraître, a. *Maternidad en el empleo: ¿cuáles son los costos de la escasa corresponsabilidad social y cómo se distribuyen?* (Lima).
- A paraître, b. *Extending social security coverage to workers in the informal economy: Lessons from international experience* (Genève).
- A paraître, c. *Report to the Government: Legal, governance and compliance issues concerning the development of a comprehensive work injury compensation legislation in Kenya* (Genève).
- A paraître, d. *Employment injury protection guidebook* (Genève).
- A paraître, e. *Social protection for indigenous women, men and children* (Genève).
- AFD (Agence française de développement). 2016a. *How did the Philippines combine emergency relief with lasting protection after Haiyan?*, Social Protection and Climate Change Brief (Genève).
- ; —. 2016b. *How can social protection address regular climate-related risks in the Sahel?*, Social Protection and Climate Change Brief (Genève).
- ; —. 2016c. *How are rural workers and residents in China faring with conservation efforts?*, Social Protection and Climate Change Brief (Genève).
- ; —. 2016d. *Can Brazil pursue twin social and environmental objectives together?*, Social Protection and Climate Change Brief (Genève).
- ; BAD (Banque asiatique de développement). 2014. *ASEAN Community 2015: Managing integration for better jobs and shared prosperity* (Bangkok, BIT et Banque asiatique de développement).
- ; Banque mondiale; DFID (Department for International Development); UNICEF (United Nations International Children's Emergency Fund); AISS (Association internationale de la sécurité sociale); ODI (Overseas Development Institute); IPC (International Policy Center); HelpAge International. 2013. *Joint proposal on international social protection data harmonisation: Input to 3rd SPLAC-B meeting* (Genève et Washington, DC).
- ; GNUD (Groupe des Nations Unies pour le développement). 2016. *UNDG social protection coordination toolkit. Coordinating the design and implementation of nationally defined social protection floors* (Genève).

- Bonnet, F. 2015. «Social protection coverage across employment patterns», *World Employment and Social Outlook: The changing nature of jobs*, pp. 73-109 (Genève, BIT).
- ; Tessier, L. 2013. *Rapport sur l'atelier «Cartographie des statistiques et indicateurs internationaux existants sur la protection sociale pouvant contribuer au suivi de l'extension de la protection sociale par les socles de protection sociale»*, Extension de la sécurité sociale, ESS – Document n° 38 (Genève, BIT).
- Borzutzky, S.; Hyde, M. 2016. «Chile's private pension system at 35: Impact and lessons», *Journal of International and Comparative Social Policy*, vol. 32, n° 1, pp. 57-73. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/21699763.2016.1148623>.
- Bradshaw, J.; Hirose, K. 2016. *Child benefits in Central and Eastern Europe. A comparative review* (Budapest, Bureau sous-régional de l'OIT pour l'Europe centrale et orientale).
- Braithwaite, J.; Mont, D. 2009. «Disability and poverty: a survey of World Bank Poverty Assessment and implications», *European Journal of Disability Research*, vol. 3, n° 3, pp. 219-232.
- Brown, C.; Ravallion, M.; Van De Walle, D. 2016. *A poor means test? Econometric targeting in Africa*, Policy Research Working Paper No. 7915 (Washington, DC, Banque mondiale).
- Bruckauf, Z.; Chzhen, Y.; Toczydłowska, E. 2016. *Bottom-end inequality: Are children with an immigrant background at a disadvantage?*, Innocenti Research Brief No. 2016-07 (Florence, Centre de recherche de l'UNICEF-Innocenti).
- Buckup, S. 2009. *The price of exclusion: The economic consequences of excluding people with disabilities from the world of work*, Employment Working Paper No. 43 (Genève, BIT).
- Cantillon, B.; Chzhen, Y.; Handa, S.; Nolan, B. 2017. *Children of austerity: Impact of the Great Recession on child poverty in rich countries* (New York et Oxford, UNICEF et Oxford University Press).
- Carter, J. 2016. «Unemployment protection schemes in Asia», dans l'ouvrage publié sous la direction d'A. Isgut et J. Weller: *Protection and training: Institutions for improving workforce integration in Latin America and Asia*, pp. 113-136 (Santiago, CEPALC).
- ; Bédard, M.; Peyron Bista, C. 2013. *Comparative review of unemployment and employment insurance experiences in Asia and worldwide* (Bangkok, Bureau régional de l'OIT pour l'Asie et le Pacifique).
- CEPALC (Commission économique des Nations Unies pour l'Amérique latine et les Caraïbes). 2016. *Desarrollo inclusivo: una nueva generación de políticas para superar la pobreza y reducir la desigualdad en América Latina y el Caribe* (Santiago, Chili).
- CESAO (Commission économique et sociale des Nations Unies pour l'Asie occidentale). 2014. *Participation and social protection in the Arab Region* (Beyrouth).
- CESAP (Commission économique et sociale des Nations Unies pour l'Asie et le Pacifique). 2015. *Time for equality: The role of social protection in reducing inequalities in Asia and the Pacific* (Bangkok).
- 2016. *Disability at a Glance 2015: Strengthening employment prospects for persons with disabilities in Asia and the Pacific* (Bangkok).
- CESCR (Comité des droits économiques, sociaux et culturels). 2000. *Observation générale no 14: le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint* (Genève, Nations Unies, Conseil économique et social).
- 2008. *Observation générale no 19: le droit à la sécurité sociale* (Genève, Nations Unies, Conseil économique et social).
- CESR (Center for Economic and Social Rights). 2012. *Fiscal fallacies: Eight myths about the age of austerity and human rights responses*, Rights in Crisis Briefing Paper (New York):
- Chai, J.; Ortiz, I.; Sire, X. R. 2010. *Protecting salaries of frontline teachers and health workers*, Social and Economic Policy Working Brief (New York, UNICEF).
- Chronic Poverty Advisory Network. 2014. *The Chronic Poverty Report 2014-2015: The road to zero extreme poverty* (Londres, Overseas Development Institute).
- Cichon, M. 2004. *Approaching a common denominator? An interim assessment of World Bank and ILO position on pensions* (Genève, BIT).

- ; Scholz, W.; Van de Meerendonk, A.; Hagemeyer, K.; Bertranou, F.; Plamondon, P. 2004. *Financing social protection*, Quantitative Methods in Social Protection Series (Genève, BIT).
- Cirillo, C.; Tebaldi, R. 2016. *Social protection in Africa: Inventory of non-contributory programmes* (Brasilia et New York, Centre international de la pauvreté et UNICEF).
- CIST (Conférence internationale des statisticiens du travail). 1957. *Résolution concernant l'élaboration des statistiques de la sécurité sociale*, adoptée par la neuvième Conférence internationale des statisticiens du travail (avril-mai 1957) (Genève).
- CNUCED (Conférence des Nations Unies sur le commerce et le développement). 2011. *On the brink: Fiscal austerity threatens a global recession*, Policy Brief No. 24 (Genève).
- . 2016. *Rapport sur le commerce et le développement, 2016: la transformation structurelle au service d'une croissance équitable et soutenue* (Genève).
- . 2017. *Rapport sur le commerce et le développement, 2017: au-delà de l'austérité – vers une nouvelle donne mondiale* (Genève).
- Commission européenne. 2015a. *Review of recent social policy reforms*, 2015 Report of the Social Protection Committee (Bruxelles).
- . 2015b. *Adequacy and sustainability of pensions* (Bruxelles).
- . 2015c. *The 2015 Pension Adequacy Report: Current and future income adequacy in old age in the EU* (Bruxelles).
- . 2015d. *The 2015 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013-2060)* (Bruxelles).
- . 2016. *Labour Market and Wage Developments in Europe. Annual Review 2016* (Bruxelles).
- . 2017a. *Rapport annuel sur l'évolution de l'emploi et de la situation sociale en Europe (ESDE) 2017*, Bureau des publications de l'Union européenne (Bruxelles).
- . 2017b. *Access to social protection for people working on non-standard contracts and as self-employed in Europe: A study of national policies* (Bruxelles).
- Cornia, G. A.; Jolly, R.; Stewart, F. (dir. de publication). 1987. *Adjustment with a human face: Protecting the vulnerable and promoting growth* (Oxford, Oxford University Press).
- Crabbe, C. (dir. de publication). 2005. *A quarter century of pension reform in Latin America and the Caribbean: Lessons learned and next steps* (Washington, DC, Banque interaméricaine de développement (BID)).
- Cummins, M.; Dublin, Y.; Engilbertsdóttir, S.; Evans, M.; Martins, D.; Murthy, S.; Yablonski, J. 2013. *Subsidy reforms and impact on the middle class* (New York, UNICEF).
- Dasgupta, J.; Sandhya, Y.; Mukherjee, A. 2012. *The crisis of maternity: Health care and maternity benefits for women wage workers in the informal sector in India* (Lucknow, Sahayong).
- Davis, B.; Handa, S.; Hypher, N.; Winder Rossi, N.; Winters, P.; Yablonski, J. 2016. *From evidence to action: The story of cash transfers and impact evaluation in sub-Saharan Africa* (Oxford, Oxford University Press).
- Deacon, B. 2013. «Globalisation and social policy in developing countries», dans l'ouvrage publié sous la direction de R. Surender et R. Walker: *Social policy in a developing world*, pp. 217-236 (Cheltenham, Edward Elgar).
- ; Olivier, M.; Beremauro, R. 2015. *Social security and social protection of migrants in South Africa and SADC*, MiWORC Report No. 8 (Johannesburg, African Centre for Migration and Society, Université de Witwatersrand).
- Deaton, A. 2013. *The great escape: Health, wealth and origins of inequality* (Princeton, Princeton University Press).
- Degryse, C. 2016. *Digitalisation of the economy and its impact on labour markets*, Background Working Paper No. 2 for the Conference «Shaping the New World of Work» (Bruxelles, Institut syndical européen).
- De Milliano, M.; Plavgo, I. 2014. *Analysing child poverty and deprivation in sub-Saharan Africa*, Office of Research Working Paper No. WP-2014-19 (Florence, Centre de recherche de l'UNICEF-Innocenti).
- Devereux, S. 2015. *Realising the right to social security and the right to food: The contribution of national social protection floors towards food security and the realisation of the right to adequate food for all*, Extension of Social Security, ESS – Paper No. 51 (Genève, BIT).

- DFID (Department for International Development); HelpAge International; Hope & Homes for Children; IDS (Institute of Development Studies); BIT; ODI (Overseas Development Institute); Save the Children UK; PNUD; UNICEF; Banque mondiale. 2009. *Joint statement on advancing child-sensitive social protection*. Disponible à l'adresse https://www.unicef.org/aids/files/CSSP_joint_statement_10.16.09.pdf.
- Duran-Valverde, F.; Pacheco, J. F. 2012. *Espace budgétaire et extension de la protection sociale: expériences de pays en développement*, Extension de la sécurité sociale, ESS – Document n° 33 (Genève, BIT).
- Ebbinghaus, B. 2015. «The privatization and marketization of pensions in Europe: A double transformation facing the crisis», *European Policy Analysis*, vol. 1, n° 1, pp. 56-73.
- Ehmke, E. 2015. *National experiences in building social protection floors: India's Mahatma Gandhi National Rural Employment Guarantee Scheme, Extension of Social Security*, ESS – Paper No. 49 (Genève, BIT).
- Escudero, V. 2015. *Are active labour market policies effective in activating and integrating low-skilled individuals?* (Genève, BIT).
- ; Mourelo, E. L. 2016. *Effectiveness of active labour market tools in Conditional Cash Transfers programmes: Evidence for Argentina*, Research Department Working Paper No. 11 (Genève, BIT).
- Esser, I.; Ferrarini, T.; Nelson, K.; Palme, J.; Sjöberg, O. 2013. *Unemployment benefits in EU Member States* (Bruxelles, Commission européenne).
- Eurostat. 2017. *Europe 2020 indicators: Poverty and social exclusion* (Luxembourg).
- FAO (Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture). 2017. *Cadre de protection sociale de la FAO: promouvoir le développement pour tous* (Rome). Disponible à l'adresse <http://www.fao.org/3/a-i7016f.pdf>.
- FES (Friedrich Ebert Stiftung). 2016. *Social Protection Floor Index: Monitoring national social protection policy implementation* (Berlin).
- Flores Lima, R. 2010. *Innovaciones en la evaluación del impacto del servicio de intermediación laboral en México*, Notas técnicas núm. IDB-TN-118 (Washington, DC, Banque interaméricaine de développement (BID)).
- Florez, L. A.; Perales, F. 2016. «Protection des travailleurs et emploi informel en Europe, 2004-2012», *Revue internationale du Travail*, vol. 155, n° 4, pp. 681-711.
- FMI (Fonds monétaire international). 2010a. *Exiting from crisis intervention policies* (Washington, DC).
- . 2010b. *Strategies for fiscal consolidation in the post-crisis world* (Washington, DC).
- . 2014a. *Fiscal policy and income inequality*, IMF Staff Report (Washington, DC).
- . 2014b. *Angola*, Country Report No. 14/274 (Washington, DC).
- . 2017a. *IMF Executive Board approves financial arrangements for Mongolia*, Press Release No. 17/193 (Washington, DC).
- . 2017b. *Slovak Republic*, Country Report No. 17/72 (Washington, DC).
- . 2017c. *Regional Economic Outlook: Asia Pacific: Preparing for choppy seas* (Washington, DC).
- FNUAP (Fonds des Nations Unies pour la population); HelpAge International. 2012. *Ageing in the twenty-first century: A celebration and a challenge* (New York et Londres). Un résumé en français sous le titre «Vieillir au vingt et unième siècle: une victoire et un défi» est disponible à l'adresse http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Ageing%20Report%20Executive%20Summary%20FRENCH%20Final%20draft_0.pdf.
- Fultz, E. 2011. *Pension crediting for caregivers: Policies in Finland, France, Germany, Sweden, the United Kingdom, Canada and Japan* (Washington, DC, Institute for Women's Policy Research).
- ; Francis, J. 2013. *Cash transfer programmes, poverty reduction and empowerment of women: A comparative analysis: Experiences from Brazil, Chile, India, Mexico and South Africa*, Working Paper 4/2013 (Genève, BIT). Disponible à l'adresse http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---gender/documents/publication/wcms_233599.pdf.

- Gassmann, F. 2011. *Rapport sur la protection sociale en Asie, Bureau régional de l'UNICEF pour l'Europe et l'Asie centrale*, document présenté lors de la troisième Conférence interagences sur l'amélioration de la coordination régionale pour la gestion des risques en Asie centrale, 14 avril 2011 (Almaty, Kazakhstan).
- Ghana GSS (Service statistique du Ghana). 2013. *Rapport de recensement sur la population et le logement (2010): les personnes âgées au Ghana* (Accra).
- Ghosh, J. 2013. *Economic crisis and womens' work* (New York, ONU Femmes).
- Gillion, C.; Turner, J. A.; Bailey, C.; Latulippe, D. (dir. de publication). 2000. *Social security pensions: Development and reform*. (Genève, BIT).
- GNUD (Groupe des Nations Unies pour le développement); BIT. 2014. *Appel lancé par la Présidente du GNUD et le Directeur général du BIT à tous les coordonnateurs résidents et équipes de pays des Nations Unies en vue de mettre en place des socles de protection sociale* (New York, GNUD; Genève, BIT).
- Goursat, M. P.; Pellerano, L. 2016. *Extension of social protection to workers in the informal economy in Zambia: Lessons learnt from field research on domestic workers, small scale farmers and construction workers* (Lusaka, Bureau de l'OIT).
- Grosh, M.; Bussolo, M.; Freije, J. 2014. *Understanding the poverty impact of the global financial crisis in Latin America and the Caribbean* (Washington, DC, Banque mondiale).
- Hagen-Zanker, J.; Mosler Vidal, E.; Sturge, G. 2017. *Social protection, migration and the 2030 Agenda for Sustainable Development*, ODI Briefing Paper (Londres, Overseas Development Institute).
- HCDH (Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme). 2012a. *Version finale du projet de principes directeurs sur l'extrême pauvreté et les droits de l'homme*, présentée par la Rapporteuse spéciale sur les droits de l'homme et l'extrême pauvreté, Magdalena Sepúlveda Carmona, Document A/HRC/21/39 (Genève).
- . 2012b. *Thematic study on the work and employment of persons with disabilities*, étude thématique sur le travail et l'emploi des personnes handicapées, Rapport du Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, Document A/HRC/22/25 (Genève).
- . 2013. *Report on austerity measures and economic and social rights*. Version française dans: Rapport de la Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme, E/201/82, Conseil économique et social des Nations Unies (Genève).
- . 2016. *Brazil 20-year public expenditure cap will breach human rights, UN expert warns* (Genève).
- HCR (Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés). 2017a. *Réponse régionale à la crise des réfugiés en Syrie*. Disponible à l'adresse <http://data.unhcr.org/syrianrefugees/regional.php> [consulté le 31 août 2017].
- . 2017b. *Iraq Emergency*. Disponible à l'adresse <http://www.unhcr.org/iraq-emergency.html> [consulté le 31 août 2017].
- . 2017c. *Yemen Emergency*. Disponible à l'adresse <http://www.unhcr.org/yemen-emergency.html> [consulté le 31 août 2017].
- He, W.; Muenchrath, M. N.; Kowal, P. 2012. *Shades of gray: A cross-country study of health and well-being of the older populations in SAGE countries, 2007–2010*, International Population Reports (Washington, DC, Département du commerce, de l'économie et de la statistique des Etats-Unis, US Census Bureau).
- HelpAge International. 2015. *Global AgeWatch Index 2015: Insight report* (Londres, HelpAge International).
- Hill, S. 2015. *New economy, new social contract: A plan for a safety net in a multi-employer world* (Washington, DC, Fondation New America).
- Hirose, K. (dir. de publication). 2011. *Pension reform in Central and Eastern Europe in times of crisis, austerity and beyond* (Budapest, Bureau sous-régional de l'OIT pour l'Europe centrale et orientale).
- ; Hetteš, M. 2016. *Extending social security to the informal economy: Evidence from Bosnia and Herzegovina and the Republic of Moldova* (Budapest, Equipe d'appui technique au travail décent et Bureau de pays de l'OIT pour l'Europe centrale et orientale).

- Hodges, A.; Dashdorj, K.; Yun Jong, K.; Dufay, A.-C.; Budragchaa, U.; Mungun, T. 2007. *Child benefits and poverty reduction: evidence from Mongolia's child money programme*, Working Paper, Division of Policy and Planning (New York, UNICEF).
- Holliday, I. 2000. «Productivist welfare capitalist: Social policy in East Asia», *Political Studies*, vol. 48, n° 4, pp. 706-723. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/1467-9248.00279>.
- Holmes, R.; Sadana, N.; Rath, S. 2010. *Gendered risks, poverty and vulnerability in India. Case study of the Mahatma Gandhi National Rural Employment Act (Madhya Pradesh)* (Londres, Overseas Development Institute).
- Holzmann, R.; Vodopivec, M. 2012. *Reforming severance pay: An international perspective* (Washington, DC, Banque mondiale).
- Hujo, K.; Rulli, M. 2014. *The political economy of pension re-reform in Chile and Argentina: Toward more inclusive protection*, Research Paper No. 2014-1 (Genève, Institut de recherche des Nations Unies pour le développement social (UNRISD)).
- Jaumotte, F.; Osorio Buitron, C. 2015. *Inequality and labor market institutions*, IMF Staff Discussion Note No. SDN/15/14 (Washington, DC, Fonds monétaire international (FMI)).
- Jawad, R. 2014. *Social protection in the Arab region: Emerging trends and recommendations for future social policy*, Arab Human Development Report Research Paper Series (New York, Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD)).
- . 2015. *Social protection and social policy systems in the MENA region: emerging trends and recommendations for future social policy* (New York, Nations Unies Département des affaires économiques et sociales).
- JICA (Japan International Cooperation Agency). 2015. *Data collection survey on disability and development in Indonesia* (Tokyo).
- Jones, L.; Bellis, M.; Wood, S.; Hughes, K.; McCoy, E.; Eckley, L.; Bates, G.; Mikton, C.; Shakespeare, T.; Officer, A. 2012. «Prevalence and risk of violence against children with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies», *The Lancet*, vol. 380, n° 9845, pp. 899-907.
- Jones, N.; Holmes, R. 2013. *Gender and social protection in the developing world: Beyond mothers and safety nets* (Londres, Zed Books).
- Jones, W.; Williamson, E. 2013. *New unemployment insurance benefits for employees in the GCC* (Londres, Lexology).
- Kabeer, N. 2008. *Mainstreaming gender in social protection for the informal economy* (Londres, Secrétariat du Commonwealth).
- Kaltenborn, M. 2015. *Global social protection: New impetus from the 2030 Agenda for Sustainable Development*, Global Governance Spotlight No. 7/2015 (Bonn, Development and Peace Foundation).
- Karanikolos, M.; Mladovsky, P.; Cylus, J.; Thomson, S.; Basu, S.; Stuckler, D.; Mackenbach, J. P.; McKee, M. 2013. «Financial crisis, austerity, and health in Europe», *The Lancet*, vol. 381, n° 9874, pp. 1323-1331.
- Kay, S. 2014. *Political risk and pension reform in Latin America and Central and Eastern Europe* (Atlanta, Federal Reserve Bank).
- KELA (Sécurité sociale de Finlande). 2016. *From idea to experiment: Report on universal basic income experiment in Finland*, KELA Research Working Paper No. 106 (Helsinki, Institution finlandaise de sécurité sociale).
- Kentikelenis, A. 2017. «Structural adjustment and health: A conceptual framework and evidence on pathways», *Social Science & Medicine*, vol. 187, n° C, pp. 296-305.
- Kidd, S.; Gelders, B.; Bailey-Athias, D. 2017. *Exclusion by design: An assessment of the effectiveness of the proxy means test poverty targeting mechanism*, Extension of Social Security, ESS –Paper No. 56 (Genève, BIT; Development Pathways).
- ; Wapling, L.; Schjoedt, R.; Gelders, B.; Bailey-Athias, D.; Tran, A. A paraître. *Leaving no-one behind: Building inclusive social security systems for persons with disabilities* (ébauche).
- Koehler, G. 2011. «Transformative social protection: Reflections on South Asian policy experiences», *IDS Bulletin*, vol. 42, n° 6, pp. 96-103. DOI: [10.1111/j.1759-5436.2011.00280.x](https://doi.org/10.1111/j.1759-5436.2011.00280.x).

- Kombe, G.; Fleisher, L.; Kariisa, E.; Arur, A.; Sanjana, P.; Paina, L.; Dare, L.; Abubakar, A.; Baba, S.; Ubok-Udom, E.; Unom, S. 2009. *Nigeria Health System Assessment 2008* (Bethesda, MD, Abt Associates).
- Kuddo, A.; Robalino, D. A.; Weber, M. 2015. *Balancing regulations to promote jobs: From employment contracts to unemployment benefits* (Washington, DC, Banque mondiale).
- Kukrety, N. 2016. *Poverty, inequality and social protection in Lebanon* (Londres, Oxfam).
- Kulke, U.; Alaraimi, S. 2017. *Social protection in a changing world of work: Towards a future with social protection for all in the Arab States*, document présenté lors de la réunion tripartite des Etats arabes sur l'avenir du travail (Beyrouth, 3 avril).
- Kuper, H.; Walsham, M.; Myamba, F.; Mesaki, S.; Mactaggart, I.; Banks, M.; Blanchet, K. 2016. «Social protection for people with disabilities in Tanzania: A mixed methods study», *Oxford Development Studies*, vol. 44, n° 4, pp. 441-457. DOI:10.1080/13600818.2016.1213228.
- Lamichhane, K.; Sawada, Y. 2013. «Disability and returns to education in a developing country», *Economics of Education Review*, vol. 37, n° C, pp. 85-94.
- ; Tsujimoto, T. 2017. *Impact of universal primary education policy on out of school children in Uganda*, Working Paper No. 153 (Tokyo, JICA Institut de recherche).
- Langenbucher, K. 2015. *How demanding are eligibility criteria for unemployment benefits, quantitative indicators for OECD and EU countries*, OECD Social, Employment and Migration Working Papers No. 166 (Paris, OCDE).
- Lee, S.; Torm, N. 2017. «Sécurité sociale et résultats des entreprises: l'exemple des PME au Viet Nam», *Revue internationale du Travail*, vol. 156, n° 2, pp. 207-237.
- López-Calva, L. F.; Lustig, N. (dir. de publication). 2010. *Declining inequality in Latin America: A decade of progress?* (Washington, DC, Brookings Institution; New York, PNUD).
- Lucchetti, L. R.; Malasquez Carbonel, E. A.; Monsalve, E.; Reyes, G. J.; Sousa, L. D. C.; Viveros, M. 2016. *Childhood poverty in Latin America and the Caribbean*, Brief No. 106573 (Washington, DC, Banque mondiale).
- Martin, J. P. 2014. *Activation and active labour market policies in OECD countries: Stylised facts and evidence on their effectiveness*, IZA Policy Paper No. 84 (Bonn, Institute of Labor Economics (IZA)).
- Martínez Franzoni, J.; Sánchez-Ancochea, D. 2015. «Public social services and income inequality», dans l'ouvrage publié sous la direction de J. Berg: *Labour markets, institutions and inequality: Building just societies in the 21st century*, pp. 287-312 (Cheltenham, Edward Elgar).
- Matsaganis, M.; Özdemir, E.; Ward, T.; Zvakou, A. 2016. *Non-standard employment and access to social security benefits*, Research Note 8/2015 (Bruxelles, Commission européenne).
- McCord, A. 2012. *Public works and social protection in sub-Saharan Africa: Do public works work for the poor?* (Tokyo, New York et Paris, United Nations University Press).
- Mesa-Lago, C. 2004. «An appraisal of a quarter-century of structural pension reforms in Latin America», *CEPAL Review*, vol. 84, pp. 57-81.
- . 2014. *Reversing pension privatization: The experience of Argentina, Bolivia, Chile and Hungary*, Extension of Social Security, ESS – Paper No. 44 (Genève, BIT).
- Ministère du Développement social de la République du Kirghizistan. 2014. *National review of the Kyrgyz Republic in the framework of the Beijing Declaration and platform for action* (Bichkek).
- Ministère ghanéen du Genre, de l'Enfant et de la Protection sociale, Ghana. 2014. *The Ghana Livelihood Empowerment against Poverty (LEAP) programme: A case study of social protection intervention* (Accra).
- Mitra, S.; Palmer, M.; Kim, H.; Mont, D.; Groce, N. 2017. «Extra costs of living with a disability: A systematized review and agenda for research», *Disability and Health Journal*, vol. 10, n° 4, pp. 475-484. DOI: 10.1016/j.dhjo.2017.04.007.
- Mizunoya, S.; Mitra, S.; Yamasaki, I. 2016. «The disability gap in employment rates in a developing country context: New evidence from Vietnam», *Economics Bulletin*, vol. 36, n° 2, pp. 771-777.

- Mkandawire, T. 2015. *Africa: Beyond recovery* (Londres, Sub-Saharan Publishers).
- Molyneux, M. 2007. *Change and continuity in social protection in Latin America: Mothers at the service of the State?* (Genève, Institut de recherche des Nations Unies pour le développement social (UNRISD)).
- Mont, D.; Cuong, N. 2011. «Disability and poverty in Vietnam», *World Bank Economic Review*, vol. 25, n° 2, pp. 323-359.
- Moussié, R. 2016. *Women informal workers mobilizing for child care* (Durban, WIEGO).
- Mpedi, L. G.; Nyenti, M. A. T. 2016. *Employment injury protection in Eastern and Southern African countries* (Stellenbosch, Centre for International and Comparative Labour and Social Security Law (CICLASS), Friedrich Ebert Stiftung (FES) et BIT).
- Muñoz Boudet, A. M.; Petesch, P.; Turk, C.; Thumala, A. 2012. *On norms and agency: Conversations about gender equality with women and men in 20 countries*, Working Paper No. 74191 (Washington, DC, Banque mondiale).
- Nagler, P. 2013. «How unemployment insurance savings accounts affect employment duration: Evidence from Chile», *IZA Journal of Labor & Development*, vol. 2, n° 9, pp. 1-25. DOI: <https://doi.org/10.1186/2193-9020-2-9>.
- Nations Unies. 2011. *Approche de la reprise économique et financière mondiale fondée sur les droits de l'homme, en mettant l'accent en particulier sur les groupes les plus vulnérables et les plus marginalisés*, Rapport de l'experte indépendante sur la question des droits de l'homme et de l'extrême pauvreté, Magdalena Sepúlveda Carmona, A/HRC/17/34 (New York, Assemblée générale des Nations Unies).
- . 2012. *World Economic Situation and Prospects 2012* (New York). Un résumé en français sous le titre «Situation et perspectives de l'économie mondiale 2012» est disponible à l'adresse http://www.un.org/en/development/desa/policy/wesp/wesp_archive/2012wesp_es_fr.pdf.
- . 2014. *Rapport du Rapporteur spécial sur l'extrême pauvreté et les droits de l'homme*, Document de l'Assemblée générale A/69/297 (New York, Assemblée générale des Nations Unies).
- . 2015a. *Rapport de la Rapporteuse spéciale sur les droits des personnes handicapées*, document de l'Assemblée générale A/70/297 (New York, Assemblée générale des Nations Unies).
- . 2015b. *Transformer notre monde: le Programme de développement durable à l'horizon 2030*, Résolution adoptée par l'Assemblée générale le 25 septembre 2015 (New York).
- . 2015c. *International Migration Report 2015* (New York).
- . 2015d. *Recovering from the Ebola Crisis*, rapport présenté par les Nations Unies, la Banque mondiale, l'Union européenne et la Banque africaine de développement en tant que contribution à la formulation de stratégies nationales de relèvement contre le virus Ebola au Libéria, en Sierra Leone et en Guinée (New York).
- . 2015e. *Programme d'action d'Addis-Abeba issu de la troisième Conférence internationale sur le financement du développement* (New York).
- . 2016a. *Leave no one behind. A call to action for gender equality and women's economic empowerment* (New York, Groupe de haut niveau de l'ONU sur l'autonomisation économique des femmes). Un résumé en français sous le titre «Ne laisser personne pour compte: un appel à l'action en vue de l'égalité des genres et de l'autonomisation économique des femmes» est disponible à l'adresse <http://hlp-wee.unwomen.org/-/media/hlp%20wee/attachments/reports-toolkits/hlp-wee-report-2016-09-call-to-action-overview-fr.pdf?la=en>.
- . 2016b. *Rapport de la Rapporteuse spéciale sur les droits des personnes handicapées sur les politiques tenant compte du handicap*, Document de l'Assemblée générale A/71/314 (New York, Assemblée générale des Nations Unies).
- . 2017a. *Intégration des trois dimensions du développement durable dans l'ensemble du système des Nations Unies*, Rapport du Secrétaire général A/72/75-E/2017/56 (New York).
- . 2017b. *Rapport sur les objectifs de développement durable 2017* (New York).
- . 2017c. *Point annuel sur les objectifs de développement durable*, rapport du Secrétaire général E/2017/66 (New York).
- . 2017d. *Rapport du Rapporteur spécial sur les droits de l'homme et l'extrême pauvreté*, Document A/HRC/35/26 (Genève, Conseil des droits de l'homme).

- . A paraître. *Report on the World Social Situation 2017: Promoting inclusion through social protection* (New York, Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales).
- Nawal, D.; Sekher, T. V.; Goli, S. 2013. «Decomposing the socioeconomic inequality in utilisation of maternal health-care services in selected Asian and sub-Saharan African countries», *The Lancet*, numéro special, vol. 381, n° S97. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)61351-3.
- Ocampo, J. A.; Gómez-Arteaga, N. 2016. *Sistemas de protección social en América Latina: Una evaluación*, Extension de la Seguridad Social, ESS – Documento núm. 52 (Genève, BIT; Lima, Bureau régional de l'OIT pour l'Amérique latine et les Caraïbes).
- ; Jomo, K. S. (dir. de publication). 2007. *Toward full and decent employment* (Londres et New York, Zed Books).
- OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques). 2009a. *Vers une croissance pro-pauvre: la protection sociale* (Paris).
- . 2009b. *Public works programmes and social protection*, Promoting Pro-Poor Growth Policy Instrument Note No. 3 (Paris).
- . 2010. *Perspectives économiques de l'Amérique latine 2011: une région de classes moyennes?* (Paris).
- . 2015. *Panorama des pensions 2015: les indicateurs de l'OCDE et du G20* (Paris).
- . 2016. *Balancing inclusiveness, work incentives and sustainability in Denmark*, Economics Department Working Papers No. 1338 (Paris).
- . 2017a. *Prestations et salaires – Statistiques* (Paris).
- . 2017b. *Basic income as a policy option: Can it add up?*, Policy Brief on the Future of Work (Paris).
- OMS (Organisation mondiale de la santé). 2010. *Rapport sur la santé dans le monde. Le financement des systèmes de santé: le chemin vers une couverture universelle* (Genève).
- . 2017. *World Health Statistics 2017: Monitoring health for the SDGs* (Genève).
- ; Banque mondiale. 2011. *Rapport mondial sur le handicap* (Genève et Washington, DC).
- Ong, C. B.; Peyron Bista, C. 2015. *The state of social protection in ASEAN at the dawn of integration* (Bangkok, Bureau régional de l'OIT pour l'Asie et le Pacifique).
- ONU Femmes. 2015. *Progress of the world's women 2015–2016: Transforming economies, realizing rights*. Résumé en français: «Le progrès des femmes dans le monde 2015-2016: transformer l'économie, réaliser les droits» (New York).
- ONUSIDA (Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida). 2017. *Outil d'évaluation du VIH et de la protection sociale: Création de données probantes pour la politique et l'action visant le VIH et la protection sociale* (Genève).
- Orozco Corona, M. E.; Gammage, S. 2017. *Cash transfer programmes, poverty reduction and women's economic empowerment: Experience from Mexico*, Working Paper 1/2017 (Genève, BIT).
- Ortiz, I.; Cummins, M. 2012. *A recovery for all: Rethinking socio-economic policies for children and poor households* (New York, UNICEF).
- ; —; Capaldo, J.; Karunanethy, K. 2015. *The decade of adjustment: A review of austerity trends 2010-2020 in 187 countries*, Extension of social security, ESS – Paper No. 53 (Genève, BIT; New York, South Centre, Initiative for Policy Dialogue).
- ; —; Karunanethy, K. 2017. *Espace budgétaire pour la protection sociale et les ODD: possibilités d'extension des investissements sociaux dans 187 pays*, Extension de la sécurité sociale, ESS – Document n° 48 (Genève, BIT; New York, UNICEF et ONU Femmes).
- Ostry, J. D.; Berg, A. G.; Tsangarides, C. G. 2014. *Redistribution, inequality, and growth*, IMF Staff Discussion Note No. 14/02 (Washington, DC, FMI).
- Ottaway, M. 2016. *What does corruption mean in the Middle East, exactly?* (Washington, DC, Wilson Center).
- Oxfam. 2013. *A cautionary tale: The true cost of austerity and inequality in Europe*, rapport de synthèse (Londres).
- Paes de Barros, R.; Corseuil, C. H.; Foguel, M. 2001. *Os incentivos adversos e a focalização dos programas de proteção ao trabalhador no Brasil* (Rio de Janeiro).
- Palmer, M. 2013. «Social protection and disability: A call for action», *Oxford Development Studies*, vol. 41, n° 2, pp. 139-154. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/13600818.2012.746295>.

- ; Groce, N.; Mont, D.; Nguyen, O.; Mitra, S. 2015. «The economic lives of people with disabilities in Vietnam», *PLoS ONE*, vol. 10, n° 7.
- ; Williams, J.; McPake, B. 2016. «The cost of disability in a low-income country». Disponible à l'adresse <https://ssrn.com/abstract=2856285>.
- PAM (Programme alimentaire mondial). 2013. *La situation de l'alimentation scolaire dans le monde 2013* (Rome).
- . 2017. *How school meals contribute to the SDGs: A collection of evidence* (Rome).
- Partenariat mondial pour la protection sociale universelle. 2016a. *The Universal Child Money Programme in Mongolia*, Universal Social Protection Series (Washington, DC, Banque mondiale; Genève, BIT).
- . 2016b. *Universal protection for children and adolescents in Argentina*, Universal Social Protection Series (Washington, DC, Banque mondiale; Genève, BIT).
- . 2016c. *Universal maternity protection in Argentina*, Universal Social Protection Series (Washington, DC, Banque mondiale; Genève, BIT).
- . 2016d. *Universal old-age and disability pensions, and other universal allowances in Nepal*, Universal Social Protection Series (Washington, DC, Banque mondiale; Genève, BIT).
- . 2016e. *Universal disability grants in South Africa*, Universal Social Protection Series (Washington, DC, Banque mondiale; Genève, BIT).
- . 2016f. *Universal old-age and disability pensions in Timor-Leste*, Universal Social Protection Series (Washington, DC, Banque mondiale; Genève, BIT).
- . 2016g. *Universal old-age, disability and survivor pensions in Ukraine*, Universal Social Protection Series (Washington, DC, Banque mondiale; Genève, BIT).
- . 2016h. *Universal pensions in Bolivia*, Universal Social Protection Series (Washington, DC, Banque mondiale; Genève, BIT).
- . 2016i. *Universal pensions in Botswana*, Universal Social Protection Series (Washington, DC, Banque mondiale; Genève, BIT).
- . 2016j. *Universal pensions in Lesotho*, Universal Social Protection Series (Washington, DC, Banque mondiale; Genève, BIT).
- . 2016k. *The Basic Social Grant for all older persons in Namibia*, Universal Social Protection Series (Washington, DC, Banque mondiale; Genève, BIT).
- . 2016l. *The Universal pension Scheme in Zanzibar*, Universal Social Protection Series (Washington, DC, Banque mondiale; Genève, BIT).
- . 2016m. *Universal pensions in China*, Universal Social Protection Series (Washington, DC, Banque mondiale; Genève, BIT).
- . 2016n. *Universal pensions in Cabo Verde*, Universal Social Protection Series (Washington, DC, Banque mondiale; Genève, BIT).
- . 2016o. *Universal pensions in South Africa*, Universal Social Protection Series (Washington, DC, Banque mondiale; Genève, BIT).
- . 2016p. *Universal pensions in Thailand* (Washington, DC, Banque mondiale; Genève, BIT).
- . 2016q. *Universal pensions in Trinidad and Tobago*, Universal Social Protection Series (Washington, DC, Banque mondiale; Genève, BIT).
- . 2016r. *Universal old-age pensions in Maldives*, Universal Social Protection Series (Washington, DC, Banque mondiale; Genève, BIT).
- Petrongolo, B. 2009. «The long-term effects of job search requirements: Evidence from the UK JSA reform», *Journal of Public Economics*, vol. 93, n° 11-12, pp. 1234-1253.
- Peyron Bista, C.; Carter, J. 2017. *Unemployment protection: A good practices guide and training package: Experiences from ASEAN* (Bangkok, Bureau régional de l'OIT pour l'Asie et le Pacifique).
- Pignatti, C. 2016. *Do public employment services improve employment outcomes? Evidence from Colombia*, Research Department Working Paper No. 10 (Genève, BIT).
- Pino, A.; Badini Confalonieri, A. M. 2014. «National social protection policies in West Africa: A comparative analysis», *International Social Security Review*, vol. 67, n° 3-4, pp. 127-152.
- Plagerson, S.; Ulriksen, M. S. 2015. *Cash transfer programmes, poverty reduction and empowerment of women in South Africa*, GED Working Paper No. 4 (Genève, BIT).

- PNUD (Programme des Nations Unies pour le développement). 2016. *Social protection for sustainable development: Dialogues between Africa and Brazil* (New York).
- ; BIT; UNICEF; OMS; IDA (International Disability Alliance); UN SRRPWD (Rapporteuse spéciale des Nations Unies sur les droits des personnes handicapées); IDDC (International Disability and Development Consortium). 2016. *Disability data disaggregation: Joint statement by the disability sector*, document présenté au Fourth meeting of the IAEG-SDG's (New York et Genève).
- ; Ligue arabe. 2014. *Disability in the Arab region: An overview* (Beyrouth).
- Ramos, C. A. 2002. *Las políticas del mercado de trabajo y su evaluación en Brasil*, Serie Macroeconomía del Desarrollo núm. 16 (Santiago, CEPALC).
- Razavi, S.; Arza, C.; Braunstein, E.; Cook, S.; Goulding, K. 2012. *Gendered impacts of globalization: Employment and social protection*, Gender and Development Paper No. 16 (Genève, Institut de recherche des Nations Unies pour le développement social (UNRISD)).
- Renda, L. 2017. *Renewed hope in Lebanon*, UNDP *Our Perspectives*, blog (28 mars). Disponible à l'adresse www.undp.org.
- Robalino, D. A.; Vodopivec, M.; Bodor, A. 2009. *Savings for unemployment in good or bad times: Options for developing countries*, IZA Discussion Paper No. 4516 (Bonn, Institute for the Study of Labor).
- Sabates-Wheeler, R.; Kabeer, N. 2003. *Gender equality and the extension of social protection*, Extension of Social Security, ESS – Paper No. 16 (Genève, BIT).
- Samman, E.; Presler-Marshall, E.; Jones, N. 2016. *Women's work, mothers, children and the global childcare crisis* (Londres, Overseas Development Insititute).
- Samson, M.; Kenny, K. 2016. «Designing and delivering social protection programs for informal sector workers in Asia», dans l'ouvrage publié sous la direction de S. W. Handayani: *Social protection for informal workers in AsiaI*, pp. 9-62 (Manille, Banque asiatique de développement).
- SASSA (Sécurité sociale d'Afrique du Sud) 2017. *Statistical summary of social grants in South Africa*, Issue No. 4 (Pretoria).
- Scheil-Adlung, X. (dir. de publication). 2014. *Can productivity in SMEs be increased by investing in workers' health? Taking stock of findings on health protection of workers in small and medium-sized enterprises and their impacts on productivity*, Extension of Social Security, ESS – Paper No. 45 (Genève, BIT).
- . 2015a. *Global evidence on inequities in rural health protection: New data on rural deficits in health coverage for 174 countries*, Extension of Social Security, ESS – Paper No. 47 (Genève, BIT).
- . 2015b. *Long-term care protection for older persons: A review of coverage deficits in 46 countries*, Extension of Social Security, ESS – Paper No. 50 (Genève, BIT).
- . 2016. *Health workforce: A global supply chain approach: New data on the employment effects of health economies in 185 countries*, Extension of Social Security, ESS – Paper No. 55 (Genève, BIT).
- ; Behrendt, T.; Wong, L. 2015. «Health sector employment: A tracer indicator for universal health coverage in national Social Protection Floors», *Human Resources for Health*, vol. 13, p. 66.
- ; Bonnet, F. 2011. «Beyond legal coverage: Assessing the performance of social health protection», *International Social Security Review*, vol. 64, n° 3, pp. 21-38. DOI: 10.1111/j.1468-246X.2011.01400.x.
- Schlögl, L.; Sumner, A. 2014. *How middle class are the "emerging middle" or "scooter class" in Indonesia? A household asset approach to social stratification*, Economics and Development Studies Working Papers No. 201407 (Bandung, Padjadjaran University).
- Schwarzer, H.; van Panhuys, C.; Diekmann, K. 2016. *Protecting people and the environment: Lessons learnt from Brazil's Bolsa Verde, China, Costa Rica, Ecuador, Mexico, South Africa, and 56 other experiences*, Extension of Social Security, ESS – Paper No. 54 (Genève, BIT).
- Seguino, S. 2009. *The global economic crisis, its gender implications and policy responses*, document présenté lors de la 53^e session de la Commission de la condition de la femme sur les perspectives de genre sur la crise financière, 2-13 mars 2009 (New York).

- Stiglitz, J. 2009. «Crise mondiale, emplois et protection sociale», *Revue internationale du Travail*, vol. 148, n° 1-2, pp. 1-14.
- Tatsiramos, K. 2014. «Unemployment benefits and job match quality: Do unemployment benefits help those seeking work to obtain better jobs?», *IZA World of Labor*, vol. 44. DOI: 10.15185/izawol.44.
- Tawiah, E. 2011. «Population ageing in Ghana: A profile and emerging issues», *African Population Studies*, vol. 25, n° 2, pp. 623-645.
- UA (Union africaine). 2015a. *Addis Ababa Declaration on Social Protection for Inclusive Development*, STC-SDLE-1/Min/ (Addis-Abeba).
- . 2015b. *Agenda 2063: The Africa we want* (Addis-Abeba).
- Ulrichs, M. 2016. *Informality, women and social protection: Identifying barriers to provide effective coverage* (Londres, Overseas Development Institute).
- UNICEF (Fonds des Nations Unies pour l'enfance). 2012a. *Integrated social protection systems: Enhancing equity for children* (New York).
- . 2012b. *Children under the age of three in formal care in Eastern Europe and Central Asia: A rights-based regional situation analysis* (New York).
- . 2013. *La situation des enfants dans le monde 2013: les enfants handicapés* (New York).
- . 2015a. *Unless we act now: The impact of climate change on children* (New York).
- . 2015b. *Social Monitor: Social protection for child rights and well-being in Central and Eastern Europe, the Caucasus and Central Asia* (New York).
- . 2016a. *Mapping the global goals for sustainable development and the Convention on the Rights of the Child* (New York).
- . 2016b. *La situation des enfants dans le monde 2016: l'égalité des chances pour chaque enfant* (New York).
- . 2017. *Construire l'avenir: les enfants et les objectifs de développement durable dans les pays riches* (Florence, Centre de recherche de l'UNICEF – Innocenti).
- ; OMS; Banque mondiale. 2017. *Levels and trends in child malnutrition: Joint malnutrition estimates* (New York, Genève et Washington, DC).
- UNRISD (Institut de recherche des Nations Unies pour le développement social). 2010. *Combating poverty and inequality: Structural change, social policy and politics* (Genève). Une vue d'ensemble est disponible en français à l'adresse [http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/httpNetITFramePDF?ReadForm&parentunid=4C1D0B5FC0DC0FE9C125783700565628&parentdoctype=book&netitpath=80256B3C005BCCF9/\(httpAuxPages\)/4C1D0B5FC0DC0FE9C125783700565628/\\$file/vuedensembl.pdf](http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/httpNetITFramePDF?ReadForm&parentunid=4C1D0B5FC0DC0FE9C125783700565628&parentdoctype=book&netitpath=80256B3C005BCCF9/(httpAuxPages)/4C1D0B5FC0DC0FE9C125783700565628/$file/vuedensembl.pdf).
- . 2016. *Policy Innovations for Transformative Change: UNRISD Flagship Report 2016* (Genève).
- van der Hoeven, R. 2010. *Labour markets trends, financial globalization and the current crisis in developing countries*, UNDESA Working Paper No. 99 (New York, Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales).
- van Panhuys, C.; Kazi-Aoul, S.; Binette, G. 2017. *Migrant access to social protection under Bilateral Labour Agreements: A review of 120 countries and nine bilateral arrangements*, Extension of Social Security, ESS – Paper No. 57 (Genève, BIT).
- Vaughan-Whitehead, D. (dir. de publication). 2014. *Is Europe losing its soul? The European Social Model in times of crisis* (Genève, BIT).
- . 2016. *Europe's disappearing middle class? Evidence from the world of work* (Genève, BIT; Cheltenham, Edward Elgar).
- Washington Group on Disability Statistics. 2016. *The Washington Group short set of disability questions*. Disponible à l'adresse <http://www.washingtongroup-disability.com/washington-group-question-sets/short-set-of-disability-questions/>.
- Wening Handayani, S. (dir. de publication). 2016. *Social protection for informal workers in Asia* (Manille, Banque asiatique de développement).
- Whitehouse, E. 2012. *Adequacy (I). Pension entitlements, replacement rates and pension wealth*, World Bank Pension Indicators and Database Briefing 3 (Washington, DC, Banque mondiale).

Sources des données et des statistiques

- AISS (Association internationale de la sécurité sociale); SSA (Administration de la sécurité sociale des Etats-Unis). Diverses dates. Les programmes de sécurité sociale dans le monde. Disponible aux adresses <http://www.ssa.gov/policy/docs/progdesc/ssptw/> et https://www.issa.int/en_GB/country-profiles [consulté le 20 juin 2017].
- BAD (Banque asiatique de développement). 2017. Social Protection Index. Disponible à l'adresse <http://spi.adb.org/spidmz/index.jsp> [consulté le 1^{er} juin 2017].
- Banque mondiale. 2015. Global Consumption Database: Health. Disponible à l'adresse <http://datatopics.worldbank.org/consumption/sector/Health> [consulté le 27 février 2015].
- . 2017. World Development Indicators. Disponible à l'adresse <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators> [consulté le 18 juin 2017].
- . 2017. Pensions data. Disponible à l'adresse <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTSOCIALPROTECTION/EXTPENSIONS/0,,contentMDK:23231994~menuPK:8874064~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:396253,00.html> [consulté le 1^{er} juin 2017].
- . 2017. Women, Business and the Law. Disponible à l'adresse <http://wbl.worldbank.org/> [consulté le 1^{er} juin 2017].
- BIT (Bureau international du Travail). 2014. Social Health Protection, Statistical Annexes. Disponible à l'adresse <http://www.ilo.org/gimi/gess/ShowTheme.action?themeId=3985> [consulté le 1^{er} juin 2017].
- . 2010-2017. Social Protection Monitor. Disponible à l'adresse <http://www.social-protection.org/gimi/gess/ShowWiki.action?id=3205> [consulté le 1^{er} juin 2017].
- . 2017. EPLex: base de données sur les législations de protection de l'emploi. Disponible à l'adresse http://www.ilo.org/dyn/eplex/termmain.home?p_lang=en [26 mai 2017].
- . 2017. ILOSTAT. Disponible à l'adresse <http://www.ilo.org/global/statistics-and-databases/lang--en/index.htm> [consulté le 1^{er} juin 2017].
- . 2017. NORMLEX: Information System on International Labour Standards. Disponible à l'adresse <http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/> [consulté le 1^{er} juin 2017].
- . 2017. Base de données sur la protection sociale dans le monde, fondée sur l'enquête sur la sécurité sociale (SSI). Disponible à l'adresse <http://www.social-protection.org/gimi/gess/ShowTheme.action?id=4457> [consulté le 1^{er} juin 2017].
- CEI-STAT (Comité de statistique de la Communauté des Etats indépendants). 2017. WEB Database Statistics of the CIS. Disponible à l'adresse <http://www.cisstat.com/0base/index-en.htm> [consulté le 1^{er} juin 2017].
- CEPAL (Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes). 2017. Statistiques et indicateurs: Social Public Expenditure. Disponible à l'adresse http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB_CEPALSTAT/Portada.asp?idioma=i [consulté le 1^{er} juin 2017].
- Eurostat. 2017. Base de données sur les bénéficiaires des pensions. Disponible à l'adresse http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=spr_pns_ben&lang=en [consulté le 1^{er} juin 2017].
- FMI (Fonds monétaire international). 2017. Statistiques de finances publiques. Disponible à l'adresse data.imf.org [juin 2017].
- . 2017. World Economic Outlook Database. Disponible à l'adresse <http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2013/02/weodata/index.aspx> [consulté le 1^{er} juin 2017].
- GSW (Government Spending Watch). 2017. Spending Data. Disponible à l'adresse <http://www.governmentspendingwatch.org/spending-data> [consulté le 1^{er} juin 2017].
- HelpAge International. 2017. Base de données de HelpAge sur les pensions non contributives. Disponible à l'adresse <http://www.pension-watch.net/about-social-pensions/about-social-pensions/social-pensions-database/> [consulté le 29 mai 2017].
- ISPA (Inter-Agency Social Protection Assessments). 2017. SPIAC-B, data obtained from tools' applications in the countries. Disponible à l'adresse <http://ispatools.org/> [consulté le 1^{er} juin 2017].

MISSCEO (Système mutuel d'information sur la protection sociale du Conseil de l'Europe). 2017. Tableaux comparatifs. Disponible à l'adresse <http://www.missceo.coe.int/> [consulté le 1^{er} juin 2017].

MISSOC (Système d'information mutuelle sur la protection sociale). 2017. Disponible à l'adresse <http://www.missoc.org/> [consulté le 1^{er} juin 2017].

OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques). 2017. Health Statistics. Disponible à l'adresse <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm> [consulté le 1^{er} juin 2017].

—. 2017. SOCR: Base de données sur les bénéficiaires de prestations sociales. Disponible à l'adresse <http://www.oecd.org/social/recipients.htm> [consulté le 26 mai 2017].

OMS (Organisation mondiale de la santé). 2015. Base de données de l'Observatoire mondial de la santé: Health Financing and Global Health Workforce Statistics. Disponible à l'adresse <http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en; definitions for out-of-pocket expenditure on health as % of total health expenditure>. Disponible à l'adresse http://apps.who.int/gho/indicatorregistry/App_Main/view_indicator.aspx?iid=3105 [consulté le 9 mars 2015].

—. 2017. Global Database on Child Growth and Malnutrition. Disponible à l'adresse <http://www.who.int/nutgrowthdb/database/en/> [consulté en juin 2017].

—. 2017. Global Health Expenditure Database: National Health Accounts. Disponible à l'adresse <http://apps.who.int/nha/database> [consulté le 1^{er} juin 2017].

SESPROS (Système européen de statistiques intégrées de la protection sociale). 2017. Living Conditions and Welfare: Social Protection. Disponible à l'adresse http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=spr_exp_gdp&clang=en [consulté le 8 juin 2017].