



► Focus sur la protection sociale

Date: mars 2020

► Vers la couverture santé universelle: principes en matière de protection sociale de la santé

Points essentiels

- La protection sociale de la santé offre une approche fondée sur les droits pour atteindre l'objectif de couverture santé universelle qui assure une protection financière et un accès effectif aux services de soins de santé.
- Dans le cadre du Programme de développement durable à l'horizon 2030, l'extension de la protection sociale de la santé contribue à la réalisation de deux cibles complémentaires portant respectivement sur la couverture sanitaire universelle (cible 8 de l'ODD 3) et sur les systèmes de protection sociale universels, y compris les socles de protection sociale (cible 3 de l'ODD 1).
- La protection sociale de la santé s'inscrit résolument dans le cadre des droits internationaux: Déclaration universelle des droits de l'homme, Pacte international relatif aux droits économiques sociaux et culturels, convention (no 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952, et recommandation (no 202) sur les socles de protection sociale, 2012.
- Il n'y a pas de solution unique. Les normes internationales fournissent aux pouvoirs publics des principes directeurs leur permettant de garantir une protection universelle qui tienne compte du partage des risques, de l'équité et de la solidarité, et qui soit durable sur les plans budgétaire, économique et social.

Protection sociale de la santé: une approche de la couverture santé universelle fondée sur les droits

Chaque année, 100 millions de personnes tombent dans la pauvreté en raison des dépenses de santé, et 800 millions consacrent au moins 10 pour cent du budget familial aux soins de santé, une situation qui touche tout particulièrement les pauvres (OMS et Banque mondiale 2017).

En septembre 2019, l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté une déclaration politique sur la couverture sanitaire universelle, dans laquelle elle réaffirme son engagement à réaliser les objectifs de développement durable (ODD) liés à la santé (Nations Unies, 2019a).

La protection sociale de la santé est essentielle si l'on veut faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle, c'est-à-dire en particulier d'une protection financière et d'un accès effectif à des services de santé. Les cibles des ODD portant sur la couverture sanitaire universelle (cible 8 de l'ODD 3) et les systèmes de protection sociale

universels, y compris les socles de protection sociale (cible 3 de l'ODD 1) sont deux priorités complémentaires et étroitement liées visant à permettre aux personnes de mener une vie saine et digne, condition essentielle du développement durable et de la justice sociale (BIT, 2017b).

La protection sociale de la santé pour tous figure en outre en filigrane dans les cibles de l'ODD 8, qui vise à promouvoir une croissance économique soutenue, partagée et durable, le plein emploi productif et un travail décent pour tous, puisque la réalisation de ces cibles nécessite une main-d'œuvre en bonne santé. La protection sociale est donc un élément essentiel de l'approche de l'avenir du travail centrée sur l'humain (Commission mondiale sur l'avenir du travail, 2019). Les problèmes de santé et l'impossibilité d'obtenir des soins médicaux pour des motifs financiers, géographiques, sociaux ou autres ont une incidence négative sur la productivité de la main-d'œuvre. En cas de maladie, l'absence de sécurité du revenu empêche les ménages d'investir dans des actifs productifs et les fait basculer dans la pauvreté.

Dans le cadre du Programme de développement durable à l'horizon 2030, la couverture sanitaire universelle a pour but que chacun puisse bénéficier des services de promotion de la santé, de prévention, de traitement, de réadaptation ou de soins palliatifs dont il a besoin, sans avoir à faire face à des difficultés financières (OMS et Banque mondiale 2017).

La protection sociale de la santé offre une approche fondée sur les droits pour atteindre l'objectif de la couverture santé universelle. En tant que partie intégrante de systèmes complets de protection sociale, la protection sociale de la santé constitue le moyen le plus adapté de faire respecter les droits fondamentaux à la santé et à la sécurité sociale (Nations Unies, 2019b). Son objectif est double: l'accès universel à des soins de santé abordables et de qualité satisfaisante et la sécurité du revenu en cas de maladie (BIT, 2008).

Un certain nombre de pays, tels que la Colombie, la Mongolie, le Rwanda, les Philippines, la Thaïlande, et bien d'autres, ont montré qu'il est possible d'étendre à tous la couverture sociale en matière de santé, même dans les milieux à faible revenu et où l'emploi informel est répandu. Cela démontre combien un engagement politique et financier constant, inscrit dans une approche fondée sur les droits, est indispensable si l'on ne veut laisser personne de côté (Ortiz et al., 2019).

Principes internationaux en matière de protection sociale de la santé

Par protection sociale de la santé, on entend toute une série de mesures publiques ou de mesures privées définies et encadrées par les pouvoirs publics en vue d'atteindre les objectifs suivants:

- i) un accès effectif aux soins de santé sans que cela ne constitue une charge excessive;
- ii) la sécurité financière pour compenser la perte de revenu en cas de maladie.

Faute de soins de santé de qualité à un prix abordable et faute de sécurité financière en cas de maladie, le risque est grand de voir la majorité de la population mondiale tomber dans la pauvreté et les plus vulnérables laissés de côté.

Les objectifs, les fonctions et les principes propres aux systèmes de protection sociale de la santé reposent sur les normes internationales relatives à la sécurité sociale (voir encadré 1) adoptées par l'Organisation internationale du travail (OIT). Ces instruments sont le fruit d'un consensus international entre les gouvernements et les organisations d'employeurs et de travailleurs (BIT, 2019c).

Encadré 1: Normes internationales essentielles

- Recommandation (no 69) sur les soins médicaux, 1944.
- Convention (no 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952.
- Convention (no 130) et recommandation (no 134) concernant les soins médicaux et les indemnités de maladie, 1969.
- Convention (no 183) sur la protection de la maternité, 2000.
- Recommandation (no 202) sur les socles de protection sociale, 2012.

Principe 1 - Universalité de la protection

La santé et la sécurité sociale sont des droits de l'homme qui, en tant que tels, devraient avoir une portée universelle garantie, sans laisser personne de côté. Concrètement, ils sont censés garantir l'accès effectif de tous les individus à une protection suffisante (Nations Unies, 2008). La protection sociale de la santé est le meilleur moyen de donner corps à ces droits de l'homme.

Dès 1944, la recommandation (n° 69) sur les soins médicaux a introduit le principe d'universalité, qui prévoit que le service de soins médicaux devrait englober tous les membres de la communauté, qu'ils exercent ou non une occupation lucrative. Le droit à la santé a ensuite été formellement énoncé dans les instruments relatifs aux droits de l'homme ¹. Les organes des Nations Unies chargés de ces droits, tout en prenant acte de la mise en œuvre progressive du droit à la santé, ont exigé que des mesures soient effectivement prises pour garantir ce droit dans toute la mesure des ressources disponibles (Nations Unies, 2000).

Les principes sur lesquels repose la protection sociale de la santé offrent une approche de la couverture universelle de la population – l'une des trois dimensions de la couverture sanitaire universelle (couverture de la population, couverture des services et protection financière) – fondée sur les droits (OMS, 2010). Ces principes sont soulignés dans la recommandation (n° 202) sur les socles de protection sociale, 2012, qui fait de l'accès effectif à des soins de santé essentiels la première des quatre garanties élémentaires de sécurité sociale constituant les socles nationaux de protection sociale pour tous (BIT, 2017a ; 2017b ; 2019c).

¹ Le droit à la santé a été énoncé dans la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 et précisé dans l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. Le droit à la sécurité sociale, qui englobe les mécanismes d'assurance sociale et d'assistance sociale, bénéficie également de la protection de la Déclaration (article 22) et du Pacte (article 9) et de nombreux autres instruments internationaux et régionaux.

Prenant acte de cette avancée importante dans la recherche d'un consensus international sur la question de la couverture universelle de santé, l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté en 2012 une résolution sur la santé mondiale et la politique étrangère, qui souligne "l'importance que revêt la mise en place de systèmes de santé nationaux qui assurent une couverture universelle, en particulier de mécanismes de santé primaire et de protection sociale, notamment des socles de protection sociale déterminés par les États eux-mêmes"².

Les socles de protection sociale garantissent un niveau minimal de protection dans le cadre de systèmes de sécurité sociale nationaux complets. Outre l'accès aux soins médicaux et aux prestations de maladie, la convention (n° 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952, définit sept autres aléas de la vie contre lesquels tous les membres de la société doivent être protégés tout au long de leur vie selon une approche fondée sur les droits.

S'il existe différents moyens de mettre en place une couverture universelle, la plupart des pays choisissent l'option du régime obligatoire financé par l'impôt et/ou les cotisations sociales. Au niveau mondial, l'assurance maladie volontaire joue un rôle minime dans le financement de la santé (OMS, 2018).

Principe 2 - Partage des risques et solidarité en matière de financement

Les mécanismes de protection financés par la collectivité, que cela passe par les cotisations sociales, par l'impôt ou les deux, produisent des effets redistributifs positifs sans reporter sur les individus les risques financiers et les risques du marché du travail.

Les régimes publics d'assurance maladie sont parfois mis en œuvre par des acteurs privés (compagnies d'assurance ou organisations à but non lucratif). Lorsque c'est le cas, les caractéristiques du régime sont encadrées par la loi et contrôlées par l'État, mais sa mise en œuvre est déléguée à des acteurs privés soumis à une réglementation très stricte.

Les régimes d'assurance maladie gérés par le secteur privé ne relèvent de ce cadre que lorsqu'ils exercent une mission de service public, ce qui garantit un certain niveau de solidarité. L'encadré 2 décrit les bases techniques des modalités de financement des régimes d'assurance maladie publics et privés et illustre leurs différences au regard du principe de la solidarité en matière de financement (Cichon et al., 1999).

Dans la pratique, la sécurité du revenu en cas de maladie peut être assurée par les principaux moyens d'action ci-après, qu'il est possible de combiner :

- L'indemnité légale de maladie versée par l'employeur en vertu de la législation du travail ou de la sécurité sociale.
- Les prestations de maladie versées par le système d'assurance sociale (financé par les cotisations des employeurs et des travailleurs) et/ou par le système d'assistance sociale (financé par l'impôt).

Encadré 2: Financement des régimes d'assurance maladie publics et privés

La différence entre régimes publics et régimes privés du point de vue du financement réside dans le calcul actuariel des cotisations et le mode d'accumulation des réserves.

Les régimes publics se caractérisent par la mutualisation des risques. Le niveau de la cotisation n'est pas lié au risque individuel, mais à la capacité de cotisation de l'assuré. Les cotisations sont calculées sur la base du principe de l'équivalence collective entre les recettes et les dépenses, et les niveaux de cotisation sont proportionnels à la capacité de cotiser.

Dans le cas des régimes privés, les cotisations ne sont généralement pas liées au revenu ou à la capacité de cotiser, mais plutôt aux risques individuels et sont appelées "primes". Les primes sont calculées sur la base de l'équivalence individuelle, ce qui signifie que la valeur actuelle des primes et des dépenses prévues pour une période déterminée ou pour toute la durée de la police d'assurance doit être égale pour chaque assuré.

Outre le calcul de la prime elle-même, les régimes privés se distinguent des régimes publics par certaines conditions pouvant figurer dans la police d'assurance individuelle, par exemple la participation aux frais, les exclusions de risques (absence de prise en charge des affections préexistantes) ou l'obligation de subir un examen de santé préalablement à l'adhésion.

Les normes de l'OIT en matière de sécurité sociale donnent la priorité aux prestations de maladie financées par la collectivité (cotisations et/ou impôt), qui constituent un mécanisme de protection plus fiable. En effet, lorsque le congé de maladie rémunéré est une obligation légale incombant à l'employeur, la solidarité en matière de financement est de fait limitée et la protection ne concerne souvent que les salariés, à l'exclusion de certaines catégories de travailleurs comme les travailleurs occasionnels ou les travailleurs rémunérés à l'heure. Dans ce cas, le coût de la maladie est laissé à la charge des entreprises, avec toutes les conséquences négatives que cela peut avoir : pression sur les salariés pour les dissuader de prendre un congé de maladie, discrimination à l'embauche envers les personnes qui ont déclaré une maladie, incidences financières incitant les petites entreprises à recourir à des formes d'emploi non soumises à l'obligation légale d'indemniser le congé de maladie.

² Assemblée générale des Nations Unies, résolution 67/81, Santé mondiale et politique étrangère, A/RES/67/81 (2012), paragr. 3.

Principe 3 – Responsabilité générale et principale qui incombe à l'État

Ce principe fondamental renvoie à l'obligation qui incombe à l'État en tant que garant global de la protection sociale en général et de la protection sociale de la santé en particulier. Il implique que l'État doit prendre des mesures pour garantir que tous les principes internationalement reconnus sont dûment respectés et que des mesures sont prises pour assurer la bonne administration tant de la collecte de recettes, de la mise en commun de fonds et des achats des services de santé que de la prestation de services de santé.

La recommandation n° 202 souligne que ce principe est primordial pour permettre et garantir l'application de tous les autres principes de protection sociale, notamment la «pérennité financière, budgétaire et économique» du système national de protection sociale, «compte dûment tenu de la justice sociale et de l'équité», en collectant et en allouant les ressources nécessaires pour assurer la protection garantie par le droit national. En vertu des instruments relatifs aux droits de l'homme, l'État est tenu de démontrer que les politiques menées au niveau national visent à assurer le respect, la protection et la réalisation du droit à la santé.

Principe 4 – Adéquation des prestations

Tant les soins médicaux (y compris les soins de maternité) que les indemnités de maladie versées en espèces doivent être suffisants et répondre aux besoins de toutes les personnes en ce qui concerne la gamme, l'étendue et la qualité des prestations fournies. Les principes de la protection sociale de la santé prévoient une approche fondée sur les droits, s'agissant non seulement de la couverture de la population, mais aussi des deux autres dimensions de la couverture santé universelle, à savoir la protection financière et l'étendue des prestations.

Les normes internationales³ prévoient la fourniture de soins médicaux et de soins de maternité – tant préventifs que curatifs – en définissant un ensemble minimum de biens et de services qui devraient être proposés aux fins de préserver, de restaurer ou d'améliorer la santé et l'aptitude au travail et de répondre aux besoins de soins des individus.

Les paiements effectués par les patients ne devraient pas être la principale source de financement des systèmes de santé. À cette fin, les règles relatives au partage des frais devraient être définies de sorte à éviter de faire peser une charge trop lourde sur les patients, le paiement partagé étant autorisé de manière limitée uniquement pour les soins médicaux et non pour les soins de maternité.

Plus précisément, la recommandation n° 202 dispose que 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, et que la gratuité des soins médicaux prénatals et postnatals devrait également être envisagée pour les personnes les plus vulnérables (paragr. 8).

Elle souligne en outre que pour être considérés comme suffisants, notamment par les organes des droits de l'homme chargés de contrôler le respect du droit à la santé, les services de santé devraient répondre aux critères de disponibilité, d'accessibilité, d'acceptabilité et de qualité (recommandation n° 202, paragraphe 5.a), comme indiqué dans l'encadré 3 (ONU 2000).

► Encadré 3: Disponibilité, accessibilité, acceptabilité et qualité des soins de santé

Accessibilité: les installations, biens et services de santé doivent être accessibles physiquement (et ce sans danger pour tous les groupes de la population, notamment les enfants, les adolescents, les personnes âgées, les personnes handicapées et les autres groupes vulnérables), ainsi que financièrement et d'une manière propre à prévenir la discrimination. L'accessibilité implique aussi le droit de rechercher, de recevoir et de diffuser des informations dans un format accessible à tous, y compris aux personnes handicapées, mais elle ne doit pas porter atteinte au droit à la confidentialité des données de santé à caractère personnel.

Disponibilité: il doit exister dans le pays, en quantité suffisante, des installations, des biens et des services fonctionnels en matière de santé publique et de soins de santé.

Acceptabilité: les installations, biens et services de santé doivent être respectueux de l'éthique médicale, tenir compte des spécificités de chaque sexe et être appropriés sur le plan culturel. En d'autres termes, ils doivent être médicalement et culturellement acceptables.

Qualité: les installations, biens et services de santé doivent également être scientifiquement et médicalement appropriés et de bonne qualité. Cela suppose, notamment, du personnel médical qualifié, des médicaments et du matériel hospitalier approuvés par les instances scientifiques et non périmés, des moyens d'assainissement appropriés et un approvisionnement en eau salubre et potable.

³ Convention (no 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952, convention (no 130) concernant les soins médicaux et les indemnités de maladie, 1969, et convention (no 183) sur la protection de la maternité, 2000.

Les instruments prescrivent également des niveaux minimums de paiements périodiques pour compenser la perte de revenus pendant la maladie et la maternité. Pour être suffisante, la sécurité du revenu en cas de maternité doit être assurée pendant la période nécessaire pour garantir la santé de la mère et de l'enfant (OIT et UNICEF 2019; UNICEF sans date).

Principe 5 – Caractère prévisible des prestations

Conformément à une approche fondée sur les droits visant à garantir l'accès à des soins médicaux abordables pour tous et la sécurité du revenu en cas de maladie, le cadre juridique national devrait fixer clairement les prestations à fournir et prévoir des dispositions assurant le financement nécessaire.

Les cadres juridiques sont essentiels pour garantir des droits à prestations prévisibles. La prévisibilité permet aux ménages de disposer librement de leurs revenus et évite le risque que des personnes ne renoncent à se faire soigner par crainte des conséquences financières. Pour cette raison, la recommandation no 202 préconise que des procédures de réclamation et de recours efficaces et accessibles soient mises en place dans un cadre général de responsabilisation.

Principe 6 – Non-discrimination, égalité entre hommes et femmes et inclusion sociale

Les systèmes de protection sociale de la santé devraient être conçus de façon à garantir le respect des principes de non-discrimination et d'égalité entre hommes et femmes ainsi que la prise en compte des besoins spécifiques (Behrendt et al. 2017). Le processus de définition du catalogue de prestations, des mécanismes de financement, des conditions d'attribution et des dispositions relatives aux prestations devrait être conduit de façon inclusive et tenir compte des besoins de chacun. Il convient de veiller tout particulièrement à ce que les régimes de protection sociale de la santé soient inclusifs et effectivement accessibles, de sorte que personne ne soit laissé pour compte (BIT 2014c; BIT 2019b; Scheil-Adlung et Bonnet 2011).

Principe 7 – Pérennité budgétaire et économique, compte tenu de la justice sociale et de l'équité

La pérennité fait référence à la capacité actuelle et future du système de protection sociale de la santé de supporter les coûts liés à son fonctionnement, compte tenu de la situation économique, budgétaire et financière du pays.

Garantir la pérennité est un défi permanent pour l'État dans l'exercice de la responsabilité générale et principale qui lui incombe d'assurer le bon fonctionnement de systèmes complets de protection sociale et de santé. La recommandation no 202 souligne la nécessité de tenir dûment compte du

principe d'équité dans la mise au point de l'architecture financière du système. Les processus d'élaboration ou de réforme des systèmes de protection sociale de la santé doivent être guidés par le principe d'équité (BIT 2014b).

La bonne gouvernance des systèmes de protection sociale de la santé doit permettre de garantir une gestion financière et une administration transparentes. Il est nécessaire que des cadres législatifs et réglementaires sains viennent renforcer la cohérence institutionnelle et la qualité des services publics. La recommandation no 202 préconise donc également un suivi régulier de la mise en œuvre et une évaluation périodique dans un cadre complet de responsabilisation.

Principe 8 – Participation et dialogue social

Le dialogue social et la participation sont les clés d'une protection sociale de la santé qui est adaptée aux besoins de la population protégée et qui donne aux parties prenantes du système la possibilité d'être entendues. La représentation des personnes protégées, y compris les représentants des intérêts des patients, dans les organes de gouvernance des institutions responsables de la protection sociale de la santé, est une composante essentielle de la bonne gouvernance.

Principe 9 – Diversité des approches et mise en œuvre progressive

La «protection sociale de la santé» comprend le revenu de substitution en cas de maladie et l'accès aux soins médicaux sans qu'il en résulte des difficultés financières.

Les normes de l'OIT prévoient que diverses approches peuvent être utilisées pour garantir un accès effectif aux soins médicaux. Conformément à la recommandation (no 69) sur les soins médicaux, 1944, cet accès peut intervenir au moyen d'un service relevant de l'assurance sociale de la santé ou d'un service public de soins médicaux, ou dans le cadre d'un système associant ces deux modèles ⁴.

La recommandation no 202 de l'OIT reconnaît en outre la nécessité de faire de la couverture universelle un objectif essentiel des systèmes de protection sociale, en s'appuyant sur la fiscalité, les cotisations sociales ou les deux. Dans la pratique, la plupart des pays ont recours à un dispositif associant ces mécanismes afin de garantir à tous soins médicaux et sécurité du revenu en cas de maladie.

⁴ «Les soins médicaux devraient être fournis soit par un service de soins médicaux relevant de l'assurance sociale, complété par l'assistance sociale en ce qui concerne les besoins de personnes nécessiteuses qui ne bénéficient pas encore de l'assurance sociale, soit par un service public de soins médicaux» (recommandation no 69, parag. 5).

Principe 10 – Intégration dans des systèmes complets de protection sociale

La pauvreté est l'un des facteurs déterminants de la santé et sous-tend les liens qui existent entre les ODD 1, 3 et 8, et d'autres (OMS 2019). La protection sociale de la santé devrait être considérée comme faisant partie intégrante des systèmes universels de protection sociale et être coordonnée avec les politiques de l'emploi, de sorte que ses effets sur la réduction de la pauvreté et des inégalités soient le plus forts possibles (Commission des déterminants sociaux de la santé 2009). Dans le cadre de la Décennie pour le vieillissement en bonne santé 2020-2030, il a ainsi été souligné qu'il était essentiel de garantir aux personnes âgées l'accès à la fois aux soins médicaux et à la sécurité du revenu, deux éléments complémentaires et indispensables pour vieillir en bonne santé (OMS sans date).

Il convient également de coordonner les politiques de protection sociale – y compris en matière de santé – et les politiques de l'emploi, afin de garantir à tous un travail décent (BIT 2019a). Il est particulièrement important, lorsque l'on conçoit les régimes de protection sociale de la santé, de tenir compte du fait que la protection sociale contribue à favoriser la transition de l'économie informelle vers l'économie formelle (BIT 2014a).

En outre, la mise en place d'une couverture santé universelle passe par le développement du secteur de la santé, qui est un important pourvoyeur d'emplois. Il faudrait créer environ 40 millions d'emplois dans le secteur de la santé d'ici à 2030, pour la plupart dans les pays à revenu intermédiaire ou élevé (Commission de haut niveau sur l'emploi en santé et la croissance économique 2016). Il est essentiel de garantir le travail décent dans le secteur de la santé, pour faire en sorte que non seulement le personnel travaille dans de bonnes conditions, mais aussi que les soins dispensés soient de haute qualité (voir l'encadré 3) et que le système de santé bénéficie du soutien du grand public.

Bibliographie

- Behrendt, C., Saint-Pierre Guilbault, E., Stern-Plaza, M. et al. 2017. «Implementing the Principles of Social Protection Floors Recommendation, 2012 (n° 202)» dans Dijkhoff T. et Letlhokwa Mpedi G. (dir. de publication): *Recommendation on Social Protection Floors: Basic Principles for Innovative Solutions*, Pays-Bas, Alphen aan den Rijn: Kluwer, pp. 41-70.
- BIT. 2009. *La protection sociale de la santé: Stratégie de l'OIT pour un accès universel aux soins de santé*.
- . 2014a. Recommandation (n° 204) sur la transition de l'économie informelle vers l'économie formelle, 2015.
- . 2014b. *Social Protection Global Policy Trends 2010-2015: From Fiscal Consolidation to Expanding Social Protection: Key to Crisis Recovery, Inclusive Development and Social Justice*.
- . 2014c. *Access to and Effects of Social Protection on Workers Living with HIV and Their Households: An Analytical Report*.
- . 2017. *Rapport mondial sur la protection sociale 2017-2019. Protection sociale universelle pour atteindre les objectifs de développement durable*.
- . 2018. *Construire des systèmes de protection sociale: Normes internationales et instruments relatifs aux droits humains*.
- . 2019a. *Extending Social Security to Workers in Micro and Small Enterprises: Lessons from International Experience*.
- . 2019b. *Extending Social Security to Workers in the Informal Economy: Information and Awareness* (Genève).
- . 2019c. *Protection sociale universelle pour la dignité humaine, la justice sociale et le développement durable*, étude d'ensemble concernant la recommandation (n° 202) sur les socles de protection sociale, 2012, rapport III (partie B), Conférence internationale du Travail, 108^e session (Genève).
- BIT et UNICEF (Fonds des Nations Unies pour l'enfance). 2019. *Towards Universal Social Protection for Children: Achieving SDG 1.3*.
- Cichon, M., Newbrander, W., Yamabana, H. et al. 1999. *Modelling in Health Care Finance: A Compendium of Quantitative Techniques for Health Care Financing* (BIT et AISS).
- Commission des Déterminants sociaux de la santé. 2009. *Combler le fossé en une génération: Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé* (OMS).
- Commission mondiale sur l'avenir du travail. 2019. *Travailler pour bâtir un avenir meilleur* (BIT).
- Commission de haut niveau sur l'emploi en santé et la croissance économique. 2016. *S'engager pour la santé et la croissance: Investir dans les personnels de santé* (OMS).
- Nations Unies. 2000. Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14: Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint.
- . 2008. Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 19: Le droit à la sécurité sociale (E/C.12/GC/19).
- . 2019a. Assemblée générale. Déclaration politique issue de la réunion de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle: «Couverture sanitaire universelle: œuvrer ensemble pour un monde en meilleure santé» (A/RES/74/2).
- . 2019b. Rapport de la Haute-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme (E/2019/52).
- . Sans date. «Toolkit on the Right to Health». Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCDH).
- 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*.
- . 2018. *Public Spending on Health: A Closer Look at Global Trends*.
- . 2019. *Healthy, Prosperous Lives for All: The European Health Equity Status Report*.
- . Sans date. «Décennie pour le vieillissement en bonne santé 2020-2030».
- OMS et Banque mondiale. 2017. *Rapport mondial de suivi 2017: la couverture-santé universelle*.
- Ortiz, I., Chowdhury, A., Duran-Valverde, F. et al. 2019. *Fiscal Space for Social Protection: A Handbook for Assessing Financing Options*.
- Scheil-Adlung, X. et Bonnet, F. 2011. «Au-delà du cadre de la couverture légale: évaluer la performance de la protection sociale de la santé». *Revue internationale de sécurité sociale*, vol. 64 n° 3, pp. 21-38.
- UNICEF. Sans date. «La situation des enfants dans le monde 2019: Le nouveau visage de la malnutrition».

► Consultez notre [page Web](#) consacrée à la protection sociale en matière de santé et notre [portail de données](#) sur la protection sociale dans le monde.

La présente note d'information a été élaborée par Lou Tessier avec la collaboration de Kroum Markov et Christina Behrendt. Les notes d'information de la série « Focus sur la protection sociale » sont publiées sous la direction de Shahra Razavi, Directrice du Département de la protection sociale.

Département de la protection sociale

► socpro@ilo.org

► Portail de la protection sociale :
www.social-protection.org

Organisation internationale du Travail

4 route des Morillons

1211 Genève 22

www.ilo.org

Nous vous invitons à consulter régulièrement nos sites Web pour connaître les dernières mesures qui ont été prises par le monde du travail pour faire face à la crise du COVID-10

► ilo.org/global/topics/coronavirus

► www.social-protection.org/gimi/