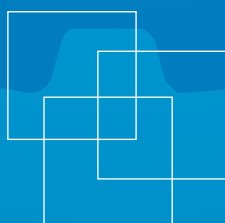




Organisation
internationale
du Travail

PRENDRE SOIN D'AUTRUI: UN TRAVAIL ET DES EMPLOIS POUR L'AVENIR DU TRAVAIL DÉCENT



PRENDRE SOIN D'AUTRUI:
UN TRAVAIL ET DES EMPLOIS
POUR L'AVENIR DU TRAVAIL DÉCENT

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

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

Prendre soin d'autrui: un travail et des emplois pour l'avenir du travail décent, Genève, Bureau international du Travail, 2019

ISBN 978-92-2-133484-2 (imprimé)

ISBN 978-92-2-133485-9 (pdf Web)

Également disponible en anglais: *Care work and care jobs for the future of decent work*, ISBN 978-92-2-131642-8 (imprimé), ISBN 978-92-2-131643-5 (pdf Web), Genève, 2018; et en espagnol: *El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente*, ISBN 978-92-2-133482-8 (imprimé), ISBN 978-92-2-133483-5 (pdf Web), Genève 2019.

prestations de soins / économie informelle / travail décent / personnel soignant / travail non rémunéré / discrimination fondée sur le sexe / égalité des genres / avenir du travail

08.17.1

Données de catalogage avant publication du BIT

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

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

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

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

Cette publication a été réalisée par l'Unité de production des publications (PRODOC) du BIT.

Création graphique, conception typographique, mise en pages, préparation de manuscrits, lecture et correction d'épreuves, impression, édition électronique et distribution.

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

Code: CPG-JMB-REPRO

Prendre soin d'autrui: un travail et des emplois pour l'avenir du travail décent constitue une contribution importante à l'Initiative du centenaire de l'OIT sur les femmes au travail et à la démarche entreprise par l'OIT pour orienter son œuvre en faveur de la justice sociale alors même qu'elle entre dans son deuxième centenaire. L'initiative sur les femmes au travail commence par l'examen des raisons pour lesquelles les progrès sont si lents lorsqu'il s'agit de combler les écarts au détriment des femmes dans le monde du travail et de ce qui doit être fait pour réellement transformer les choses. À cet égard, données, travaux de recherche, analyses et enquêtes: tout mène aux activités de soin à autrui.

Les activités de soin à autrui, rémunérées ou non, sont inhérentes à la condition humaine, car tous les êtres humains dépendent de l'attention des autres pour survivre et se développer. Partout dans le monde, les femmes et les filles réalisent plus des trois quarts de l'ensemble du travail non rémunéré de soin à autrui, et les femmes constituent les deux tiers du personnel de soin à autrui. Les évolutions démographiques, socio-économiques et environnementales accroissent la demande de personnel de soin à autrui, mais celui-ci est souvent réduit à des emplois de faible qualité. Si on ne s'y attaque pas de façon appropriée, les lacunes, quantitatives et qualitatives, que présente aujourd'hui le travail de soin à autrui déboucheront sur une crise grave et insoutenable à l'échelle mondiale, et accentueront les inégalités entre hommes et femmes dans le monde du travail.

Demain, qui pourvoira aux besoins croissants de soin à autrui? Dans quelles conditions le travail de soin, rémunéré et non rémunéré, sera-t-il effectué? Quelles mesures prendre pour reconnaître, réduire et redistribuer le travail non rémunéré de soin à autrui, pour créer plus d'emplois, et de meilleure qualité, dans les activités de soin à autrui, et pour garantir représentation, dialogue social et négociation collective au personnel du soin à autrui? Telles sont les questions qui, pour la première fois, sont abordées ici de façon exhaustive à partir d'une quantité considérable de travaux de recherche et de données.

Il est à notre portée de réaliser le scénario optimal dans les activités de soin à autrui. Ce rapport contient la feuille de route vers un travail de soin de qualité. Cela signifie que les prestataires non rémunérés ne subissent pas de pénalisations économiques ou sociales du fait de leurs activités de soin à autrui, même si celles-ci sont gratifiantes, mais aussi que le personnel des activités de soin à autrui bénéficie d'emplois décents, ce qui conditionne la prestation de services de qualité.

L'établissement d'un environnement politique propice à l'accomplissement d'un travail de soin de bonne qualité, fondé sur l'égalité entre hommes et femmes, dépend du contexte, mais est toujours de l'ordre du possible. Dans tous les cas, les politiques en matière d'activités de soin à autrui, de macroéconomie, de protection sociale, de travail et de migration doivent être conçues de sorte à avoir des effets positifs à la fois sur ceux qui ont besoin qu'on s'occupe d'eux et sur ceux qui assurent le travail de soin à autrui, qu'il soit rémunéré ou non. Cela suppose l'engagement des gouvernements, des

employeurs, des travailleurs et de leurs organisations, ainsi que des représentants des prestataires non rémunérés et des bénéficiaires des activités de soin à autrui. En dressant un tableau général de l'économie du soin à autrui à l'échelle mondiale et dans la perspective du monde du travail, ce rapport constitue un plaidoyer, factuel et convaincant, pour que les activités de soin à autrui de bonne qualité deviennent une priorité dans les ordres du jour politiques nationaux. Si l'on veut construire un avenir du travail décent, pour les femmes comme pour les hommes, il est urgent de s'attacher à réaliser le scénario optimal dans les activités de soin à autrui.

SHAUNA OLNEY
cheffe,
Service des questions de genre, de l'égalité
et de la diversité et ILOAIDS

MANUELA TOMEI
directrice,
Département des conditions
de travail et de l'égalité

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE	v
REMERCIEMENTS	xxiii
LISTE DES ABRÉVIATIONS	xxvii
RÉSUMÉ	xxix
INTRODUCTION	1

CHAPITRE 1. TRAVAIL ET EMPLOIS DANS LES ACTIVITÉS DE SOIN À AUTRUI:	
DÉFINITIONS ET PORTÉE	7
1.1. DÉFINITIONS DU TRAVAIL ET DE L'ÉCONOMIE DU SOIN À AUTRUI	8
1.1.1. Le travail du soin à autrui et la nouvelle définition statistique du «travail».	11
1.1.2. Le cercle de répercussions entre travail de soin à autrui non rémunéré, travail rémunéré et travail de soin à autrui rémunéré	13
1.1.3. La qualité du travail de soin à autrui	15
1.2. LE TRAVAIL DE SOIN À AUTRUI DANS UN MONDE EN MUTATION	17
1.2.1. Un monde du travail qui se transforme.	17
1.2.2. Changements démographiques et évolution des besoins de soin à autrui.	20
1.3. LE TRAVAIL DE SOIN À AUTRUI, LE PROGRAMME DE DÉVELOPPEMENT DURABLE À L'HORIZON 2030 ET LE TRAVAIL DÉCENT	29
1.4. TRAVAIL DÉCENT DANS LES ACTIVITÉS DE SOIN À AUTRUI: UN CADRE D'ACTION	34
Notes	39

CHAPITRE 2. ACTIVITÉS DE SOIN À AUTRUI NON RÉMUNÉRÉES ET INÉGALITÉS	
ENTRE HOMMES ET FEMMES AU TRAVAIL	41
2.1. LES ACTIVITÉS DE SOIN À AUTRUI NON RÉMUNÉRÉES ET LEURS PRESTATAIRES	44
2.1.1. Définitions et mesure.	44
2.1.2. Ampleur, nature et valeur du travail de soin à autrui non rémunéré	48
2.1.3. Écarts entre femmes et hommes dans les activités de soin à autrui non rémunérées	59
2.1.4. L'intersection entre les inégalités hommes-femmes et les autres inégalités dans les activités de soin à autrui non rémunérées	65
2.1.5. Évolution des écarts entre hommes et femmes dans les activités de soin à autrui non rémunérées	75

2.2. ACTIVITÉS NON RÉMUNÉRÉES DE SOIN À AUTRUI ET INÉGALITÉS ENTRE HOMMES ET FEMMES DANS LE MONDE DU TRAVAIL	79
2.2.1. Les activités de soin à autrui non rémunérées: principales barrières à l'activité économique des femmes	80
2.2.2. Caractéristiques de l'emploi des prestataires de soin à autrui non rémunérés	93
2.2.3. Qualité de l'emploi des prestataires de soin à autrui non rémunérés	100
2.3. COMMENT LES ATTITUDES DÉTERMINENT LES INÉGALITÉS ENTRE HOMMES ET FEMMES DANS LE MONDE DU TRAVAIL	105
2.3.1. Attitudes à l'égard de l'activité professionnelle des femmes.	106
2.3.2. Attitudes à l'égard de l'activité professionnelle des mères	108
2.3.3. Attitudes à l'égard de la conciliation entre travail et vie de famille	110
2.3.4. Attitudes à l'égard de l'engagement des hommes dans les activités de soin à autrui non rémunérées	111
Conclusions	113
Notes	115

CHAPITRE 3. POLITIQUES DU SOIN À AUTRUI ET ACTIVITÉS DE SOIN À AUTRUI NON RÉMUNÉRÉES.	119
3.1. DES POLITIQUES DU SOIN À AUTRUI TRANSFORMATRICES	121
3.1.1. Définitions des politiques du soin à autrui	121
3.1.2. Principes et droits fondamentaux pour des politiques du soin à autrui transformatrices	123
3.2. RAISON D'ÊTRE DE POLITIQUES DU SOIN À AUTRUI TRANSFORMATRICES.	126
3.2.1. Le développement des enfants	126
3.2.2. La situation des mères au regard de l'emploi.	128
3.2.3. L'engagement des pères dans les activités familiales et ménagères	130
3.2.4. Personnes âgées et handicapées	132
3.2.5. Investissements publics dans le soin à autrui et activité professionnelle des femmes prestataires de soin à autrui non rémunérées	134
3.3. ÉTAT DES POLITIQUES DU SOIN À AUTRUI DANS LE MONDE	135
3.3.1. Les régimes de congés	135
3.3.2. Les services de soin à autrui	144
3.3.3. Prestations sociales associées au soin à autrui	157
3.3.4. Aménagements permettant de concilier travail et famille	163

3.3.5. Infrastructures en rapport avec les activités de soin à autrui	167
3.3.6. Les politiques du soin à autrui dans la perspective des employeurs	170
Conclusions	172
Notes	173

CHAPITRE 4. LES TRAVAILLEURS ET LES EMPLOIS DANS LES ACTIVITÉS DE SOIN À AUTRUI . . 177

4.1. L'EMPLOI DANS LES ACTIVITÉS DE SOIN À AUTRUI À L'ÉCHELLE MONDIALE	180
4.1.1. L'emploi dans les activités de soin à autrui: estimations mondiales et régionales	182
4.1.2. Caractéristiques communes aux travailleurs du soin à autrui	184
4.2. LA MAIN-D'ŒUVRE DU SOIN PAR BRANCHE D'ACTIVITÉ	188
4.2.1. Santé et travail social	188
4.2.2. Éducation.	198
4.2.3. Travailleurs domestiques	205
4.3. EXPLIQUER LE NIVEAU ET LA COMPOSITION DE L'EMPLOI DANS LES ACTIVITÉS DE SOIN À AUTRUI	210
4.3.1. Modèle 1 – Niveaux d'emploi très élevés dans les activités de soin à autrui.	212
4.3.2. Modèle 2 – Niveaux d'emploi élevés dans les activités de soin	217
4.3.3. Modèle 3 – Fort recours au travail domestique.	233
4.3.4. Modèle 4 – Niveaux d'emploi moyens à faibles dans les activités de soin	250
Conclusions	261
Notes	263

CHAPITRE 5. DES EMPLOIS DANS LES ACTIVITÉS DE SOIN À AUTRUI POUR UN MEILLEUR AVENIR DU TRAVAIL 269

5.1. OBJECTIFS ET MÉTHODE	272
5.1.1. Établir les scénarios: vue d'ensemble.	272
5.1.2. Note sur la méthode.	273
5.2. CRÉATION D'EMPLOIS DANS L'ÉDUCATION	275
5.2.1. Objectifs en matière d'éducation et de protection de la petite enfance	275
5.2.2. Objectifs en matière d'enseignement primaire, secondaire et tertiaire	277
5.2.3. Résultats de la simulation pour les emplois dans l'éducation	277
5.2.4. Estimations de l'emploi élargies à l'ensemble des catégories de travailleurs de l'éducation	282

5.3. CRÉATION D'EMPLOIS DANS LES SOINS DE SANTÉ ET LES SOINS DE LONGUE DURÉE	283
5.3.1. Objectifs en matière de soins de santé.	284
5.3.2. Résultats de la simulation pour les emplois dans les soins de santé.	286
5.3.3. Objectifs en matière de soins de longue durée.	288
5.3.4. Résultats de la simulation pour les emplois dans les soins de santé.	290
5.3.5. Estimations de l'emploi élargies à l'ensemble des catégories de personnel du secteur de la santé.	291
5.4. CRÉATION TOTALE D'EMPLOIS DANS LES ACTIVITÉS DE SOIN À AUTRUI	292
5.4.1. Résultats d'ensemble de la simulation sur les emplois dans les activités de soin à autrui	292
5.4.2. Dépenses et recettes budgétaires: résultats de la simulation	294
5.4.3. Répartition par sexe des emplois selon la simulation	296
5.5. RÉSULTATS DE LA SIMULATION	297
Conclusions	301
Notes	303

CHAPITRE 6. POUR L'AVENIR DU TRAVAIL DÉCENT: SUIVRE LE SCÉNARIO OPTIMAL DANS LES ACTIVITÉS DE SOIN À AUTRUI

307

6.1. UN ENVIRONNEMENT POLITIQUE PROPICE AU SCÉNARIO OPTIMAL DANS LES ACTIVITÉS DE SOIN À AUTRUI.	308
6.2. RECOMMANDATIONS POUR L'ACTION EN VUE DE LA RÉALISATION DU SCÉNARIO OPTIMAL	310
6.2.1. Reconnaître, réduire et redistribuer les activités de soin à autrui non rémunérées.	310
6.2.2. Rétribuer équitablement le personnel du soin à autrui; plus d'emplois et un travail décent, y compris pour les travailleurs migrants	339
6.2.3. Représentation du personnel du soin à autrui, dialogue social et négociation collective.	353
Conclusions	359
Notes	361

ANNEXES

363

A.1. NORMES INTERNATIONALES DU TRAVAIL EN RAPPORT AVEC LES ACTIVITÉS DE SOIN À AUTRUI	363
---	-----

A.2. STRUCTURE DÉMOGRAPHIQUE	378
A.2.1. Taux de dépendance des activités de soin à autrui	385
A.3. ACTIVITÉS NON RÉMUNÉRÉES DE SOIN À AUTRUI ET INÉGALITÉS ENTRE HOMMES ET FEMMES AU TRAVAIL	396
A.4. LES TRAVAILLEURS ET LES EMPLOIS DANS LES ACTIVITÉS DE SOIN À AUTRUI: MÉTHODOLOGIE ET DONNÉES	440
A.4.1. Rendre opérationnelles les définitions des travailleurs et de la main-d'œuvre du soin à autrui	440
A.4.2. Estimation de la main-d'œuvre mondiale des activités de soin à autrui	441
A.4.3. Analyse typologique	447
A.5. CRÉATION D'EMPLOIS: ESTIMATIONS NATIONALES DES TABLEAUX D'ENTRÉES-SORTIES	454
A.6. GROUPES RÉGIONAUX ET CATÉGORIES DE REVENUS	460
A.7. ENQUÊTES SUR LA MAIN-D'ŒUVRE, AUPRÈS DES MÉNAGES ET SUR L'UTILISATION DU TEMPS	468
Notes	477
BIBLIOGRAPHIE	479

LISTE DES FIGURES

Figure 1.1. Le cercle des répercussions entre travail de soin à autrui non rémunéré, travail rémunéré et travail de soin à autrui rémunéré	14
Figure 1.2. Population en âge de travailler selon le type de ménage et par niveau de revenu du pays, dernière année	21
Figure 1.3. Proportion de personnes âgées de plus de 65 ans vivant avec des enfants de moins de 15 ans, 2006-2012	22
Figure 1.4. Populations en âge de travailler vivant dans des familles monoparentales, selon le sexe du chef de famille, dernière année	24
Figure 1.5. Taux de dépendance des activités de soin à autrui, 2000, 2015 et 2030	27
Figure 1.6. Un environnement propice à la réalisation du scénario optimal dans les activités de soin à autrui	35
Figure 1.7. Le scénario optimal pour inscrire le soin à autrui dans l'avenir du travail décent: cadres analytique et stratégique	38

Figure 2.1.	Temps consacré à chacune des trois grandes activités de soin à autrui non rémunérées (activité principale), selon le sexe, dernière année disponible . .	50
Figure 2.2.	Fourniture de services pour la consommation personnelle, selon le sexe et l'activité, Cambodge, 2010.	52
Figure 2.3.	Temps passé à s'occuper des enfants, en minutes, selon le sexe, dernière année disponible	54
Figure 2.4.	Valeur du travail de soin à autrui non rémunéré, exprimée en pourcentage du PIB, dollars É.-U. (PPA 2011) selon le sexe, dernière année disponible	56
Figure 2.5.	Proportion d'enfants pris en charge par des personnes non rémunérées (autres que le père ou la mère) au moins une heure par semaine, selon la tranche d'âge, 2014	58
Figure 2.6.	Répartition entre hommes et femmes du travail rémunéré, du travail de soin à autrui non rémunéré et du travail total, parmi les personnes interrogées en âge de travailler: moyenne mondiale, selon le sexe, dernière année disponible	60
Figure 2.7.	Part du travail de soin à autrui non rémunéré, selon le sexe, dernière année disponible	61
Figure 2.8.	Temps consacré quotidiennement au travail de soin à autrui non rémunéré, au travail rémunéré et au total des deux, selon le sexe, la région et la catégorie de revenu du pays, dernière année disponible.	62
Figure 2.9.	Écart entre femmes et hommes dans les activités de soin à autrui non rémunérées et taux d'activité des femmes, dernière année disponible . . .	65
Figure 2.10.	Temps consacré aux activités de soin à autrui non rémunérées, selon le sexe et l'habitat (urbain ou rural), dernière année disponible	66
Figure 2.11.	Temps consacré aux activités non rémunérées de soin à autrui, selon l'âge, dernière année disponible	68
Figure 2.12.	Proportion d'enfants effectuant des tâches ménagères, selon le sexe, l'âge et le nombre d'heures par semaine, 2016	70
Figure 2.13.	Temps consacré aux activités de soin à autrui non rémunérées, selon le niveau d'instruction et le sexe, dernière année disponible	72
Figure 2.14.	Temps consacré aux activités de soin à autrui non rémunérées, selon la situation matrimoniale et le sexe, dernière année disponible	73
Figure 2.15.	Temps consacré aux activités de soin à autrui non rémunérées, selon le sexe et la présence d'enfants dans le ménage, dernière année disponible . .	74
Figure 2.16.	Évolution de la durée du travail rémunéré et du travail de soin à autrui non rémunéré, selon le sexe, 1997 et 2012	76
Figure 2.17.	Évolution du temps consacré aux activités de soin à autrui non rémunérées, selon le sexe, 1997 et 2012.	77
Figure 2.18.	Situation au regard de l'emploi des prestataires de soin à autrui non rémunérés et des personnes sans responsabilités familiales, selon le sexe, dernière année disponible	83

Figure 2.19. Écart entre la proportion de femmes inactives prestataires de soin à autrui et la proportion de femmes inactives non prestataires de soin à autrui selon le taux de pauvreté, dernière année disponible.	84
Figure 2.20. Femmes prestataires de soin à autrui non rémunérées, selon le lieu de résidence et la situation au regard de l'emploi, dernière année disponible. .	85
Figure 2.21. Présence d'enfants de moins de 6 ans et de personnes âgées dans le ménage et taux d'activité, selon le sexe, dernière année disponible . .	86
Figure 2.22. Probabilité d'être actif, selon le sexe et la composition du ménage, dernière année disponible	89
Figure 2.23. Proportion d'inactifs, selon le sexe et la principale raison de l'inactivité, dernière année disponible	92
Figure 2.24. Proportion de prestataires de soin à autrui non rémunérés et de personnes sans responsabilités familiales dans la population active occupée, selon le sexe, dernière année disponible	94
Figure 2.25. Taux d'emploi des femmes et des hommes avec et sans enfants de 0 à 5 ans, dernière année disponible	95
Figure 2.26. Écarts de taux d'emploi lié à la parentalité, dernière année disponible	96
Figure 2.27. Écarts entre les taux d'emploi des femmes avec et sans responsabilités familiales (pays où l'écart entre mères et femmes sans enfants est au-dessous du 30 ^e centile), dernière année disponible	97
Figure 2.28. Durée hebdomadaire du travail rémunéré, selon le sexe et le nombre d'enfants de moins de 6 ans, dernière année disponible	99
Figure 2.29. Statut d'emploi des prestataires de soin à autrui non rémunérés et des personnes sans responsabilités familiales, selon le sexe, dernière année disponible	102
Figure 2.30. Caractère formel ou informel de l'emploi des prestataires de soin à autrui non rémunérés et des personnes sans responsabilités familiales, selon le sexe, dernière année disponible	103
Figure 2.31. Cotisation à la sécurité sociale des salariés prestataires de soin à autrui non rémunérés et des salariés sans responsabilités familiales, selon le sexe, dernière année disponible	104
Figure 2.32. Principales difficultés auxquelles se heurtent les femmes qui ont un emploi rémunéré, 2016	108
Figure 2.33. Préférences quant à la conciliation entre travail et famille, 2011-2014.	110
Figure 3.1. Les quatre principes de politiques du soin à autrui transformatrices	124
Figure 3.2. Pourcentage d'enfants de 36 à 59 mois dont le développement est en bonne voie et taux de fréquentation de l'éducation préscolaire, dernière année disponible	127
Figure 3.3. Perception des mesures en faveur de l'engagement des hommes, 2014	131

Figure 3.4.	Durée des congés réservés aux pères et rapport entre temps passé par les hommes et temps passé par les femmes aux activités de soin à autrui non rémunérées, 2015-16	133
Figure 3.5.	Dépenses publiques dans les soins de longue durée en pourcentage du PIB et espérance de vie à l'âge de 60 ans, dans 45 pays, 2010-2015	133
Figure 3.6.	Dépenses publiques dans certaines activités de soin à autrui, en pourcentage du PIB, et taux d'emploi des femmes ayant des responsabilités familiales, dernière année disponible	135
Figure 3.7.	Pourcentage de pays satisfaisant aux normes de l'OIT, durée du congé de maternité, niveau et financement des prestations, selon la région, 2016 ...	137
Figure 3.8.	Congés, rémunérés ou non, à l'intention des pères, selon la durée, 2016	139
Figure 3.9.	Préférences quant à la répartition des congés entre mères et pères	140
Figure 3.10.	Partage des coûts associés à la naissance d'un enfant, durant sa première année, entre l'État (sécurité sociale), les employeurs et les familles, dernière année disponible	141
Figure 3.11.	Taux brut de scolarisation dans les programmes de développement éducatif de la petite enfance, 2015	145
Figure 3.12.	Taux brut de scolarisation dans l'enseignement préprimaire, 2015.	146
Figure 3.13.	Préférences quant à la prise en charge des enfants, 2011-2014	148
Figure 3.14.	Bénéficiaires de soins de longue durée, selon le type de service et l'âge, dernière année disponible	155
Figure 3.15.	Aide ménagère aux personnes âgées, préférences 2011-2014	156
Figure 3.16.	Allégements fiscaux liés à la présence d'enfants, 2018	159
Figure 3.17.	Aménagements du temps de travail en Europe, 2015.	165
Figure 3.18.	Population privée d'infrastructures de base, selon la région, 2014-15	168
Figure 4.1.	Emploi dans les activités de soin à autrui en proportion de l'emploi total, selon la région et le sexe	183
Figure 4.2.	Pénalisation ou prime salariale dans les activités de soin à autrui, selon le sexe	186
Figure 4.3.	Effectifs de la santé et du travail social en pourcentage de l'emploi total et PIB par tête	188
Figure 4.4.	Effectifs de la santé et du travail social en pourcentage de l'emploi total et dépenses de santé en pourcentage du PIB.	190
Figure 4.5.	Écarts de rémunération avec les médecins, 2011	191

Figure 4.6.	Relations entre les effectifs de l'éducation, le PIB par tête et le taux de pauvreté	198
Figure 4.7.	Salaire annuel des enseignants ayant quinze ans d'ancienneté en pourcentage du PIB par tête, 2015	201
Figure 4.8.	Relation entre les effectifs du travail domestique en pourcentage de l'emploi total, le PIB par tête et le coefficient de Gini	206
Figure 4.9.	Effectifs des activités de soin à autrui en pourcentage de l'emploi total, selon la région et le sexe	211
Figure 4.10.	Typologie de l'emploi dans les activités de soin à autrui	212
Figure 4.11.	Niveau d'instruction des travailleurs du soin dans l'éducation et dans la santé et le travail social	214
Figure 4.12.	Proportion de travailleurs nés à l'étranger dans l'éducation et dans la santé et le travail social	216
Figure 4.13.	Proportion de l'emploi public et privé dans l'éducation et dans la santé et le travail social, Canada et États-Unis.	218
Figure 4.14.	Niveau d'instruction dans l'éducation et dans la santé et le travail social	222
Figure 4.15.	Proportion de travailleurs d'origine étrangère dans l'éducation et dans la santé et le travail social	223
Figure 4.16.	Niveau d'instruction dans l'éducation et dans la santé et le travail social	229
Figure 4.17.	Proportion de travailleuses domestiques (employées par des ménages) d'origine étrangère	230
Figure 4.18.	Proportion de salariés en situation d'emploi informel dans l'éducation et dans la santé et le travail social, selon le sexe	232
Figure 4.19.	Proportion de l'emploi public et privé dans l'éducation et dans la santé et le travail social, selon le sexe	239
Figure 4.20.	Proportion de salariés en situation d'emploi informel dans la santé et le travail social, selon le sexe	240
Figure 4.21.	Proportion de travailleuses domestiques (employées par des ménages) en situation d'emploi informel	241
Figure 4.22.	Durée hebdomadaire du travail des travailleuses domestiques (employées par des ménages)	242
Figure 4.23.	Proportion de l'emploi public et privé dans l'éducation et dans la santé et le travail social, selon le sexe	247
Figure 4.24.	Proportion de salariés en situation d'emploi informel dans l'éducation et dans la santé et le travail social, selon le sexe	248
Figure 4.25.	Proportion de travailleuses domestiques (employées par des ménages) en situation d'emploi informel	249

Figure 4.26.	Durée hebdomadaire du travail des travailleuses domestiques (employées par des ménages)	249
Figure 4.27.	Proportion de l'emploi public et privé dans l'éducation et dans la santé et le travail social, selon le sexe	252
Figure 4.28.	Proportion de salariés en situation d'emploi informel dans l'éducation et dans la santé et le travail social, selon le sexe	253
Figure 4.29.	Niveau d'instruction dans l'éducation et dans la santé et le travail social	256
Figure 4.30.	Proportion de l'emploi public et privé dans l'éducation et dans la santé et le travail social, selon le sexe	258
Figure 4.31.	Proportion de salariés en situation d'emploi informel dans l'éducation et dans la santé et le travail social, selon le sexe	259
Figure 4.32.	Durée hebdomadaire du travail des travailleuses domestiques (employées par des ménages)	260
Figure 5.1.	Le cercle vertueux de l'investissement dans l'économie du soin à autrui	270
Figure 5.2.	Éducation: création d'emplois directs et indirects	279
Figure 5.3.	Éducation: répartition des emplois supplémentaires dus au scénario optimal, selon le sexe	280
Figure 5.4.	Éducation: répartition des dépenses supplémentaires dues au scénario optimal	281
Figure 5.5.	Éducation: répartition des emplois supplémentaires dus au scénario optimal	281
Figure 5.6.	Estimations élargies de la création d'emplois dans l'éducation: comparaison entre 2015 et 2030 et entre le scénario optimal et le scénario du statu quo	283
Figure 5.7.	Soins de santé: création d'emplois directs et indirects	287
Figure 5.8.	Soins de santé: répartition des emplois supplémentaires dus au scénario optimal, selon le sexe	288
Figure 5.9.	Soins de longue durée: création d'emplois et parts nationales	291
Figure 5.10.	Estimations élargies de la création d'emplois dans la santé et le travail social: comparaison entre 2015 et 2030 et entre le scénario du statu quo et le scénario optimal	292
Figure 5.11.	Estimations élargies de la création d'emplois dans les activités de soin à autrui: comparaison entre 2015 et 2030 et entre le scénario du statu quo et le scénario optimal.	293
Figure 5.12.	Dépenses totales dans les activités de soin, selon le secteur	295
Figure 5.13.	Part des femmes dans l'emploi total, selon le secteur et le scénario	297
Figure 5.14.	Résultats de la simulation	298

Figure 6.1. Les «5R» du travail décent dans les activités de soin à autrui: réaliser le scénario optimal pour un travail de soin à autrui respectueux de l'égalité entre hommes et femmes	309
Figure A.4.1. Exemple d'analyse typologique par groupement à liens complets.	448
Figure A.4.2. Dendrogramme de l'analyse typologique	453

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.1. Le travail de soin à autrui, la Résolution I de la 19 ^e CIST et le SCN 2008. . .	12
Tableau 3.1. Les politiques du soin à autrui en bref	122
Tableau 3.2. Protection de la maternité, éducation et protection de la petite enfance et situation d'emploi des mères, selon la région, 2015-16	129
Tableau 4.1. Personnel de la santé et du travail social selon la région et le sexe: effectifs en pourcentage de l'emploi total et taux de féminisation.	189
Tableau 4.2. Agents de santé des communautés locales: densité, âge moyen et proportion de femmes	197
Tableau 4.3. Personnel de l'éducation selon la région et le sexe: effectifs en pourcentage de l'emploi total et taux de féminisation	199
Tableau 4.4. Travailleurs domestiques (employés par des ménages) selon la région et le sexe: effectifs en pourcentage de l'emploi total et taux de féminisation	205
Tableau 5.1. Comparaison des paramètres adoptés pour l'éducation: scénario du statu quo ou scénario optimal	278
Tableau 5.2. Éducation: création d'emplois et dépenses selon le scénario du statu quo ou le scénario optimal	279
Tableau 5.3. Paramètres adoptés pour le secteur de la santé: scénario du statu quo et scénario optimal.	285
Tableau 5.4. Soins de santé: création d'emplois et dépenses selon le scénario du statu quo ou le scénario optimal	287
Tableau 5.5. Paramètres adoptés pour les soins de longue durée: scénario du statu quo et scénario optimal	290
Tableau A.1.1. Normes internationales du travail en rapport avec les activités de soin à autrui	363
Tableau A.2.1. Population en âge de travailler, selon le type de ménage, dernière année disponible	378
Tableau A.2.2. Population en âge de travailler vivant dans des familles monoparentales, selon le sexe du chef de famille, dernière année disponible	382

Tableau A.2.3.	Taux de dépendance des activités de soin à autrui, 2000, 2015 et 2030. . .	386
Tableau A.3.1.	Temps consacré à chacune des trois grandes activités non rémunérées de soin à autrui et au travail rémunéré (minutes par jour), selon le sexe, dernière année disponible	396
Tableau A.3.2.	Évolution de la durée du travail rémunéré et du travail de soin non rémunéré (minutes par jour), par sexe, 1997 et 2012.	401
Tableau A.3.3.	Situation au regard de l'emploi des prestataires non rémunérés de soin à autrui et des personnes sans responsabilités familiales, selon le sexe, dernière année disponible	403
Tableau A.3.4.	Femmes prestataires non rémunérées de soin à autrui selon le lieu de résidence et la situation au regard de l'emploi, dernière année disponible	408
Tableau A.3.5.	Déterminants du taux d'activité, coefficient estimé d'un modèle de régression linéaire, selon le sexe, dernière année disponible	411
Tableau A.3.6.	Proportion d'inactifs, selon le sexe et la principale raison de l'inactivité, dernière année disponible	414
Tableau A.3.7.	Proportion de prestataires non rémunérés de soin à autrui et de personnes sans responsabilités familiales dans la population active occupée, selon le sexe, dernière année disponible	417
Tableau A.3.8.	Situation au regard de l'emploi des femmes et des hommes avec et sans enfants de 0 à 5 ans, dernière année disponible.	420
Tableau A.3.9.	Durée hebdomadaire du travail rémunéré, selon le sexe et le nombre d'enfants de moins de 6 ans, dernière année disponible.	425
Tableau A.3.10.	Statut d'emploi des prestataires non rémunérés de soin à autrui et des personnes sans responsabilités familiales, selon le sexe, dernière année disponible	428
Tableau A.3.11.	Caractère formel ou informel de l'emploi des prestataires non rémunérés de soin à autrui et des personnes sans responsabilités familiales, selon le sexe, dernière année disponible	434
Tableau A.3.12.	Cotisation à la sécurité sociale des salariés prestataires non rémunérés de soin à autrui et des salariés sans responsabilités familiales, selon le sexe, dernière année disponible	437
Tableau A.4.1.	Main-d'œuvre des activités de soin à autrui. Estimations régionales et mondiales, par région et par sexe, 2018.	446
Tableau A.4.2.	Personnel du soin à autrui en pourcentage des actifs occupés, dernière année disponible	449
Tableau A.5.1.	Coût à l'échelle nationale de l'expansion des services de soin à autrui selon le scénario du statu quo et le scénario optimal	454

Tableau A.5.2.	Créations directes d'emplois dans la santé, les soins de longue durée et l'éducation en 2030; créations supplémentaires d'emploi dans la santé et le travail social, et éducation en 2030 du fait des investissements dans les activités de soin à autrui; par pays	457
Tableau A.6.1.	Groupes nationaux, régionaux, sous-régionaux et catégories de revenu . . .	460
Tableau A.7.1.	Enquêtes sur la main-d'œuvre et auprès des ménages, par pays et années, microdonnées	468
Tableau A.7.2.	Années des enquêtes sur l'utilisation du temps	475

LISTE DES ENCADRÉS

Encadré 1.1.	La définition des formes de travail adoptée par la CIST.	11
Encadré 1.2.	Personnes âgées cohabitant avec des enfants	22
Encadré 1.3.	Le concept du triple R amplifié: reconnaissance, réduction et redistribution du travail de soin à autrui non rémunéré, plus rétribution et représentation des travailleurs du soin	30
Encadré 1.4.	Contribution à un scénario optimal en matière de soin à autrui, en vue de la réalisation des ODD	31
Encadré 1.5.	Les normes internationales du travail et le soin à autrui	33
Encadré 2.1.	Définition du travail de soin à autrui non rémunéré dans la Résolution I de la 19 ^e CIST et dans l'ICATUS 2016	46
Encadré 3.1.	Perception des mesures en faveur de l'engagement des hommes dans les activités non rémunérées de soin à autrui en Europe	131
Encadré 3.2.	L'opinion publique est favorable à ce que les pères prennent des congés. .	140
Encadré 3.3.	Harmoniser les régimes de congés et l'accès aux services d'éducation et de protection de la petite enfance: l'exemple des pays nordiques.	147
Encadré 3.4.	Les préférences relatives à la prise en charge des enfants varient selon les régions et les catégories sociales	148
Encadré 3.5.	En Europe, les perceptions sur les services d'éducation et la protection de la petite enfance varient avec le taux d'emploi des femmes.	152
Encadré 3.6.	Attente d'un soutien extérieur à la famille pour l'aide quotidienne aux personnes âgées dépendantes.	155
Encadré 4.1.	Définition de la main-d'œuvre des activités de soin à autrui	181
Encadré 4.2.	Personnes handicapées: assistance à la personne et autonomie.	195
Encadré 4.3.	Une association coopérative de soins à domicile	196
Encadré 4.4.	Comparabilité des données entre les estimations de 2013, 2016 et actuelles	205

Encadré 4.5.	Travailleurs domestiques recrutés par des intermédiaires.	209
Encadré 4.6.	Les travailleurs domestiques immigrés à Stockholm	217
Encadré 4.7.	Japon: des robots à l'appui des activités de soin à autrui	220
Encadré 4.8.	Les contrats zéro heure au Royaume-Uni	225
Encadré 4.9.	Stratification du personnel des soins de longue durée en Slovénie	233
Encadré 4.10.	Pays du CCG: les travailleurs domestiques migrants et le système de la <i>kafala</i>	235
Encadré 4.11.	Familles transnationales.	246
Encadré 6.1.	Avancées dans la mesure du travail de soin non rémunéré: l'exemple de la Colombie	311
Encadré 6.2.	Construire des écoles: acte premier des progrès de la scolarisation	315
Encadré 6.3.	Aborder le changement climatique par la création d'emplois verts et prenant en compte le soin à autrui	315
Encadré 6.4.	Des programmes de travaux publics qui tiennent compte des activités de soin à autrui	318
Encadré 6.5.	MenCare+ encourage les hommes à s'occuper des enfants en Afrique du Sud, au Brésil, en Indonésie et au Rwanda	322
Encadré 6.6.	Avancées vers une couverture sanitaire universelle	323
Encadré 6.7.	Éducation et protection de la petite enfance et travailleuses de l'économie informelle: leçons tirées des expériences du Chili, du Mexique et de l'Inde	326
Encadré 6.8.	L'initiative de WIEGO: améliorer l'accueil des enfants des travailleuses de l'économie informelle	327
Encadré 6.9.	Mesures des employeurs favorables aux responsabilités familiales: le cas de Danone	329
Encadré 6.10.	Des régimes de pensions qui prennent en compte le travail de soin à autrui non rémunéré	333
Encadré 6.11.	Principes élémentaires de régimes de congés adaptés aux activités de soin à autrui et garantissant l'égalité entre hommes et femmes.	336
Encadré 6.12.	Comment étendre la protection de la maternité aux travailleuses de l'économie informelle	337
Encadré 6.13.	Union européenne: proposition de directive relative à l'équilibre entre la vie professionnelle et la vie privée (2017)	338
Encadré 6.14.	Réformes récentes visant à étendre les droits sociaux aux travailleurs domestiques	340
Encadré 6.15.	Le rôle essentiel des syndicats pour promouvoir l'égalité de rémunération dans les activités de soin à autrui: un cas historique en Nouvelle-Zélande .	342

Encadré 6.16.	Rendre l'emploi formel: l'exemple des coopératives de travailleurs domestiques à Trinité-et-Tobago	343
Encadré 6.17.	Exemples de coopératives qui assurent des services de soin à autrui tout en offrant de meilleures conditions de travail au personnel	345
Encadré 6.18.	S'attaquer à la ségrégation professionnelle dans l'éducation et la protection de la petite enfance: les mesures novatrices du gouvernement flamand	348
Encadré 6.19.	Recrutement équitable des enseignants: les leçons du Protocole de recrutement des enseignants dans les pays du Commonwealth	352
Encadré 6.20.	Renforcer de façon novatrice les capacités d'action syndicale: le cas des aides à la personne en Finlande.	354
Encadré 6.21.	Négociations collectives à l'échelle des États: les travailleurs domestiques de l'Illinois et de Californie	356
Encadré 6.22.	Reconnaître les besoins en matière de soin à autrui en Amérique latine: les exemples de l'Uruguay et du Costa Rica	358

REMERCIEMENTS

Ce rapport est le fruit d'un considérable effort de collaboration au sein de l'Organisation internationale du Travail (OIT), il constitue une contribution essentielle aux initiatives du centenaire de l'OIT sur les femmes au travail et sur l'avenir du travail. Il a été préparé par le Service des questions de genre, de l'égalité et de la diversité (GED) et ILOAIDS, du Département des conditions de travail et de l'égalité du BIT (WORKQUALITY), sous la supervision générale de Shauna Olney et Manuela Tomei.

La coordination du rapport a été assurée par Laura Addati, qui s'est aussi chargée de sa rédaction avec Umberto Cattaneo, Valeria Esquivel et Isabel Valarino. Les données et les travaux de recherche ont été collectés, traités et analysés par Umberto Cattaneo, Devora Levakova et Carlotta Nani.

La rédaction du rapport s'est appuyée sur un certain nombre d'études de fond menées par les experts internationaux suivants: Jayati Ghosh (Université Jawaharlal Nehru), *Decent work and the care economy: Recognizing, reducing, redistributing, representing and rewarding care work*; Jacques Charmes (Institute of Research for Development), *The Unpaid Care Work and the Labour Market: An analysis of time use data based on the latest World Compilation of Time-use Surveys*; Amelita King-Dejardin, consultante indépendante et ancienne fonctionnaire du BIT, *The social construction of migrant care work: At the intersection of care, migration and gender*; Ipek Ilkcaracan (Université technique d'Istanbul) et Kijong Kim (Levy Economics Institute of Bard College), *The Employment Generation Impact of Meeting SDG Targets in Early Childhood Care, Education, Health and Long- Term Care in 45 Countries*; Marcello Montefiori (Université de Gênes) avec les contributions d'Umberto Cattaneo et de Margherita Licata du BIT, *The Impact of HIV on Care Work and the Care Workforce*; Tom Shakespeare (Université d'East Anglia) et Fiona Williams (Université de Leeds), *Care and assistance: issues for persons with disabilities, women and care workers*. Claire Hobden, du BIT, a fourni une importante contribution sur le travail domestique.

Le rapport a aussi bénéficié des contributions et discussions sur le thème «reconnaître, rétribuer, réduire et redistribuer le travail de soin à autrui» lors de la conférence intitulée «A Better Future for Women at Work: Legal and Policy Strategies» organisée par l'OIT, Oxford Human Rights Hub et l'Université du Kent (Oxford, mai 2017), ainsi que des travaux de la séance plénière de la Conférence de l'OIT sur la régulation pour le travail décent, *Care jobs and the care economy – An opportunity for the future of decent work* (Genève, juil. 2017). À cet égard, nous exprimons nos remerciements à Shahrashoub Razavi (ONU-Femmes), Valeria Esquivel (BIT), Juliana Martinez Franzoni (Université du Costa Rica), Ito Peng (Université de Toronto), Fiona Williams (Université de Leeds); ainsi que Susan Himmelweit (Open University), Elissa Braunstein (Université d'État du Colorado), Chidi King (CSI), Eleonore Kofman (Université du Middlesex) et Magdalena Sepúlveda (UNRISD).

L'équipe souhaite remercier tous ceux qui ont rendu ce rapport possible. Il faut signaler les contributions, idées et commentaires précieux des évaluateurs anonymes ainsi que de nombreux collègues du BIT: Manuela Tomei (WORKQUALITY); Shauna Olney, Syed Mohammed Afsar, Petter Anthun, Rishabh Dhir, Mai Hattori, Susan Maybud, Martin Oelz, Emanuela Pozzan, Esteban Tromel et Brigitte Zug-Castillo (GED); Philippe Marcadent, Patrick Belser, Janine Berg, Florence Bonnet et Claire Hobden (Service des marchés du travail inclusifs, des relations professionnelles et des conditions de travail); Michelle Leighton, Maria Gallotti et Katerine Landuyt (Service des migrations de main-d'œuvre); Jae-Hee Chang (Bureau des activités pour les employeurs); Sangheon Lee (Département des politiques de l'emploi); Maria Teresa Gutierrez (Programme des investissements à haute intensité de main-d'œuvre); Matthieu Charpe (Service du développement et des investissements); Anne Drouin, Cristina Lloret et Hiroshi Yamabana (Programme mondial sur les régimes d'assurance et de protection contre les accidents du travail); Simel Esim et Mina Waki (Unité des coopératives); Moustapha Kamal Gueye (Initiative en faveur des emplois verts); Federico Blanco et Michaelle De Cock (Service des principes et droits fondamentaux au travail); Pablo Arellano (Unité du droit du travail et de la réforme); Jordi Agusti-Panareda, Xavier Beaudonnet, Karen Curtis, Anna Torriente (Service de la liberté syndicale); Alessandro Chiarabini, Claire Marchand-Campmas, Erica Martin, Deepa Rishikesh et Emmanuelle Saint-Pierre Guilbault et Stefania Errico (Département des normes internationales du travail); Damian Grimshaw, Uma Rani Amara, Marva Corley-Coulibaly, Elizabeth Echeverria Manrique, Ekkehard Ernst, Carla Henry, Takhmina Karimova, Takaaki Kizu, Stefan Kuehn, Pelin Sekerler Richiardi et Christian Viegelahn (Département de la recherche); Akira Isawa, Oliver Liang, Margherita Licata et Christiane Wiskow (Département des politiques sectorielles); Christina Behrendt, Markov Kroum et Xenia Scheil-Adlung (Département de la protection sociale); Rafael Diez de Medina, Elisa Benes, Monica Castillo, Roger Gomis, Edgardo Greising, David Hunter, Steven Kapsos, Yves Perardel, Ritash Sarna, Marie-Claire Sodergren, Theodoor Sparreboom, et Kieran Walsh (Département de statistique).

Nous voudrions exprimer nos remerciements pour les importants apports, commentaires et soutiens de la part des spécialistes des bureaux extérieurs de l'OIT: Maria Arteta (San José); Fabio Bertranou et son équipe (Santiago); Maria José Chamorro (Lima); Christoph Ernst (Buenos Aires); Audrey Le Guével et son équipe (Bruxelles); Aya Matsuura (New Delhi); Mariko Ouchi (Budapest), Anne Caroline Posthuma (Brasilia), Joni Simpson (Bangkok).

Ce rapport a aussi bénéficié des commentaires de nos collègues Giorgio Cometto, Tana Wulijit, Khassoum Diallo de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et Yoshie Kaga de l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation la science et la culture (UNESCO). Nous remercions également Elisabeth Tang et le comité exécutif de la Fédération internationale des travailleurs domestiques (FITD).

Nos remerciements s'adressent aussi à Patrick Bollé, qui a réalisé la traduction française; l'Unité de production des publications du BIT (PRODOC); Joelle Baille, Indira Bermúdez, Susana Cardoso et toute l'équipe de la Bibliothèque du BIT; Adam Bowers, Chris Edgar, Inês Gomes, Jean-Luc Martinage, Hans von Rohland, Rosalind Yarde et tous les collègues du Département de la communication et de l'information publique au siège de l'OIT à Genève comme dans les bureaux extérieurs pour leurs activités de coordination

et de communication lors du lancement du rapport partout dans le monde. Nous avons aussi beaucoup apprécié le soutien de Sylvie Layous et de l'équipe des stagiaires du BIT, de Maria Ibarz Lopez, Janet Pennington et Rasha Tabbara (WORKQUALITY), ainsi que de Jane Barney et Veronica Rigottaz (GED).

Enfin, ce rapport n'aurait pu exister sans le soutien financier du gouvernement de la Flandre et de l'Agence suédoise de coopération internationale au développement (ASDI).

LISTE DES ABRÉVIATIONS

BIT	Bureau international du Travail
CCG	Conseil de coopération du Golfe
CIST	Conférence internationale des statisticiens du travail
CITE	Classification internationale type de l'éducation
CITI	Classification internationale type, par industrie, de toutes les branches d'activité économique
CITP	Classification internationale type des professions
ICATUS	(International Classification of Activities for Time Use Statistics). Classification internationale des activités à prendre en compte dans les statistiques du budget-temps
ISSP	Programme international d'enquêtes sociales
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
ODD	Objectif de développement durable
OIT	Organisation internationale du Travail
OMS	Organisation mondiale de la santé
PPA	Parité de pouvoir d'achat
SCN	Système de comptabilité nationale
SEWA	Association des femmes travaillant à leur compte (Inde)
TIC	Technologies de l'information et de la communication
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
WIEGO	Femmes dans l'emploi informel: globalisation et organisation

Prendre soin d'autrui: un travail et des emplois pour l'avenir du travail décent

Prendre soin d'autrui, ce travail, qu'il soit rémunéré ou non, est essentiel pour l'avenir du travail décent. La croissance démographique, le vieillissement de la population, les transformations de la famille, le statut subalterne des femmes sur le marché du travail et les lacunes des politiques sociales appellent, en ce qui concerne l'organisation des activités de soin à autrui, une action urgente de la part des gouvernements, des employeurs, des syndicats et des citoyens eux-mêmes. Sans action pour les pallier, les manques, en quantité et en qualité, des services existants induiront, à l'échelle mondiale, une crise grave et insoutenable des activités de soin, ils aggraveront aussi les inégalités au travail entre les hommes et les femmes.

Le travail de soin à autrui se rapporte à deux sortes d'activités, non exclusives: les *activités de soin directes à la personne*, comme le fait d'alimenter un nourrisson ou de s'occuper d'un conjoint malade; et les *activités de soin indirectes*, c'est-à-dire les tâches ménagères courantes, comme la cuisine ou le ménage. Le travail de soin à autrui non rémunéré est celui qui est effectué sans rétribution monétaire des personnes que l'on désignera dans ce rapport comme «prestataires non rémunérés»; il entre dans la catégorie du travail, et à ce titre il constitue une dimension essentielle du monde du travail¹. Le travail de soin à autrui rémunéré est effectué en échange d'un salaire ou d'un profit par des «prestataires rémunérés». Ces prestataires comprennent toute une variété de travailleurs des services à la personne: infirmières, enseignants, médecins, travailleurs de l'aide à la personne, etc. Les travailleurs domestiques, qui se livrent à des activités de soin directes et indirectes, pour les ménages, font aussi partie de la main-d'œuvre du soin.

À l'échelle mondiale, la majorité du travail de soin à autrui est effectuée par des prestataires non rémunérés, pour l'essentiel des femmes et des filles issues de catégories sociales défavorisées. Le travail de soin non rémunéré est un déterminant essentiel de l'entrée et du maintien des femmes dans la vie professionnelle, ainsi que de la qualité des emplois qu'elles occupent. Les activités de soin à autrui peuvent être gratifiantes, mais une intensité et une pénibilité excessives peuvent avoir des conséquences néfastes sur les possibilités économiques, le bien-être ou la jouissance des droits humains des prestataires non rémunérés.

La plupart des travailleurs du soin rémunérés sont des femmes, souvent migrantes et qui travaillent dans l'économie informelle, dans de mauvaises conditions de travail

et pour de faibles rémunérations. À l'avenir, le travail de soin rémunéré restera une importante source d'emploi, surtout pour les femmes. La nature relationnelle des activités de soin limite la possibilité de remplacer le travail humain par des robots ou d'autres dispositifs techniques.

Les conditions dans lesquelles sont effectuées les activités de soin à autrui non rémunérées ont des effets sur l'entrée et le maintien de leurs prestataires dans l'emploi rémunéré, mais aussi sur les conditions de travail de tout le personnel des activités de soin. Ce «cercle de répercussions entre travail de soin à autrui non rémunéré, travail rémunéré et travail de soin à autrui rémunéré» a des conséquences sur les inégalités entre hommes et femmes au sein des ménages comme dans le travail rémunéré en dehors de l'économie du soin, mais aussi sur la capacité des femmes et des hommes de se livrer à des activités de soin non rémunérées.

Il y va de l'intérêt de tous de garantir de bonnes conditions de prestations des activités de soin à autrui, qu'elles soient rémunérées ou non. Des politiques transformatrices et un travail décent dans les activités de soin sont essentiels pour garantir un avenir du travail fondé sur la justice sociale et pour promouvoir l'égalité entre femmes et hommes, pour toutes et tous. Cela suppose de doubler les investissements dans l'économie du soin, ce qui induirait un total de 475 millions d'emplois d'ici à 2030, c'est-à-dire 269 millions d'emplois supplémentaires.

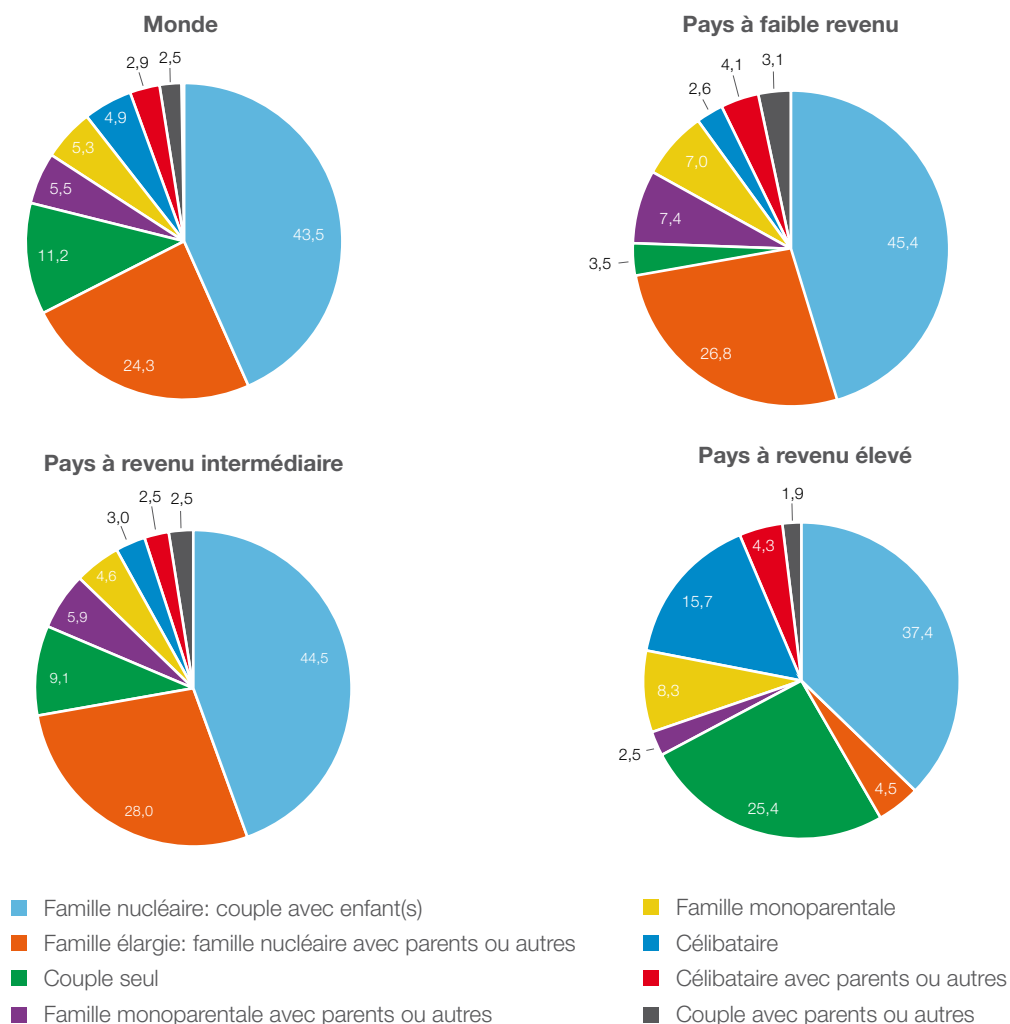
LES ACTIVITÉS DE SOIN À AUTRUI DANS UN MONDE EN MUTATION

Les changements des structures de la famille, les taux – défavorables – de dépendance des soins à autrui, l'évolution des besoins de services de soins à autrui, ainsi que l'élévation du taux d'emploi des femmes dans certains pays, sont autant de facteurs qui expliquent l'érosion du potentiel d'activités de soin non rémunérées, donc la montée de la demande de services de soins rémunérés. En 2015, on dénombrait 2,1 milliards de personnes ayant besoin que l'on s'occupe d'elles: 1,9 milliard d'enfants de moins de 15 ans, parmi lesquels 800 millions avaient moins de 6 ans, et 200 millions de personnes âgées ayant atteint ou dépassé leur espérance de vie en bonne santé. On prévoit qu'en 2030 le nombre de bénéficiaires de services de soins à autrui atteindra 2,3 milliards, sous l'effet d'une augmentation du nombre de personnes âgées comme du nombre d'enfants de 6 à 14 ans (100 millions dans chacun des cas).

La fréquence des handicaps sévères fait que le nombre de personnes nécessitant des soins ou une assistance tout au long de leur vie devrait se situer entre 110 et 190 millions². On observe aussi une demande croissante d'aide à domicile, rémunérée et non rémunérée, de la part de personnes handicapées.

On voit la taille des ménages se réduire, de même que le rôle de la famille élargie traditionnelle. En 2018, la plus grosse part de la population mondiale en âge de travailler appartenait à des familles nucléaires: 43,5 pour cent, soit 2,4 milliards de personnes. Pour la famille élargie, la proportion tombe au-dessous du quart: 24,3 pour cent, soit 1,3 milliard de personnes (voir figure 1). Une autre manifestation de cette évolution des structures familiales est la fréquence des familles monoparentales, avec une proportion

Figure 1. Population en âge de travailler selon le type de ménage (pourcentages) et par niveau de revenu du pays, dernière année



Note: Voir chapitre 1, figure 1.2 (90 pays).

Source: Calculs du BIT à partir de microdonnées d'enquêtes auprès des ménages ou sur la main-d'œuvre.

de 5,3 pour cent, soit 300 millions de personnes en âge de travailler. À l'échelle mondiale, 78,4 pour cent des chefs de familles monoparentales sont des femmes, qui supportent donc de plus en plus les charges financières et les responsabilités parentales des ménages, sans aucun soutien des pères.

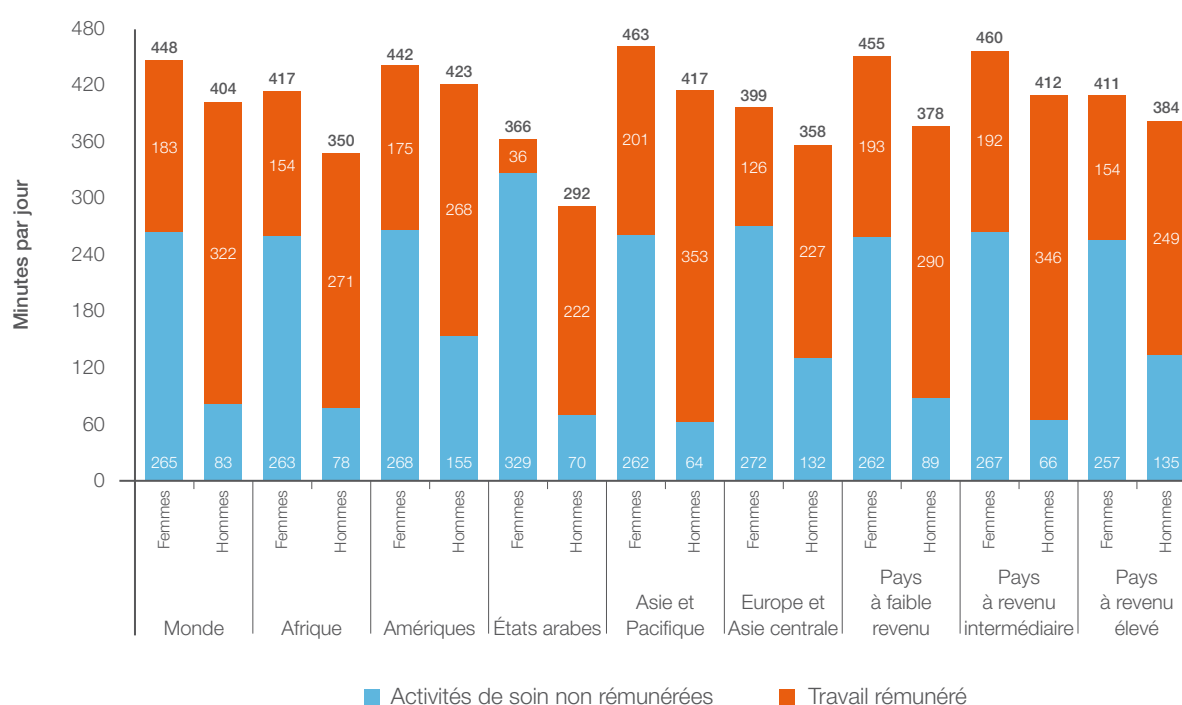
Si ces besoins supplémentaires de services de soins à autrui ne sont pas satisfaits par le truchement de politiques appropriées, et si cette demande additionnelle de travail de soin reste insatisfaite, il est probable que l'activité professionnelle des femmes continuera d'être entravée, que le personnel du soin verra sa charge de travail s'alourdir et que les inégalités entre hommes et femmes au travail iront en s'aggravant.

ACTIVITÉS DE SOIN À AUTRUI NON RÉMUNÉRÉES ET INÉGALITÉS ENTRE HOMMES ET FEMMES AU TRAVAIL

Les femmes effectuent 76,2 pour cent de l'ensemble du travail de soin à autrui non rémunéré, 3,2 fois plus que les hommes

L'apport des activités de soin non rémunérées aux économies nationales, de même qu'au bien-être des individus et de la société, est substantiel. Celles et ceux qui les assurent satisfont une large majorité des besoins en la matière à l'échelle mondiale. La plupart de ce travail non rémunéré demeure toutefois invisible, reste non reconnu et n'est pas pris en compte lorsque l'on prend des décisions. À partir des données d'enquêtes sur l'utilisation du temps menées dans 64 pays (représentant 66,9 pour cent de la population mondiale en âge de travailler), on a estimé que 16,4 milliards d'heures sont consacrés chaque jour aux activités de soin à autrui non rémunérées. Cela équivaut à 2 milliards de personnes travaillant 8 heures par jour sans rémunération. La valorisation de ces services sur la base d'un salaire minimum horaire donnerait 11 000 milliards de dollars des États-Unis (à parité de pouvoir d'achat en 2011), soit 9 pour cent du PIB mondial. La grande majorité de ce travail non rémunéré consiste en tâches ménagères (81,8 pour cent), viennent ensuite l'aide à la personne (13,0 pour cent) et le travail bénévole (5,2 pour cent).

Figure 2. Temps consacré quotidiennement aux activités de soin à autrui non rémunérées, au travail rémunéré et à l'ensemble, selon le sexe, la région et le niveau de revenu du pays, dernière année



Note: Voir chapitre 2, figure 2.8 (64 pays).

Source: Calculs du BIT à partir de Charmes, à paraître (voir la version intégrale du rapport).

Partout dans le monde, sans exception, les femmes réalisent les trois quarts du travail de soin à autrui non rémunéré, à savoir 76,2 pour cent des heures que cela représente. Il n'est aucun pays où hommes et femmes se partagent de façon égale les activités de soin non rémunérées; les femmes y consacrent en moyenne 3,2 fois plus de temps que les hommes: 4 heures 25 minutes par jour, contre 1 heure 23 minutes pour les hommes. Sur une année, cela représente 201 journées de 8 heures pour les femmes et 63 pour les hommes. Dans toutes les régions, les femmes consacrent plus de temps que les hommes aux activités de soin non rémunérées, allant de 1,7 fois plus dans les Amériques jusqu'à 4,7 fois plus dans les États arabes. À l'échelle mondiale, le travail de soin non rémunéré est plus intensif pour les femmes et les filles vivant dans des pays à revenu intermédiaire, mariées et d'âge adulte, ayant un niveau d'instruction inférieur, habitant dans des zones rurales et ayant des enfants d'âge préscolaire.

L'activité professionnelle des femmes n'induit pas automatiquement une évolution de la division du travail non rémunéré entre les sexes. En effet, quelle que soit la région où la catégorie de revenu du pays, lorsque l'on additionne travail rémunéré (sous forme de salaire ou de profit) et travail non rémunéré, la durée quotidienne moyenne du travail des femmes (7 heures et 28 minutes) est supérieure à celle des hommes (6 heures et 44 minutes), même s'il existe des différences sensibles d'un pays à l'autre (voir figure 2). Il s'ensuit que, même en tenant compte du temps de travail professionnel, les femmes sont systématiquement, et plus que les hommes, privées de temps. En outre, le travail de soin à autrui non rémunéré, lorsqu'il est excessif et exténuant, peut déboucher sur des stratégies sous-optimales en matière de soin à autrui, avec des conséquences nuisibles pour les bénéficiaires – nourrissons, enfants, personnes handicapées ou âgées –, mais aussi pour les prestataires non rémunérés eux-mêmes.

La participation des hommes aux activités de soin à autrui non rémunérées a augmenté au cours des 20 dernières années. Toutefois, entre 1997 et 2012, l'écart entre hommes et femmes quant au temps consacré à ces activités n'a diminué que de 7 minutes par jour – de 1 heure 49 minutes à 1 heure 42 minutes –, en moyenne, dans les 23 pays pour lesquels on dispose de données chronologiques. À ce rythme, il faudrait 210 ans pour combler cet écart (soit pas avant 2228) dans les pays considérés. Ce rythme, d'une lenteur désespérante, soulève la question de l'efficacité des politiques, passées et actuelles, sur l'ampleur et la répartition (division) du travail de soin non rémunéré menées au cours des 20 dernières années.

Les attitudes évoluent quant à la division, entre femmes et hommes, du travail rémunéré et du travail de soin à autrui non rémunéré

Les inégalités entre hommes et femmes, dans la famille et dans l'emploi, trouvent leur origine dans les représentations sexuées des rôles respectivement assignés aux hommes et aux femmes dans la production et la reproduction, représentations qui perdurent, sans considération des différences culturelles ou socio-économiques. Avec des variations régionales, le modèle de l'homme soutien de famille persiste, bien enraciné dans le tissu des sociétés, de même que le rôle attribué aux femmes qui est de s'occuper des autres membres de la famille. Toutefois, cela évolue: les attitudes sont très positives à l'égard de l'activité professionnelle des femmes, avec 70 pour cent des femmes et 66 pour cent

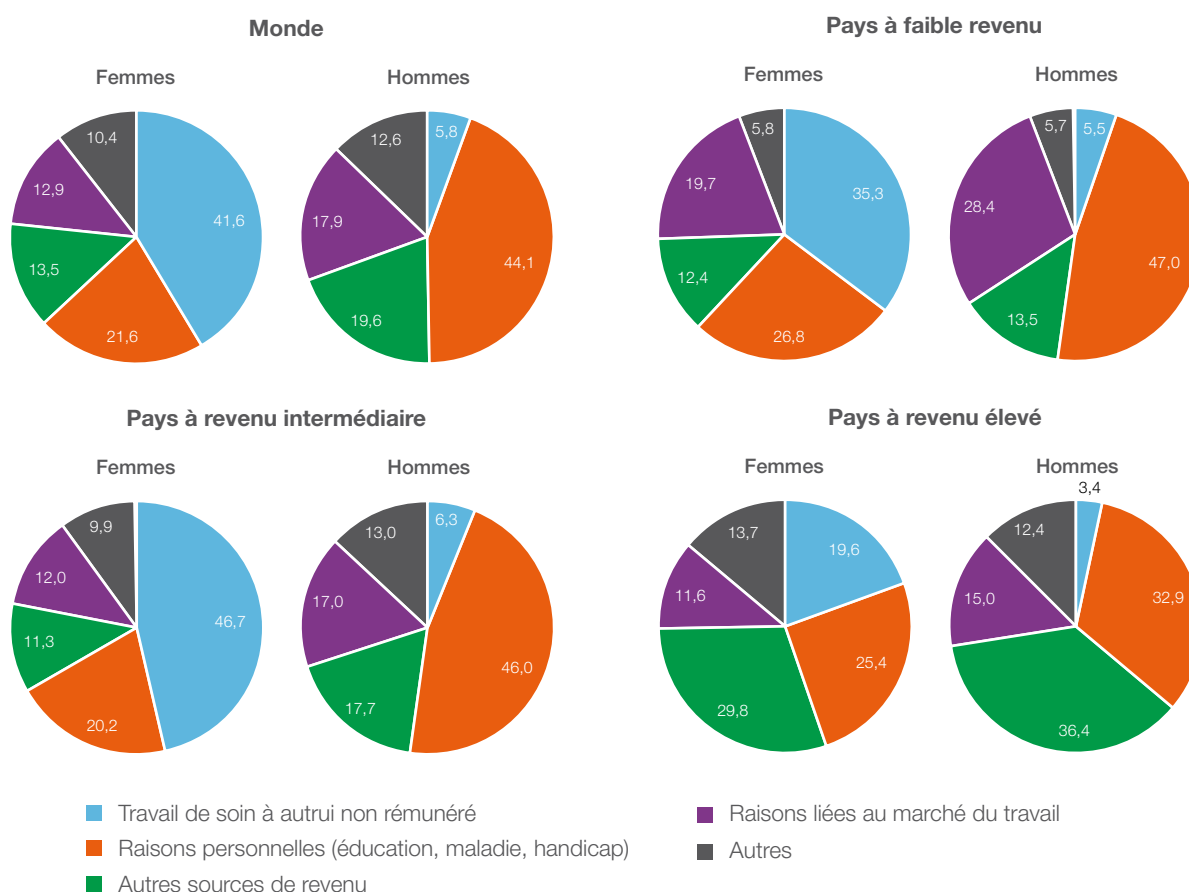
des hommes préférant voir les femmes avoir une activité professionnelle³. S'agissant du rôle des hommes, on considère de plus en plus que, partout, les hommes sont plus impliqués qu'ils ne l'ont jamais été dans les activités de soin à autrui non rémunérées. Plus que les autres, les personnes qui vivent des conflits entre travail et vie de famille ou qui sont susceptibles d'avoir des responsabilités familiales dans un proche avenir – comme les femmes, les jeunes gens, les parents en couple biactif et les parents isolés – ont tendance à adopter des attitudes plus progressistes et plus favorables à l'égalité entre les sexes. Les transformations de la structure familiale et le vieillissement des sociétés induisent une augmentation du nombre de femmes et d'hommes confrontés à un conflit potentiel entre activités de soin non rémunérées et vie professionnelle. Il est donc nécessaire d'anticiper l'évolution vers des rôles plus égalitaires, de la soutenir et de la faire entrer dans la pratique. Ce changement des attitudes et des comportements découlera aussi de politiques du soin à autrui transformatrices. En effet, si les services de soins à la personne deviennent plus accessibles et de meilleure qualité, les attitudes vis-à-vis de l'emploi des mères et les conceptions de ce que l'on considère comme un dosage approprié entre travail et vie de famille devraient devenir plus favorables à une division plus égalitaire du travail de soin non rémunéré et des activités professionnelles.

647 millions de personnes en âge de travailler sont économiquement inactives à cause de leurs responsabilités familiales

Les activités de soin non rémunérées constituent le principal obstacle à l'activité professionnelle des femmes, tandis qu'un partage plus équitable du travail de soin à autrui non rémunéré entre hommes et femmes est associé à un taux d'activité féminin plus élevé. À l'échelle mondiale, le travail de soin à autrui non rémunéré est la principale raison avancée par les femmes en âge de travailler pour expliquer leur inactivité économique; tandis que pour les hommes il s'agit des études, de la maladie ou du handicap. En 2018, 606 millions de femmes en âge de travailler se déclaraient n'être pas disponibles pour occuper ou chercher un emploi, du fait de leurs activités de soin à autrui non rémunérées, alors que les hommes n'étaient que 41 millions dans ce cas. Ces 647 millions d'hommes et de femmes, prestataires de soins à plein temps et non rémunérés, représentent le plus fort contingent d'actifs potentiels perdus pour la main-d'œuvre mondiale; les mères de jeunes enfants y sont surreprésentées. Ces prestataires de soins à plein temps et non rémunérés représentent 41,6 pour cent du 1,4 milliard de femmes inactives dans le monde, mais seulement 5,8 pour cent des 706 millions d'hommes inactifs (voir figure 3). Sur l'ensemble des catégories de revenus, le travail de soin non rémunéré est la raison la plus invoquée de l'inactivité économique des femmes dans les pays à revenu intermédiaire (46,7 pour cent contre 6,3 pour cent chez les hommes). En 2017, un rapport du BIT et de Gallup indiquait que, à l'échelle mondiale, une majorité de femmes, y compris les inactives, préféreraient avoir un emploi rémunéré (58 pour cent), les hommes étant d'accord⁴. Cela implique qu'une forte proportion de cette main-d'œuvre potentielle pourrait devenir active grâce à un accès universel aux services, mesures et infrastructures en matière de soin.

Avoir à la fois une activité professionnelle et des responsabilités familiales constitue la norme dans le monde d'aujourd'hui. En 2018, on dénombrait 1,4 milliard de personnes employées – 500 millions de femmes et 900 millions d'hommes – vivant avec des personnes ayant besoin que l'on s'occupe d'elles. Cela signifie que, globalement, 67,7 pour

Figure 3. Pourcentage d'inactifs, selon le sexe et le principal motif d'inactivité, par niveau de revenu du pays, dernière année



Note: Voir chapitre 2, figure 2.23 (84 pays).

Source: Calculs du BIT à partir de microdonnées d'enquêtes auprès des ménages ou sur la main-d'œuvre.

cent des adultes en situation d'emploi – essentiellement des hommes – sont potentiellement des prestataires de soins non rémunérés. Toutefois, la composition des ménages affecte différemment le taux d'activité des hommes et celui des femmes. On observe ainsi une «pénalisation» sur le marché du travail des femmes ayant des responsabilités familiales, alors que les hommes dans cette situation bénéficient d'une «prime» sur ce même marché. Comparées aux célibataires, les femmes qui vivent dans des familles élargies ont une probabilité d'être économiquement actives inférieure de 16,6 points de pourcentage, alors que pour les hommes la probabilité est supérieure de 0,5 point de pourcentage.

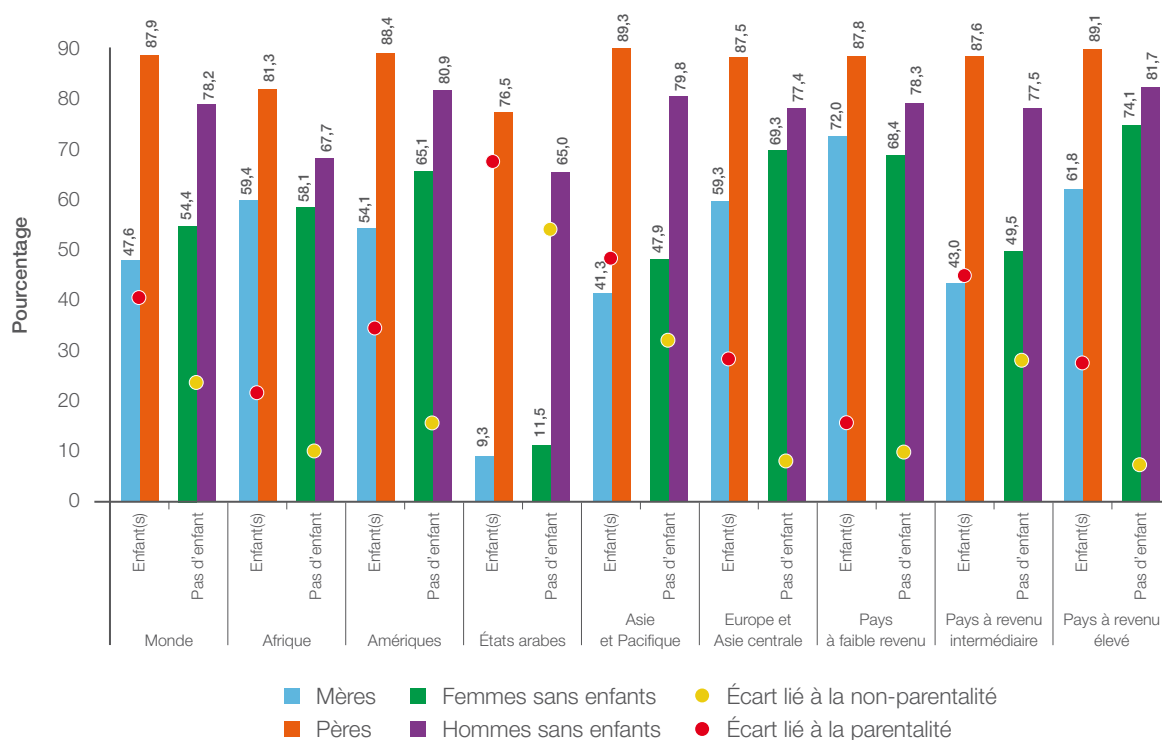
Emploi: les mères d'enfants de 0 à 5 ans sont pénalisées par rapport aux pères

Sans aucune exception, le temps consacré par les femmes aux activités de soin à autrui non rémunérées augmente sensiblement avec la présence de jeunes enfants dans

le ménage. Cela débouche sur ce que l'on pourrait appeler la «pénalisation professionnelle de la maternité», que l'on observe de façon systématique à l'encontre des femmes ayant de jeunes enfants, dans toutes les régions du monde. En 2018, les mères d'enfants de 0 à 5 ans présentaient le taux d'emploi le plus faible (47,6 pour cent), inférieur à celui des pères (87,9 pour cent) et des hommes sans jeunes enfants (78,2 pour cent), mais aussi à celui des femmes sans jeunes enfants (54,4 pour cent). Ce tableau contraste avec la «prime professionnelle à la paternité», les pères de jeunes enfants ayant le taux d'emploi le plus élevé, supérieur non seulement à celui des hommes sans enfants, mais aussi à celui des femmes, qu'elles aient ou non des jeunes enfants, et ce partout dans le monde, quelle que soit la région (voir figure 4).

Plus encore, on observe une faible variation du taux d'emploi des pères d'une région et d'un pays à l'autre, alors que celui des mères varie considérablement. L'écart d'emploi lié à la parentalité, à savoir la différence entre le taux d'emploi des pères et celui des mères de jeunes enfants, est de 40,3 pour cent au niveau mondial. Si l'on compare les trois catégories de revenus du pays, c'est dans les pays à revenu intermédiaire que la pénalisation du cumul de l'emploi avec le fait d'avoir de jeunes enfants est la plus forte pour les femmes (presque 45 pour cent). Après l'Afrique, c'est la région de

Figure 4. Taux d'emploi des mères et pères d'enfants de 0 à 5 ans, et des femmes et hommes sans enfants de 0 à 5 ans, par région et niveau de revenu du pays, dernière année



Note: Voir chapitre 2, figure 2.25 (89 pays). La tranche d'âge considérée est: 25-54 ans dans les pays à revenu élevé; 18-54 ans dans les pays à revenu intermédiaire et faible.

Source: Calculs du BIT à partir de microdonnées d'enquêtes auprès des ménages ou sur la main-d'œuvre.

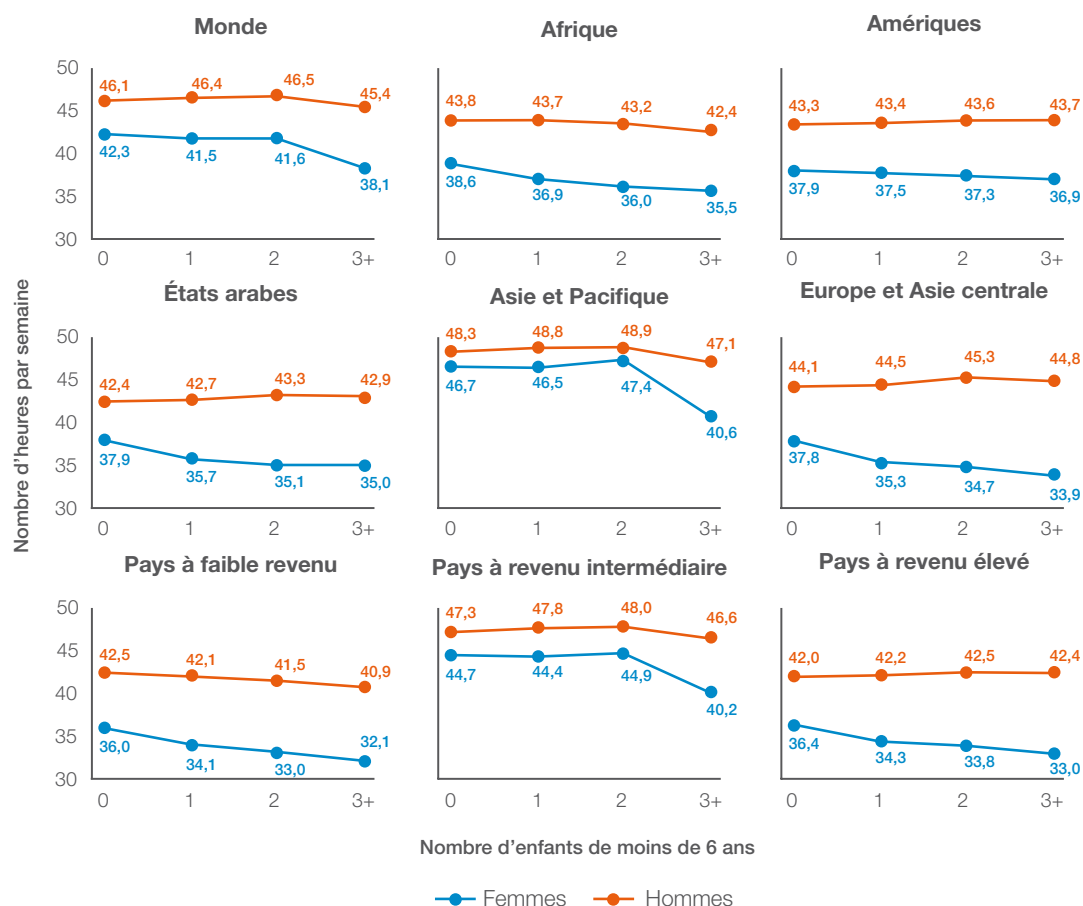
l'Europe et de l'Asie centrale qui présente le plus faible écart d'emploi lié à la parentalité, sachant qu'il existe de fortes variations au sein de chacune des régions. Cela reflète des différences d'accessibilité de qualité des services et dispositifs de soin et de garde d'un pays à l'autre.

Qualité de l'emploi: les prestataires de soins à autrui non rémunérés sont pénalisés

Le travail de soin à autrui non rémunéré est l'un des principaux obstacles à l'obtention de meilleurs emplois par les femmes: il affecte le nombre d'heures qu'elles consacrent à leur emploi, leur statut professionnel et leurs conditions de travail. Les femmes qui cumulent responsabilités familiales et travail rémunéré consacrent moins d'heures à ce dernier que les hommes et que les femmes sans enfants. À l'échelle mondiale, les femmes en situation d'emploi qui vivent dans des ménages sans enfants de moins de 6 ans ont une durée du travail hebdomadaire moyenne de 42,3 heures par semaine, contre 46,1 pour les hommes, soit un écart de 3 heures et 48 minutes. Le fait de vivre avec un jeune enfant au moins porte cet écart à près de 5 heures (environ 1 heure par semaine de travail en moins pour les femmes et 18 minutes en plus pour les hommes). Dans toutes les régions, l'écart de durée du travail entre hommes et femmes s'accroît avec le nombre d'enfants. Globalement, les femmes qui travaillent 5 jours par semaine et qui ont au moins trois enfants au-dessous de 6 ans dans leur famille perdent 18 heures de travail rémunéré par mois, alors que leurs homologues masculins ne subissent pas une telle perte. L'écart de durée du travail entre pères et mères d'un enfant de moins de 6 ans est le plus faible dans la région Asie et Pacifique (2 heures 18 minutes) et le plus fort dans la région Europe et Asie centrale (9 heures 2 minutes) (voir figure 5). L'incapacité de consacrer de longues heures à la vie professionnelle affecte la qualité de l'emploi et le niveau de rémunération des femmes. Dans certains emplois à prédominance masculine, l'attente de voir le salarié travailler de longues heures a un effet répulsif sur les femmes qui ont, ou sont susceptibles d'avoir, des activités de soin à autrui non rémunérées, ce qui contribue à aggraver la ségrégation professionnelle. La prime salariale associée à une durée du travail extrêmement longue contribue à creuser l'écart de salaire mensuel entre hommes et femmes.

Les femmes assumant des responsabilités de soin à autrui ont aussi une probabilité supérieure d'être travailleuses indépendantes ou de travailler dans le secteur informel, avec des chances inférieures de cotiser à la sécurité sociale. À l'échelle mondiale, la proportion de salariées est inférieure chez les prestataires de soins à autrui non rémunérés (62,2 pour cent) par rapport à leurs homologues sans responsabilités familiales (67,8 pour cent). Bien que le salariat ne garantisse pas en soi une meilleure qualité de l'emploi, cette observation vient à l'appui de l'hypothèse selon laquelle les prestataires de soins non rémunérés doivent «transiter» par l'emploi indépendant pour pouvoir concilier activités de soin à autrui et vie professionnelle. En outre, les prestataires non rémunérés ont en général de plus mauvaises conditions de travail. Ainsi, les femmes qui sont aussi prestataires de soins non rémunérées ont une probabilité supérieure de travailler dans l'économie informelle (62,0 pour cent) par comparaison avec leurs homologues sans responsabilités de soin à autrui (56,8 pour cent); elles ont aussi moins de chances d'être protégées par la sécurité sociale, les proportions étant respectivement de 47,4 et de 51,6 pour cent.

Figure 5. Durée hebdomadaire du travail rémunéré, selon le sexe et le nombre d'enfants de moins de 6 ans, par région et niveau de revenu du pays, dernière année



Note: Voir chapitre 2, figure 2.28 (89 pays). La tranche d'âge considérée est: 25-54 ans dans les pays à revenu élevé; 18-54 ans dans les pays à revenu intermédiaire et faible.

Source: Calculs du BIT à partir de microdonnées d'enquêtes auprès des ménages ou sur la main-d'œuvre.

POLITIQUES DU SOIN À AUTRUI ET TRAVAIL DE SOIN À AUTRUI NON RÉMUNÉRÉ

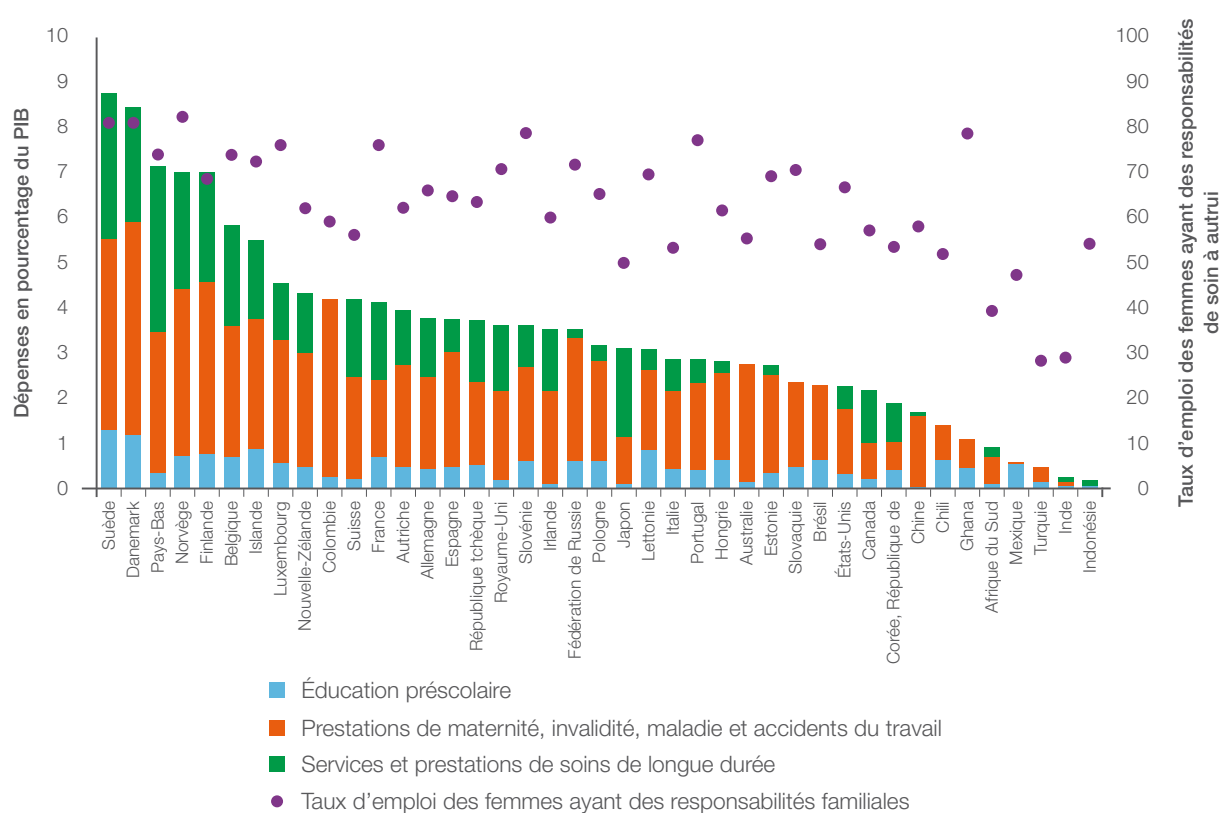
Des politiques du soin à autrui transformatrices ont des résultats positifs en matière de santé, d'économie et d'égalité entre hommes et femmes

Les inégalités dans les activités de soin à autrui non rémunérées et les inégalités au sein de la main-d'œuvre sont fortement intercorrélées. Aucun progrès notable de l'égalité entre hommes et femmes au travail ne pourra avoir lieu si l'on ne s'attaque pas d'abord aux inégalités dans les activités de soin non rémunérées, ce qui suppose de reconnaître, de réduire et de redistribuer effectivement ces dernières entre femmes et hommes, ainsi qu'entre famille et État. À cette fin, les politiques du soin à autrui consistent à allouer des ressources sous forme d'argent, de prestations de services et de temps. Ces politiques comprennent la prestation directe de *services de soins à autrui et de garde des enfants*

et des personnes âgées, ainsi que les transferts et prestations de la protection sociale, en rapport avec les activités de soin à autrui, à l'intention des travailleurs ayant des responsabilités familiales, des prestataires non rémunérés et des bénéficiaires. Ces politiques concernent également certaines *infrastructures relatives aux activités de soin à autrui*, susceptibles de réduire la pénibilité du travail des femmes: adduction d'eau, assainissement et alimentation électrique, par exemple. Elles touchent aussi à la réglementation du travail, avec les *politiques de congés et les modalités de travail adaptées aux responsabilités familiales*, permettant un meilleur équilibre entre vie professionnelle et activités de soin à autrui non rémunérées.

Ces politiques sont dites transformatrices lorsqu'elles garantissent les droits humains, la capacité d'action et le bien-être tant des prestataires non rémunérés (ayant ou non une activité professionnelle) que des bénéficiaires. Les politiques du soin à autrui transformatrices ont des effets positifs en matière de santé, d'économie et d'égalité entre homme et femmes, car elles donnent de meilleurs résultats pour les enfants, les personnes âgées

Figure 6. Dépenses publiques consacrées à certaines activités de soin à autrui (en pourcentage du PIB) et taux d'emploi des femmes ayant des responsabilités familiales, dernière année



Note: Voir chapitre 3, figure 3.6 (41 pays). Le taux de corrélation entre les dépenses consacrées aux activités de soin à autrui et le taux d'emploi des femmes ayant des responsabilités familiales est de 0,67.

Source: UNESCO, base de données statistiques de l'ISU; BIT, *Rapport mondial sur la protection sociale 2017-2019*; Banque mondiale, 2016 (voir la version intégrale du rapport); calculs du BIT à partir de microdonnées d'enquêtes auprès des ménages ou sur la main-d'œuvre.

ou handicapées, ainsi qu'en ce qui concerne l'emploi des mères et le rôle d'éducation des pères. Les données sur les dépenses publiques consacrées à une série d'activités de soin à autrui montrent que, dans les pays qui investissent davantage dans une combinaison de politiques visant à alléger le poids des activités de soin supporté par la population en âge de travailler – notamment en cas de maternité, de maladie ou de handicap –, on observe un taux d'emploi supérieur des femmes âgées de 18 à 54 ans qui assument parallèlement des activités de soin non rémunérées, par comparaison avec les pays qui investissent moins (voir figure 6). En particulier, dans les régions où existent une protection complète en matière de maternité et des congés rémunérés pour les pères, ainsi que des services d'éducation et de protection de la petite enfance, on observe des taux d'emploi supérieurs chez les mères.

Si les politiques du soin à autrui suivent une approche fondée sur les droits humains et sexospécifique, elles aideront à transformer la division du travail au sein des ménages ainsi que les attitudes des individus à l'égard des activités de soin à autrui. Il existe une association positive entre les modalités de congé parental du pays et le temps que consacrent les hommes à s'occuper des enfants. Les pays où les hommes consacrent aux activités de soin à autrui au moins 60 pour cent du temps qu'y passent les femmes sont aussi ceux où les hommes bénéficient des congés payés les plus longs. Ces progrès sont rendus possibles si une partie des activités de soin n'est plus à la charge de la famille et des femmes, mais est déplacée vers l'État ou vers des services marchands ou sans but lucratif avec subventions publiques.

Les lacunes dans la couverture des politiques du soin à autrui pénalisent les catégories les plus défavorisées

Malgré la force de l'argumentation en faveur de politiques du soin à autrui transformatrices, on observe de par le monde de vastes lacunes dans la couverture de ces politiques. C'est dans les régions de l'Afrique, de l'Asie et du Pacifique, et des États arabes que l'on observe les manques les plus graves avec des effets sanitaires et économiques néfastes tant pour les personnes qui ont besoin de services de soins que pour celles qui ont la responsabilité d'assurer ces services (des femmes surtout), pour les personnes âgées ou handicapées et celles qui vivent avec le VIH, les habitants des zones rurales, ou encore les travailleurs de l'économie informelle ou en emploi atypique. En Amérique latine aux Caraïbes, bien que les politiques du soin à autrui soient inscrites en tête des ordres du jour politiques, d'importantes lacunes persistent, notamment en ce qui concerne l'accès aux services. Même dans les pays à revenu élevé, les politiques du soin à autrui, de par leur conception et leur mise en œuvre, ne s'attaquent pas systématiquement aux inégalités sociales et aux inégalités entre hommes et femmes liées à la division du travail de soin, ni aux obstacles à l'activité économique des femmes. Globalement, les approches fondées sur les droits humains et sexospécifiques restent rares et l'on est encore loin du respect général des principes d'universalité, d'adéquation et d'équité. Le rôle de l'État varie selon le type de politique en cause, mais dans bien des cas sa responsabilité principale et générale fait défaut.

L'universalité de la protection de la maternité et le caractère effectivement égalitaire des régimes de congés ne sont pas encore une réalité. En 2016, seulement 42 pour cent des

pays (77 pays sur 184 pour lesquels on dispose de données) satisfaisaient aux normes minimales établies par la convention (n° 183) sur la protection de la maternité, 2000, et dans 39 pour cent des pays (68 pays sur 174 pour lesquels on dispose de données) il n'existait aucun congé légal (rémunéré ou non) à l'intention des pères. On est aussi loin de services à l'enfance de qualité, surtout dans les pays à revenu intermédiaire et faible. À l'échelle mondiale, le taux brut de fréquentation des services d'éducation et de protection de la petite enfance, à l'intention des enfants de moins de 3 ans, n'était que de 18,3 pour cent en 2015; s'agissant des enfants de 3 à 6 ans, il atteignait tout juste 57,0 pour cent à l'école préélémentaire. Au niveau préélémentaire, une scolarité gratuite et obligatoire d'au moins un an n'existe que dans 38 pays sur 207⁵.

Les services de soins de longue durée sont pratiquement inexistants dans la plupart des pays d'Afrique, d'Amérique latine et d'Asie, et ce n'est que dans un petit nombre de pays à revenu élevé que l'État joue un rôle moteur en finançant ces services, ce qui étend leur portée. La couverture effective des personnes présentant des handicaps graves et percevant des allocations se situait en moyenne à 27,8 pour cent en 2015, allant de 9 pour cent dans la région Asie-Pacifique à plus de 90 pour cent en Europe. Toutefois, s'il existe des allocations d'invalidité dans un grand nombre de pays (103 sur 186 pour lesquels on dispose de données), celles-ci sont servies par des régimes contributifs, ce qui implique que seuls les adultes salariés – des hommes pour la plupart – peuvent en bénéficier⁶. L'approvisionnement en eau et l'assainissement, ainsi que l'amélioration des services d'alimentation électrique peuvent accroître le bien-être, notamment des femmes et des filles vivant dans des ménages pauvres ou en zone rurale. Toutefois, le bénéfice de telles infrastructures connaît d'extraordinaires différences régionales.

Le climat de limitation des ressources est un important facteur contraire à la poursuite de politiques du soin à autrui transformatrices. Cela dit, on observe que des pays qui ont un niveau de PIB et des structures socio-économiques semblables peuvent différer quant aux politiques du soin menées et aux résultats obtenus. Cela souligne l'importance d'une définition claire des priorités et d'une volonté affirmée d'élargir les marges de manœuvre budgétaires afin d'atteindre un niveau de ressources approprié à l'expansion des politiques du soin à autrui et à l'obtention des avantages qui en découlent.

LES TRAVAILLEURS ET LES EMPLOIS DANS LES ACTIVITÉS DE SOIN À AUTRUI

La main-d'œuvre du soin à autrui comprend 249 millions de femmes et 132 millions d'hommes

La main-d'œuvre du soin à autrui est l'incarnation de la prestation rémunérée de services de soins à autrui. Cette main-d'œuvre comprend: les travailleurs des activités de soin à autrui (éducation, santé et travail social); les travailleurs du soin à autrui appartenant à d'autres branches d'activité; les travailleurs domestiques qui sont employés par les ménages. Elle comprend aussi, dans la branche des activités de soin à autrui, des travailleurs qui ne sont pas des prestataires de soins à autrui, mais du personnel de soutien. Cet ensemble représente une importante source d'emploi à l'échelle mondiale, notamment pour les femmes. Au total, la main-d'œuvre des activités de soin compte 381 millions de travailleurs, 249 millions de femmes et 132 millions d'hommes. Cela

représente 11,5 pour cent de l'emploi total, 19,3 pour cent de l'emploi féminin et 6,6 pour cent de l'emploi masculin. Dans la plupart des cas, plus le personnel des activités de soin à autrui représente une proportion élevée de l'emploi total, plus il est féminisé. Les femmes constituent environ les deux tiers de cette main-d'œuvre, proportion qui augmente jusqu'à plus des trois quarts dans les Amériques, en Europe et en Asie centrale.

La plupart des travailleurs du soin à autrui sont employés dans l'éducation (123 millions) ou dans la santé et le travail social (92 millions). Ce total de 215 millions de travailleurs, qui se partage entre 143 millions de femmes et 72 millions d'hommes, représente 6,5 pour cent de l'emploi total dans le monde en 2018. Pour leur part, les travailleurs domestiques, employés par des ménages, représentent au moins 2,1 pour cent de l'emploi à l'échelle mondiale; ils sont au nombre de 70 millions, 49 millions de femmes et 21 millions d'hommes. Les travailleurs du soin à autrui occupés dans d'autres branches que celle des activités de soin à autrui sont au nombre de 24 millions, soit 0,7 pour cent de l'emploi mondial. Quant aux travailleurs qui ne sont pas des prestataires de soins à autrui mais travaillent dans la branche des activités de soin à autrui (comptables, cuisiniers ou personnel d'entretien, par exemple), avec 72 millions de travailleurs, ils représentent 2,2 pour cent de l'emploi mondial.

Mauvaise qualité de l'emploi pour le personnel du soin à autrui signifie mauvaise qualité des services

Les travailleurs des activités de soin à autrui partagent un certain nombre de caractéristiques spécifiques: de par leurs prestations, ils engagent fréquemment des relations suivies avec les bénéficiaires; ils disposent de toute une série de qualifications, bien que, souvent, celles-ci ne soient ni reconnues ni rémunérées pour ce qu'elles sont; ils font régulièrement l'expérience de tensions entre les personnes dont ils s'occupent et les conditions dans lesquelles ils doivent fournir leurs prestations; ce sont, pour la plupart, des femmes. Toutefois, ils ne constituent pas une catégorie homogène: il existe des différences et une hiérarchie au sein du personnel des activités de soin à autrui, qu'il s'agisse des rémunérations, du statut ou des conditions de travail et d'emploi.

Les infirmières et les sages-femmes forment la première catégorie professionnelle dans les soins de santé, dont le personnel infirmier constitue la profession la plus féminisée. Leurs salaires sont fréquemment trop faibles, ce qui conduit souvent les infirmières à recourir à l'emploi multiple, aux heures supplémentaires ou à la multiplication du nombre de leurs postes, pratiques qui compromettent la qualité de la prestation de soin, qui nuisent à l'équilibre entre travail et vie de famille, ainsi qu'à la stabilité dans l'emploi. Les travailleurs de l'aide à la personne, dont la plupart travaillent au domicile des bénéficiaires, perçoivent de faibles salaires, connaissent de rudes conditions de travail et sont exposés au risque de pratiques discriminatoires. Les agents de santé des communautés locales sont souvent insuffisamment formés, privés de ressources, sous-payés, voire non rémunérés, et souvent recrutés pour faire face à un manque de personnel de santé. Suscitées par les différences de revenus et de conditions de travail d'un pays à l'autre, les migrations des travailleurs de la santé sont caractéristiques du marché mondial du travail dans ce secteur. La reconnaissance et la certification des qualifications constituent les principaux obstacles auxquels se heurtent les infirmières migrantes.

Les salaires des enseignants constituent le poste le plus important du système formel d'éducation. Les salaires annuels des enseignants de l'enseignement primaire et secondaire sont en rapport avec le PIB par tête, légèrement inférieurs dans les pays à revenu élevé, mais supérieurs dans les pays à faible revenu. Toutefois, le secteur de l'éducation a connu une multiplication des emplois temporaires et à temps partiel au cours des dernières décennies. Quel que soit le niveau de revenu du pays, la rémunération, les prestations sociales et le statut du personnel de la petite enfance sont inférieurs à ceux des enseignants de l'école primaire, avec pour conséquence possible la faiblesse de la satisfaction au travail comme du taux de maintien dans l'emploi.

Les conditions de travail des travailleurs domestiques – particulièrement vulnérables face à l'exploitation – sont parmi les pires que l'on rencontre dans les activités de soin à autrui. Il est notoire que leur travail est occasionnel et imprévisible, et ils ne sont guère protégés par la sécurité sociale ou par le droit du travail. En outre, la violence est omniprésente dans le travail domestique.

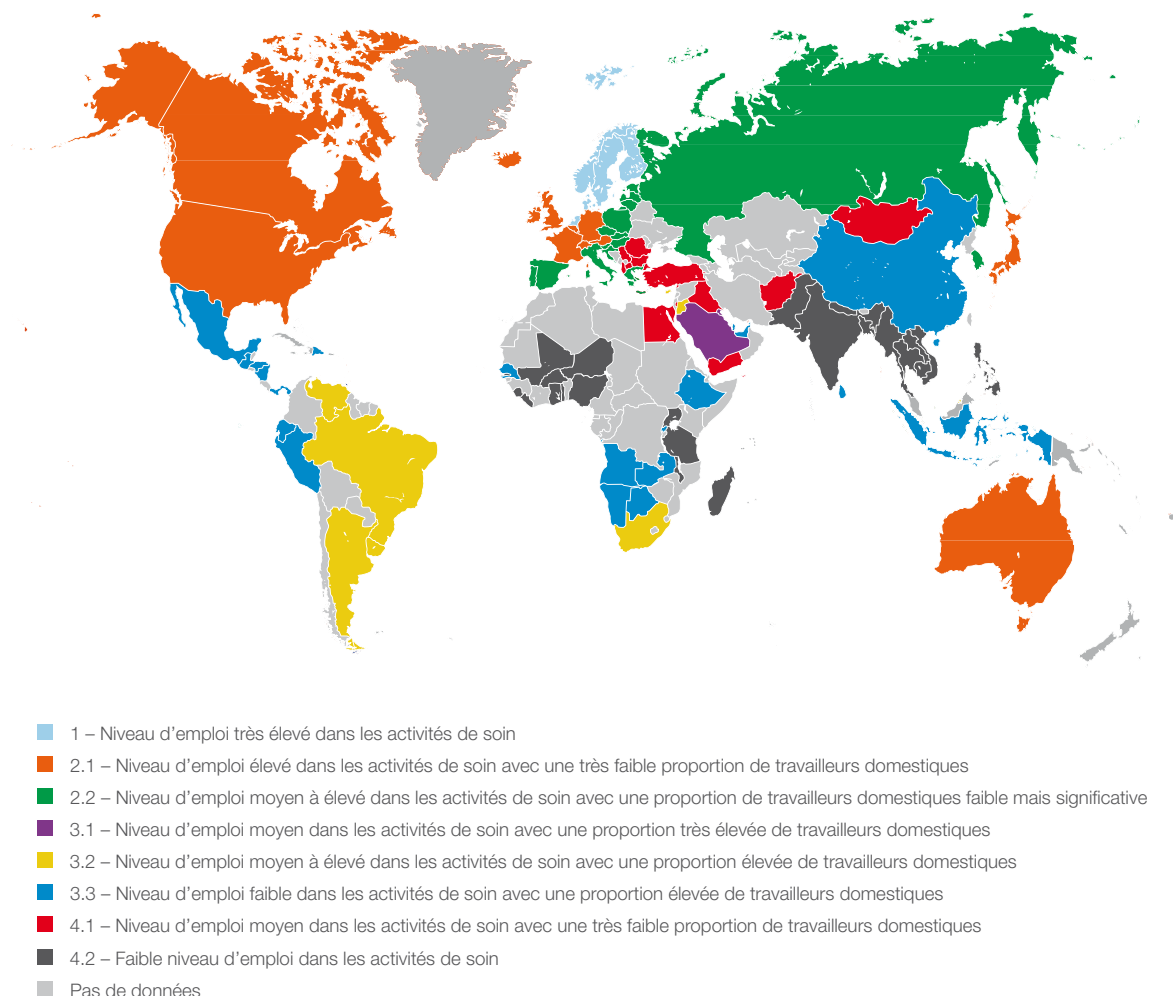
La mauvaise qualité des emplois des travailleurs du soin à autrui engendre un travail de soin de qualité médiocre. Cela est préjudiciable au bien-être des bénéficiaires, du personnel prestataire, mais aussi des prestataires non rémunérés de par la réduction de l'éventail des choix possibles. Ainsi, l'alourdissement de la charge de travail des infirmières à l'hôpital accroîtra le risque de mortalité des patients, un horaire très serré privera les aides à la personne de la souplesse nécessaire à la prestation attendue et un nombre élevé d'élèves par enseignant donnera de moins bons résultats scolaires.

C'est un «scénario défavorable» qui prévaut aujourd'hui comme modèle d'emploi dans les activités de soin à autrui

Les pays varient considérablement selon leur taille et leur niveau de développement, mais aussi selon la structure de leur marché du travail, leur politique migratoire et les dimensions de leurs services de santé, d'éducation et d'aide à la personne. Ces variations ont des effets sur le niveau de la structure de l'emploi dans les activités de soin. Une analyse, par regroupement, de la main-d'œuvre du soin dans 99 pays a mis en évidence une typologie comprenant huit modèles distincts d'emploi. Certains pays appartenant à la même région et ayant le même niveau de développement peuvent se retrouver dans le même groupe, mais les modèles peuvent chevaucher les régions comme les niveaux de revenu, ce qui montre la variété des voies que prend l'emploi dans les activités de soin à autrui (voir figure 7).

Il existe deux grandes sources de différenciation entre ces groupes: premièrement la proportion de l'emploi dans la santé et le travail social, qui tient à la couverture des services de soins de santé et de soins de longue durée; deuxièmement la proportion de l'emploi dans le travail domestique qui, dans bien des cas, comprend un nombre disproportionné de travailleurs migrants. Les variations de l'emploi dans l'éducation sont moins marquées et résultent de l'effet combiné du taux de scolarisation à l'école primaire, pratiquement universelle, et de celui, souvent faible, de la prise en charge de la petite enfance. Ainsi, la main-d'œuvre du soin à autrui représente 27,7 pour cent de l'emploi total dans les pays appartenant au groupe 1 (niveau d'emploi très élevé dans les activités de soin

Figure 7. Typologie de l'emploi dans les activités de soin à autrui



Note: Voir chapitre 4, figure 4.1 (99 pays).

Source: Calculs du BIT à partir de microdonnées d'enquêtes auprès des ménages ou sur la main-d'œuvre.

à autrui), tandis que cette proportion n'est que de 4,7 pour cent dans les pays du sous-groupe 4.2 (faible niveau d'emploi dans les activités de soin à autrui).

Un trait saillant du groupe 3 (qui comprend les sous-groupes 3.1, 3.2 et 3.3 à la figure 7) est que l'on s'en remet au travail domestique, souvent par insuffisance des services publics. Les travailleurs domestiques, dans bien des cas des migrants, sont en nombre significatif dans plusieurs situations: des populations plus aisées ont les moyens d'«externaliser» le travail de soin à autrui non rémunéré en le confiant à une autre catégorie de la population, moins bien lotie; des programmes spécifiques aux activités de soin à autrui sont mis en place à l'intention des travailleurs étrangers pour faciliter leur recrutement et leur emploi par les ménages privés; les politiques publiques prévoient des incitations et subventions pour encourager les individus à embaucher des travailleurs des activités de soin à autrui, comme dans le cas des dispositifs de versement d'allocations

monétaires exclusivement réservées à la rémunération d'activités de soin à autrui; les relations d'emploi et les conditions de travail au sein des ménages privés échappent, de jure ou de facto, à toute réglementation, ou presque.

Cela montre que les politiques publiques ont leur importance quant à la détermination du niveau d'emploi, du statut et des conditions de travail et de rémunération des travailleurs du soin à autrui. Les politiques en matière migratoire et de travail, ainsi que la conception et la couverture des services de santé, d'éducation et d'aide à la personne, déterminent en dernière instance la situation des travailleurs du soin par rapport à celle des travailleurs des autres branches, pays ou régions. Quel que soit le niveau de revenu du pays, la prestation publique des services de soins à autrui tend à améliorer les conditions de travail et de rémunération des travailleurs du soin, tandis qu'une prestation privée non réglementée tend à les détériorer. L'existence et la représentativité d'organisations des travailleurs du soin, combinées à la portée des mécanismes de dialogue social, comme la négociation collective, sont aussi d'importants déterminants des conditions de travail et de rémunération des travailleurs de ce secteur, ainsi que de leur capacité de faire entendre leur voix à propos des décisions qui les touchent.

Réaliser le scénario optimal implique que les activités de soin à autrui soient effectuées dans des conditions de travail décent pour l'ensemble des travailleurs concernés, y compris les travailleurs domestiques et migrants. Porter attention aux travailleurs du soin à autrui suppose de renverser certaines tendances en cours, c'est-à-dire qu'il faut: étendre la protection sociale et la protection du droit du travail à l'ensemble des travailleurs des activités de soin à autrui; favoriser leur professionnalisation en évitant leur déqualification; garantir la représentation de ces travailleurs et leur droit à la négociation collective; éviter, tant dans le secteur privé que dans le secteur public, les stratégies de réduction des coûts qui ont pour effet de faire baisser les salaires ou de diminuer le temps consacré au soin à autrui lui-même.

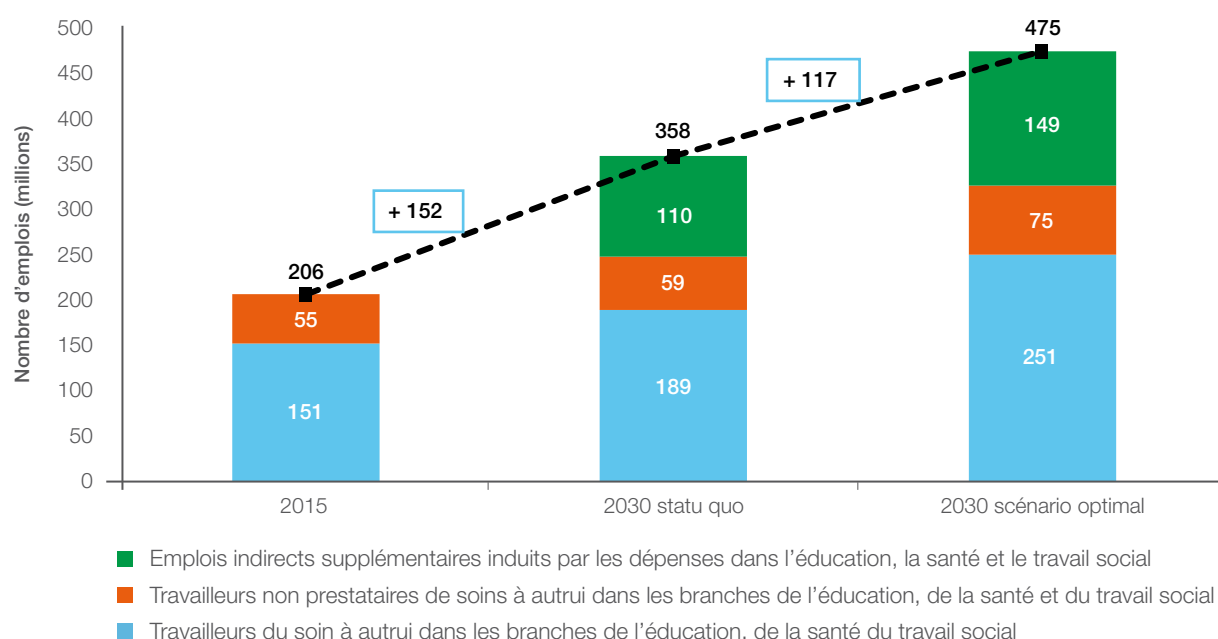
L'EMPLOI DANS LES ACTIVITÉS DE SOIN À AUTRUI ET L'AVENIR DU TRAVAIL

Investir dans l'économie du soin à autrui pour réaliser les ODD se traduirait par un total de 475 millions d'emplois d'ici à 2030

Un emploi de qualité dans les activités de soin à autrui, qui promeuve l'égalité entre hommes et femmes et qui profite à toutes les parties impliquées (bénéficiaires, personnel et prestataires non rémunérés), c'est une chose à la fois possible et réalisable. Cela a été démontré par une simulation macroéconomique à l'horizon 2030, portant sur 45 pays qui représentent 85 pour cent du PIB et près de 60 pour cent de la population et de la main-d'œuvre à l'échelle mondiale. L'emploi cumulé dans l'éducation et les soins de santé de ces 45 pays se situait en 2015 à environ 206 millions de travailleurs, ce qui représente presque 10 pour cent de leur emploi total et 8,7 pour cent de leur PIB global.

La simulation consiste à comparer deux scénarios: le *scénario du statu quo* et le *scénario optimal*. Selon le premier, l'emploi dans les activités de soin à autrui évoluera d'ici à 2030 en fonction de la population et des changements démographiques, mais le taux de couverture de ces activités, leurs normes de qualité et les conditions de travail resteront constants, de sorte que les lacunes existantes persisteront. Selon ce scénario, on estime

Figure 8. Emploi direct, indirect et total dans les activités de soin à autrui en 2015 et en 2030, selon le scénario du statu quo ou le scénario optimal



Note: Voir chapitre 5, figure 5.11 (45 pays). Pour 2015, calculs du BIT à partir de microdonnées d'enquêtes auprès des ménages ou sur la main-d'œuvre.

Source: Ilkkan et Kim, à paraître.

que l'emploi total dans l'éducation, la santé et le travail social devrait augmenter d'environ un quart, pour atteindre 248 millions de postes en 2030. Cela se décompose ainsi: 94 millions de prestataires directs et 29 millions d'emplois de soutien dans l'éducation, ces chiffres étant respectivement de 95 et 30 millions dans le secteur de la santé et du travail social. En outre, 110 millions d'emplois seront créés dans d'autres secteurs (emplois indirects). Si ce scénario du statu quo prévaut, le nombre total d'emplois dans l'économie du soin à autrui et dans les autres secteurs sera de 358 millions de postes d'ici à 2030.

Le *scénario optimal* est construit en fonction des cibles correspondantes des objectifs du développement durable (ODD) et fondé sur l'Agenda du travail décent de l'OIT. La simulation montre que l'accroissement de l'investissement dans l'économie du soin présente un potentiel total de 475 millions d'emplois en 2030, soit 117 millions de plus que sous l'hypothèse du statu quo, ou encore 269 millions de plus qu'en 2015 (voir figure 8). Parmi ces emplois supplémentaires, 78 millions se situeraient dans l'éducation, la santé et le travail social, ce qui ferait passer l'emploi de l'ensemble du secteur de 206 millions de postes en 2015 à 326 millions en 2030. L'éducation et la protection de la petite enfance, avec 39 millions d'emplois, et les soins de longue durée, avec 30 millions d'emplois, auraient la plus forte part de ce potentiel, suivis par la santé et le travail social, avec 9 millions de nouveaux emplois. Les 39 millions d'emplois restants seraient créés dans d'autres secteurs (emplois indirects). Cette estimation correspond à une hypothèse basse, car elle ne comprend pas l'emploi induit par l'augmentation de la consommation des ménages.

Le scénario optimal suppose de doubler le niveau de l'investissement dans l'éducation, la santé et le travail social d'ici à 2030

Selon le scénario du statu quo, les dépenses totales, publiques et privées, dans les services de soins s'élèveraient à 14 900 milliards de dollars des États-Unis en 2030, soit 14,9 pour cent du PIB cumulé des 45 pays à cette date. Cette augmentation, de 8,7 pour cent en 2015 à 14,9 pour cent en 2030, serait due à l'évolution démographique et à l'accroissement des dépenses de santé et de soins de longue durée qu'elle implique. Autrement dit, si l'investissement dans les services de soins à autrui n'augmente pas de 6 points de pourcentage du PIB mondial, les lacunes dans la couverture s'aggraveront et les conditions de travail du personnel se détérioreront.

Suivre le scénario optimal impliquerait des dépenses totales, publiques et privées, dans les activités de soin à autrui à hauteur de 18 400 milliards de dollars des États-Unis, soit environ 18,3 pour cent du PIB des 45 pays projeté en 2030. En d'autres termes, réaliser les ODD relatifs à la santé et à l'éducation, de sorte à combler les déficits en matière de soin, suppose des dépenses supplémentaires équivalant à 3,5 points de pourcentage du PIB projeté en 2030 au-dessus de ce que donnerait le statu quo. Cette dépense supplémentaire poursuivrait simultanément deux objectifs: atteindre les taux de couverture de la population, en ce qui concerne les soins de santé, et des personnes âgées, pour ce qui est des soins de longue durée, tels que fixés par l'ODD 3 (Permettre à tous de vivre en bonne santé); atteindre les taux de scolarisation (depuis l'éducation et la protection de la petite enfance jusqu'à l'enseignement supérieur) nécessaires à la réalisation de l'ODD 4 (Assurer l'accès de tous à une éducation de qualité). En outre, ce niveau de dépenses garantit que ces objectifs seraient réalisés dans des conditions de travail décent pour les travailleurs du soin, contribuant ainsi à la réalisation de l'ODD 8 (Promouvoir le plein emploi productif et un travail décent pour tous).

La réalisation du scénario optimal suppose de doubler le niveau actuel de dépenses dans les activités de soin à autrui, mesuré en proportion du PIB, et implique un accroissement des dépenses publiques. Au minimum, la récupération à court terme, sous forme de recettes fiscales, de toute dépense publique supplémentaire serait de l'ordre de 17,5 pour cent.

Le scénario optimal est réalisable, mais il suppose des politiques transformatrices et un travail décent pour le personnel du soin à autrui

L'OIT a placé le travail du soin à autrui au cœur de ses initiatives du centenaire sur les femmes au travail et sur l'avenir du travail. La réalisation de l'égalité entre hommes et femmes au travail est aussi une priorité urgente en vertu de l'adoption de l'ODD 5 qui vise à reconnaître et valoriser «les soins et travaux domestiques non rémunérés, par l'apport de services publics, d'infrastructures et de politiques de protection sociale» (cible 5.4). Cet engagement de niveau mondial en faveur de l'égalité entre hommes et femmes s'accompagne de la reconnaissance du rôle de l'Agenda du travail décent pour transformer la planète, éliminer l'extrême pauvreté et s'attaquer aux inégalités. Cela est réaffirmé dans l'ODD 8 qui est de parvenir au plein emploi productif et de garantir un travail décent à toutes les femmes et à tous les hommes.

Ce rapport montre que, pris ensemble, le concept du «triple R» – *reconnaître, réduire et redistribuer le travail non rémunéré* – et l'Agenda du travail décent tracent la voie pour suivre le scénario optimal, fondé sur la justice sociale, en matière d'activités de soin à autrui. Cela implique de prodiguer des services de bonne qualité, dans l'intérêt tant des bénéficiaires que des prestataires non rémunérés, et en assurant un travail décent au personnel du soin. Suivre le scénario optimal dans les activités de soin suppose de prendre des mesures transformatrices dans les cinq domaines suivants: activités de soin à

Figure 9. Les «5R» du travail décent dans les activités de soin à autrui: réaliser le scénario optimal pour un travail de soin à autrui respectueux de l'égalité entre hommes et femmes

Grands domaines d'intervention	Recommandations pour l'action	Mesures concrètes
Activités de soin à autrui	Reconnaître, réduire et redistribuer le travail de soin à autrui non rémunéré	■ Quantifier toutes les formes de travail de soin à autrui et prendre le travail de soin non rémunéré en considération dans la prise de décision ■ Investir dans des services, des politiques et des infrastructures de qualité en matière d'activités de soin à autrui ■ Promouvoir des politiques actives du marché du travail qui favorisent la stabilité, la réintégration ou la progression des prestataires de soins à autrui non rémunérés dans la main-d'œuvre ■ Adopter et mettre en œuvre, à l'intention de tous les travailleurs, des dispositifs permettant de concilier vie professionnelle et vie de famille ■ Promouvoir la formation et l'éducation en vue de l'égalité entre hommes et femmes au sein des ménages, sur le lieu de travail et dans la société ■ Garantir le droit à un accès universel à des services de qualité en matière de soin à autrui ■ S'assurer que les systèmes de protection sociale, y compris les socles de protection sociale, facilitent les activités de soin à autrui et favorisent l'égalité entre hommes et femmes ■ Appliquer, à l'intention de toutes les femmes et de tous les hommes, des politiques publiques de congés favorisant l'égalité entre hommes et femmes.
Macroéconomie		
Protection sociale		
Travail	Rétribuer équitablement le personnel du soin à autrui; plus d'emplois et un travail décent	■ Réglementer et faire appliquer les termes et conditions d'emploi décents, et réaliser l'égalité de rémunération pour un travail de valeur égale, pour tous les travailleurs des activités de soin à autrui ■ Garantir aux travailleurs du soin à autrui, femmes et hommes, un milieu de travail sûr, attrayant et stimulant ■ Adopter des lois et appliquer des mesures afin de protéger les travailleurs migrants engagés dans les activités de soin à autrui
Migrations	Garantir représentation, dialogue social et négociation collective pour les travailleurs du soin à autrui	■ Assurer la participation pleine et effective des femmes dans la vie politique, économique et sociale, ainsi que l'égalité des chances à tous les niveaux de décision et de direction ■ Promouvoir la liberté d'association des travailleurs et des employeurs des activités de soin à autrui ■ Promouvoir le dialogue social et renforcer le droit à la négociation collective dans les activités de soin à autrui ■ Favoriser la constitution d'alliances entre les syndicats représentant les travailleurs du soin à autrui et les organisations de la société civile représentant les bénéficiaires de ces activités, ainsi que les prestataires non rémunérés

Source: Illustration des auteurs. Voir chapitre 6, figure 6.1.

autrui, macroéconomie, protection sociale, travail et migrations. Ces politiques transformatrices contribueront à *reconnaître la valeur* du travail de soin à autrui non rémunéré, à *réduire* la pénibilité de certaines activités de soin à autrui et à *redistribuer* la responsabilité de ces activités entre femmes et hommes, ainsi qu'entre famille et État. Il s'agit aussi de *rétribuer* équitablement le personnel du soin à autrui et d'assurer sa *représentation*, ainsi que celles des bénéficiaires et des prestataires non rémunérés.

La figure 9 résume les recommandations politiques et les mesures correspondant à la réalisation du scénario optimal sous la forme des «5R» du travail décent dans les activités de soin à autrui: *reconnaître*, *réduire* et *redistribuer* les activités de soin à autrui non rémunérées; rétribuer équitablement le personnel du soin à autrui, tout en offrant plus d'emplois et un travail décent; garantir *représentation*, dialogue social et négociation collective aux travailleurs du soin à autrui. À chaque recommandation correspond une série de mesures concrètes pour suivre le scénario optimal, mesures qui sont orientées par les normes du travail de l'OIT.

Ce cadre des 5R exprime une approche de la politique publique, fondée sur les droits humains et tenant compte des sexospécificités, qui enclenche un cercle vertueux où il s'agit d'atténuer les inégalités associées aux activités de soin à autrui, d'abattre les obstacles qui empêchent les femmes d'entrer dans la vie professionnelle et d'améliorer les conditions d'activité des prestataires de soins à autrui, rémunérés ou non, et par là même la situation des bénéficiaires.

NOTES

- 1 BIT, 2013: *Résolution I: Résolution concernant les statistiques du travail, de l'emploi et de la sous-utilisation de la main-d'œuvre*, adoptée par la dix-neuvième Conférence internationale des statisticiens du travail, oct. (Genève).
- 2 Organisation mondiale de la santé (OMS) et Banque mondiale, 2011: *Rapport mondial sur le handicap* (Genève).
- 3 BIT et Gallup, 2017: *Vers un meilleur avenir pour les femmes au travail: ce qu'en pensent les femmes et les hommes* (BIT, Genève).
- 4 *Idem.*
- 5 UNESCO, 2016: *L'éducation pour les peuples et la planète: créer des avenir durables pour tous*, Rapport mondial de suivi sur l'éducation 2016, 2^e éd. (Paris).
- 6 BIT, 2017: *Rapport mondial sur la protection sociale 2017-2019: protection sociale universelle pour atteindre les objectifs de développement durable* (Genève).

INTRODUCTION

Prendre soin d'autrui; ce travail, qu'il soit rémunéré ou non, est essentiel pour l'avenir du travail décent. La croissance démographique, le vieillissement de la population, les transformations de la famille, le statut subalterne des femmes sur le marché du travail et les lacunes des politiques sociales appellent, en ce qui concerne l'organisation des activités de soin à autrui, une action urgente de la part des gouvernements, des employeurs, des syndicats et des citoyens eux-mêmes. Les activités de soin sont essentielles pour la reproduction de la force de travail de demain, pour la santé et l'éducation de la force de travail d'aujourd'hui, et pour s'occuper des personnes âgées dont le nombre va en augmentant. Partout dans le monde, le travail de soin à autrui est essentiellement effectué par les femmes, et c'est là un facteur déterminant de leurs possibilités d'entrer dans la vie professionnelle et d'y rester, ainsi que de la qualité des emplois qu'elles occupent. Dans les activités de soin à autrui, la plupart des prestataires rémunérés sont des femmes qui travaillent souvent dans l'économie informelle, dans de très mauvaises conditions et avec de très faibles rémunérations. Il reste que le travail de soin rémunéré demeurera une importante source d'emploi à l'avenir, spécialement pour les femmes. Le caractère décent du travail de soin à autrui est donc crucial pour garantir que l'avenir du travail est fondé sur l'égalité entre hommes et femmes et qu'il la promeut, dans l'intérêt de toutes et tous.

C'est pour ces raisons que l'OIT a placé le travail du soin à autrui et l'économie du soin au cœur de ses initiatives du centenaire sur les femmes au travail et sur l'avenir du travail, qui ont été lancées lors de la Conférence internationale du Travail de 2013. Les objectifs de l'initiative sur les femmes au travail sont de comprendre pourquoi les progrès de l'accès des femmes à un travail décent sont si lents, de s'attaquer aux obstacles structurels à ce progrès et d'identifier des voies novatrices pour réaliser l'égalité entre hommes et femmes. Dérouler un scénario fondé sur le «statu quo» n'est pas une solution viable. Ce rapport montre que la répartition actuelle des activités de soin non rémunérées constitue un obstacle à la réalisation d'un avenir du travail fondé sur l'égalité entre hommes et femmes. Il affirme, pour un avenir du travail amélioré, le caractère central d'un travail rémunéré de bonne qualité dans les activités de soin à autrui, de même que l'importance d'adopter un «scénario optimal» en ce qui concerne le travail de soin à autrui. Cela implique des activités de soin à autrui de bonne qualité, à l'avantage tant des prestataires que des bénéficiaires, ainsi qu'un travail décent pour les travailleurs concernés.

L'initiative sur les femmes au travail arrive en une période de difficultés pour la réalisation de l'égalité des chances et de traitement entre femmes et hommes, mais aussi au moment où l'on n'a jamais placé aussi haut dans l'ordre du jour international le débat sur l'autonomisation des femmes et l'égalité des sexes. Le Programme de développement durable à l'horizon 2030 fait de l'égalité entre hommes et femmes au travail une

priorité urgente. La cible 5.4 de l'objectif de développement durable (ODD) 5, qui vise à reconnaître et valoriser «les soins et travaux domestiques non rémunérés par l'apport de services publics, d'infrastructures et de politiques de protection sociale», n'est pas – et c'est nouveau – seulement un objectif en soi, mais aussi un moyen d'accès de toutes les femmes et de toutes les filles au développement durable. Cet engagement de niveau mondial en faveur de l'égalité entre hommes et femmes s'accompagne de la reconnaissance du rôle de l'Agenda du travail décent pour transformer la planète, éliminer l'extrême pauvreté et s'attaquer aux inégalités. Cela est réaffirmé dans l'ODD 8 qui est de parvenir au plein emploi productif et de garantir un travail décent à toutes les femmes et à tous les hommes. Faire ainsi du travail décent, égalité entre hommes et femmes comprise, un pilier du Programme de développement durable à l'horizon 2030 renforce le rôle de l'OIT et de ses mandants dans l'établissement du modèle d'un deuxième siècle d'action en faveur du travail décent à partir de 2019, modèle dans lequel le travail et l'économie du soin à autrui seront au centre des politiques transformatrices.

L'initiative sur les femmes au travail a fait la démonstration que les problèmes que rencontrent les femmes dans le monde du travail ne sont pas nouveaux, mais qu'ils se posent dans un contexte en pleine évolution, du fait de la persistance d'une croissance faiblement créatrice d'emplois, de l'éruption d'une «crise des inégalités»¹ et de mutations d'ordre démographique, migratoire et technique (voir le rapport du directeur général du BIT à la session de 2018 de la Conférence internationale du Travail)². Les écarts entre hommes et femmes se comblent dans de nombreux pays, mais à un rythme d'une lenteur désespérante. Cette lenteur explique aussi pourquoi ce contexte changeant est défavorable aux femmes. Renverser la situation demande d'agir urgemment et de façon novatrice. Le rapport BIT-Gallup³ publié en 2017 montre que partout les femmes, même celles qui sont inactives, voudraient pouvoir tout à la fois avoir une activité professionnelle et s'occuper de leur famille. Toutefois, cette aspiration est souvent insatisfaite à cause de la persistance d'obstacles structurels, comme la répartition inégalitaire des activités de soin dans la famille et du défaut de services abordables pour s'occuper des enfants ou d'autres parents.

Comme les femmes, partout dans le monde, effectuent une part souvent importante, et toujours inégale, des activités de soin non rémunérées, leurs possibilités d'activité professionnelle sont réduites, de même que la qualité de leur emploi, ce qui aggrave les écarts entre hommes et femmes dans le monde du travail. La dévalorisation du travail de soin non rémunéré effectué par les femmes entraîne la sous-estimation systématique du travail de soin rémunéré, avec pour conséquence la médiocrité des salaires et des conditions de travail dans les activités de soin à autrui où les femmes sont surreprésentées. Ces pénalisations dans les activités de soin se répercutent dans les autres branches, ce qui aggrave les inégalités au détriment des femmes dans le monde du travail, y compris en termes de représentation et de droit d'expression, et au-delà même du travail dans toutes les sphères de la vie: politique, sociale et économique. Ces pénalisations affectent aussi la faible priorité – quelquefois même jusqu'à l'ignorance complète – des préoccupations relatives aux activités de soin dans le dialogue social et les prises de décision. Rééquilibrer l'équation entre activités de soin non rémunérées et activités de soin rémunérées est donc une condition nécessaire à l'enclenchement du cercle vertueux du travail décent pour tous.

À la veille du centenaire de l'OIT, ses mandants se trouvent face à un choix historique. Pour enclencher le cercle vertueux du travail décent pour tous, il est impératif de suivre

le scénario optimal en ce qui concerne les activités de soin à autrui, scénario fondé sur la justice sociale. Scénario qui est aussi fondé sur la reconnaissance du fait que les États Membres de l'OIT doivent être des «États du soin à autrui»⁴ et que le monde du travail doit être centré sur l'attention à autrui, conformément aux aspirations des populations. Cela signifie des prestations de bonne qualité, qui dépendent elles-mêmes de la bonne qualité du travail de soin rémunéré et du partage équitable du travail de soin non rémunéré, de sorte que femmes et hommes soient à même de se livrer à des activités de soin et de bénéficier de leur rétribution.

Pour le travail décent à l'avenir, investir dans des activités de soin de bonne qualité présente de multiples avantages, à court et à long terme: satisfaire des besoins non satisfaits, ou insuffisamment satisfaits en matière d'activités de soin; faire passer certaines activités de soin non rémunérées dans le secteur du travail de soin rémunéré, permettant ainsi aux prestataires non rémunérés, dont la majorité sont des femmes, d'avoir une activité professionnelle; créer un nombre significatif de nouveaux emplois. Selon les estimations du BIT, suivre le scénario optimal dans les activités de soin à autrui offrirait, à l'horizon 2030, un potentiel de création de 475 millions d'emplois dans l'éducation, la santé et le travail social, ainsi que, de façon indirecte, dans d'autres secteurs en raison des effets d'entraînement des dépenses supplémentaires dans les activités de soin. C'est 117 millions d'emplois décents *de plus* que ce que donnerait le maintien à leur niveau actuel des taux de couverture et des conditions de travail dans les activités de soin à autrui. Dessiner un tel scénario suppose de repenser le paradigme en vigueur et de dresser une nouvelle feuille de route pour un travail de soin de qualité. C'est ce que nous entendons faire dans le présent rapport.

OBJECTIFS ET STRUCTURE DU RAPPORT

Prendre soin d'autrui: un travail et des emplois pour l'avenir du travail décent propose un examen approfondi des difficultés et des possibilités que présente l'intégration de l'économie du soin à autrui dans l'analyse et les politiques du marché du travail. On y explore les dimensions, les caractéristiques et les inégalités croisées (intersectionnelles) des activités de soin, rémunérées et non rémunérées, ainsi que leurs interrelations avec un monde du travail en mutation. L'économie du soin à autrui est considérée à la fois comme un terrain de l'égalité des chances et de traitement des femmes au travail et comme un domaine d'extension de l'emploi, avec des implications de première grandeur sur les débats juridiques et politiques sur l'avenir du travail.

Le rapport met en évidence l'apport des prestataires non rémunérés pour leurs familles comme pour leurs communautés locales, mais aussi les conséquences durables de l'incapacité de concilier travail et vie de famille sur l'activité économique des femmes et leur accès à un emploi de qualité. Il existe une relation étroite entre l'organisation des activités de soin non rémunérées et les conditions de travail de la main-d'œuvre du soin dans le monde: médecins, infirmières, enseignants, puéricultrices et travailleurs de l'aide à la personne, pour ne citer que quelques-unes des professions du soin à autrui, sans oublier les travailleurs domestiques. Les questions de savoir s'il y aura assez d'emploi dans les activités du soin à autrui pour couvrir les besoins à venir et si ces emplois seront des

emplois décents sont essentielles quant à l'établissement d'un scénario optimal pour les activités de soin et la détermination des facteurs qui détermineront l'avenir du travail.

Dans le chapitre 1, nous commençons par définir le travail de soin à autrui et l'économie du soin à autrui au vu de l'adoption par la dix-neuvième Conférence internationale des statisticiens du travail (CIST) de la Résolution I qui décrit les principales caractéristiques des activités de soin à autrui, dont la prestation implique trois parties: les bénéficiaires, les prestataires non rémunérés (qu'ils aient une activité économique par ailleurs ou non) et les travailleurs du soin à autrui. On y explique comment les caractéristiques sexospécifiques du travail dans les activités de soin sont la cause de sa dévalorisation économique; que finalement la technique ne peut y avoir qu'un rôle limité de substitution étant donné les interactions humaines propres à ces activités; que la remise en cause de la définition classique de la productivité est une condition préalable à des activités de soin de qualité. On y explique aussi pourquoi et comment les activités de soin à autrui sont importantes pour le présent et l'avenir du travail compte tenu des grandes tendances à l'œuvre, d'ordre socio-économique, démographique et environnemental. Enfin, on y voit comment le travail dans les activités de soin à autrui et les mesures qui s'y rapportent s'inscrivent dans les cadres politiques nationaux et internationaux et combien un contexte politique propice est important pour s'attaquer aux questions relatives aux activités de soin à autrui.

Dans le chapitre 2, nous définissons et examinons l'ampleur, la nature et la valeur du travail de soin non rémunéré, qu'il s'agisse du volume d'heures effectuées ou du nombre des prestataires non rémunérés et de leurs caractéristiques. On y aborde les problèmes de quantification pour mettre en évidence la complémentarité des enquêtes sur la main-d'œuvre et des enquêtes sur l'utilisation du temps, après la mise à jour récente des normes internationales sur les statistiques du travail et de la classification internationale des activités pour les statistiques sur l'utilisation du temps (International Classification of Activities for Time Use Statistics – ICATUS). Ce chapitre comprend une analyse intersectionnelle (multidimensionnelle croisée) des écarts entre hommes et femmes et des tendances qui s'y rapportent, exploitant une base des données complètes issues de 67 enquêtes sur l'utilisation du temps. Les effets des activités de soin non rémunérées sur les inégalités au travail entre les hommes et les femmes y sont évalués à partir des données de 90 enquêtes sur la main-d'œuvre ou auprès des ménages, en examinant plus particulièrement les taux d'activité, la durée du travail et la qualité des emplois. On y souligne aussi le rôle des attitudes sociales à l'égard du travail rémunéré et des activités de soin non rémunérées des hommes et des femmes dans la formation et l'enracinement des inégalités entre les sexes au sein de la main-d'œuvre.

Le chapitre 3 est centré sur les politiques transformatrices en matière d'activités de soin à autrui, et notamment les mesures spécifiques visant à s'attaquer et à transformer les inégalités dans le travail de soin, rémunéré comme non rémunéré, par la reconnaissance, la réduction et la redistribution de la charge des activités de soin non rémunérées. On y présente les principes fondamentaux et les principaux éléments des mesures transformatrices en matière de soin à autrui, dans les domaines suivants: congés, services de soin à autrui, prestations de la protection sociale en la matière, dispositifs permettant de concilier responsabilités professionnelles et responsabilités familiales, infrastructures de l'économie du soin. On souligne dans ce chapitre le rôle de ces mesures dans l'obtention

de meilleurs résultats pour les enfants, la vie professionnelle des mères et les activités de soin des pères, ainsi que pour les personnes âgées ou handicapées. On y donne aussi des informations sur les attitudes des hommes et des femmes face à certaines dispositions qui pourraient être prises en matière de soin à autrui, par comparaison avec ce qui existe aujourd'hui.

Le chapitre 4 propose un examen plus détaillé des dimensions et des caractéristiques de la main-d'œuvre du soin à autrui, à partir des données d'une centaine d'enquêtes sur la main-d'œuvre ou auprès des ménages. Il contient des estimations mondiales et régionales sur la main-d'œuvre des activités de soin à autrui, ventilées par sexe et par secteur, avec des coups de projecteur sur certaines professions particulières. On y trouve aussi une analyse typologique complète de données nationales qui montre combien les conditions de prestation des services et le contexte politique déterminent les conditions de travail du personnel des activités de soin. La typologie fait apparaître des variations, entre les régions et au sein de chacune d'elles, qui nous renseignent sur les principaux déterminants de la qualité des emplois, nonobstant le niveau de développement.

Dans le chapitre 5 nous explorons le rôle de l'économie du soin à autrui dans la création d'emplois. Une analyse des échanges interindustriels, appliquée à 45 pays du monde, donne une estimation de la création d'emplois, sous conditions de travail décent, dans les activités de soin à autrui compte tenu de l'évolution démographique. Nous comparons la réalisation de deux scénarios: un scénario du statu quo, dans lequel la couverture des activités de soin et les conditions de travail des personnels sont maintenues à leurs niveaux actuels, et un scénario optimal, dont les paramètres sont ceux de la réalisation des ODD pertinents.

Le sixième et dernier chapitre conclut par une série de recommandations fondées sur les normes de l'OIT et les expériences nationales observées de par le monde. Ces recommandations constituent des éléments du scénario optimal pour les activités de soin à autrui dont la réalisation, sous la condition du travail décent, contribuera à ce que l'avenir du travail soit meilleur pour tous.

NOTES

- 1 Vázquez Pimentel, Macías Aymar et Lawson, 2018.
- 2 BIT, 2018a.
- 3 BIT et Gallup, 2017.
- 4 Tronto, 2015.

CHAPITRE 1

Travail et emplois dans les activités de soin à autrui: définitions et portée

POINTS CLÉS

- Les activités de soin à autrui sont inhérentes à la condition humaine, car tous les êtres humains dépendent de l'attention des autres pour survivre et se développer. Les activités de soin à autrui peuvent être rémunérées ou non.
- En vertu des définitions de 2013 des statistiques du travail, les activités de soin à autrui non rémunérées entrent bien dans la catégorie du travail. Les personnes qui s'y livrent dispensent des soins, apportent du soutien et effectuent des tâches domestiques au sein des ménages ou pour la communauté locale, sans rétribution monétaire. Pratiquement tous les adultes effectuent, à un moment ou l'autre de leur vie, un travail de soin à autrui non rémunéré.
- Les personnes qui ont une activité de soin à autrui sans rémunération vivent une expérience gratifiante, mais au risque de conséquences néfastes sur leurs possibilités économiques, sur leur bien-être ou sur la jouissance de leurs droits humains.
- Le personnel des activités de soin à autrui dispense, moyennant un profit ou une rémunération, des services sanitaires, sociaux ou éducatifs. Les travailleurs domestiques fournissent aux ménages une aide à domicile. L'économie du soin à autrui est constituée par l'addition de toutes ces formes de travail.
- La bonne qualité des services de soin à la personne dépend des conditions de leur prestation, qu'elle soit rémunérée ou non. La nature relationnelle des activités de soin limite la possibilité de remplacer le travail humain par des robots ou d'autres dispositifs techniques.
- Les changements des structures de la famille, les taux – défavorables – de dépendance des soins, l'évolution des besoins de services de soin à autrui, ainsi que l'élévation du taux d'emploi des femmes dans certains pays, sont autant de facteurs qui expliquent l'érosion du potentiel d'activités de soin non rémunérées, donc la montée de la demande de services de soin rémunérés.
- Si l'on ne s'y attaque pas, ce déficit de l'offre de services de soin à autrui se creusera, aggravant la crise mondiale en matière de soin, et accentuant encore les inégalités entre les hommes et les femmes au travail.
- L'inscription de la cible 5.4, concernant les soins et travaux domestiques non rémunérés, dans les ODD constitue une reconnaissance de l'apport notable de ce travail à la réalisation de l'ensemble des ODD, ainsi qu'au bien-être individuel et social.
- Pris ensemble, le concept du «triple R» – reconnaître, réduire et redistribuer le travail non rémunéré – et l'Agenda du travail décent montrent quelle direction prendre en matière d'activités de soin à autrui. Cela implique de

prodiguer des services de bonne qualité, dans l'intérêt tant des bénéficiaires que des prestataires, et en assurant à ces derniers un travail décent.

- Les politiques en matière d'activités de soin à autrui, ainsi que de macroéconomie, de protection sociale, de travail et de migrations doivent entrer en synergie pour créer un environnement propice au travail décent dans les activités de soin à autrui, permettant de reconnaître, de redistribuer et, si nécessaire, de réduire travail de soin à autrui non rémunéré, ainsi que de promouvoir la représentation et le travail décent des travailleurs du soin à autrui.

1.1. DÉFINITIONS DU TRAVAIL ET DE L'ÉCONOMIE DU SOIN À AUTRUI

Les activités de soin à autrui sont inhérentes à la condition humaine, car tout être humain dépend de l'attention d'autrui et doit s'occuper des autres. Ces activités sont nécessaires à l'existence et à la reproduction des sociétés et de leur force de travail, ainsi qu'au bien-être de toute personne. Par essence, le fait d'avoir des citoyens autonomes et indépendants, ainsi que des travailleurs productifs, repose sur les activités de soin à autrui.

Dans l'esprit des travaux antérieurs, le travail du soin à autrui est défini ici, dans une acception large, comme l'ensemble des activités et des relations qu'implique la satisfaction des besoins physiques, psychologiques et affectifs des adultes et des enfants, des jeunes et des personnes âgées, des personnes fragilisées et des personnes valides¹. Les nouveau-nés, les jeunes, les personnes âgées, celles qui sont malades ou handicapées, et même les adultes en bonne santé, ont des besoins physiques, psychologiques, cognitifs et affectifs, et demandent, à des degrés divers, protection, soin, soutien. Le présent rapport est fondé sur une définition large du travail de soin à autrui, qui recouvre tout le spectre des activités de soin, y compris celles qui sont à l'œuvre dans la reproduction sociale².

Les activités de soin à autrui se répartissent en deux grandes catégories. Premièrement, les activités *directes, en tête-à-tête, personnelles* (quelquefois désignées comme «relationnelles» ou «d'éducation»)³, par exemple: nourrir un nouveau-né, dispenser des soins à un conjoint malade, aider une personne âgée à prendre son bain, faire passer des bilans de santé ou instruire des enfants. Deuxièmement, les activités de soin *indirectes*, qui n'impliquent pas une interaction directe, un tête-à-tête personnel, comme le ménage, la cuisine, la lessive et d'autres tâches ménagères (souvent désignées comme activités de soin à autrui «non relationnelles» ou «tâches domestiques»), qui sont des préalables aux activités de soin personnelles⁴. Ces deux types d'activité ne peuvent être dissociés et se recoupent souvent dans la pratique, que ce soit au sein des ménages ou dans des institutions.

Le travail de soin à autrui se situe toujours dans le cadre d'une relation de soin entre un *prestataire* et un *bénéficiaire*⁵ – mère et enfant, infirmières et patient, travailleur domestique et employeur, enfant et parent de santé fragile. Les motifs des activités de soin à autrui peuvent être l'amour, l'affection, le devoir et la responsabilité, la pression sociale ou familiale, ou encore la rétribution monétaire lorsqu'il s'agit d'une activité rémunérée. La relation de soin à autrui est aussi une question de ressources et d'argent: quelqu'un doit assumer son coût. C'est évident lorsque le prestataire obtient une compensation pour son temps et son effort, sous forme de salaire ou de congés payés. Mais le coût peut

aussi ne pas être monétaire: il peut se payer en entraves ou limitation des choix dans la vie professionnelle (voir chapitre 2).

En effet les activités de soin à autrui peuvent être rémunérées ou non. Le *travail de soin à autrui non rémunéré* consiste à s'occuper de personnes ou à effectuer des tâches ménagères sans rétribution monétaire explicite. Dans presque toutes les sociétés, la grande majorité du travail de soin non rémunéré est effectuée au sein des ménages, le plus souvent par les femmes et les filles. Mais des prestataires non rémunérés s'occupent aussi de personnes à l'extérieur de leur famille: amis, voisins ou membres de la communauté locale, ou encore, bénévolement, au sein de diverses institutions, publiques ou à but non lucratif, voire marchandes.

Le *travail de soin à autrui rémunéré* est réalisé pour un profit ou un salaire⁶, dans toute une série de lieux possibles: ménages privés (dans le cas des travailleurs domestiques⁷), hôpitaux publics ou privés, cliniques, maisons de retraite, écoles et autres institutions ou établissements spécialisés. Les travailleurs du soin peuvent être engagés dans une relation de travail, l'employeur étant un individu ou un ménage, un organisme public, une entreprise privée ou une organisation à but non lucratif; ils peuvent aussi travailler pour leur propre compte (travailleurs indépendants).

Les prestataires non rémunérés

Les femmes assument l'immense majorité du travail de soin non rémunéré, mesuré en nombre d'heures effectuées, de même qu'elles constituent l'immense majorité des prestataires non rémunérés⁸ dans le monde. Ces derniers sont des personnes qui se livrent à des activités de soin ou de soutien auprès de membres de leur famille, d'autres ménages ou de la communauté locale, qui ont besoin de ce soin ou de ce soutien. Ces activités sont effectuées au titre de liens affectifs, familiaux, ou de voisinage⁹. Il y a des prestataires non rémunérés dans toutes les sociétés, même celles où la protection sociale est développée et celles où le marché prend en charge diverses activités de soin à autrui. Les activités de soin non rémunérées sont quelquefois appuyées par des prestations ou allocations de la protection sociale, par exemple sous forme de transferts monétaires dont le but est de compenser les pertes de revenus subis par les prestataires non rémunérés, ou bien de reconnaître leur contribution, comme on le verra au chapitre 3. Les prestataires d'activités de soin non rémunérées peuvent avoir une activité professionnelle par ailleurs, mais les premières auront inévitablement des conséquences sur les termes et conditions de la seconde. Pratiquement tous les adultes (et dans certains cas les enfants) effectuent ou effectueront, à un moment ou l'autre de leur vie, un travail de soin non rémunéré.

Comme on le verra au chapitre 2, l'étude des chiffres de 89 enquêtes sur la main-d'œuvre indique qu'il existe potentiellement environ 2,3 milliards de prestataires de soin non rémunérés (1,2 milliard de femmes et 1,1 milliard d'hommes)¹⁰; il s'agit plus précisément de femmes et d'hommes adultes vivant dans des ménages où l'on trouve aussi au moins un enfant de moins de 15 ans, une personne âgée dépendante ou une personne affectée d'un handicap grave ou d'une maladie de longue durée. Toutefois, tous les prestataires non rémunérés potentiels ne se livrent pas effectivement à une activité de soin à autrui. Le volume et l'intensité des prestations varient considérablement selon le contexte culturel, les caractéristiques des prestataires et leur situation socio-économique. La formation et

la structure de la famille sont aussi des déterminants sensibles, notamment le nombre et l'identité de ses membres qui ont besoin de soin ou de soutien, à quoi s'ajoute la mesure dans laquelle ce besoin est pris en charge par les politiques sociales¹¹. Ainsi, en Afrique, le profil le plus courant parmi les prestataires non rémunérés est celui d'une femme de 15 à 54 ans, aux maigres ressources économiques, avec un faible niveau d'instruction, souvent affectée de problèmes de santé ou d'un handicap, et ayant plusieurs enfants, qui de surcroît mène une activité rémunérée, la plupart du temps dans l'économie informelle, et qui ne reçoit guère de soutien de nature formelle pour ses activités de soin¹². Dans les pays à revenu élevé, le profil est celui d'une femme de 25 à 54 ans, souvent une mère célibataire avec un ou deux enfants, qui bénéficie de certaines prestations, mais qui a surtout recours à une activité professionnelle à temps partiel pour pouvoir s'occuper de sa famille. Comme on le verra au chapitre 2, les prestataires non rémunérés assurent une grande majorité des besoins à l'échelle mondiale, souvent avec des conséquences néfastes sur leurs possibilités économiques, leur bien-être ainsi que celui des bénéficiaires.

Les travailleurs du soin à autrui

Il existe toute une série de travailleurs du soin à autrui, qui diffèrent selon leur instruction, leur qualification, leur branche d'activité et leur rémunération. À une extrémité du spectre on trouvera des professeurs d'université, des médecins et des dentistes, à l'autre des puéricultrices et des aides à la personne¹³. Ces travailleurs, qui appartiennent aux professions du soin à autrui, assurent la prestation de services sanitaires, sociaux et éducatifs, avec le soutien d'autres travailleurs – cadres, comptables, techniciens ou employés de bureau –, qu'ils côtoient dans le même établissement hospitalier ou scolaire. Bien qu'ils n'entrent pas dans la catégorie du personnel ou de la main-d'œuvre du soin à autrui, leur travail fait partie intégrante de la prestation des services de soin à autrui. Pour cette raison, on considère dans le présent rapport qu'ils font partie de l'économie du soin à autrui, et que toutes les professions de la santé, de l'éducation et du travail social sont constitutives de la main-d'œuvre du soin à autrui¹⁴.

Les travailleurs du soin à autrui comprennent aussi les travailleurs domestiques. En tant qu'ils assurent des services à la personne et aux ménages, dans des domiciles privés, ceux-ci constituent une part essentielle de la main-d'œuvre du soin à autrui. Selon les définitions de l'OIT, un travailleur domestique est une personne exécutant un travail, dans le cadre d'une relation de travail, au sein de, ou pour, un ou plusieurs ménages. Plutôt que la nature des tâches, c'est le lieu de travail qui constitue la caractéristique déterminante du travail domestique¹⁵. Habituellement, les travailleurs domestiques font la cuisine, la lessive et autres tâches ménagères, activités essentielles d'aides à la personne, en plus de s'occuper d'enfants et de personnes âgées ou handicapées.

Comme cela est expliqué en détail chapitre 4, on dénombre aujourd'hui 215 millions de travailleurs du soin dans les secteurs du soin à autrui (santé, travail social et éducation) et 70,1 millions de travailleurs domestiques, à l'échelle mondiale. Lorsque l'on ajoute le personnel de soutien, la main-d'œuvre mondiale du soin atteint 381 millions de personnes, soit 11,5 pour cent de l'emploi total dans le monde.

Les femmes représentent 65 pour cent de la main-d'œuvre mondiale du soin à autrui. Cette proportion est supérieure dans les professions du soin à autrui (66 pour cent)

et chez les travailleurs domestiques (70 pour cent)¹⁶. La main-d'œuvre masculine du soin représente 6,6 pour cent de la main-d'œuvre masculine mondiale, alors que la proportion est trois fois supérieure pour les femmes, avec 19,3 pour cent. Les stéréotypes sexistes associés au travail de soin à autrui non rémunéré et l'assimilation des activités de soin à autrui avec des dispositions naturelles et des capacités innées, plutôt qu'avec des compétences acquises par l'éducation ou la formation, sont au fondement du fort degré de féminisation de l'emploi dans le soin à autrui. Cela implique non seulement que l'emploi dans les professions et les activités du soin à autrui est une source significative de demande de main-d'œuvre féminine, mais aussi que l'amélioration des conditions de travail et de rémunération de la main-d'œuvre du soin dans son ensemble aura un effet positif direct sur les conditions de travail et de rémunération d'un grand nombre de femmes.

1.1.1. Le travail du soin à autrui et la nouvelle définition statistique du «travail»

La Résolution I adoptée par la dix-neuvième Conférence internationale des statisticiens du travail (CIST) concernant «les statistiques du travail, de l'emploi et de la sous-utilisation de la main-d'œuvre» contient une «définition conceptuellement révolutionnaire du travail»¹⁷ (voir encadré 1.1). Cette définition inclut, mais transcende, le travail réalisé en échange d'une rémunération ou d'un profit, pour comprendre «toutes les activités

Encadré 1.1. La définition des formes de travail adoptée par la CIST

Le travail comprend toutes les activités effectuées par des personnes de tout sexe et tout âge afin de produire des biens ou fournir des services destinés à la consommation par des tiers ou à leur consommation personnelle. [...] Pour atteindre divers objectifs, cinq **formes de travail** qui s'excluent mutuellement ont été identifiées pour être mesurées séparément. [...]:

1. *le travail de production pour la consommation personnelle*, qui comprend la production de biens et de services pour usage final propre*;
2. *l'emploi* comme forme de *travail* réalisé pour des tiers en échange d'une rémunération ou d'un profit;
3. *le travail en formation non rémunéré* accompli pour des tiers sans rémunération en vue d'acquérir une expérience professionnelle ou des compétences sur le lieu de travail;
4. le travail *bénévole*, qui comprend le travail non obligatoire et non rémunéré réalisé pour des tiers;
5. *d'autres activités productives* (non définies dans la présente résolution)**.

* Selon la résolution, le «travail de production pour la consommation personnelle» comprend la production de biens et de services pour usage final propre. Ces services pour usage final propre comprennent, entre autres, les activités suivantes: la comptabilité et la gestion du ménage; préparer et servir des repas; nettoyer, décorer et entretenir l'habitation du ménage; éduquer et prendre soin des enfants, transporter et prendre soin des membres âgés, dépendants ou autres membres du ménage (BIT, 2013c, paragr. 7 a) et 22 c)). ** «Ces "autres activités de travail productives" comme le service communautaire non rémunéré ou le travail non rémunéré réalisé par des prisonniers lorsque imposés par un tribunal ou autorité semblable, et le service militaire ou le service civil alternatif non rémunérés, peuvent être traitées comme une forme distincte de travail pour la mesure (tel que travail obligatoire non rémunéré réalisé pour des tiers)» (BIT, 2013c, paragr. 8).

Source: BIT, 2013c, paragr. 7.

Tableau 1.1. Le travail de soin à autrui, la Résolution I de la 19^e CIST et le SCN 2008

Destination envisagée de la production		Pour usage final propre		Pour utilisation par des tiers				
Formes de travail dans la Résolution I de la 19 ^e CIST	Travail de production pour la consommation personnelle:		Emploi (travail réalisé en échange d'une rémunération ou d'un profit)		Autres activités de travail productives	Travail bénévole		
	de services	de biens	11. Emploi dans des entreprises ou des institutions publiques ou à but non lucratif	12. Emploi dans des entreprises familiales pour la production de biens		13. Emploi dans des ménages ou des entreprises familiales pour la production de services	Dans des unités du marché et hors marché	Dans des ménages pour produire: des biens des services
ICATUS 2016	4. Services de soin à autrui non rémunérés pour des membres de la famille ou du ménage	3. Travail domestique non rémunéré pour des membres de la famille ou du ménage	2. Production de biens pour usage final propre	1. Emploi et activités connexes		5. Travail non rémunéré, bénévole, en formation ou autre	51. Bénévolat non rémunéré direct pour d'autres ménages	52. Bénévolat non rémunéré dans un cadre associatif ou communautaire
Type de travail	Travail non rémunéré			Travail rémunéré (salaire ou profit)		Travail non rémunéré		
Type de travail de soin à autrui	Travail de soin à autrui non rémunéré <i>(en tant que sous-ensemble du travail non rémunéré, comprenant les activités de soin aux personnes et le travail domestique)</i>		«Emploi dans les activités de soin à autrui» destiné à fournir des services dans les professions du soin ou les secteurs du soin <i>(en tant que sous-ensemble de l'emploi)</i>			Travail de soin en formation non rémunéré destiné à fournir des services dans les professions du soin ou les secteurs du soin <i>(en tant que sous-ensemble du travail en formation non rémunéré)</i>	Travail de soin bénévole <i>(en tant que sous-ensemble du travail bénévole)</i>	
						Bénévolat non rémunéré dans un cadre associatif ou communautaire destiné à fournir des services dans les professions du soin ou les secteurs du soin	Bénévolat non rémunéré direct pour d'autres ménages destinés à fournir des services relevant du travail de soin non rémunéré	
Lien avec le SCN 2008	Activités à l'intérieur du domaine de la production du SCN							
	Activités qui relèvent du domaine de la production générale du SCN							

* Cette catégorie comprend aussi la fourniture de services de soin à autrui: par exemple, dans le travail auquel sont contraints les prisonniers, le nettoyage, la lessive, la cuisine ou le service à table.

Note: En orange sont indiquées les formes de travail de soin et leurs liens avec la Résolution I de la 19^e CIST, la Classification internationale des activités à prendre en compte dans les statistiques du budget-temps (ICATUS), et le système de comptabilité nationale (SCN) 2008; en jaune leurs liens avec les types de travail que sont: le «travail non rémunéré» et le «travail rémunéré (salaire ou profit)». Le «travail de soin non rémunéré» correspond au «travail de production de services pour la consommation personnelle» dans la résolution de la CIST. L'«Emploi dans les activités de soin à autrui», le «Travail de soin en formation» et le «Travail de soin bénévole» sont respectivement de sous-ensembles des catégories «Emploi», «Travail en formation non rémunéré» et «Travail bénévole».

Source: Auteurs, à partir de BIT, 2013c, et Nations Unies, 2017a.

effectuées par des personnes de tout sexe et tout âge afin de produire des biens ou fournir des services destinés à la consommation par des tiers ou à leur consommation personnelle». L'ajout du dernier membre de phrase «destinés à la consommation par des tiers ou à leur consommation personnelle» constitue un changement décisif, car ainsi sont reconnues comme du travail la production de biens et la prestation de services au domicile, à l'intention d'autres membres du ménage ou pour un usage personnel. Le nouveau concept de «travail» est donc conforme au domaine de la production générale tel que défini dans le système de comptabilité nationale de 2008 (SCN 2008), pour inclure des activités productives telles que les services produits par les ménages pour leur usage propre, ainsi que le travail bénévole accompli pour des ménages autres que la famille du bénévole¹⁸. En outre, dans cette nouvelle norme la définition du travail est indépendante du caractère formel ou informel de l'activité ou encore de sa légalité.

Conformément aux normes adoptées par la 19^e CIST, le travail de soin à autrui peut être réalisé en échange d'une rémunération ou d'un profit (emploi dans les activités de soin) ou bien ne pas être rémunéré (soit en tant que travail de soin non rémunéré, travail de soin bénévole ou travail de soin non rémunéré accompli dans le cadre d'une formation; voir tableau 1.1). Cette définition met l'accent sur le processus de travail qu'implique la fourniture de services de soin à autrui¹⁹ plutôt que sur la destination finale de la prestation de services (ménage/famille ou marché) ou le lieu de cette prestation (sphère privée ou publique)²⁰. L'économie du soin à autrui est l'addition de toutes les formes de travail de soin à autrui, elle comprend donc les prestataires non rémunérés et les travailleurs du soin à autrui.

1.1.2. Le cercle de répercussions entre travail de soin à autrui non rémunéré, travail rémunéré et travail de soin à autrui rémunéré

Les conditions d'exécution du travail de soin rémunéré et non rémunéré ont une influence sur l'une et l'autre de ces formes de travail ainsi que sur le travail rémunéré à l'extérieur de l'économie du soin à autrui. On parle à ce propos du «cercle de répercussions entre travail de soin à autrui non rémunéré, travail rémunéré et travail de soin à autrui rémunéré»²¹. Selon la façon dont ces éléments entrent en relation les uns avec les autres, les inégalités, notamment entre hommes et femmes, peuvent s'aggraver ou se réduire.

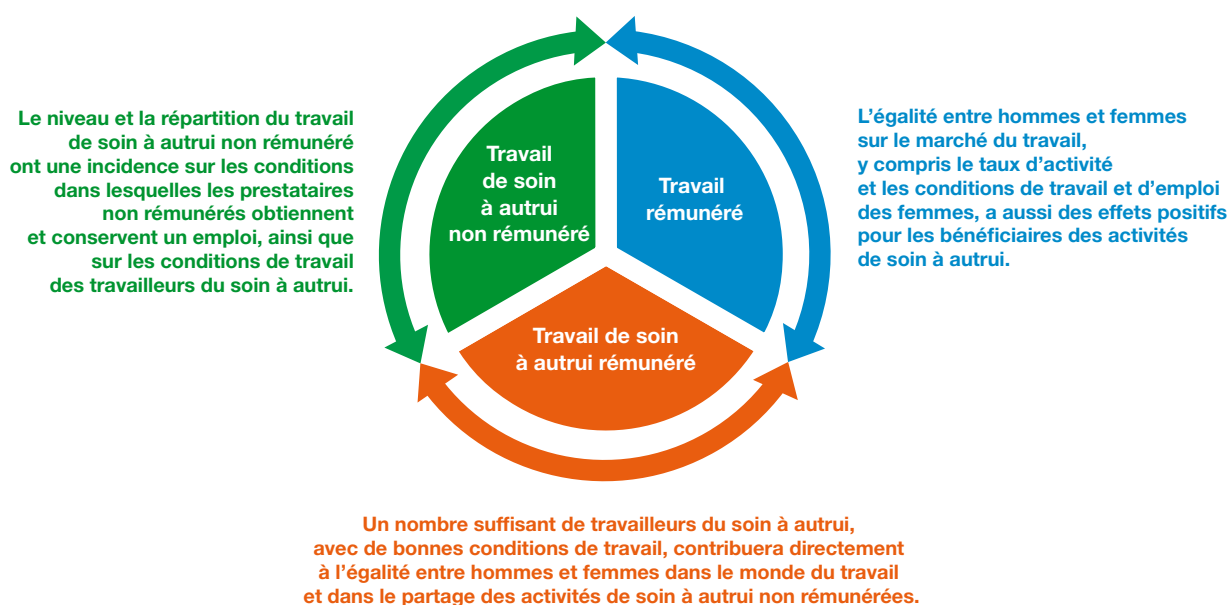
La part inégale, et souvent très importante, du travail de soin non rémunéré effectuée essentiellement par les femmes et les filles issues de catégories sociales défavorisées limite leur disponibilité pour occuper un emploi rémunéré, ainsi que la nature et la qualité des emplois auxquels elles peuvent prétendre. Cela est particulièrement vrai lorsqu'il n'existe pas de services de soin à autrui, abordables et de qualité, proposés par le secteur public, marchand ou à but non lucratif. En effet, le manque d'autres solutions en matière de soin à autrui est l'un des principaux obstacles à l'activité professionnelle des femmes (chapitre 2). Mais la charge disproportionnée qu'elles assument dans le travail de soin non rémunéré a également une incidence sur le nombre d'heures qu'elles consacrent à l'emploi rémunéré, ce qui débouche sur la «pénalisation professionnelle de la maternité», qui est explicitée au chapitre 2, et qui touche aussi la rémunération et le revenu des prestataires de soins non rémunérés²². Cet ensemble de circonstances défavorables a d'autres effets néfastes: un écart entre hommes et femmes dans la détention d'épargne

et d'actifs, un affaiblissement du pouvoir de décision des femmes au sein des ménages, une limitation de leur accès à la protection sociale (pensions de retraite comprises)²³ et, en fin de compte, une moindre jouissance de leurs droits humains en général²⁴. En outre, le travail de soin à autrui non rémunéré réduit la capacité des femmes et des autres prestataires non rémunérés de faire entendre leur voix dans les processus de décision, de même qu'il limite leur accès aux mécanismes existants ou potentiels de représentation et d'action collective²⁵.

Les activités de soin à autrui peuvent être gratifiantes, et la majorité des femmes et des hommes – prestataires non rémunérés ou travailleurs du soin – considère comme un privilège de passer du temps à vivre l'expérience affective et relationnelle qui consiste à s'occuper d'enfants, de parents ou d'autres personnes. Toutefois le fait que, dans toutes les sociétés, une part significative du travail de soin à autrui consiste en travaux ménagers routiniers, souvent pénibles (voir chapitre 2), inégalement répartis entre femmes et hommes, et exécutés sans rémunération, rend invisible le coût substantiel que cela représente pour ceux qui y pourvoient. Ce coût est fait d'efforts physiques, de tension émotionnelle, d'obligations monétaires, de manque de temps²⁶, d'occasions manquées et de revenus ultérieurs à jamais perdus, toutes choses qui sont des facteurs d'appauvrissement, tant pour les prestataires que pour les bénéficiaires²⁷.

La sous-valorisation du travail de soin à autrui non rémunéré induit aussi le fait que les salaires sont inférieurs et les conditions de travail détériorées dans les professions et activités de soin à autrui, où les femmes sont largement surreprésentées. Les travailleurs du soin eux-mêmes ont des besoins, en termes d'activités de soin, qui restent souvent non satisfaits à cause de la faiblesse de leur salaire et de la longueur de leurs horaires de travail.

Figure 1.1. Le cercle des répercussions entre travail de soin à autrui non rémunéré, travail rémunéré et travail de soin à autrui rémunéré



Source: Auteurs.

L'existence de services de soin à autrui accessibles et de qualité est directement corrélée au niveau d'emploi et aux conditions de travail du personnel du soin, et a un effet sur l'offre de travail, notamment celle des femmes. Comme la plupart des femmes (et quelques hommes seulement) auront des responsabilités directes de soin à autrui à un moment ou l'autre de leur vie, un défaut de services de soins acceptables affectera gravement l'égalité entre hommes et femmes, que ce soit sur le marché du travail ou dans leur contribution aux activités de soin non rémunérées²⁸. Avec ce lien entre travail de soin à autrui rémunéré et travail de soin à autrui non rémunéré, l'enchaînement des répercussions entre travail de soin à autrui non rémunéré, travail rémunéré et travail de soin à autrui rémunéré se boucle en un cercle complet (voir figure 1.1).

1.1.3. La qualité du travail de soin à autrui

Les conditions d'emploi des travailleurs du soin (dans le secteur privé comme dans le secteur public) et les conditions de prestations des activités de soin non rémunérées ont une incidence sur la qualité des services de soin à autrui, donc le bien-être des bénéficiaires: prestataires de soins non rémunérés, travailleurs du soin et bénéficiaires sont les trois parties directement concernées par la question de la *qualité du travail de soin à autrui*²⁹.

Les bénéficiaires et prestataires non rémunérés ont intérêt à ce que la qualité des activités de soin soit la meilleure possible, pour eux-mêmes et/ou pour leurs parents. En particulier, dans le cas des personnes handicapées, et des personnes âgées dépendantes, la communauté d'intérêts entre prestataires et bénéficiaires³⁰ découle de la reconnaissance du fait que tous les individus dépendent des activités de soin et que ces dernières doivent constituer la base des prestations et droits sociaux³¹. Dans cette perspective, la qualité des activités de soin signifie, entre autres choses, de disposer de services à prix abordable, fournis par des travailleurs du soin ayant les compétences nécessaires. S'agissant des droits des personnes handicapées, un élément essentiel de la qualité du soin à autrui sera l'accent mis sur l'autonomie comme moyen de permettre aux personnes handicapées d'atteindre un maximum d'indépendance et de maîtrise de leur propre vie, ainsi que d'être représentés³². Ce principe met l'accent sur la maîtrise et l'exercice de choix – pour les personnes handicapées, mais aussi pour tous les adultes bénéficiaires des activités de soin en général – comme moyen de renforcer leur indépendance, leur intégration et leur participation dans la société.

Les prestataires de soin non rémunérés, que ces personnes soient en situation d'emploi ou inactives, constituent l'une des parties impliquées dans le débat sur la qualité du soin à autrui. Ce n'est que récemment que les sociétés ont cessé de considérer ce travail de soin non rémunéré comme allant de soi et ont commencé à reconnaître, à réduire et à redistribuer la contribution de ces prestataires non rémunérés³³. Dans toutes les sociétés, ce sont en majorité des femmes, et la plupart d'entre elles ont une activité professionnelle: ce sont des «travailleurs ayant des responsabilités familiales»³⁴.

La situation et les besoins des travailleurs du soin ont rarement été considérés en relation avec la qualité de ce dernier, bien qu'en faisant partie intégrante. De la même façon que les bénéficiaires se préoccupent des normes des activités de soin, en exerçant des choix et en s'assurant de la continuité et de la sécurité des activités dont ils bénéficient, les

travailleurs du soin ont leurs préoccupations. Celles-ci se rapportent à la relation dans laquelle ils s'engagent par leurs activités de soin, à la nature de leur contrat et à leurs conditions de travail, à leur capacité de se syndiquer, d'être représentés et d'agir collectivement et enfin, et ce n'est pas le moindre, à leurs propres besoins et intérêts en tant qu'individus, mais aussi en tant qu'ils sont eux-mêmes, par ailleurs, des prestataires non rémunérés.

Du fait de la spécificité du travail de soin à autrui, une bonne qualité exige beaucoup de main-d'œuvre. En conséquence la notion traditionnelle de productivité du travail – qui, dans son expression la plus simple, revient à calculer le nombre de bénéficiaires par prestataire – se révèle non seulement inappropriée, mais même préjudiciable à la qualité de la prestation de soin. La difficulté, voire l'impossibilité, d'accroître la productivité des travailleurs du soin à autrui sans compromettre la qualité du résultat est une caractéristique distinctive du travail de soin à autrui³⁵. Un autre facteur tiendrait à la nature relationnelle des activités de soin, qui limite la possibilité de remplacer le travail humain par des robots ou d'autres dispositifs techniques. Cela a des implications sur la charge de travail et ses effets sur la qualité des prestations de soin. Une infirmière qui devra s'occuper de beaucoup plus de patients sera tout simplement dans l'impossibilité d'assurer à tous la qualité de soins dont bénéficieraient ses patients s'ils étaient moins nombreux. Les apprentissages dans la petite enfance dépendent étroitement du degré d'attention dont l'enfant bénéficie de la part du personnel de puériculture ou d'enseignement, et l'on dispose désormais d'un grand nombre d'éléments de preuve quant à l'importance de garantir un taux d'encadrement élevé dans l'éducation préscolaire³⁶.

En outre, comme les activités de soin ont également des aspects affectifs et psychologiques, non seulement la surcharge de travail des prestataires réduit la qualité de leur prestation, mais elle est susceptible d'accentuer leur impatience, leur irritation ou leur négligence. Cela peut être préjudiciable aux bénéficiaires, qu'il s'agisse de nourrissons ou d'enfants, de personnes âgées dépendantes, de personnes malades ou handicapées, ou encore d'adultes en bonne santé ayant des besoins spécifiques en termes de soin. Il est donc dans l'intérêt de la société de garantir de bonnes conditions de prestation, que cette prestation soit rémunérée ou non.

Le coût de la qualité des activités de soin à autrui peut entrer en conflit avec leur caractère abordable. Comme dans ce domaine les services ont par nature une forte intensité de main-d'œuvre et que la rémunération de cette dernière constitue le poste le plus important du coup des activités de soin, le fait de mieux payer les travailleurs du soin risque de compromettre l'accès de la population à ces services. Si l'on augmente leurs coûts, les activités de soin risquent d'excéder la capacité financière de ceux qui en ont besoin (ou le seuil qu'ils jugent acceptable), ou celle des prestataires non rémunérés qu'il s'agit de remplacer (la famille, par exemple), ou encore celle des entités qui en assurent le paiement. Cela est d'autant plus préoccupant dans un contexte d'austérité où l'on réduit les dépenses publiques dans l'éducation, la santé et les services sociaux. Lorsque les services deviennent inabordables, les bénéficiaires et les prestataires non rémunérés risquent d'opter pour des prestations de nature informelle en recrutant des travailleurs sans protection et qui opéreront donc dans des conditions détériorées pour un salaire inférieur.

En retour, seuls ceux qui n'ont pas le choix recourront à des services publics de soin à autrui de qualité médiocre. Si les seuls services accessibles et abordables sont de mauvaise qualité, dès que les familles auront un revenu suffisant pour éviter que tous

leurs membres aient une activité professionnelle, les femmes quitteront leur emploi, réduiront leur durée du travail ou trouveront des solutions de nature informelle pour assumer leurs responsabilités en termes de soin à autrui, reproduisant ainsi une situation où prévalent la médiocrité des conditions de travail et d'emploi et l'incertitude quant à la qualité des prestations de soin à autrui. Cette mauvaise qualité fera échec à l'évolution des normes sexuées, à l'amélioration de la qualité de l'emploi des femmes et au comblement des écarts entre hommes et femmes dans la vie professionnelle³⁷.

1.2. LE TRAVAIL DE SOIN À AUTRUI DANS UN MONDE EN MUTATION

Le travail de soin à autrui, qu'il soit rémunéré ou non, est d'une importance vitale pour le monde du travail. Les États Membres de l'OIT sont confrontés à l'exercice de pressions croissantes sur leur système d'emploi et de protection sociale du fait de la mondialisation, de l'évolution technique, de l'augmentation du chômage, de la qualité médiocre de l'emploi, du changement climatique, ainsi que des lacunes dans les services du soin à autrui à l'intention des jeunes et des personnes malades, handicapées ou âgées³⁸. Plusieurs tendances, d'ordre économique, démographique et environnemental, qui se manifestent à l'échelle mondiale, font que ces manques dans la prestation des services de soin à autrui vont s'aggraver, accentuant ainsi la crise mondiale que connaissent les activités de soin. Ces grandes tendances font que, de plus en plus, ces États considèrent le travail du soin à autrui comme un point essentiel de leurs ordres du jour politiques³⁹.

Ces évolutions ont un effet sur la viabilité à terme des modèles centrés sur la famille (surtout les femmes et les filles) et la communauté locale en tant que principales pourvoyeuses du soin à autrui. Elles ont aussi une incidence sur la façon dont les activités de soin sont réparties sur le spectre social et durant le cycle de vie, avec des effets sur la santé et le bien-être des individus, sur leur participation à la vie de famille, sur le monde du travail et sur la sphère publique⁴⁰. Ces évolutions appellent une action urgente quant à la façon dont le travail de soin à autrui est réparti et organisé. Ainsi, l'apparition et l'expansion dans les pays du Sud d'une nouvelle classe moyenne qui se compose souvent de ménages à deux revenus font que la question de la prestation de soin à autrui se pose de façon plus prégnante. En Amérique latine, le nombre de personnes appartenant à la classe moyenne était égal à celui des pauvres en 2009⁴¹. Les estimations indiquent que, à l'échelle mondiale, la classe moyenne passera de 1,8 milliard de personnes en 2009 à 3,2 milliards en 2020 et 4,9 milliards en 2030⁴². Les membres de ces «catégories moyennes fragiles», pour qui le coût des prestations de soin à autrui peut être synonyme d'appauvrissement, placent au centre de leurs revendications politiques des services sociaux plus abordables et de meilleure qualité⁴³.

1.2.1. Un monde du travail qui se transforme

Marché du travail

Au cours des toutes dernières décennies, les changements qui se sont produits sur le marché du travail ont eu une incidence sur le travail de soin à autrui, qu'il soit rémunéré ou non. Les processus de féminisation et d'informalisation du marché du travail, les effets

des migrations et les nouvelles caractéristiques de la ségrégation professionnelle, qui résultent d'un rétrécissement de l'éventail des branches d'activité et des professions dans lesquelles les femmes travaillent, illustrent la façon dont la dynamique sexospécifique de l'emploi s'est transformée au cours du temps et selon les diverses localisations géographiques⁴⁴. À bien des égards, la mondialisation et la réorganisation de la production dans les chaînes de valeur mondiales et les zones franches d'exportation ont créé de nouveaux emplois, et de meilleure qualité en termes de modalités contractuelles, de rémunérations et de protection par la sécurité sociale⁴⁵. Toutefois, la mondialisation est aussi associée à une accentuation des inégalités de revenus et à l'exacerbation des formes existantes de pauvreté et d'insécurité, que l'on peut également imputer au fait que les besoins en termes de soin à autrui ne sont pas satisfaits⁴⁶.

Du fait des changements que connaît le contexte économique, nombre de femmes ont une activité professionnelle, certaines retardent leur mariage au risque d'une fécondité réduite, mais acquièrent plus d'autonomie, avec une visibilité et une participation supérieures dans la sphère publique. En cas de crise économique, tous les membres du ménage – hommes ou femmes, jeunes ou âgées – peuvent avoir à travailler pour compenser des pertes d'emploi et augmenter le revenu familial. Dans les pays les plus pauvres, le chômage des hommes et la pauvreté contraignent de nombreuses femmes à assumer le rôle de soutien de famille, en l'absence de toute forme d'aide publique pour prendre en charge le travail de soin à autrui non rémunéré qu'elles doivent délaissier.

Au cours du dernier siècle, le mouvement en faveur des droits des femmes a correspondu à une intensification générale de l'activité économique des femmes. Alors que l'écart de taux d'activité entre hommes et femmes s'est rétréci dans la plupart des régions, cette activité est restée faible dans les États arabes, en Afrique du Nord et en Asie du Sud. À l'échelle mondiale, cet écart ne s'est réduit que de 0,6 point de pourcentage depuis 1995. En 2018, le taux d'emploi des femmes est de 45,6 pour cent, contre presque 71,2 pour cent pour les hommes; on observe donc un écart de 25,6 points de pourcentage entre les possibilités qu'ont les hommes et celles qu'ont les femmes d'occuper un emploi rémunéré⁴⁷.

L'augmentation du taux d'emploi des femmes dans certains pays, bien qu'elle soit synonyme pour certaines femmes de droits, d'autonomie économique et d'intégration sociale, n'a pas correspondu à une amélioration générale de la qualité de l'emploi. Cette transition vers le travail rémunéré ne s'est pas nécessairement traduite par une égalité formelle en termes de travail décent, d'égalité de rémunération pour un travail de valeur égale ni par la reconnaissance et la valorisation de toutes les formes de travail réalisées par les femmes⁴⁸. Même dans les régions où le niveau de salaires des femmes a augmenté, leur emploi se caractérise souvent par de faibles rémunérations, des contrats temporaires, de mauvaises conditions de travail et un statut inférieur⁴⁹. Ces caractéristiques de l'emploi féminin sont aussi associées à l'intensification des tensions sur la reproduction sociale des individus, des familles et des sociétés, ce qui réduit le temps disponible pour les tâches ménagères et les activités de soin à autrui non rémunérées⁵⁰.

Changement climatique

Le changement climatique, ainsi que d'autres phénomènes comme la désertification, la déforestation, les catastrophes naturelles, la sécheresse persistante et les phénomènes

météorologiques extrêmes⁵¹, augmente la difficulté de réaliser ces objectifs que sont le travail décent, l'égalité entre hommes et femmes et le développement durable⁵². Les femmes qui vivent en milieu rural, les enfants, les personnes âgées et les peuples autochtones sont particulièrement concernés, et de plusieurs façons, par le changement climatique, y compris par ses conséquences en termes de soin à autrui. Cela augmente la charge de leurs activités de soin à autrui non rémunérées, par l'accroissement des tâches ménagères; et la détérioration de l'état de santé des membres de la famille demande plus de soins directs⁵³.

Le changement climatique accentue la détresse que connaissent les zones rurales, surtout pour les filles et les femmes, à cause du manque d'infrastructures matérielles. Cela vaut tout particulièrement pour les peuples autochtones, dont 80 pour cent de la population vit en Asie et dans le Pacifique, région vulnérable face au changement climatique. Ainsi, le manque d'eau peut contraindre les femmes autochtones à marcher sur de plus grandes distances pour aller en puiser. Cela signifie non seulement que les femmes ont moins de temps à consacrer au travail rémunéré, mais aussi qu'elles sont plus exposées au harcèlement sexuel lorsqu'elles font des kilomètres à l'extérieur de leur village⁵⁴. L'alourdissement de leur charge de travail réduit le temps dont elles disposent pour s'occuper de leurs enfants et pour participer à des activités sociales⁵⁵. En Afrique du Sud, par exemple, de nombreuses femmes passent deux heures par jour à collecter du combustible, et une de plus à aller chercher de l'eau. Comme le changement climatique réduit le rendement des récoltes, limite la quantité de bois disponible et aggrave le manque d'eau, la charge des activités liées aux ressources naturelles risque de s'alourdir pour les femmes⁵⁶. Lorsqu'elles sont forcées d'émigrer à la recherche de sources de revenus différentes de leurs activités traditionnelles, les femmes autochtones sont souvent exposées à l'exclusion économique et sociale, à l'exploitation, à la violence sexiste et à des violations des droits humains⁵⁷. Elles sont souvent concentrées dans des professions, notamment le travail domestique, où les conditions de travail sont mauvaises et les droits des travailleurs, comme la protection sociale, inexistant⁵⁸. Que ce soit sur le marché du travail formel ou informel, formation et acquisition de qualifications leur sont déniées, leurs liens avec le marché sont fragiles et elles sont victimes de discriminations⁵⁹.

Le changement climatique a aussi des conséquences sur la santé de la population, notamment des enfants et des personnes malades ou âgées. Cela alourdit le fardeau supporté par les femmes et les filles qui doivent s'occuper des parents malades, avec des conséquences sur leur éducation et leurs possibilités d'activité rémunératrice⁶⁰. La santé de ces enfants est souvent affectée par les effets directs de catastrophes, surtout après les épisodes de sécheresse, comme on le voit à Hô-Chi-Minh-Ville (Viet Nam) où, en période de marée haute, une majorité d'enfants connaît plus de problèmes de santé⁶¹. En Afrique subsaharienne, les chocs climatiques ont pour effet une moindre qualité nutritionnelle pour les enfants des familles à faible revenu, à quoi s'ajoute un manque d'accès aux interventions médicales, avec, à long terme, des conséquences négatives sur leur développement⁶².

La mondialisation du travail de soin à autrui

Les tendances mentionnées ci-avant ont accéléré l'augmentation du coût du soin à autrui, surtout dans les pays où la population vieillit. Cela a poussé les gouvernements à

instituer des prestations en nature pour compenser le coût induit par les prestations à domicile, qui sont préférées à celles qui sont prodiguées en institution. Dans de nombreux pays, du fait de la réduction ou de l'insuffisance chronique des dépenses publiques consacrées au soin à autrui, on met de plus en plus l'accent sur la privatisation des activités de soin, avec le transfert de la responsabilité des prestations jusque-là non rémunérées sur les familles, le marché ou le bénévolat⁶³.

Le fait que les femmes consacrent moins de temps au travail de soin à autrui non rémunéré a pour conséquence une expansion des services en la matière, en particulier dans les pays les plus riches où la demande de main-d'œuvre dans ce secteur est de plus en plus satisfaite par les femmes migrantes. Dans les activités du soin à autrui, les travailleuses migrantes qui ont des emplois de travailleuses domestiques, d'assistantes maternelles, d'infirmières ou de médecins proviennent surtout de pays à faible revenu, voire à revenu intermédiaire. Ces travailleuses migrantes laissent souvent leurs propres enfants avec leur père ou d'autres parents; elles peuvent aussi employer elles-mêmes des travailleuses domestiques, qui sont souvent aussi des migrantes, internes ou internationales, ce qui constitue ce que l'on a désigné comme des «chaînes mondiales du soin à autrui»⁶⁴.

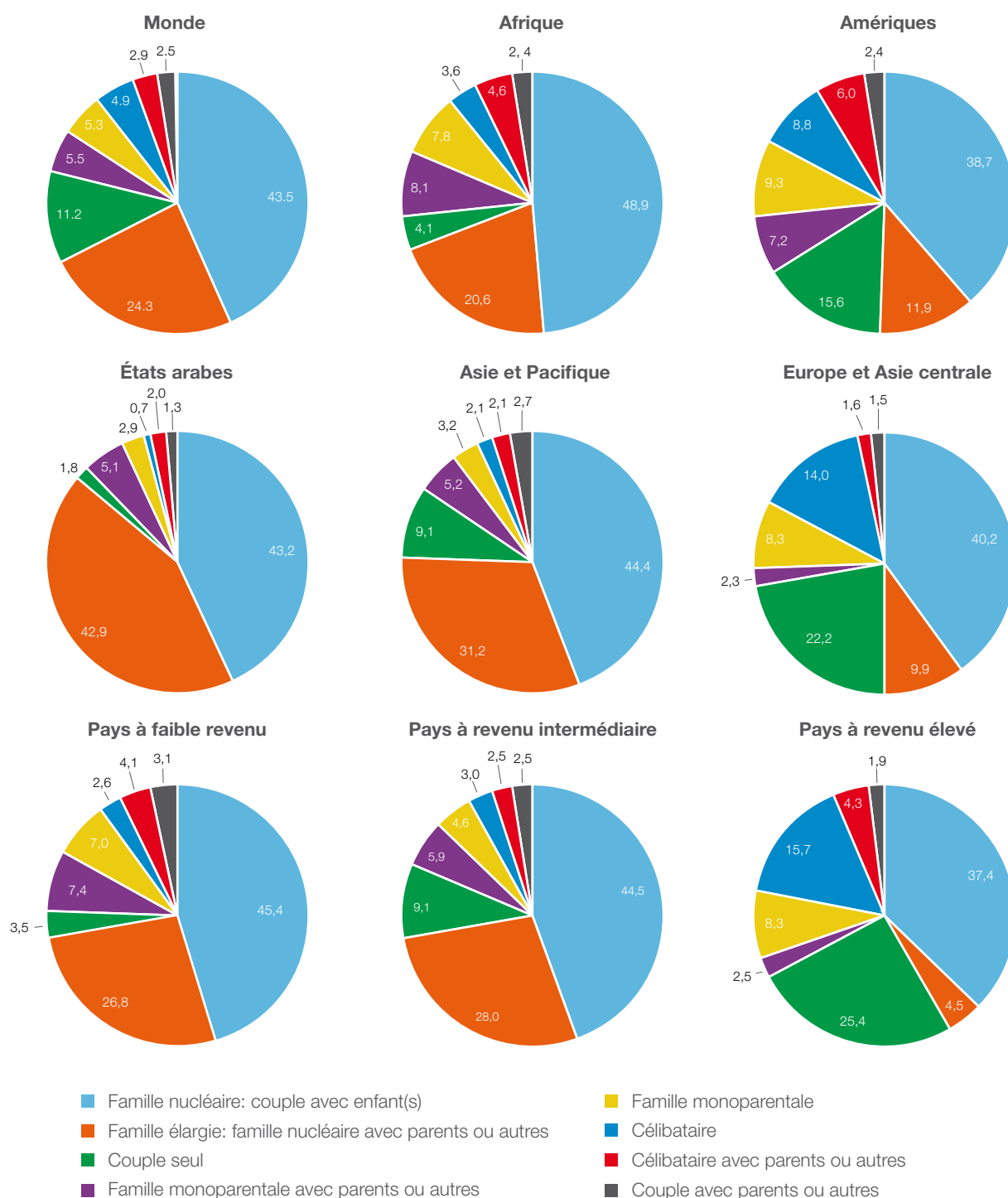
1.2.2. Changements démographiques et évolution des besoins de soin à autrui

Structures familiales

La prégnance du travail de soin non rémunéré en tant qu'obstacle structurel à l'égalité entre hommes et femmes dans le monde du travail est également en rapport avec l'évolution de la structure des ménages. Avec la transformation en cours du modèle de la famille nucléaire type, jusqu'à présent composée d'un couple hétérosexuel marié avec des enfants, ce que l'on a désigné comme des «modèles de famille en voie de mondialisation» devient de plus en plus courant. Ce processus a vu la prolifération de formes de famille et de modalités de vie qui ne sont pas dictées par des obligations sociales, mais sont de plus en plus choisies et fondées sur un assentiment mutuel⁶⁵. Cette tendance s'observe aussi bien dans les pays à revenu élevé que dans ceux du Sud. Les structures et les liens familiaux changent: les ménages sont plus petits et le nombre de familles élargies vivant sous le même toit diminue; davantage de familles sont monoparentales; les femmes se marient plus tardivement et ont moins d'enfants dans de plus en plus de pays. Ces évolutions, associées à l'augmentation du taux d'activité des femmes, induisent une réduction du potentiel de travail de soin non rémunéré, accentuant les responsabilités qui incombent aux femmes en la matière, donc le risque de conflit avec leur activité professionnelle.

En 2018, les personnes vivant dans des familles nucléaires constituaient la plus grosse part de la population mondiale en âge de travailler: 43,5 pour cent, soit 2,4 milliards de personnes (voir figure 1.2). Ainsi, les familles nucléaires constituent la plus forte réserve de population en âge de travailler, quels que soient la région du monde et le niveau de revenu du pays, à l'exception des États arabes, où l'on trouve une proportion à peu près équivalente de la population en âge de travailler dans les familles élargies et nucléaires (respectivement 42,9 et 43,2 pour cent). Même en Afrique, 48,9 pour cent des personnes de 15 ans et plus vivent dans des familles nucléaires, ce qui montre combien le rôle de la famille élargie traditionnelle recule. Ainsi, dans les pays africains à revenu

Figure 1.2. Population en âge de travailler selon le type de ménage (pourcentages) et par niveau de revenu du pays, dernière année



Note: Personnes de 15 ans et plus. Proportion de la population en âge de travailler et nombre de pays: Monde: 82 pour cent (90); Afrique: 70 pour cent (24); Amériques: 88 pour cent (13); États arabes: 43 pour cent (3); Asie et Pacifique: 84 pour cent (16); Europe et Asie centrale: 83 pour cent (34); Pays à faible revenu: 66 pour cent (14); Pays à revenu intermédiaire: 86 pour cent (44); Pays à revenu élevé: 71 pour cent (32). Voir l'annexe A.2, tableau A.2.1, pour les données nationales et l'annexe A.7, tableau A.7.1, pour l'année de l'enquête.

Source: Calculs du BIT à partir de microdonnées d'enquêtes auprès des ménages ou sur la main-d'œuvre.

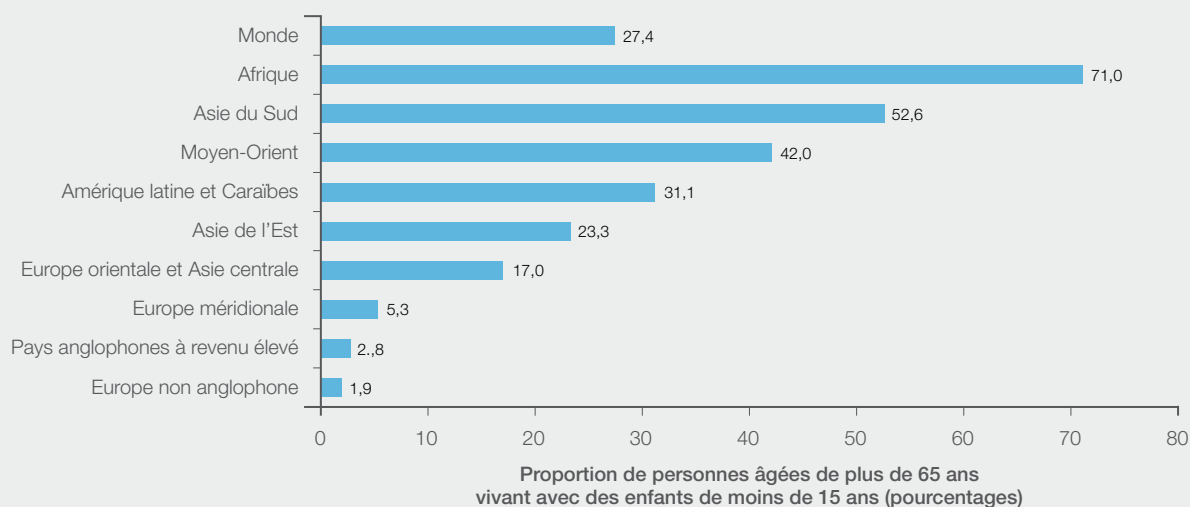
intermédiaire, comme l'Égypte (67,2 pour cent) et la Tunisie (66,3 pour cent), on trouve plus de personnes de 15 ans et plus dans les familles nucléaires que dans les familles élargies. Dans ces pays, les personnes qui vivent dans les familles élargies représentent moins de 10 pour cent de la population en âge de travailler.

Il reste que 24,3 pour cent de la population mondiale en âge de travailler vit dans des familles élargies, ce qui fait 1,3 milliard de personnes (voir encadré 1.2), principalement dans des pays à faible revenu, où la possibilité de partager les responsabilités du soin à

Encadré 1.2. Personnes âgées cohabitant avec des enfants

Les données de l'enquête mondiale Gallup sur 161 pays (2006-2012) montrent que, à l'échelle mondiale, environ 27,4 pour cent des personnes (de plus de 65 ans) vivent avec des enfants de moins de 15 ans. Dans les pays à faible revenu, les grands-parents cohabitent souvent avec leurs petits-enfants. En Afrique, 71,0 pour cent des personnes de plus de 65 ans vivent avec des enfants de moins de 15 ans, proportion qui est de 52,6 pour cent en Asie du Sud et de 42,0 pour cent au Moyen-Orient (figure 1.3).

Figure 1.3. Proportion de personnes âgées de plus de 65 ans vivant avec des enfants de moins de 15 ans, 2006-2012



Note: Les regroupements de pays sont fondés sur ceux de l'enquête mondiale Gallup (2006-2012). L'estimation mondiale correspond à la moyenne non pondérée des estimations régionales (161 pays).

Source: Calculs du BIT à partir de Deaton et Stone, 2014, p. 295.

La situation dans laquelle des grands-parents cohabitent avec des enfants et s'en occupent est très répandue en Asie de l'Est. Ainsi, en Chine, 45,0 pour cent des grands-parents cohabitent avec des enfants de 0 à 6 ans, ce qui dénote un puissant sens de la solidarité entre générations (Chen, Liu et Mair, 2011). Le fort engagement des grands-parents pour s'occuper des enfants s'explique par les traditions culturelles, un soutien limité des pouvoirs publics aux personnes âgées et aux enfants, un âge de départ à la retraite relativement bas et un exode rural massif des adultes en âge de travailler qui recherchent de meilleures possibilités d'emploi.

Source: Deaton et Stone, 2014, à partir de l'enquête mondiale Gallup (2006-2012).

autrui, les actifs et la consommation entre les membres du ménage rend ce type de famille plus attractif. Ainsi, c'est en Afghanistan, en Gambie et au Mali, pays à faible revenu affectés par des conflits⁶⁶, que l'on trouve les plus fortes proportions (supérieures à 40 pour cent) de la population en âge de travailler vivant dans des familles élargies. En Asie de l'Est et du Sud, la fréquence des familles élargies s'explique beaucoup plus par l'influence religieuse de l'éthique confucéenne, les normes patriarcales et les obligations filiales, même si le taux de mariage a décliné au cours des deux dernières décennies en particulier parmi les femmes ayant un niveau d'instruction supérieur⁶⁷. Les observations faites en République de Corée indiquent que les attentes relatives au soutien et aux soins dus aux parents sont en train de changer, surtout chez les femmes. De fait, celles-ci sont systématiquement plus portées que les hommes à considérer que les parents âgés doivent être pris en charge par les autorités publiques ou la communauté dans son ensemble plutôt que par la famille⁶⁸.

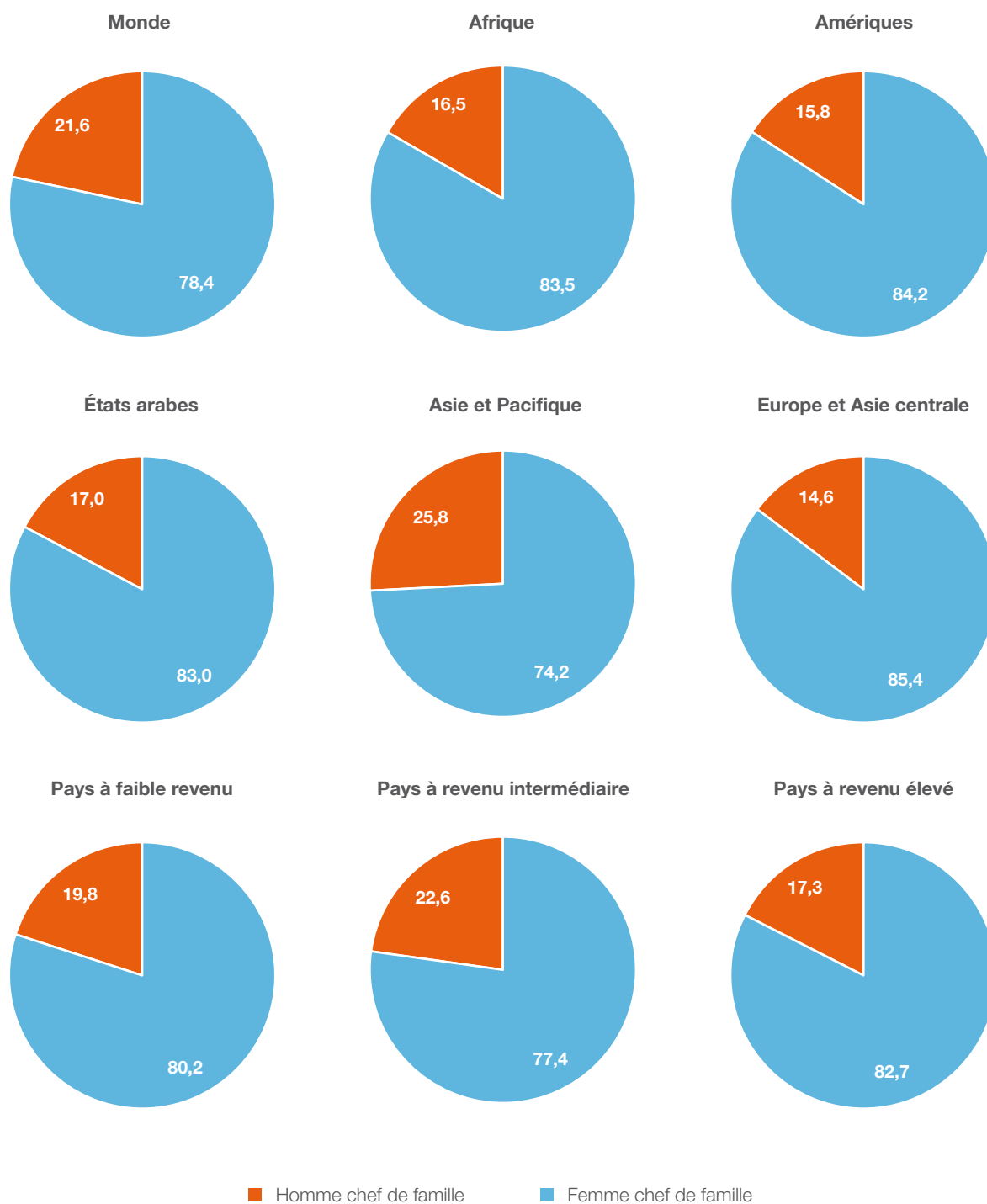
La proportion de la population âgée de 15 ans ou plus qui vit dans des familles élargies décroît à mesure que le revenu augmente, passant de 28,0 pour cent dans les pays à revenu intermédiaire à seulement 4,5 pour cent dans les pays à revenu élevé. On observe une évolution inverse pour les ménages composés d'un célibataire ou d'un couple seul. Les personnes qui composent de tels ménages représentent, respectivement, 2,6 et 3,5 pour cent des personnes âgées de 15 ans et plus dans les pays à faible revenu et, respectivement, 15,7 et 25,4 pour cent de la population en âge de travailler dans les pays à revenu élevé.

À l'échelle mondiale, en 2018, 636 millions de personnes âgées de 15 ans et plus vivaient dans des ménages ne comprenant que des couples seuls, sans personne qui en dépende (chef de famille et conjoint, 11,2 pour cent), tandis que les célibataires (personnes vivant seules) étaient au nombre de 277 millions (4,9 pour cent) (figure 1.2). C'est en Europe que l'on trouve la plus forte proportion de célibataires, où elle dépasse 25 pour cent chez les personnes de 15 ans et plus au Danemark (27,0) et en Norvège (27,4), alors qu'elle est pratiquement nulle dans certains pays à faible revenu.

Une expression claire de ces évolutions de la famille est l'accroissement du taux de monoparentalité. On estime que 320 millions d'enfants vivent dans un ménage monoparental⁶⁹. Ce type de ménage accueille 5,3 pour cent de la population mondiale en âge de travailler, soit 300 millions de personnes, et 78,4 pour cent d'entre eux sont dirigés par des femmes (voir figure 1.4). Cela signifie que 235 millions de femmes dans le monde sont des mères célibataires (parents isolés) ou sont le seul membre du ménage à s'occuper des enfants, alors que les pères ne sont que 65 millions dans ce cas. Ce schéma se retrouve quelle que soit la région ou la catégorie de revenu du pays. Voir une femme à la tête d'une famille monoparentale est particulièrement fréquent dans les Amériques (84,2 pour cent) et en Afrique (83,5 pour cent). C'est en Asie et dans le Pacifique que l'on trouve la plus faible proportion de la population vivant dans des familles monoparentales dont une femme est à la tête, avec 74,2 pour cent. Ce chiffre est dû au poids de la Chine, qui représente 35,9 pour cent de la population régionale en âge de travailler et où 64,0 pour cent de la population de plus de 15 ans vit dans des familles monoparentales avec une femme à leur tête, troisième proportion la plus faible dans le monde.

Aux États-Unis, en 2016, environ 23 pour cent de tous les enfants de moins de 18 ans vivaient avec leur mère seule, tandis que 4 pour cent d'entre eux vivaient avec leur père seul⁷⁰. Les déterminants de la monoparentalité diffèrent d'une région à l'autre. Ainsi, en

Figure 1.4. Populations en âge de travailler vivant dans des familles monoparentales, selon le sexe du chef de famille, dernière année (pourcentages)



Note: Personnes de 15 ans et plus. Proportion de la population en âge de travailler et nombre de pays: monde: 82 pour cent (90); Afrique: 70 pour cent (24); Amériques: 88 pour cent (13); États arabes: 43 pour cent (3); Asie et Pacifique: 84 pour cent (16); Europe et Asie centrale: 83 pour cent (34); Pays à faible revenu: 66 pour cent (14); pays à revenu intermédiaire: 86 pour cent (44); pays à revenu élevé: 71 pour cent (32). Voir l'annexe A.2, tableau A.2.2, pour les données nationales et l'annexe A.7, tableau A.7.1, pour l'année de l'enquête.

Source: Calculs du BIT à partir de microdonnées d'enquêtes auprès des ménages ou sur la main-d'œuvre.

Europe et en Asie centrale, où 8,3 pour cent de la population en âge de travailler vit dans des ménages monoparentaux, cela est dû à l'augmentation du nombre de séparations et de divorces⁷¹. En Afrique, où la proportion est de 7,8 pour cent, cela tient au coût élevé qu'implique le mariage, au chômage de masse structurel et aux fortes migrations de la main-d'œuvre. Cela est particulièrement vrai en Afrique australe, où les femmes supportent de plus en plus la charge de s'occuper des enfants, y compris financière, sans aucun soutien du père, même si elles peuvent compter sur l'appui d'autres parents, notamment des grands-mères⁷². On dénombre 309 millions de personnes, soit 5,5 pour cent de la population mondiale en âge de travailler vivant dans des familles monoparentales hébergeant d'autres personnes, parents ou autres. Dans les pays où la prévalence du VIH est élevée, comme l'Afrique du Sud, le Botswana et la Namibie, cette proportion dépasse 20 pour cent à cause d'une mortalité supérieure chez les chefs de famille ou leur conjoint (voir annexe 2, tableau A.2.1).

On observe aussi un phénomène de «familles transnationales», qui résulte des migrations internes et internationales, avec un nombre croissant de femmes cherchant du travail à l'étranger ou dans les zones urbaines de leur propre pays en laissant leurs enfants au pays. Cette tendance remet en cause la notion selon laquelle une famille se situe à un seul endroit et met en évidence l'existence de «chaînes du soin à autrui» mondiales (internationales) et nationales (urbaines-rurales)⁷³. Les mouvements migratoires en vue de trouver un meilleur emploi, ainsi que la «fuite des cerveaux» et la «fuite des prestataires de soin à autrui» qui y sont associées, font qu'il y a de moins en moins d'adultes disponibles pour les activités de soin à autrui et qu'il faut trouver des solutions de rechange⁷⁴. Les fillettes, les adolescentes et les femmes âgées, notamment celles qui vivent dans les familles les plus grandes et dont les revenus sont les plus faibles, n'ont souvent d'autre choix que de s'occuper d'autrui et de partager ainsi le fardeau familial du travail de soin non rémunéré. Toutefois c'est souvent au détriment de leur propre éducation et de leurs possibilités professionnelles (voir la section 2.1.4 du chapitre 2 et le chapitre 4)⁷⁵.

Modalités de la dépendance

En 2015, on dénombrait dans le monde 906 millions de personnes âgées de 60 ans et plus: en 2030 elles seront 1,4 milliard, dont 292 millions auront dépassé l'âge de l'espérance de vie en bonne santé⁷⁶. Avec le vieillissement de la population à l'œuvre dans de nombreux pays, les taux de dépendance défavorables (c'est-à-dire une valeur élevée du rapport entre la population qui ne travaille pas et celle qui travaille) vont mettre la protection sociale sous pression, puisqu'une part décroissante de la population devra financer un nombre toujours plus grand de personnes dépendantes. L'élévation du taux d'activité des femmes n'est pas seulement à l'origine d'une demande supérieure d'activités de soin rémunéré, elle est aussi un moyen de contrecarrer l'évolution défavorable du taux de dépendance et de pallier les manques de main-d'œuvre dans certains pays.

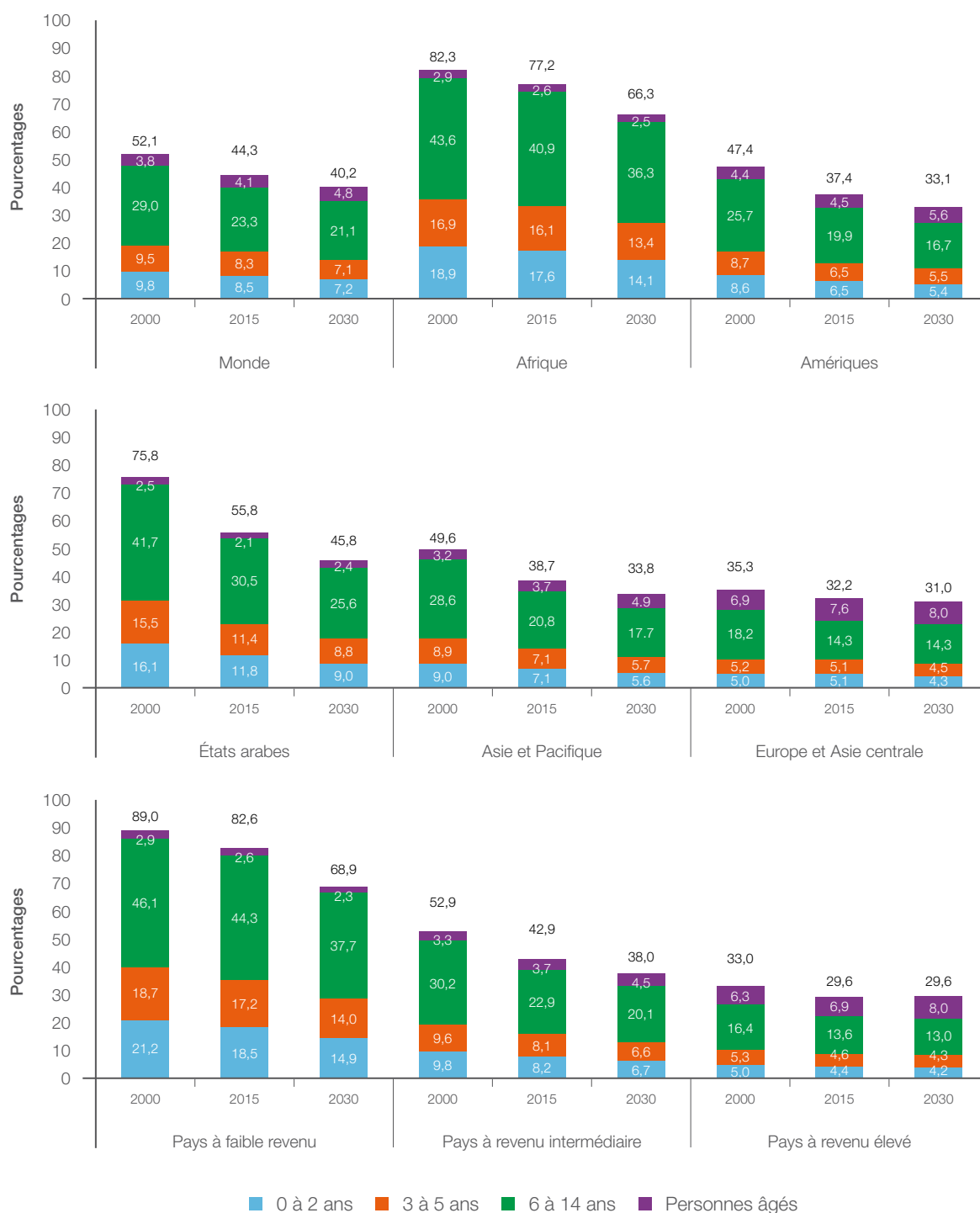
Les personnes qui ont besoin que l'on s'occupe d'elles sont les enfants de moins de 15 ans et les personnes âgées qui ont dépassé l'âge de l'espérance de vie en bonne santé. Les prestataires potentiels de soin à autrui sont les adultes dont l'âge va de 15 ans à l'âge de l'espérance de vie en bonne santé diminuée de 6 ans. Selon ces définitions, on dénombrait en 2015 2,1 milliards de personnes ayant besoin que l'on s'occupe d'elles (1,9 milliard d'enfants de moins de 15 ans, dont 800 millions de moins de 6 ans, et 200 millions

de personnes âgées) et presque 5,1 milliards de prestataires potentiels (plus spécifiquement des adultes vivant avec au moins une personne ayant besoin que l'on s'occupe d'elle). Entre 2015 et 2030, la proportion de prestataires potentiels devrait augmenter de 17,9 pour cent, pour atteindre 6,0 milliards, tandis que le nombre de bénéficiaires devrait augmenter de 8,1 pour cent, pour atteindre 2,3 milliards (2,0 milliards d'enfants de moins de 15 ans, dont 800 millions au-dessous de 6 ans, et 300 millions de personnes âgées). Ces projections montrent que, bien que le taux de dépendance doive décroître de 4,1 points de pourcentage entre 2015 et 2030, en valeur absolue, le nombre de bénéficiaires sera supérieur en 2030, sous l'effet de l'augmentation du nombre d'enfants de 0 à 5 ans (800 millions) et du nombre de personnes âgées (100 millions). Si la situation n'est pas prise en main par des politiques appropriées de soin à autrui, cette demande supérieure supplémentaire continuera de peser sur le taux d'activité des femmes et d'aggraver les inégalités au travail entre hommes et femmes (voir chapitre 2).

La demande actuelle d'activités de soin provient essentiellement des enfants de 0 à 14 ans – qui représentaient 90 pour cent de l'ensemble des personnes dépendantes en 2015 –, tandis que les personnes âgées ne constituent qu'une petite part de ces personnes dépendantes: 10 pour cent en 2015. En 2030, 87,3 pour cent des personnes dépendantes seront âgés de 0 à 14 ans, 12,7 pour cent seront des personnes âgées. Le taux mondial de dépendance des activités de soin à autrui⁷⁷ était de 52,1 pour cent en 2000; depuis il a baissé à 44,3 pour cent en 2015 (voir figure 1.5). Autrement dit, pour quatre personnes susceptibles de dépendre du soin d'autrui, on trouve environ 10 personnes susceptibles de prodiguer ce soin. Le taux de dépendance des activités de soin à autrui devrait baisser à 40,2 pour cent en 2030. Cela s'explique par la poursuite projetée de la diminution du taux de fécondité dans les pays à revenu faible ou intermédiaire⁷⁸. En particulier, ce taux devrait diminuer, pour les enfants âgés de 0 à 14 ans, de 48,3 pour cent en 2000 à 35,4 pour cent 2030. Toutefois, au cours de la même période celui des personnes âgées devrait augmenter de 1 point de pourcentage, pour atteindre 4,8 pour cent en 2030, du fait de l'accroissement de la longévité de la population mondiale sous l'effet d'une amélioration du niveau de vie et d'un meilleur accès aux soins de santé⁷⁹.

Ce sont les pays à revenu élevé qui enregistrent les taux de dépendance les plus élevés pour les personnes âgées (6,9 pour cent en 2015), suivis des pays à revenu intermédiaire (3,7 pour cent), puis des pays à faible revenu (2,6 pour cent) (figure 1.5). En revanche, dans ces derniers, le taux de dépendance concerne presque exclusivement des personnes de moins de 15 ans, surtout des enfants de moins de 6 ans (35,7 pour cent en 2015). À l'échelle mondiale, le taux de dépendance des enfants de moins de 15 ans représentait 40,1 pour cent en 2015, ce qui s'explique pour beaucoup par la forte demande de soin à autrui dans les États arabes et en Afrique, où le taux de fécondité est très élevé (4,71 sur la période 2010-2015)⁸⁰. Lorsque l'on décompose ce taux de dépendance des enfants, la part la plus importante est celle des enfants de 0 à 2 ans, qui était de 18,5 pour cent dans les pays à faible revenu en 2015, contre tout juste 8,2 pour cent dans les pays à revenu intermédiaire et seulement 4,4 pour cent dans les pays à revenu élevé. S'occuper d'enfants en bas âge est particulièrement exigeant et demande une présence constante, ce qui ne laisse guère de temps pour s'engager dans d'autres activités⁸¹. On observe des différences entre pays de catégories identiques pour ce qui est des taux de dépendance des enfants de 3 à 5 ans. Ces derniers demandent aussi une grande attention, d'autant plus que l'éducation préscolaire gratuite n'existe que dans une minorité seulement de

Figure 1.5. Taux de dépendance des activités de soin à autrui, 2000, 2015 et 2030 (pourcentages)



Note: 183 pays. Voir l'annexe A.2.1 pour la méthodologie et le tableau A.2.3 pour les données nationales.

Source: Calculs du BIT à partir de Nations Unies (2017c), et de l'Observatoire mondial de l'OMS (sans date).

pays, ce qui oblige à trouver d'autres solutions (voir chapitre 3)⁸². La forte demande de soin exprimée pour les très jeunes enfants, associée au fait que les services de la petite enfance sont de qualité médiocre et inaccessibles (ou inabordables), aura un effet négatif sur le taux d'emploi et les conditions de travail de leurs mères, qui sont obligées d'effectuer un compromis entre avoir une activité économique, souvent dans l'économie informelle, ou s'occuper de leurs enfants. Les autres conséquences négatives d'un fort taux de dépendance sont le travail des enfants et l'accès limité des filles à l'éducation, car elles doivent effectuer des tâches ménagères et s'occuper de leurs frères et sœurs plus jeunes, comme cela a été observé dans de nombreux pays en développement (voir chapitre 2)⁸³.

On observe un tableau différent en Europe et en Asie centrale, région qui se caractérise par une population plus âgée, et où l'on trouve le taux de dépendance le plus faible pour les enfants et le plus fort pour les personnes âgées. De fait, en Norvège et au Danemark, le taux de dépendance des enfants de moins de 15 ans est de 24,1 et 22,8 pour cent respectivement, contre 40,1 pour cent à l'échelle mondiale, alors que le taux de dépendance des personnes âgées y est de 6,3 et 7,3 pour cent respectivement, contre 4,1 pour cent à l'échelle mondiale (chiffres de 2015). En revanche, les taux de dépendance des enfants et des personnes âgées sont respectivement de 86,8 et 2,0 pour cent au Burkina Faso, et de 96,2 et 1,8 pour cent en Ouganda. Au Zimbabwe et au Lesotho, deux pays où la prévalence du VIH est forte, les taux de dépendance des activités de soin à autrui sont respectivement de 76,1 et 62,3 pour cent. De fait, l'épidémie de VIH peut accroître ce taux en réduisant le nombre de prestataires potentiels, comme cela semble être le cas au Zimbabwe.

Une forte prévalence de handicaps graves alourdit la charge des prestataires de soin à autrui. Ces handicaps touchent 2,7 pour cent de la population mondiale âgée de 15 à 59 ans⁸⁴, les chiffres allant de 2,6 pour cent dans les Amériques à 3,3 pour cent en Afrique. Environ 5 pour cent des enfants, 10 pour cent des adultes en âge de travailler et jusqu'à 50 pour cent des personnes âgées sont affectés de handicaps⁸⁵. On ne dispose pas de données fiables sur le nombre de personnes handicapées qui ont besoin d'aide et de soutien dans leur vie quotidienne. Dans le *Rapport mondial sur le handicap*, l'OMS et la Banque mondiale (2011) ont estimé que, s'il y a 1 milliard de personnes handicapées dans le monde, seulement 110 à 190 millions d'entre elles ont des incapacités significatives. En outre, des politiques comme le maintien à domicile des personnes âgées et la «désinstitutionalisation» des personnes handicapées, surtout celles qui ont des handicaps mentaux, ont accru la demande de prestations de soin à autrui, rémunérées ou non, au domicile des personnes âgées dépendantes ou des personnes handicapées, et de leur famille. Un des résultats de cette évolution est qu'une part importante des activités de soin rémunérées a lieu dans la sphère privée, ce qui la rend plus invisible et accentue la pression sur les conditions de vie et de travail des travailleurs du soin comme des bénéficiaires (voir chapitres 3 et 4)⁸⁶.

Dans les débats sur le soin à autrui, le handicap est souvent négligé, car on met l'accent sur les activités de soin en direction des enfants ou des personnes âgées. Il y a environ deux fois plus d'enfants que de personnes handicapées dans le monde; pris ensemble, cela représente plus du tiers de la population mondiale⁸⁷. La prééminence accordée aux enfants et aux personnes âgées, dont il faut s'occuper durant des périodes limitées, masque les besoins des personnes handicapées. En fait certaines de ces dernières ont besoin d'aide

et de soutien tout au long de leur vie. En outre, lorsque l'on argumente en faveur des investissements dans les activités de soin à autrui en mettant l'accent sur les bénéfices pour la société en termes de productivité (par exemple, en permettant aux mères et aux prestataires de s'engager dans l'emploi rémunéré), on néglige certains autres objectifs, comme l'employabilité des personnes âgées ou des personnes ayant des déficiences intellectuelles, dont on peut présumer qu'elles manquent de potentiel productif⁸⁸.

1.3. LE TRAVAIL DE SOIN À AUTRUI, LE PROGRAMME DE DÉVELOPPEMENT DURABLE À L'HORIZON 2030 ET LE TRAVAIL DÉCENT

Dans l'ODD 5, «Parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles», figure la 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»⁸⁹.

Il y est reconnu que le travail ne se limite pas à l'emploi rémunéré et que le travail de soin à autrui non rémunéré apporte une contribution de valeur au bien-être des individus et de la société. L'inclusion de cette cible dans l'ODD 5 est aussi une reconnaissance du déséquilibre actuel dans la division du travail de soin non rémunéré entre hommes et femmes, et du fait que des politiques spécifiques sont nécessaires pour atteindre cette cible, en fonction des réalités culturelles et économiques des divers pays. La cible 5.4 est inspirée par le concept du triple R – reconnaître, réduire et redistribuer le travail non rémunéré – qui constitue l'essence de politiques transformatrices du soin à autrui (voir encadré 1.3). En outre, réaliser la cible 5.4 «par l'apport de services publics, d'infrastructures et de politiques de protection sociale» concourt à la réalisation de plusieurs autres ODD, en particulier l'ODD 3, qui traite de la santé; l'ODD 4, qui porte sur l'éducation; et l'ODD 8, qui est consacré au travail décent (voir encadré 1.4)⁹⁰.

La reconnaissance du fait que l'économie du soin à autrui va au-delà des activités de soin non rémunérées et comprend aussi le travail de soin rémunéré a suscité un intérêt renouvelé pour les travailleurs des activités de soin à autrui dans les sphères internationales⁹¹. Ainsi, l'UNHLP, dont le Directeur général du BIT est membre, dans son deuxième rapport,

[...] reconnaît qu'il est impératif de rendre formel et de promouvoir un travail de soin à autrui de qualité: la prise en charge des enfants et des personnes âgées, les soins de santé, l'éducation et le travail domestique doivent être reconnus comme des secteurs critiques de l'économie, qui contribuent au développement humain et à l'égalité entre hommes et femmes, ce qui suppose que les salaires, les qualifications et le respect des droits des travailleurs soient au niveau. Cela est d'une importance cruciale alors que le marché informel des activités de soin à autrui est en croissance, que les travailleurs migrants et nationaux sont poussés vers des formes d'emploi précaires et instables de l'économie du soin à autrui, sans protection effective du droit du travail et de la sécurité sociale, et quelquefois même sans que cela ne soit reconnu comme du travail⁹².

Encadré 1.3. Le concept du triple R amplifié: reconnaissance, réduction et redistribution du travail de soin à autrui non rémunéré, plus rétribution et représentation des travailleurs du soin

Le concept du triple R – reconnaître, réduire et redistribuer le travail de soin à autrui et le travail domestique non rémunérés – est une extension de l'appel contenu dans le Programme d'action de Beijing (ONU-Femmes, 1995) en faveur de leur reconnaissance et de leur valorisation, ce qui signifie concrètement leur mesure, par l'ajout d'une justice économique effective. «Reconnaître» le travail de soin à autrui non rémunéré implique de mettre fin à cette pratique habituelle dans la société qui consiste à le tenir pour acquis, et de remettre en question les normes sociales et les stéréotypes sexistes qui conduisent à le sous-estimer et à le rendre invisible lors de la conception et de la mise en œuvre des politiques. «Réduire» ce travail signifie de raccourcir le temps qui lui est consacré lorsqu'il est pénible, et d'abord par l'amélioration des infrastructures. Le «redistribuer», enfin, consiste à modifier sa répartition entre les femmes et les hommes, mais aussi entre les ménages et la société dans son ensemble.

Ce «concept» du triple R a inspiré les conclusions de la Commission de la condition de la femme, qui a déclaré en 2016 que les gouvernements devraient rendre toutes les mesures voulues pour reconnaître, réduire et redistribuer les activités de soins non rémunérées «en donnant la priorité aux politiques de protection sociale, notamment à des services sociaux de qualité, accessibles et abordables, à des services de soins aux enfants, aux personnes handicapées, aux personnes âgées, aux personnes vivant avec le VIH ou le sida et à tous ceux qui en ont besoin et favoriser une égale répartition des responsabilités entre hommes et femmes» (ONU-Femmes, 2016, parag 9).

En 2017, les recommandations sur lesquelles se sont accordés les membres du groupe de personnalités de haut niveau sur l'émancipation économique des femmes (UN High-Level Panel on Women's Economic Empowerment – UNHLP), des Nations Unies, à propos des activités de soin non rémunérées mettaient en avant le concept du triple R, ainsi que le rôle de l'Agenda du travail décent dans l'orientation des politiques, demandant que le travail de soin à autrui rémunéré soit «un travail décent, avec un salaire suffisant, un salaire égal pour un travail de valeur égale et des conditions de travail décentes, dans le cadre d'une activité formelle, avec la protection de la sécurité sociale et une réglementation en matière de sécurité et de santé au travail, permettant de prendre soin de soi, de bénéficier d'une formation professionnelle et d'une professionnalisation, et de jouir de la liberté syndicale» (UNHLP, 2017, p. 9). Réaliser ces objectifs suppose l'établissement d'un système approprié de «rétribution» et de «représentation» de la main-d'œuvre du soin à autrui.

En outre, le rapport recommande «de garantir que les organisations qui représentent tous les travailleurs, y compris les travailleurs des activités de soin à autrui, et les organisations de défense des droits des femmes, puissent faire valoir leurs besoins et leurs préoccupations dans les lieux de décision du monde du travail, des communautés locales et du domaine politique [...] afin d'assurer que [...] les prestataires rémunérés et non rémunérés fassent entendre leur voix en vue de l'établissement d'activités de soin à autrui de qualité et de conditions de travail décentes»⁹³.

S'appuyant sur le rapport de l'UNHLP, la Commission de la condition de la femme soulignait dans ses conclusions de 2017 que les investissements dans les secteurs de la santé et du social «pouvaient renforcer l'autonomisation économique des femmes et transformer les activités de soin informelles et non rémunérées en travail décent par l'amélioration de leurs conditions de travail et de rémunération, ainsi qu'en créant des possibilités d'autonomisation économique par le truchement de l'avancement des qualifications et de la progression professionnelle»⁹⁴. La commission s'est également accordée sur la

Encadré 1.4. Contribution à un scénario optimal en matière de soin à autrui, en vue de la réalisation des ODD

Objectif 1. Éliminer la pauvreté sous toutes ses formes partout dans le monde. Cet objectif contient un appel à «mettre en place des systèmes et mesures de protection sociale pour tous, adaptés au contexte national, y compris des socles de protection sociale», en ce qui concerne, entre autres, la maternité, les enfants, les personnes handicapées et les personnes âgées (1.3). La protection sociale contribue à réduire les frais associés aux soins qui sont à la charge des bénéficiaires et à réduire ainsi la proportion de personnes qui vivent dans la pauvreté (1.2).



Objectif 2. Éliminer la faim, assurer la sécurité alimentaire, améliorer la nutrition et promouvoir l'agriculture durable. Le bénéfice de programmes publics d'alimentation à l'intention des enfants scolarisés dans l'éducation préscolaire, ainsi que primaire et secondaire, contribuera à garantir l'accès, tout au long de l'année, à une alimentation saine, nutritive et suffisante (2.1). En outre, l'accès à des infrastructures de base améliorées en ce qui concerne l'approvisionnement en eau, l'assainissement et l'alimentation électrique, devrait aider les femmes vivant en milieu rural, celles qui travaillent dans l'agriculture et celles des peuples autochtones à s'engager dans des activités rémunératrices, agricoles ou autres (2.3).



Objectif 3. Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge. Une meilleure protection de la maternité réduira le taux de mortalité maternelle (3.1) et le nombre des décès évitables de nouveau-nés (3.2); un meilleur accès aux soins et une assurance santé universelle, incluant les soins de longue durée, améliorera la santé de tous, y compris des personnes qui vivent avec le VIH ou le sida, des personnes handicapées et des personnes âgées (3.8).



Objectif 4. Assurer l'accès de tous à une éducation de qualité, sur un pied d'égalité, et promouvoir les possibilités d'apprentissage tout au long de la vie. Améliorer l'accès de toutes les filles et de tous les garçons aux services d'éducation et de protection de la petite enfance, afin de les préparer à l'école primaire (4.2), garantir l'accès, sur un pied d'égalité, à un enseignement primaire et secondaire gratuit (4.1), ainsi qu'à un enseignement technique professionnel ou tertiaire de qualité et d'un coût abordable (4.3); faire en sorte que les locaux soient adaptés aux enfants, aux personnes handicapées et aux deux sexes (4.a) et accroître le nombre d'enseignants qualifiés (4.c), dans les régions où ils manquent le plus.



Objectif 5. Parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles. Les services publics de soin à autrui, la protection sociale et l'amélioration des infrastructures réduiront la pénibilité du travail de soin non rémunéré et contribueront à reconnaître, distribuer et valoriser les soins et travaux domestiques non rémunérés (5.4). En déplaçant une part de la charge du travail de soin à autrui de la famille vers l'État, le marché ou le secteur à but non lucratif, mais aussi, au sein des ménages, des femmes vers les hommes, les politiques du soin à autrui contribueront à «[g]arantir la participation entière et effective des femmes et leur accès en toute égalité aux fonctions de direction à tous les niveaux de décision dans la vie politique, économique et publique» (5.5). Ces politiques contribueront globalement à donner aux femmes les mêmes droits aux ressources économiques (5.a) et à l'adoption de politiques bien conçues en faveur de la promotion de l'égalité des sexes et de l'autonomisation de toutes les femmes et de toutes les filles (5.c).



Objectif 6. Garantir l'accès de tous à l'eau et à l'assainissement et assurer une gestion durable des ressources en eau. L'accès universel et équitable à l'eau potable, à un coût abordable (6.1), allégera, pour les femmes et les filles, la pénibilité des tâches ménagères non rémunérées dont elles assurent une part disproportionnée, tandis que l'accès à des services d'assainissement et d'hygiène adéquats (6.2) bénéficiera à tous, surtout aux femmes et aux personnes handicapées qui rencontrent plus d'obstacles et de risques.



Objectif 7. Garantir l'accès de tous à des services énergétiques fiables, durables et modernes à un coût abordable. L'accès de tous à des services énergétiques fiables et modernes, à un coût abordable (7.1), se traduira, pour les femmes, par un gain de temps substantiel au profit d'activités personnelles, de loisirs ou rémunératrices, tout en réduisant la pénibilité de la collecte du bois destiné au chauffage ou à la cuisine.



Objectif 8. Promouvoir une croissance économique soutenue, partagée et durable, le plein emploi productif et un travail décent pour tous. Les politiques actives du marché du travail, comme les programmes de travaux publics, qui tiennent compte des obligations des participants en matière de soin à autrui, contribuent à la création d'emplois décents (8.3), y compris à l'intention des femmes rurales et d'autres personnes défavorisées. En apportant du soutien aux prestataires non rémunérés – par la mise en place de services et par la création d'emplois décents dans les activités de soin à autrui –, les politiques en la matière feront croître la main-d'œuvre de ce secteur en soutenant la demande de main-d'œuvre féminine (et masculine), en vue de parvenir au plein emploi productif pour tous (8.5). La négociation collective et le progrès dans l'organisation de tous les travailleurs du soin à autrui, y compris les travailleuses et travailleurs migrants et domestiques, aideront aussi à réaliser les objectifs du travail décent pour tous et un salaire égal pour un travail de valeur égale (8.5). Une meilleure réglementation publique et la transition des travailleurs du soin à autrui de l'économie informelle vers l'économie formelle contribueront à défendre les droits des travailleurs, à promouvoir la sécurité sur le lieu de travail et à assurer la protection de tous les travailleurs, y compris les migrants, en particulier les femmes, et ceux qui ont un emploi précaire (8.8). L'accès aux services financiers est aussi essentiel pour garantir l'autonomisation des femmes et pour que les ménages puissent bénéficier de services appropriés de soin à autrui (8.10).



Objectif 9. Bâtir une infrastructure résiliente, promouvoir une industrialisation durable qui profite à tous et encourager l'innovation. Le développement, dans le domaine du soin à autrui, d'infrastructures et de services qui offrent des emplois décents contribuera à l'établissement d'une infrastructure générale de qualité, fiable, durable et résiliente, au profit du développement économique et du bien-être de l'être humain (9.1).



Objectif 10. Réduire les inégalités dans les pays et d'un pays à l'autre. L'accès universel aux prestations en nature de la protection sociale liées aux activités de soin à autrui permettra l'augmentation du revenu des 40 pour cent les plus pauvres de la population (10.1) et favorisera l'intégration sociale, économique et politique de toutes les personnes, «indépendamment de leur âge, de leur sexe, de leur handicap, de leur race, de leur appartenance ethnique, de leurs origines, de leur religion ou de leur statut économique ou autre» (10.2). Les politiques budgétaires, salariales et de protection sociale à l'intention des travailleurs du soin à autrui et des prestataires non rémunérés contribueront à assurer l'égalité des chances et à réduire l'inégalité des résultats (10.3), ainsi qu'à parvenir à une plus grande égalité entre hommes et femmes (10.4).



Objectif 17. Renforcer les moyens de mettre en œuvre le Partenariat mondial pour le développement durable et le revitaliser. Des politiques macroéconomiques dont l'objet est d'investir dans les infrastructures, les services publics et les emplois dans les activités de soin à autrui participent à une meilleure mobilisation des ressources nationales en vue de renforcer les capacités nationales de collecte de l'impôt et d'autres recettes (17.1).

«promotion d'un travail de soin à autrui et d'un travail domestique rémunérés décents, pour les femmes et les hommes des secteurs public et privé, en assurant protection sociale, conditions de travail sûres, salaire égal pour un travail de valeur égale, et en facilitant ainsi la transition des travailleurs de l'économie informelle, y compris ceux qui y sont engagés dans un travail de soin rémunéré, vers l'économie formelle»⁹⁵.

La visibilité croissante du travail de soin à autrui sur l'ordre du jour international en matière d'égalité entre hommes et femmes va dans le sens d'une meilleure compréhension des relations entre travail de soin et travail ménager, rémunérés et non rémunérés⁹⁶. D'où un intérêt renouvelé et plus nuancé pour des questions telles que la segmentation des marchés du travail en fonction du sexe ou l'émigration des femmes, de même qu'un soutien aux alliances entre prestataires et bénéficiaires des activités de soin⁹⁷. Sous-rémunération, surcharge de travail et, en général, conditions de travail pénibles, sont associées à une mauvaise qualité de la prestation de soin, et ce au détriment du prestataire comme du bénéficiaire. Cet intérêt, au niveau international, pour le travail de soin

Encadré 1.5. Les normes internationales du travail et le soin à autrui

Les normes internationales du travail sont des instruments reliés entre eux et interdépendants. Prises ensemble, elles fournissent un cadre pour faire progresser l'égalité entre hommes et femmes et pour promouvoir un travail de qualité dans les activités de soin à autrui. Elles traitent des obstacles structurels auxquels se heurtent les individus – les femmes surtout – qui ont des besoins et des responsabilités en matière de soin à autrui, et elles fournissent des orientations en vue de la réalisation du travail décent pour tous. Il est donc de première importance que l'ensemble des 187 États Membres de l'OIT s'attachent à la ratification et à l'application effective des dispositions des normes internationales du travail qui s'appliquent tout particulièrement au travail de soin à autrui et aux travailleurs intéressés. Il s'agit des conventions fondamentales relatives à la liberté d'association et à la négociation collective (C87 et C98), à l'abolition effective du travail des enfants (C138 et C182), ainsi qu'à l'égalité de rémunération et à la discrimination (C100 et C111). Plusieurs conventions et recommandations sont centrées sur le soin à autrui, comme celles qui traitent de la protection de la maternité (C183), de la norme minimum de la sécurité sociale (C102), des socles de protection sociale (R202), des mesures à l'intention des travailleurs ayant des responsabilités familiales, comme les services de soins aux enfants, les soins de longue durée, les congés parentaux et les dispositifs permettant de concilier travail et vie de famille (C156), du travail à temps partiel (C175), ou de la durée du travail (C30 et C47). D'autres normes et directives ont pour objet de faire du travail décent une réalité pour tous les travailleurs, y compris ceux qui appartiennent à des catégories socialement désavantagées: migrants (C143), personnes handicapées (C159), peuples indigènes et tribaux (C169), travail à temps partiel (C175), travailleurs des coopératives (R193), personnes vivant avec le VIH ou le sida (R200), travailleurs de l'économie informelle (R204), normes auxquelles on pourra ajouter un instrument éventuel sur la violence au travail. Une autre catégorie de normes est constituée de celles qui visent des travailleurs du soin à autrui: travailleuses et travailleurs domestiques (C189) et personnel infirmier (C149), auxquelles s'ajoutent les recommandations de l'OIT et de l'UNESCO sur les enseignants, ainsi que les directives de l'OIT sur le personnel de l'éducation de la petite enfance. Le tableau A.1.1 de l'annexe 1 présente une vue d'ensemble des dispositions essentielles des normes internationales du travail en ce qui concerne le soin à autrui. On constate que, mis à part les conventions fondamentales qui ont été largement ratifiées par tous les pays, ce sont d'une manière générale les pays d'Europe et des Amériques qui ratifient le plus les autres instruments, par comparaison avec les pays d'Afrique, d'Asie et du Pacifique ou des États arabes.

Source: Tableau A.1.1 de l'annexe 1; BIT, 2014f; BIT et UNESCO (2016).

à autrui permet aussi d'argumenter en faveur d'une augmentation des investissements publics directs dans les activités de soin à autrui (voir chapitre 5).

L'approche du travail de soin à autrui en fonction du principe du travail décent est fondée sur l'Agenda du travail décent de l'OIT, qui découle de la Constitution de l'OIT (1919) et de toute une série de déclarations et de normes internationales du travail. En intégrant la notion de consensus tripartite international, l'approche du travail décent appliqué aux activités de soin à autrui fournit un cadre complet qui élargit le concept du triple R et lui donne corps. Pris ensemble, les quatre piliers de l'Agenda du travail décent – création d'emplois, protection sociale, droits au travail et dialogue social, avec l'égalité entre hommes et femmes comme objectif transversal – et le concept du triple R donnent le concept des 5R du travail décent dans les activités de soin à autrui, à même d'orienter la définition et la progression de politiques transformatrices dans le domaine du soin à autrui et du travail décent pour les travailleurs du soin (voir encadré 1.5). En inscrivant ces droits des travailleurs et ces droits humains dans la législation et les politiques nationales, et en les soutenant par une mise en œuvre effective, les États augmenteront leurs chances d'atteindre les cibles des ODD 5.4, 3, 4 et 8, et de réaliser ainsi le scénario optimal pour les activités de soin à autrui.

1.4. TRAVAIL DÉCENT DANS LES ACTIVITÉS DE SOIN À AUTRUI: UN CADRE D'ACTION

L'action publique est essentielle pour obtenir un travail de soin à autrui de qualité, enclencher un cercle vertueux entre reconnaissance, réduction et redistribution du travail de soin non rémunéré, et promouvoir des conditions de travail décentes pour tous les travailleurs du soin à autrui, ouvrant ainsi la voie du scénario optimal en la matière. La façon dont les politiques interagissent définit la voie prise par les sociétés en matière de travail de soin à autrui, c'est-à-dire: qui est prestataire des activités de soin, quelle est la qualité des services et quelles sont les conditions de travail des prestataires rémunérés?

La figure 1.6 représente les domaines d'intervention politique qui affectent la prestation d'activités de soin, rémunérées et non rémunérées. Les politiques en matière d'activités de soin à autrui, ainsi que de macroéconomie, de protection sociale, de travail et de migrations doivent entrer en synergie pour créer un environnement propice au travail décent dans les activités de soin à autrui, permettant de reconnaître, de redistribuer et, si nécessaire, de réduire le travail de soin à autrui non rémunéré, ainsi que de promouvoir la représentation et le travail décent des travailleurs du soin à autrui.

Politique en matière d'activités de soin à autrui. Il s'agit d'un ensemble de politiques publiques qui consistent à allouer des ressources sous forme monétaire, revenus compris, ou sous forme de services ou de temps, à l'intention des prestataires ou des bénéficiaires des activités de soin à autrui⁹⁸. Comme on le verra au chapitre 3, cela regroupe les mesures relatives aux congés (comme les congés parentaux), les services de soin à autrui (comme les services d'éducation et de protection de la petite enfance), les transferts sociaux (prestations sociales) liés aux activités de soin (allocations familiales), les dispositifs permettant de concilier travail et vie de famille (comme le télétravail ou les horaires flexibles) et les infrastructures (assainissement ou adduction d'eau). Ces politiques sont

Figure 1.6. Un environnement propice à la réalisation du scénario optimal dans les activités de soin à autrui



Source: Auteurs.

garantes du bien-être des sociétés et sont essentielles pour traiter la question du travail de soin non rémunéré et pour atténuer les inégalités qui touchent les personnes dont les besoins d'activités de soin sont élevés ou celles qui sont des prestataires non rémunérés (voir chapitre 2)⁹⁹.

Politique macroéconomique. Il s'agit là des politiques telles que les politiques budgétaire, monétaire ou commerciale, dont dépendent les possibilités offertes aux femmes et aux hommes en matière d'emploi rémunéré, de même que les ressources disponibles pour financer les mesures destinées à réduire les inégalités entre hommes et femmes¹⁰⁰. Maximiser les marges de manœuvre budgétaires accroît les ressources disponibles pour financer les politiques en matière d'activités de soin, de même que pour réduire et redistribuer le travail de soin non rémunéré. Si elle se concentre sur la création d'emplois (et non sur des objectifs étroits comme la maîtrise de l'inflation), la politique monétaire peut venir en soutien de l'expansion générale de l'emploi qui s'accompagnera d'une croissance de l'emploi dans les activités de soin et d'un allègement des pressions sur les salaires des travailleurs de ce secteur (chapitre 4). Des arguments d'ordre macroéconomique, situés tant du côté de l'offre que du côté de la demande, viennent à l'appui de l'expansion des services de soin à autrui. Du côté de l'offre, la prestation de services de soin à autrui offre un potentiel d'accroissement du taux d'activité des femmes et de développement du capital humain à venir par l'éducation des enfants¹⁰¹. Du côté de la demande, ceux qui mettent en avant les effets macroéconomiques positifs d'une expansion de ces services, dans les pays tant développés qu'en développement¹⁰², soulignent qu'il

s'agit d'un «investissement» du fait que l'on crée des emplois de meilleure qualité et que l'on contribue de façon cruciale à la création de capital humain (chapitre 5)¹⁰³.

Politique de protection sociale. Nous avons là les institutions et le cadre politique et réglementaire fondamentaux des responsabilités et activités en matière de soin à autrui. Les mesures prises dans ce domaine établissent le soutien que reçoivent les bénéficiaires, la situation des prestataires non rémunérés, qu'ils aient ou non une activité professionnelle par ailleurs, et la façon dont le travail de soin à autrui est effectué. Les systèmes de protection sociale déterminent quelles activités de soin sont les plus appropriées et les plus souhaitables, qui doit en être prestataire (dans le cadre du secteur public, privé ou à but non lucratif), qui doit les financer (régimes contributifs ou non, responsabilité éventuelle de l'employeur, prestations universelles ou sous condition de ressources), si la prestation sociale consiste en un service direct ou en attributions monétaires (allocations monétaires destinées aux activités de soin), quels sont la nature, le niveau et les conditions éventuelles des prestations ou de la rémunération des prestataires. Un aspect spécifique des systèmes de protection sociale est l'approche des dispositions et des politiques publiques relatives aux enfants. Il s'agit du caractère public ou privé des services à l'enfance, de leur couverture, de l'existence de mesures qui permettent aux parents de s'occuper de leurs enfants tout en ayant une activité professionnelle, comme les congés rémunérés de maternité, de paternité et parentaux, ainsi que de l'existence d'allocations familiales permettant de payer des services ou du personnel pour s'occuper des enfants. Le fait que de telles mesures existent ou non déterminera si les activités de soin sont menées par des prestataires non rémunérés à plein temps (membres de la famille, le plus souvent la mère, s'occupant des enfants à plein temps) ou par du personnel rémunéré qui combine prestations de soin à autrui et emploi (chapitres 2 et 3).

Politique du travail. Celle-ci comprend les mesures de protection de la main-d'œuvre et la législation du travail, qui établissent les droits et obligations des travailleurs et des employeurs à l'échelle macrosociale; les institutions et organisations, y compris les entreprises privées, les coopératives et autres entreprises de l'économie sociale et solidaire, à l'échelle mésosociale; les relations, pratiques et arrangements, d'ordre formel ou informel, en matière d'emploi, à l'échelle microsociale. Les politiques en vigueur en la matière peuvent offrir des possibilités ou entraîner des difficultés pour les prestataires non rémunérés, ainsi que pour les personnes handicapées, qui commencent ou reprennent une activité professionnelle. Les politiques de protection de la main-d'œuvre clarifient les droits et obligations des parties à la relation de travail, y compris pour tous les employeurs et tous les travailleurs de l'économie du soin à autrui. Elles établissent des normes du travail, en matière de conditions de travail, de salaire (y compris l'égalité de rémunération), de durée et d'horaires du travail (y compris la rémunération des heures supplémentaires), de mécanismes de recours, et enfin de transition de l'économie informelle à l'économie formelle. Les politiques sectorielles participent à la définition de la situation des travailleurs du soin à autrui sur le marché du travail, et ce dans différentes branches d'activité en rapport avec le soin à autrui, dont la santé, le travail social, l'éducation et le travail domestique. Les politiques en matière de travail peuvent aussi créer des possibilités d'emploi et d'intégration sur le marché du travail à l'intention de toutes les catégories qui composent la société (chapitres 4 et 6). D'autres aspects essentiels sont les principes de gouvernance et les droits à la liberté syndicale et à la

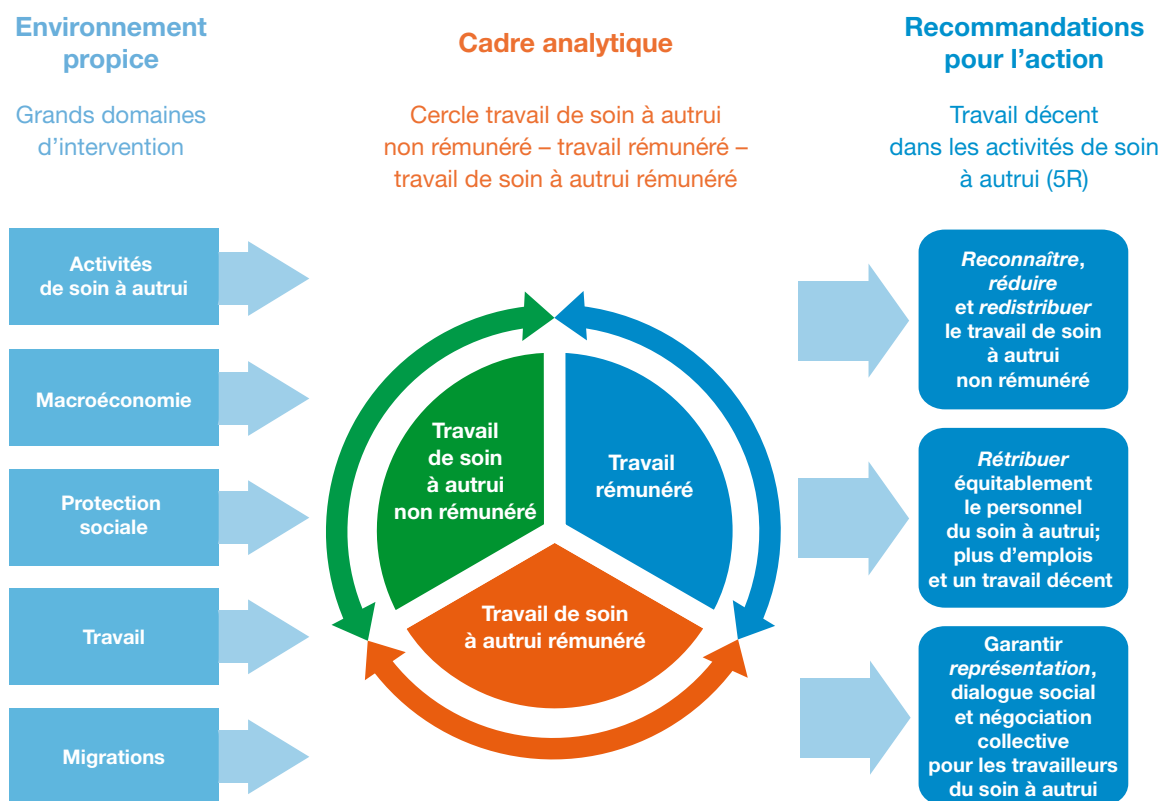
négociation collective des travailleurs du soin à autrui, y compris ceux qui sont engagés dans l'économie informelle, mais aussi des prestataires non rémunérés, sans oublier l'établissement d'un milieu de travail exempt de discriminations, ainsi que de violence et de harcèlement. La politique du travail détermine également l'exercice de droits civils fondamentaux, comme le droit à l'accessibilité pour les personnes handicapées.

Politique migratoire. Il s'agit ici des règles d'entrée dans un pays ou de sortie de celui-ci, des quotas ou des dispositions spéciales concernant certaines catégories de population, des droits à l'établissement et à la naturalisation, ainsi que des droits politiques, civils et sociaux – emploi compris – accordés aux migrants. La politique migratoire détermine la nature et la permanence de la main-d'œuvre des activités de soin à autrui en établissant combien de temps les travailleurs migrants de cette branche d'activité peuvent rester dans les pays, quel est leur statut en matière de résidence et s'il existe des possibilités de regroupement familial; elle détermine aussi, s'agissant des activités de soin à autrui, si les travailleurs qualifiés seront favorisés par rapport aux travailleurs non qualifiés, si les compétences, qualifications et titres professionnels sont reconnus d'un pays à l'autre, si les méthodes de recrutement sont équitables, etc.¹⁰⁴. La politique migratoire peut s'attaquer aux inégalités entre hommes et femmes, ou d'ordre racial ou social, tant dans le pays d'accueil que dans le pays d'origine. La mesure dans laquelle la politique en matière d'activités de soin à autrui s'harmonise avec les politiques macroéconomique, de protection sociale, du travail et migratoire, dans le pays d'accueil sera déterminante quant au rôle des travailleurs migrants, femmes et hommes, dans l'économie du soin à autrui, et quant aux conditions dans lesquelles ils travaillent et assurent les prestations et services.

La figure 1.7 présente les cadres analytique et stratégique du présent rapport. C'est-à-dire les relations entre les cinq grands domaines d'intervention (colonne de gauche) où les politiques doivent entrer en synergie pour créer un environnement propice au bon déroulement du cercle de répercussions entre travail de soin à autrui non rémunéré, travail rémunéré et travail de soin à autrui rémunéré (au centre), avec les recommandations pour l'action en vue d'obtenir les effets attendus de l'application du concept des 5R, lui-même fondé sur les ODD et l'Agenda du travail décent (à droite). Ces recommandations constituent le fondement du scénario optimal pour inscrire le soin à autrui dans l'avenir du travail décent. Elles décrivent les moyens de réaliser un travail de soin à autrui qui soit décent par la reconnaissance, la réduction et la redistribution du travail de soin à autrui non rémunéré, la rétribution équitale des travailleurs du soin, avec plus d'emplois et un travail décent, et leur représentation, avec le dialogue social et le droit à la négociation collective.

Le présent rapport suit la structure de ce cadre analytique et stratégique, avec l'objectif de démêler et d'analyser les interconnexions existantes, de comprendre le rôle des politiques à leur égard, et de dessiner le scénario optimal pour le travail de soin à autrui. Dans le chapitre 2, nous analysons les liens entre le travail de soin à autrui non rémunéré et le travail rémunéré, et montrons combien les inégalités observées dans le travail de soin non rémunéré se répercutent sur les inégalités entre hommes et femmes dans la vie professionnelle. Le chapitre 3 est consacré aux lacunes des politiques du soin à autrui et à leurs effets sur la persistance des inégalités entre hommes et femmes dans le monde du travail, ainsi qu'à leurs conséquences préjudiciables aux bénéficiaires des

Figure 1.7. Le scénario optimal pour inscrire le soin à autrui dans l'avenir du travail décent: cadres analytique et stratégique



Source: Auteurs.

activités de soin à autrui. Dans le chapitre 4, nous examinons les connexions entre travail rémunéré et travail de soin à autrui rémunéré, pour montrer les effets sur le marché du travail de l'insuffisance de l'offre de travailleurs du soin à autrui et des déficits de travail décent dans les activités de soin à autrui. Nous y bouclons le cercle de répercussions susmentionnées en examinant comment les conditions d'exercice des activités non rémunérées de soin à autrui ont des conséquences sur les conditions de travail du personnel du soin à autrui. Dans le chapitre 5, nous mettons en évidence le potentiel de création d'emplois dans les activités du soin à autrui et le rôle essentiel, pour l'avenir du travail décent, de l'existence d'emplois décents dans les activités de soin à autrui. Enfin, le chapitre 6 contient des recommandations et suggestions de mesures qui conditionnent la réalisation du scénario optimal en matière de soin à autrui grâce au travail décent et qui constituent des orientations en vue d'une action transformatrice de la part des mandants de l'OIT.

NOTES

- 1 Daly, 2001.
- 2 Razavi, 2013.
- 3 Duffy, 2011.
- 4 Razavi, 2007.
- 5 Jochimsen, 2003.
- 6 Selon la classification internationale d'après la situation dans la profession (CISP-93), cela regroupe: les salariés travaillant dans des ménages privés, des entreprises ou le secteur public; les membres de coopératives de producteurs; les travailleurs à leur propre compte.
- 7 Tels que définis par la convention (n° 189) sur les travailleuses et travailleurs domestiques, 2011.
- 8 Dans le présent rapport, on préférera cette dénomination de prestations ou de prestataires non rémunérés à celles qui font référence à des activités de soin «informelles». Suivant la recommandation (n° 204) sur la transition de l'économie informelle vers l'économie formelle, 2015, le terme «informel» se rapporte à un travail rémunéré, effectué à titre professionnel, dans le cadre de l'économie informelle ou au titre d'une relation de travail informelle.
- 9 Yeandle et coll., 2017.
- 10 Une minorité – 1,5 milliard d'adultes – n'a aucune responsabilité en matière de soin: 800 millions d'hommes et 700 millions de femmes.
- 11 Chioda, 2016.
- 12 Domínguez-Serrano, 2012.
- 13 Razavi et Staab, 2010.
- 14 Voir chapitre 4 et annexe A.3.
- 15 BIT, 2016a.
- 16 Ces résultats découlent de nouvelles estimations relatives aux États arabes et à la Chine (voir chapitre 4).
- 17 Nussbaum, 2017.
- 18 «Le travail exclut les activités qui n'impliquent pas la production de biens ou de services (par exemple, la mendicité et le vol), le fait de prendre soin de soi (par exemple, la toilette personnelle et l'hygiène) et les activités qui ne peuvent pas être réalisées par une autre personne que soi-même (par exemple, dormir, apprendre et les activités de loisirs)» (BIT, 2013c, paragr. 6 b)).
- 19 Dans les enquêtes passées sur l'utilisation du temps, on considérait que ramasser du bois ou puiser de l'eau faisait partie des travaux domestiques et de soins non rémunérés, et qu'il y avait des raisons de classer certains éléments de la production de biens pour usage final propre dans la catégorie du travail de soin à autrui. Dans le présent rapport, le travail de soin à autrui est associé à la prestation de services, conformément à la nouvelle définition de la «production de biens et de services pour usage final propre» établie par la 19^e CIST.
- 20 Folbre, 2006b.
- 21 Antonopoulos, 2009.
- 22 Grimshaw et Rubery, 2015.
- 23 BIT, 2016c.
- 24 Sepúlveda Carmona, 2013.
- 25 Antonopoulos, 2009, p. 5.
- 26 Zacharias, Antonopoulos et Masterson, 2012.
- 27 Razavi, 2013; Glenn, 2000.
- 28 Himmelweit, 2017.
- 29 Nous suivons ici UNRISD, 2016, en situant les prestataires et les bénéficiaires des activités de soin à autrui dans le même cadre de la justice sociale.
- 30 Shakespeare et Williams, à paraître.
- 31 Sainsbury, 2013.
- 32 Shakespeare et Williams, à paraître.
- 33 Esquivel et Kaufman, 2017.
- 34 OIT: convention (n° 156) et recommandation (n° 165) sur les travailleurs ayant des responsabilités familiales, 1981.
- 35 Himmelweit, 2006.
- 36 OCDE, 2017a.
- 37 Himmelweit, 2017.
- 38 BIT, 2017d.
- 39 BIT, 2013b; Yeandle et coll., 2017.
- 40 Yeandle et coll., 2017.
- 41 Ferreira, 2013.
- 42 *Ibid.*
- 43 Martínez Franzoni et Sanchez-Ancochea, 2016.
- 44 Ferguson, 2013.
- 45 BIT, 2016j.
- 46 Razavi, 2013.
- 47 BIT, 2017j.
- 48 Hepple, 2017.
- 49 Lansky et coll., 2017.
- 50 Elson, 1998; Razavi, 2013.
- 51 ONU-Femmes, 2017.
- 52 BIT, 2015b; BIT, 2018a.
- 53 OMS, 2011; Duncan, 2007; Agence européenne pour l'environnement, 2006; Filleul, Larrieu et Lefranc, 2011; Nogueira et coll., 2005; Pirard et coll., 2005.
- 54 UNESCO, 2016a.
- 55 Carling, Carino et Sherpa, 2015.
- 56 Guzmán et coll., 2009.
- 57 BIT, 2017e; Sunuwar, 2015.
- 58 CEPALC, 2013.
- 59 BIT, 2017e.
- 60 EIGE, 2012.
- 61 Banque mondiale et Australian Aid, 2014.
- 62 Hallegatte et coll., 2016.
- 63 Sainsbury, 2013; Flynn et Schwartz, 2017.
- 64 Yeates, 2012.
- 65 Giddens, 1992; Padilla et coll., 2007, cité dans Razavi, 2013.
- 66 Banque mondiale, 2016.
- 67 Razavi, 2013.
- 68 Peng, 2012.
- 69 Chamies, 2016.
- 70 Folbre, 2017.
- 71 Bernardi et Mortelmans, 2018.
- 72 Razavi, 2013.
- 73 Yeates, 2012.
- 74 Domínguez-Serrano, 2012.
- 75 Samman, Presler-Marshall et Jones, 2016.

- 76 Calculs du BIT à partir de Nations Unies (2017c) et de l'Observatoire mondial de la santé de l'OMS.
- 77 Dans le présent rapport le taux de dépendance des activités de soin à autrui est égal au nombre de «personnes dépendantes» – défini comme la somme du nombre d'enfants âgés de 0 à 14 ans et du nombre de personnes ayant dépassé l'âge de l'espérance de vie en bonne santé de 60 ans (personnes âgées) – divisé par le nombre de personnes dont l'âge se situe entre 15 ans et celui de l'espérance de vie en bonne santé diminué de 6 ans (qui sont les prestataires potentiels de soin à autrui non rémunérés) (voir annexe A.2.1). Le taux de dépendance des activités de soin à autrui diffère du taux de dépendance habituel, pour lequel la population active et la population dépendante sont définies selon des tranches d'âge fixes. Le taux de dépendance des activités de soin à autrui fait référence à l'âge de l'espérance de vie en bonne santé calculé à 60 ans, tel que défini par l'Observatoire mondial de la santé de l'OMS (OMS, 2018b), ce qui prend en compte l'hétérogénéité démographique des pays.
- 78 Nations Unies, 2017c.
- 79 HelpAge, 2017.
- 80 Nations Unies, 2017c.
- 81 Samman, Presler-Marshall et Jones, 2016.
- 82 UNESCO, 2017.
- 83 Samman, Presler-Marshall et Jones, 2016.
- 84 OMS et Banque mondiale, 2011.
- 85 *Ibid.*
- 86 Yeandle et coll., 2017.
- 87 Nations Unies, 2017c.
- 88 Shakespeare et Williams, à paraître.
- 89 Nations Unies 2015b.
- 90 Esquivel et Kaufman, 2017.
- 91 Lansky et coll., 2017; Duffy, Armenia et Stacey, 2015; Anderson et Shutes, 2014; Kofman et Raghu-ram, 2015.
- 92 UNHLP, 2017, p. 9.
- 93 *Ibid.*
- 94 ONU-Femmes, 2017, point 19.
- 95 *Ibid.*, point (r).
- 96 Banque mondiale, 2012b, p. 201, et 2015b; Woetzel et coll., 2015.
- 97 UNRISD, 2016.
- 98 *Ibid.*
- 99 Esquivel et Kaufman, 2017.
- 100 Heintz, 2015.
- 101 Klugman et Tyson, 2016.
- 102 CSI, 2016; Ilkkaracan, Kim et Kaya, 2015.
- 103 Il faut relever que les modèles de l'offre et de la demande auxquels il est fait référence ici partent d'hypothèses diamétralement opposées. Du côté de l'offre, on suppose que les femmes sont confrontées, pour entrer sur le marché du travail, à des obstacles qu'il s'agit de lever (et, lorsque cela sera fait, elles sont à même de postuler à des emplois qui existent et qui les attendent). Tandis que, du côté de la demande, on suppose qu'il existe une offre infinie de main-d'œuvre féminine (et masculine) pour occuper ces emplois, et que rien, si ce n'est la demande de main-d'œuvre, n'empêche les femmes d'obtenir un emploi. Ces deux hypothèses sont radicales et négligent le fait que l'offre et la demande s'alimentent mutuellement.
- 104 Williams et Gavanias, 2008.

CHAPITRE 2

Activités de soin à autrui non rémunérées et inégalités entre hommes et femmes au travail

POINTS CLÉS

- L'apport des activités de soin à autrui non rémunérées aux économies nationales, de même qu'au bien-être des individus et de la société, est substantiel. Celles et ceux qui les assurent satisfont une large majorité des besoins en la matière à l'échelle mondiale. La plupart de ce travail non rémunéré demeure toutefois invisible, reste non reconnu et n'est pas pris en compte lors des prises de décisions.
- Harmoniser les définitions et collecter, lors d'enquêtes sur la main-d'œuvre ou sur l'utilisation du temps, des statistiques comparables à l'échelle internationale sur le travail de soin à autrui non rémunéré permettra d'en obtenir une mesure fidèle en tant que nouvelle forme de «travail» et d'ouvrir ainsi la voie à sa reconnaissance et à son intégration dans les politiques nationales.
- Partout dans le monde, sans exception, les femmes réalisent la majorité des activités de soin à autrui non rémunérées, à savoir 76,2 pour cent des heures de travail que cela représente. Il n'est aucun pays où hommes et femmes se partagent de façon égale les activités de soin à autrui non rémunérées.
- L'activité professionnelle des femmes n'induit pas automatiquement une évolution de la division du travail non rémunéré entre les sexes. En effet, lorsque l'on additionne travail rémunéré (sous forme de salaire ou de profit) et travail non rémunéré, la durée quotidienne du travail des femmes est supérieure à celle des hommes, même s'il existe des différences sensibles d'un pays à l'autre. Il s'ensuit que les femmes bénéficient systématiquement de moins de temps que les hommes, même en tenant compte du temps de travail professionnel.
- Les différences observées dans la répartition entre les sexes des activités de soin à autrui non rémunérées et des activités professionnelles dépendent de la composition du ménage et d'inégalités profondément enracinées, fondées sur le sexe, le revenu, l'âge, l'instruction ou le lieu de résidence. Ainsi, les femmes et les filles qui vivent dans les zones rurales des pays à faible revenu et qui ont un faible niveau de revenu et d'instruction assurent une part disproportionnée du travail de soin à autrui non rémunéré.
- Le travail de soin à autrui non rémunéré, lorsqu'il est excessif et exténuant, peut déboucher sur des stratégies sous-optimales en matière de soin à autrui, avec des conséquences nuisibles pour les bénéficiaires – nourrissons, enfants, personnes handicapées ou âgées –, mais aussi pour les prestataires non rémunérés eux-mêmes.
- Les hommes ne se sont jamais autant impliqués qu'aujourd'hui dans la vie de famille; en effet, leur contribution aux activités de soin à autrui non rémunérées a augmenté dans certains pays au cours des vingt dernières années.

Toutefois, l'écart entre hommes et femmes en la matière ne se réduit qu'à un rythme quasiment imperceptible dans les pays pour lesquels on dispose de données chronologiques. À ce rythme d'une lenteur désespérante il faudrait deux cent dix ans pour combler cet écart, soit pas avant 2228.

- Avoir à la fois une activité professionnelle et des responsabilités familiales constitue la norme dans le monde d'aujourd'hui. En 2018, on dénombrait 1,4 milliard de personnes employées – principalement des hommes – vivant avec des personnes ayant besoin que l'on s'occupe d'elles. Toutefois, la composition des ménages touche différemment le taux d'activité des hommes et des femmes. Comparées aux célibataires, les femmes qui vivent dans des familles nucléaires ont une probabilité inférieure de 16,6 points de pourcentage de faire partie de la main-d'œuvre, tandis que pour les hommes ce chiffre n'est que de 0,5.
- À l'échelle mondiale, les activités de soin à autrui non rémunérées sont la principale raison avancée par les femmes en âge de travailler pour expliquer leur inactivité économique, tandis que pour les hommes il s'agit des études, de la maladie ou du handicap. À l'échelle mondiale, on dénombrait 647 millions de prestataires non rémunérés à plein temps en 2018. Il s'agit de la plus vaste des catégories de travailleurs perdus pour le marché du travail mondial. Les femmes y étaient au nombre de 606 millions.
- Sans aucune exception, le temps consacré par les femmes aux activités de soin à autrui non rémunérées augmente sensiblement avec la présence de jeunes enfants dans le ménage. Cela découle de ce que l'on pourrait appeler la «pénalisation professionnelle de la maternité», que l'on observe de façon systématique à l'encontre des femmes ayant de jeunes enfants, dans toutes les régions du monde, et qui est particulièrement marquée dans les pays à revenu intermédiaire. Cela contraste avec la «prime professionnelle à la paternité», les pères ayant un taux d'emploi supérieur non seulement à celui des hommes sans enfants, mais aussi à celui des femmes, qu'elles aient ou non des enfants.
- Le travail de soin non rémunéré est l'un des principaux obstacles à l'obtention de meilleurs emplois par les femmes. Celles qui ont des enfants de moins de 6 ans ont une durée du travail rémunéré inférieure à celles des hommes et des femmes sans enfants. Les femmes assumant des responsabilités de soin à autrui ont aussi une probabilité supérieure d'être travailleuses indépendantes ou de travailler dans le secteur informel, avec des chances inférieures de cotiser à la sécurité sociale.
- Les inégalités entre hommes et femmes dans la famille et dans l'emploi trouvent leur origine dans les représentations sexuées des rôles respectivement assignés aux hommes et aux femmes dans la production et la reproduction, représentations qui persistent, sans considération des différences culturelles ou socio-économiques.
- À mesure que les structures familiales et la situation des individus évoluent, que les infrastructures et les services de soin à la personne deviennent plus accessibles et de meilleure qualité, les attitudes vis-à-vis de l'emploi des mères et les conceptions de ce que l'on considère comme un dosage approprié entre travail et vie de famille devraient devenir plus favorables à une division plus égalitaire entre les hommes et les femmes du travail de soin non rémunéré et des activités professionnelles.
- Les inégalités dans les activités de soin à autrui non rémunérées et les inégalités au sein de la main-d'œuvre sont fortement intercorrélées. Aucun progrès notable de l'égalité entre hommes et femmes au travail ne pourra avoir lieu si l'on ne s'attaque pas d'abord aux inégalités dans les activités de soin à autrui non rémunérées, ce qui suppose de reconnaître, de réduire et de redistribuer effectivement ces dernières entre femmes et hommes, ainsi qu'entre famille et État.

Les activités de soin à autrui non rémunérées peuvent être tout aussi gratifiantes pour les prestataires qu'elles sont profitables aux bénéficiaires. Elles sont aussi indispensables au bien-être et au développement des capacités de chacun. Mais *qui* les assume? Et *dans quelles conditions*? La réponse à ces questions a d'importantes implications sur le bien-être des individus et de la société, y compris en ce qui concerne l'égalité dans la famille comme au travail. De surcroît, la division du travail entre hommes et femmes dans les activités de soin à autrui est déterminante pour l'activité professionnelle des femmes, en volume et en qualité¹.

Si l'on considère la répartition du travail de soin à autrui non rémunéré, on constate non seulement que la part des femmes y est considérablement plus importante que celle des hommes, notamment en termes d'heures, mais aussi que ce travail est inégalement partagé entre les femmes elles-mêmes². En outre, la répartition des activités de soin à autrui témoigne de pénalisations dues au sexe, à la classe sociale, à l'origine ethnique, à la situation géographique, au handicap, au statut VIH/sida, à la nationalité, etc³.

C'est pourquoi nous avons adopté une approche intersectionnelle (multidimensionnelle croisée) pour présenter dans ce chapitre 2 les disparités sociodémographiques, économiques et sexospécifiques constitutives de la division du travail dans les activités de soin à autrui et de la division du travail rémunéré, qui sont les éléments du «cercle de répercussions» mentionné au chapitre 1. Nous poursuivons en montrant de quelle manière ces disparités découlent de la composition des ménages et d'inégalités profondément enracinées, dues au sexe, à la classe sociale, à l'origine ethnique ou nationale, à l'éducation et à la localisation du travail⁴. Notre objectif est d'analyser les inégalités persistantes au sein de la main-d'œuvre à partir d'un travail qui se situe hors du marché, à savoir ces activités qui relèvent du domaine de la production générale du Système de comptabilité nationale (SCN) 2008 (voir tableau 1.1 au chapitre 1). À cette fin, nous avons adopté trois approches fondées sur des données, des sources et des indicateurs différents, mais complémentaires: 1) le volume d'heures consacrées aux activités de soin à autrui non rémunérées, mesuré à partir des données de 67 enquêtes sur l'utilisation du temps; 2) les indicateurs clés du marché du travail, ventilés selon la «composition du ménage», en tant qu'indicateurs de remplacement du volume et de la répartition du travail de soin non rémunéré, à partir des données d'environ 90 enquêtes sur la main-d'œuvre; 3) les attitudes des femmes et des hommes au regard de la division du travail de soin à autrui, rémunéré et non rémunéré, découlant des normes sociales en vigueur et exprimées par des données d'enquêtes d'opinion.

Le présent chapitre se divise en trois sections. Dans première nous nous appuyons sur des données relatives à l'utilisation du temps pour définir le travail de soin à autrui non rémunéré et considérer son volume, sa nature et sa valeur, ainsi que l'évolution des dernières décennies en ce qui concerne les grandes inégalités dans la prestation des activités de soin non rémunérées. Dans la deuxième section, nous partons de l'analyse de données d'enquêtes sur la main-d'œuvre pour évaluer les effectifs des prestataires non rémunérés et leurs caractéristiques en tant que main-d'œuvre. Il en ressort combien la présence dans un ménage de personnes ayant besoin que l'on s'occupe d'elles est à l'origine de multiples pénalisations qui affectent une grande majorité de femmes dans leur vie professionnelle. Dans la troisième et dernière section nous voyons comment les normes sociales modèlent les attitudes des femmes comme des hommes en ce qui concerne la division du travail, rémunéré et non rémunéré, perpétuant ainsi des inégalités tenaces entre hommes et femmes au travail.

2.1. LES ACTIVITÉS DE SOIN À AUTRUI NON RÉMUNÉRÉES ET LEURS PRESTATAIRES

Dans toutes les sociétés, les activités de soin à autrui sont traditionnellement du ressort de la famille ou du ménage, sans rémunération, en vertu de relations de parenté. Typiquement, les femmes y consacrent énormément plus de temps que les hommes, sans considération de culture, de classe sociale ou de localisation géographique⁵. Partout dans le monde, le modèle «homme soutien de famille, femme dispensatrice de soin à autrui» reste la construction normative dominante des relations entre hommes et femmes: il appartient principalement à l'homme d'assurer le gîte et le couvert de la famille en s'engageant dans le travail rémunéré, tandis qu'il revient à la femme de veiller au bien-être de la famille par ses activités de soin à autrui. Et ce modèle persiste malgré le niveau élevé, ou en augmentation, du taux d'activité des femmes. Il s'ensuit que les femmes qui ont une activité professionnelle font une «double journée», une au travail et une à la maison.

On observe toutefois des variations dans les modèles d'allocation du temps consacré aux activités de soin non rémunérées. Ainsi, les femmes qui vivent dans des communautés très soudées peuvent obtenir de l'assistance d'autres femmes de leur famille; inversement, les migrantes récemment arrivées dans des zones urbaines peuvent se trouver privées de cette entraide informelle. Les femmes qui vivent des zones rurales sans alimentation en eau ou en électricité doivent consacrer plus de temps aux tâches ménagères que leurs homologues des zones urbaines. Lorsqu'il existe un soutien public pour s'occuper des enfants ou des personnes âgées (congé parentaux ou crèches publiques, par exemple), les femmes peuvent réduire le temps qu'elles consacrent à certaines activités de soin à autrui non rémunérées (voir chapitre 3). Dans les pays en développement, les femmes qui ont des revenus relativement élevés consacrent moins de temps aux activités de soin non rémunérées que leurs homologues qui ont un revenu plus faible, car elles peuvent recourir à des services payants au lieu de consacrer du temps à effectuer des tâches ménagères ou à s'occuper des enfants, par exemple en recrutant un travailleur domestique ou une nourrice, ou encore en confiant les enfants à une crèche. Au contraire, les femmes qui ont de faibles revenus ont par définition moins de moyens financiers, donc moins de solutions de rechange en l'absence de services publics abordables; elles sont donc contraintes à la «double journée».

2.1.1. Définitions et mesure

La dichotomie traditionnelle entre travail économique et «non économique» a conduit à marginaliser, sous-évaluer et cantonner dans la sphère privée le travail hors marché, notamment les activités associées à la maternité et au soin à autrui. Ces activités «non économiques» ont été situées en dehors de la sphère productive et, par conséquent, du «domaine du travail»⁶. Comme on l'a vu au chapitre 1, par l'adoption en 2013 de sa Résolution I «concernant les statistiques du travail, de l'emploi et de la sous-utilisation de la main-d'œuvre», la dix-neuvième Conférence internationale des statisticiens du travail (CIST) a établi un nouveau concept de «travail» (voir tableau 1.1 au chapitre 1). Avant cette adoption, il n'existait aucune norme statistique internationale qui définisse en tant que travail la fourniture de services pour la consommation personnelle ni qui définisse le travail bénévole. Cela signifie que le travail consistant en services de soin à autrui non rémunérés ou services domestiques non rémunérés au bénéfice de son propre

ménage ou des membres de sa famille, ainsi que le travail bénévole n'étaient pas mesurés de façon appropriée, même lorsque les enquêtes auprès de la main-d'œuvre en faisaient état. Le changement réalisé par la 19^e CIST est révolutionnaire, car il implique que le travail peut être réalisé au sein de n'importe quelle sorte d'unité économique, y compris le ménage ou la communauté locale⁷. Sont ainsi reconnus comme du travail les services dont la prestation ne fait pas l'objet d'une transaction sur le marché. C'est une reconnaissance du caractère vital, pour le fonctionnement d'une économie, de la fourniture de services pour la consommation personnelle et de l'activité des prestataires non rémunérés.

Comme on l'a vu au chapitre 1, le travail de soin à autrui non rémunéré est un travail effectué sans rétribution et qui a pour objet le bien-être, la santé et l'entretien des autres membres d'un ménage ou d'une communauté locale, qui comprend les activités de soins à autrui directes et indirectes (c'est-à-dire les tâches ménagères quotidiennes)⁸. Dans l'encadré 2.1 figure une définition du travail de soin à autrui non rémunéré et des tâches ménagères fondée sur la nouvelle définition statistique internationale du travail et les formes de travail. Ce cadre, qui est aussi celui de la version révisée de la Classification internationale des activités pour les statistiques sur l'utilisation du temps (ICATUS 2016), facilitera la production de statistiques sur l'utilisation du temps significatives ainsi que comparables entre pays et au cours du temps⁹.

Dans les orientations qu'elle fournit sur la mesure du travail, la Résolution I de la 19^e CIST met l'accent sur la complémentarité entre les enquêtes sur la main-d'œuvre – enquêtes auprès des ménages les mieux adaptées à la collecte de données sur la main-d'œuvre et le travail (y compris le travail de production pour la consommation personnelle) – et les enquêtes auprès des ménages spécialisées sur des sujets comme l'utilisation du temps. Ces dernières sont «une des sources principales de statistiques sur la participation au travail de production pour la consommation personnelle et au travail bénévole et sur le temps qui y est consacré, pour des analyses aux niveaux des personnes, des ménages et au niveau macroéconomique»¹⁰. Les enquêtes sur la main-d'œuvre et les enquêtes sur l'utilisation du temps sont appropriées à la production de statistiques et d'indicateurs sur deux dimensions essentielles et complémentaires des activités de soin à autrui non rémunérées: 1) les effectifs et les caractéristiques de la population en âge de travailler engagée dans des formes de travail non rémunérées (c'est-à-dire le travail de production pour la consommation personnelle, le travail en formation non rémunéré et le travail bénévole), mesurés en nombre de personnes et en taux de participation; 2) le temps de travail consacré aux activités non rémunérées, mesuré par des indicateurs comme le nombre d'heures de travail réellement effectuées, conformément aux normes statistiques internationales relatives à la durée du travail¹¹.

La méthodologie des enquêtes est fondée sur l'utilisation d'agendas détaillés où les personnes interrogées inscrivent la répartition de leur temps entre les différentes activités réalisées durant une ou plusieurs journées de vingt-quatre heures pour une période de référence donnée¹². Cela les rend particulièrement bien adaptées pour appréhender les activités de soin à autrui non rémunérées réalisées simultanément, comme s'occuper des enfants tout en effectuant des tâches ménagères, ou par intermittence, comme l'allaitement ou les soins à un parent malade. Cela en fait une source potentiellement utile pour élaborer des estimations du temps de travail total, c'est-à-dire incluant toutes les formes

Encadré 2.1. Définition du travail de soin à autrui non rémunéré dans la Résolution I de la 19^e CIST et dans l'ICATUS 2016

Dans le présent rapport, la notion de travail de soin à autrui non rémunéré fait référence à la fourniture de services pour la consommation personnelle du ménage, au travail bénévole accompli pour des ménages autres que la famille du bénévole et au travail en formation non rémunéré – le tout dans le domaine des activités de soin à autrui –, tels que définis dans la Résolution I de la 19^e CIST. Elle exclut les activités productives définies comme la production de biens pour la consommation personnelle (par exemple, fabriquer des biens pour son propre usage, aller ramasser du bois ou puiser de l'eau, avoir une activité agricole de subsistance) ou comme un emploi en vue de réaliser un profit (comme les activités des personnes qui travaillent sans rémunération dans une entreprise familiale)^a.

En conséquence, les personnes considérées comme engagées dans la fourniture de services destinés à la consommation personnelle sont celles qui sont en âge de travailler et qui, durant une courte période de référence, ont réalisé les activités suivantes:

- comptabilité et gestion du ménage, achat et/ou transport des biens;
- préparation et/ou service des repas, évacuation des déchets du ménage et recyclage;
- nettoyage, décoration et entretien de l'habitation ou des locaux du ménage, des produits durables du ménage et d'autres biens, et jardinage;
- éducation et soin des enfants, transport et soin des membres âgés, dépendants ou autres membres du ménage et des animaux domestiques ou de compagnie, etc.

L'ICATUS 2016 est conforme à la Résolution I de la 19^e CIST et identifie plusieurs «activités productives qui se situent hors du domaine de la production du SCN, mais qui relèvent du domaine de la production générale du SCN»^b. Ces activités correspondent à la liste ci-dessus des activités non rémunérées de services de soin à autrui et sont les suivantes:

i) Services domestiques non rémunérés pour les membres du ménage ou de la famille, comprenant:

- gestion et préparation de l'alimentation et des repas;
- nettoyage et entretien du logement et des abords;
- décoration, entretien et réparations par soi-même;
- soin et entretien des vêtements et des chaussures;
- gestion du ménage pour usage final propre;
- soins aux animaux domestiques et de compagnie;
- achats pour les membres du ménage ou de la famille;
- déplacement, déménagement, transport ou accompagnement de biens ou de personnes, en rapport avec les services domestiques non rémunérés, à l'usage des membres du ménage ou de la famille;
- autres services domestiques non rémunérés à l'usage des membres du ménage ou de la famille.

ii) *Services de soin à autrui non rémunérés pour le ménage et les membres de la famille, comprenant:*

- garde et éducation des enfants;
- soins aux adultes dépendants;
- assistance aux adultes non dépendants membres du ménage ou de la famille;
- transport ou accompagnement de biens ou de personnes, en rapport avec les services de soin à autrui non rémunérés, à l'usage des membres du ménage ou de la famille;
- autres activités de soin à autrui non rémunérées à l'usage des membres du ménage ou de la famille.

^a Il s'agit là d'activités productives non rémunérées qui entrent dans le domaine de la production du SCN et qui occupent une part substantielle du temps des femmes. Certaines de ces activités, comme aller ramasser du bois ou puiser de l'eau, recoupent en partie les activités de soin à autrui non rémunérées, en particulier dans les pays à faible revenu (voir le chapitre 3, consacré aux politiques relatives au travail de soin non rémunéré). ^b Nations Unies, 2017a, paragr. 41.

Source: Auteurs à partir de BIT, 2013c, et Nations Unies, 2017a.

de travail. Il est également possible de les utiliser pour évaluer la qualité des estimations de l'emploi et du volume de travail dérivées d'autres enquêtes et pour affiner les questionnaires d'autres enquêtes auprès des ménages¹³.

Il faut noter ici que certains analystes ont souligné les problèmes d'harmonisation et de comparabilité des données sur l'utilisation du temps. Ainsi, la classification des activités dans certains pays ne fait pas de différence entre le fait de s'occuper d'enfants ou d'adultes, ou bien entre aller puiser de l'eau et être en déplacement. De plus, du fait que les données sur le travail bénévole et sur le temps consacré au travail rémunéré ne sont pas collectées régulièrement ni avec un même degré de détail, celles-ci ne se prêtent pas aux comparaisons. Bien que considérée comme la meilleure pour mesurer les activités non rémunérées, la méthode des agendas n'est pas appliquée de façon systématique dans toutes les régions (Amérique latine par exemple), ce qui affaiblit les comparaisons internationales. La périodicité des données pose aussi un problème, car les enquêtes sur l'utilisation du temps ne sont pas menées avec régularité, et certaines données nationales datent. Plus important: dans les statistiques nationales publiées sur l'utilisation du temps, on manque souvent de données ventilées par sexe, ce qui affecte la qualité de l'analyse sexospécifique¹⁴. On attend de la publication de l'ICATUS 2016 qu'elle résolve certains de ces problèmes. En tout cas, les enquêtes sur l'utilisation du temps restent la méthode type pour mesurer le volume des activités de soin à autrui non rémunérées et rendre compte de leurs caractéristiques et de leurs différences au sein des ménages comme entre ces derniers¹⁵.

De leur côté, les enquêtes sur la main-d'œuvre évoluent aussi pour prendre en compte les concepts et les orientations que contient la Résolution I adoptée par la 19^e CIST. Elles sont la première source d'information pour rendre compte des caractéristiques générales de l'activité économique de la population, et elles sont de plus en plus utilisées comme sources de données statistiques sur la participation à des formes de travail non

rémunérées. En outre, elles sont d'importants outils d'élucidation des liens entre travail non rémunéré – sous toutes ses formes – et de la situation des individus sur le marché du travail. À cet effet, de courts modules complémentaires sur la fourniture de services pour la consommation personnelle, le travail en formation non rémunéré et le travail bénévole – selon la méthode des agendas ou des questions rétrospectives – peuvent être ajoutés aux enquêtes sur la main-d'œuvre, périodiquement ou en continu, et fournir un moyen efficace de mesurer le travail de soin à autrui non rémunéré¹⁶. Le Bureau international du travail (BIT) a récemment lancé un travail méthodologique pour expérimenter diverses méthodes de mesure de la participation et du temps consacré à la fourniture de services pour la consommation personnelle, dans le cadre des enquêtes auprès des ménages. Les approches fondées sur des questions rétrospectives normalisées ont été testées en vue de leur inclusion directe dans les enquêtes sur la main-d'œuvre ou auprès des ménages¹⁷.

La valeur accordée aux activités de soin à autrui non rémunérées dans le cadre des objectifs de développement durable (ODD), comme l'indique la cible 5.4 des ODD (voir chapitre 1), ainsi que les récentes avancées dans l'alignement entre statistiques du travail et définitions relatives à l'utilisation du temps sont porteuses d'une amélioration de la mesure et donc de la reconnaissance du travail de soin à autrui non rémunéré. Cela sera possible par la mise au point de statistiques harmonisées et comparables à l'échelle internationale sur les services de soin à autrui non rémunérés à partir des données collectées lors des enquêtes sur la main-d'œuvre ou sur l'utilisation du temps. Cette approche permettra une meilleure compréhension du rôle que joue le travail de soin non rémunéré non seulement dans la genèse des inégalités entre hommes et femmes dans le monde du travail, mais aussi dans le renforcement de toute une série d'autres inégalités au sein de la main-d'œuvre. Une mesure précise du travail de soin à autrui non rémunéré aidera donc à améliorer à la fois la conception et la mise en œuvre de politiques économiques, sociales et du marché du travail (voir chapitre 6).

2.1.2. Ampleur, nature et valeur du travail de soin à autrui non rémunéré

Ampleur du travail de soin à autrui non rémunéré

Comme l'indique la Résolution I adoptée par la 19^e CIST, l'ampleur des prestations de soin à autrui non rémunérées peut être évaluée en volume d'heures effectuées ou en nombre de prestataires non rémunérés. Les estimations fondées sur des données relatives au travail rémunéré et aux activités de soin à autrui non rémunérées, collectées lors d'enquêtes sur l'utilisation du temps (diverses années) menées dans 64 pays représentant 66,9 pour cent de la population mondiale en âge de travailler¹⁸, montrent que le temps consacré aux activités de soin à autrui non rémunérées (fourniture de services pour la consommation personnelle) s'élevait à 16,4 milliards d'heures par jour, dont plus des trois quarts étaient effectuées par des femmes (76,2 pour cent) (voir section 2.1.3). Cela équivaut à 2 milliards de personnes travaillant à plein temps, c'est-à-dire 40 heures par semaine, sans rémunération.

Le temps consacré par les femmes aux activités de soin à autrui non rémunérées varie considérablement d'un pays à l'autre, avec un maximum de 345 minutes par jour (soit près du quart d'une journée de 24 heures) en Iraq et un minimum de 168 minutes par jour (soit 2 heures et 48 minutes) à Taïwan, Chine (voir figure 2.1). Pour les 67 pays

sur lesquels on disposait de données d'enquêtes sur l'utilisation du temps relatives aux activités de soin à autrui non rémunérées, la valeur médiane est celle de l'Allemagne et de l'Autriche, où les femmes consacrent à ces activités 269 minutes, soit 4 heures et 29 minutes, ou 18,7 pour cent d'une journée de 24 heures. S'agissant des hommes, la durée du travail de soin à autrui non rémunéré va de 200 minutes (3 heures et 20 minutes, ou encore 13,9 pour cent d'une journée de 24 heures) en République de Moldova à seulement 18 minutes au Cambodge, la valeur médiane de 110 minutes (1 heure et 50 minutes) étant celle du Qatar. On observe donc un écart de facteur de 11 entre les valeurs maximale et minimale. En moyenne, les hommes consacrent 83 minutes, et les femmes 265 minutes, soit trois fois plus, aux activités de soin à autrui non rémunérées¹⁹.

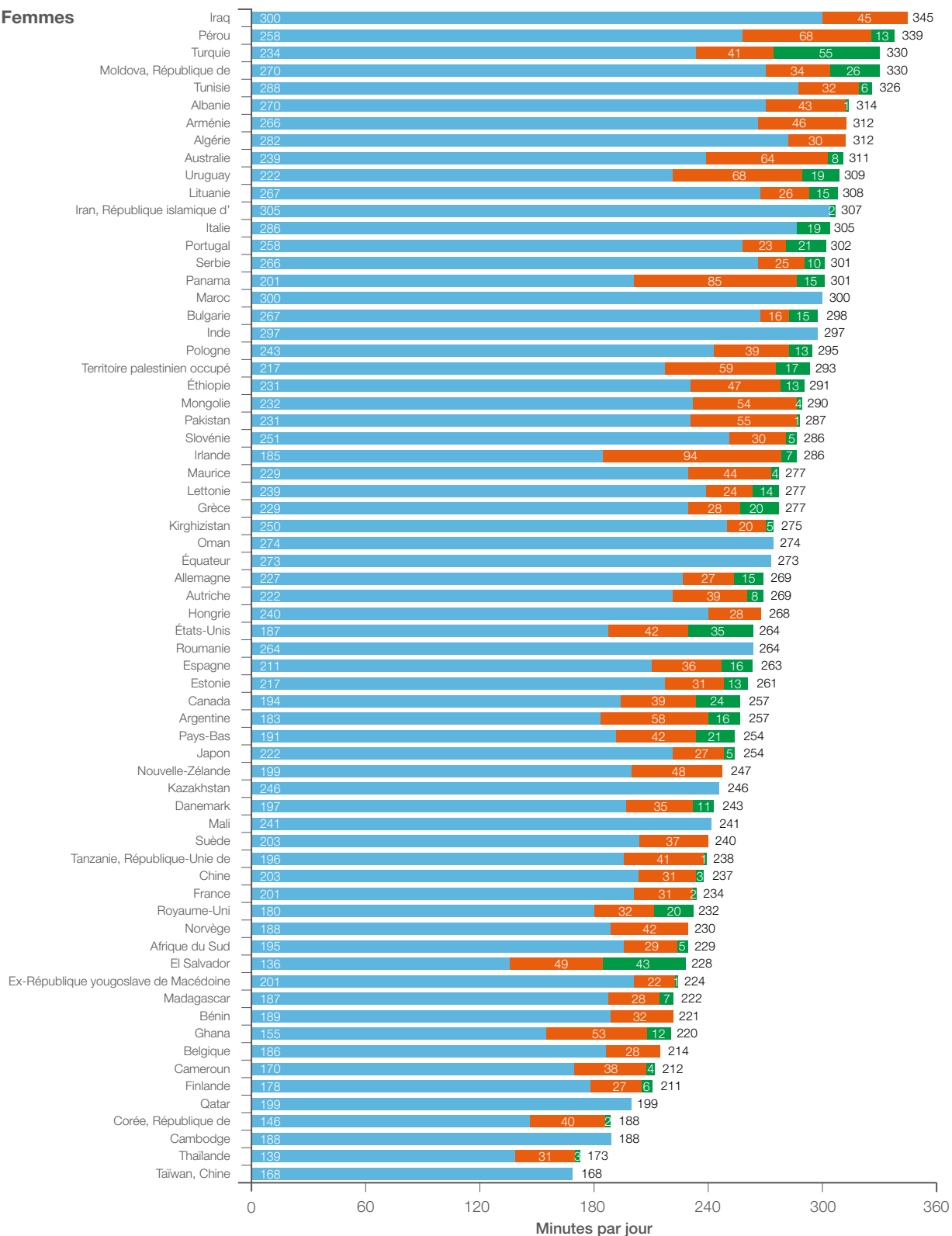
Nature du travail de soin à autrui non rémunéré

La figure 2.1 présente les trois grandes catégories du travail de soin à autrui non rémunéré dont la répartition est fondée sur les données des enquêtes sur l'utilisation du temps dont nous disposons. Ces trois catégories sont les suivantes: tâches ménagères (fourniture de services domestiques pour la consommation personnelle au sein du ménage, activités de soin à autrui indirectes); services de soin à autrui à l'intention des membres du ménage (activités de soin à autrui directes); travail bénévole (services de soin à autrui au sein de la communauté locale ou à l'intention d'autres ménages, activités de soin à autrui directes et indirectes). En moyenne, 81,8 pour cent du travail de soin à autrui non rémunéré consistent en tâches ménagères quotidiennes, mesurées en tant qu'activité principale. Les activités de soin à autrui directes à l'intention des membres de la famille représentent 13,0 pour cent du total, et le travail volontaire 5,2 pour cent. La fréquence relativement faible des activités de soin à autrui directes tient au fait qu'il n'y a pas de personnes ayant besoin que l'on s'occupe d'elles dans tous les ménages. En fait, en 2018, le nombre de personnes en âge de travailler n'ayant aucune responsabilité familiale était de 3,3 milliards, 1,7 milliard d'hommes et 1,6 milliard de femmes (voir section 2.2). Il faut aussi noter un problème méthodologique lié au fait que, dans les enquêtes sur l'utilisation du temps, les activités de soin à autrui directes et les tâches ménagères sont souvent simultanées, ce qui fait que les premières sont souvent classées comme des activités secondaires ou tertiaires, ce qui conduit à les sous-estimer²⁰. La forte fréquence des tâches ménagères souligne l'importance des activités de soin à autrui indirectes, indispensables à tous les adultes.

La figure 2.2 montre que, dans le cas du Cambodge, ce sont surtout les femmes qui s'acquittent de toutes les activités de soin à autrui et tâches ménagères (86,0 pour cent des femmes contre 54,3 pour cent des hommes). La participation des femmes à la cuisine, au ménage, aux achats et aux activités de soin à autrui directes est systématiquement supérieure à celle des hommes. La seule catégorie qui fait exception est celle des «réparations dans la maison», activité à laquelle se livrent 9,3 pour cent des hommes contre 1,8 pour cent des femmes. La ségrégation entre hommes et femmes dans les activités de soin à autrui non rémunérées reflète toute une série de normes et de perceptions sociales concernant la division «naturelle» du travail au sein du ménage, qui sont tout aussi courantes ailleurs qu'au Cambodge, quel que soit le niveau de revenu du ménage ou du pays (voir aussi section 2.1.3). Lorsque la participation des hommes aux activités de soin à autrui non rémunérées est faible, elle se concentre de façon typique sur des activités

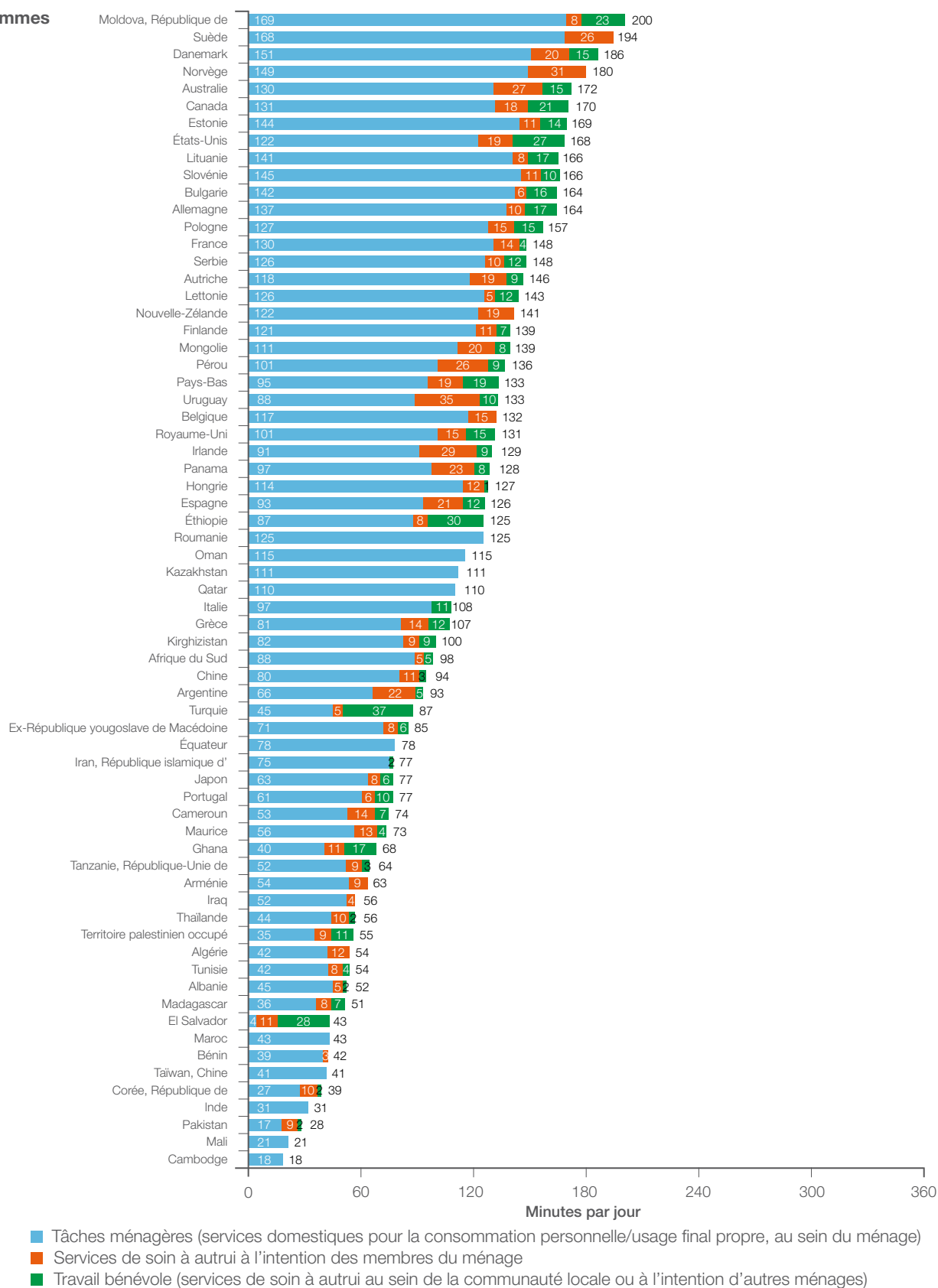
Figure 2.1. Temps consacré à chacune des trois grandes activités de soin à autrui non rémunérées (activité principale), selon le sexe, dernière année disponible

A. Femmes



- Tâches ménagères (services domestiques pour la consommation personnelle/usage final propre, au sein du ménage)
- Services de soin à autrui à l'intention des membres du ménage
- Travail bénévole (services de soin à autrui au sein de la communauté locale ou à l'intention d'autres ménages)

B. Hommes



Note: Groupe d'âge: 15 ans et plus; 67 pays. Voir l'annexe A.3, tableau A.3.1, pour les données nationales, et l'annexe A.7, tableau A.7.2, pour l'année de l'enquête.

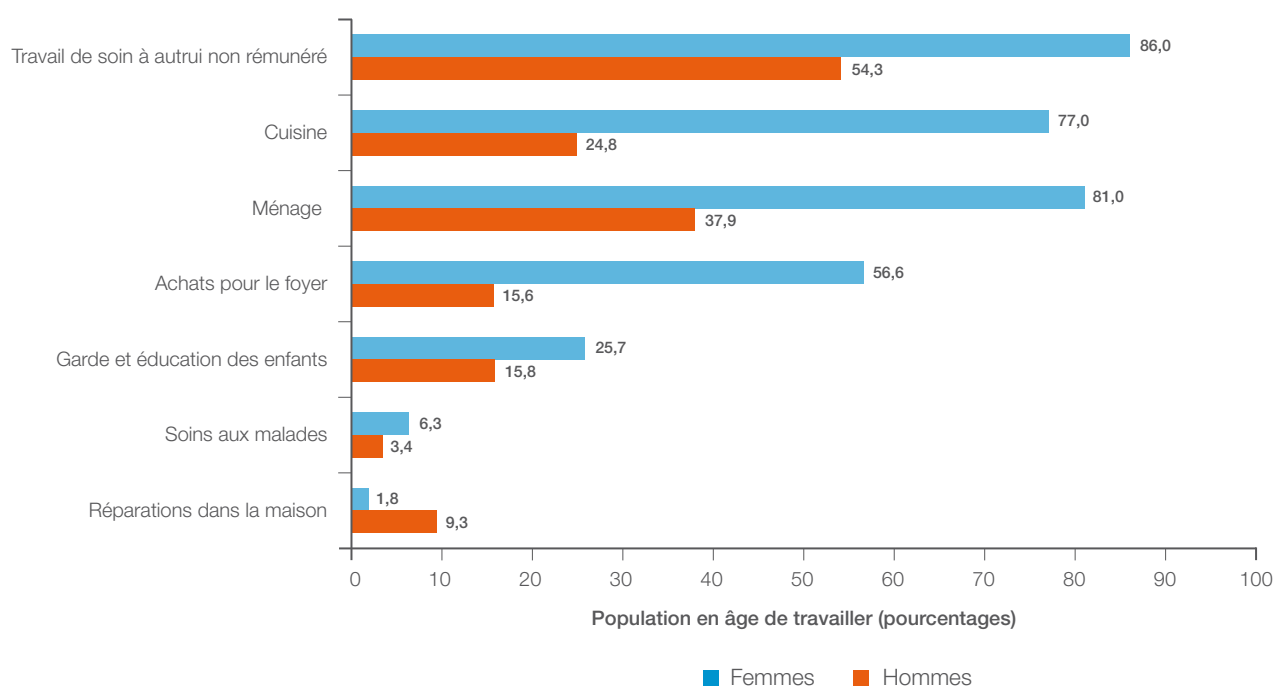
Source: Calculs du BIT à partir de Charmes, à paraître.

«masculines», comme les réparations dans la maison. Ainsi, le Cambodge présente le deuxième taux le plus bas des 67 pays, 8,7 pour cent du total, pour ce qui est des activités de soin à autrui effectuées par les hommes (voir figure 2.7).

L'ampleur et la nature des activités de soin à autrui (directes et indirectes) non rémunérées varient selon les pays en fonction du revenu par tête: elles sont particulièrement intenses et ardues dans les pays ayant les revenus les plus bas, surtout pour les femmes et les enfants qui vivent en zone rurale (voir aussi section 2.1.4). Comme on l'a vu au chapitre 1, cela est dû à un manque de services et d'infrastructures de base: adduction d'eau, assainissement, services financiers, alimentation électrique, routes, moyens de transport sûrs, techniques économisatrices de temps, éducation, soins de santé, protection sociale et autres dispositifs ou services sociaux²¹. À cela s'ajoutent d'autres facteurs importants comme la structure de la population, la composition et la taille des familles, ainsi que les normes culturelles qui dictent la division du travail entre les sexes (voir sections 2.1.4 et 2.1.5).

Les épidémies, notamment celles du VIH, ont pour effet d'augmenter le volume des activités de soin à autrui non rémunérées, surtout dans les pays à forte prévalence. Les femmes sont poussées hors de la main-d'œuvre, surtout agricole, pour s'occuper des personnes malades et mourantes²². Dans un rapport du BIT de 2018, on estime que la quantité de travail non rémunéré nécessaire pour satisfaire les besoins des personnes qui sont dans l'incapacité partielle ou totale de travailler à cause des symptômes du sida représenterait entre 30 000 et 70 000 personnes-années en 2020²³. Globalement, cela

Figure 2.2. Fourniture de services pour la consommation personnelle, selon le sexe et l'activité, Cambodge, 2010



Note: Tranche d'âge: 15 ans et plus.

Source: Calculs du BIT à partir des microdonnées de l'enquête sur la main-d'œuvre du Cambodge.

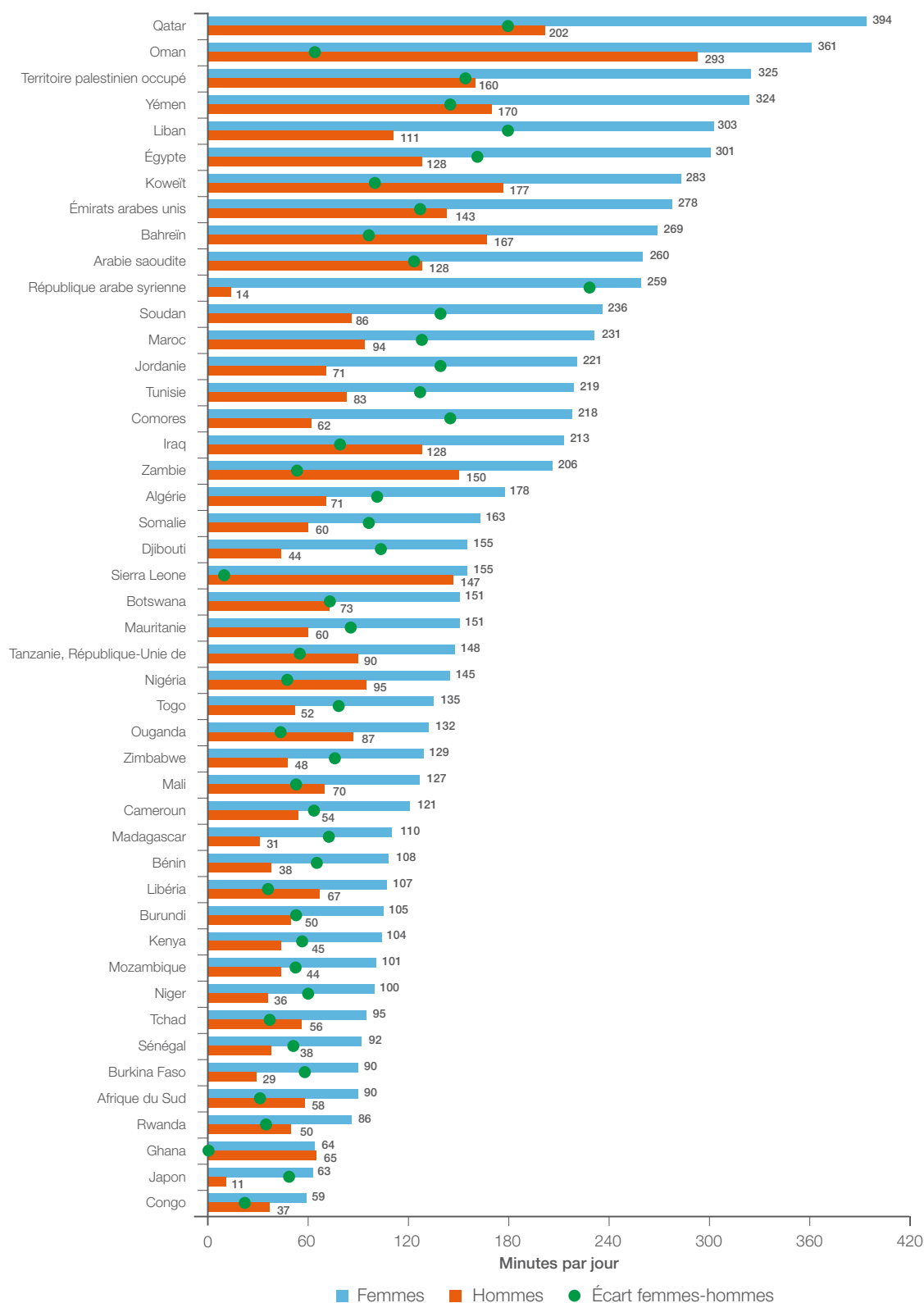
reviendrait à ce que 40 000 personnes ne puissent avoir d'activité professionnelle en 2020 à cause de la demande supplémentaire de travail de soin à autrui non rémunéré induite par le sida²⁴.

Lorsque l'on considère seulement le temps consacré à s'occuper des enfants, une récente enquête mondiale Gallup sur 46 pays révèle que le temps qu'y consacrent les femmes et les hommes varie considérablement (voir figure 2.3). Tel est le cas même dans des pays qui ont un niveau de développement équivalent; résultat qui montre le rôle des politiques en matière de soin à autrui (voir chapitre 3). Le temps consacré à s'occuper des enfants allait de 6 heures et 34 minutes par jour au Qatar à seulement 59 minutes au Congo. Globalement, les femmes continuent d'assumer la plus large part de l'éducation des enfants, en moyenne trois fois supérieure à celle des hommes.

Valeur du travail de soin à autrui non rémunéré

L'ampleur du travail de soin à autrui non rémunéré est considérable, et celui-ci pallie souvent un défaut de dépenses publiques dans les infrastructures et les services de soin à autrui. Cela équivaut à un transfert de ressources des femmes (et de quelques hommes) vers la société et l'économie²⁵. Malgré son apport, le travail de soin non rémunéré est exclu des principales mesures de la richesse nationale, comme le produit intérieur brut (PIB). Il s'ensuit une sous-estimation générale de l'activité économique, de même que du bien-être des individus, des familles et de la société tout entière. Cela a été souligné par la Commission sur la mesure de la performance économique et du progrès social²⁶ selon laquelle «il a été établi depuis longtemps que le PIB était un outil inadapté pour évaluer le bien-être dans le temps, en particulier dans ses dimensions économique, environnementale et sociale», entre autres raisons parce qu'il exclut les services fournis par le travail de soin à autrui non rémunéré.

Le SCN²⁷ des Nations Unies établit des critères de compilation des informations économiques en vue de calculer le PIB et d'autres agrégats macro-économiques. Le SCN 2008 énumère comme raisons de ne pas inclure le travail de soin à autrui non rémunéré dans le domaine de la production du SCN «l'indépendance et l'isolement relatifs de ces activités par rapport aux marchés, l'extrême difficulté de faire des estimations économiquement significatives de leurs valeurs et les effets négatifs que cela comporterait sur l'utilité des comptes pour l'élaboration des politiques et pour l'analyse des marchés et de leurs déséquilibres»²⁸. Cela mérite d'être regardé de plus près. Premièrement, le travail de soin à autrui non rémunéré et le travail rémunéré sont fondamentalement interconnectés; ils ne sont pas indépendants l'un de l'autre (voir chapitre 1). Lorsque les femmes entrent dans la main-d'œuvre, par définition le PIB augmente, mais la réduction correspondante des activités de soin à autrui non rémunérées n'est pas comptabilisée. Bien entendu, cela ne signifie pas que les femmes ne doivent pas entrer dans la main-d'œuvre, mais cette réduction des activités de soin à autrui non rémunérées doit être compensée par d'autres, rémunérées ou non, pour assurer le maintien du bien-être, une dimension dont ne rendent pas compte les agrégats économiques actuels. Un argument du même ordre peut-être avancé lorsque que des coupes dans le financement des services publics induisent une augmentation de la demande de travail de soin à autrui non rémunéré, dimension là encore invariablement ignorée. L'accroissement d'«efficacité» souvent avancé dans ces situations est artificiel dans la mesure où l'effet net peut être négatif, soit parce que

Figure 2.3. Temps passé à s'occuper des enfants, en minutes, selon le sexe, dernière année disponible

Note: Tranche d'âge: 15 ans et plus. 46 pays. Dernière année: 2008 ou 2011.

Source: Calculs du BIT à partir des microdonnées de l'enquête mondiale Gallup.

l'activité de soin n'est pas assurée du tout, soit parce que les prestataires doivent réduire la durée de leur travail rémunéré pour s'occuper d'autrui. En outre, l'investissement total est sous-estimé, parce que les activités de soin à autrui non rémunérées ne sont pas reconnues comme un investissement dans les générations à venir (voir chapitre 6)²⁹.

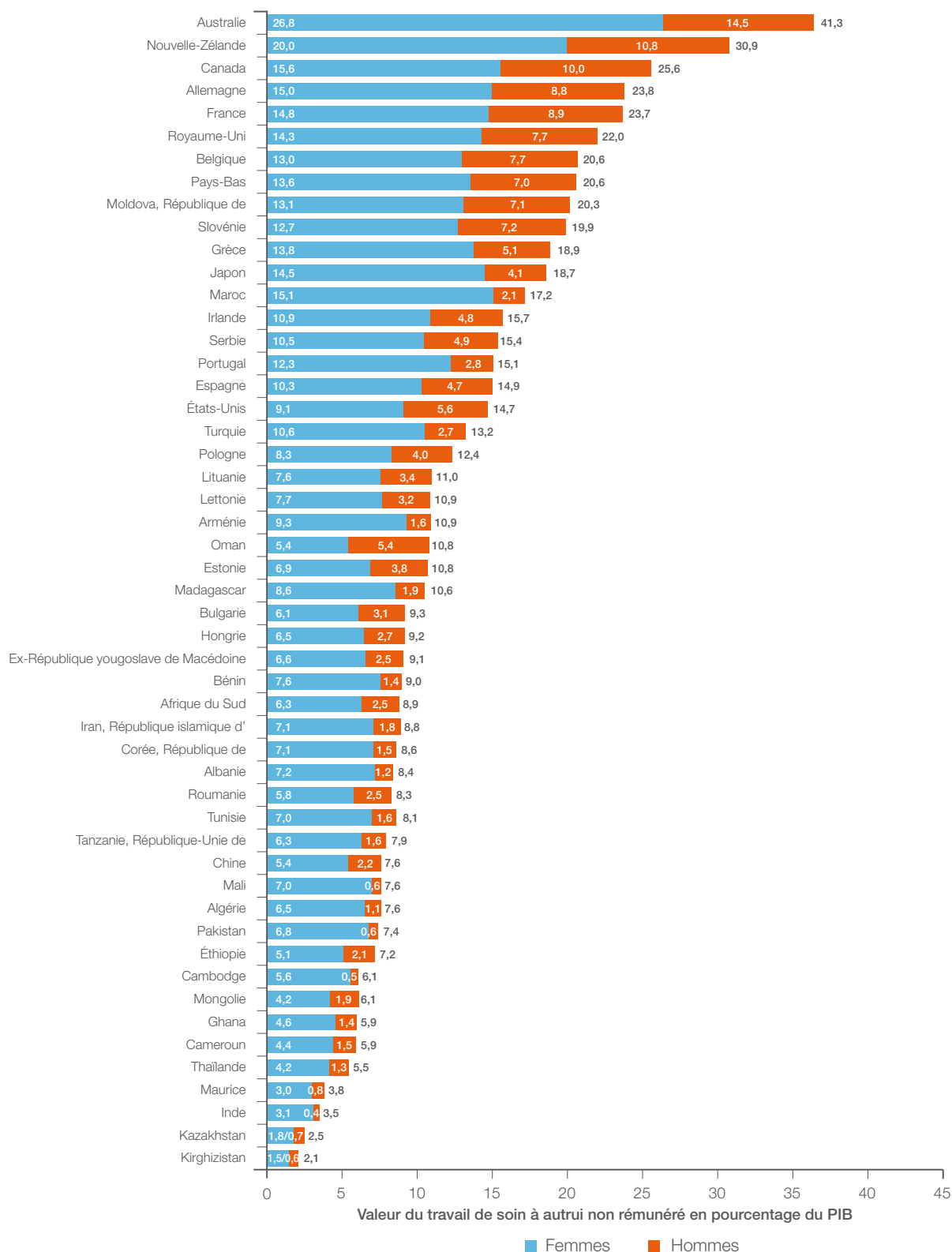
Il existe diverses méthodes pour assigner une valeur économique au travail de soin à autrui non rémunéré, au-delà de sa valeur intrinsèque pour l'individu et la société, et donc pour le rendre visible³⁰. Les méthodes d'évaluation des intrants (entrées) attribuent une valeur monétaire au temps consacré au travail de soin à autrui non rémunéré en utilisant l'une des méthodes d'équivalence suivantes: *a*) salaire sur le marché de la personne qui effectue le travail de soin à autrui non rémunéré; *b*) rémunération moyenne (ou salaire minimum) de toutes les personnes contribuant à l'économie (approche du coût d'opportunité); *c*) rémunération moyenne des travailleurs domestiques; *d*) salaire moyen payé pour chaque tâche effectuée sans rémunération si l'on avait employé pour l'effectuer un travailleur spécialisé dans l'activité de soin à autrui correspondante (par exemple, un cuisinier, une infirmière, un enseignant, etc.) (approche dite du coût de remplacement)³¹. L'évaluation des extrants (sorties) attribue une valeur marchande au bien public issu du travail de soin à autrui non rémunéré (par exemple, des enfants et des adultes en bonne santé, une alimentation nourrissante, des maisons propres, etc.)³².

En 1995, la Conférence mondiale sur les femmes organisée par les Nations Unies à Beijing a adopté une recommandation visant à améliorer la collecte des données sur le travail non rémunéré et à élaborer des méthodes d'évaluation quantitative de ce travail afin de l'intégrer éventuellement dans des comptes accessoires ou d'autres comptes officiels qui seraient établis séparément de la comptabilité nationale de base, mais harmonisés avec celle-ci³³. Grâce aux progrès réalisés dans la collecte de données relatives au budget-temps et dans les méthodes d'évaluation, on dispose désormais d'une base d'informations qui permet le calcul de comptes satellites du secteur des ménages, afin de mesurer le travail non rémunéré et au sein des ménages (ou la production des ménages), hors PIB mais dans les limites du domaine de la production du SCN^{34 35}. L'établissement de comptes satellites, qui existent aujourd'hui dans un grand nombre de pays, a permis une meilleure évaluation et une plus grande visibilité du travail de soin à autrui non rémunéré, qu'il s'agisse de sa valeur économique ou de sa nature sexospécifique, en tant que variables macro-économiques globales³⁶.

Estimation de la valeur du travail de soin à autrui non rémunéré

Les estimations du BIT, fondées sur les données de 53 pays représentant 63,5 pour cent de la population mondiale en âge de travailler, montrent que le travail de soin à autrui non rémunéré représente 9,0 pour cent du PIB mondial si l'on impute aux heures qui lui sont consacrées une valeur monétaire sur la base du salaire horaire minimum (approche du coût d'opportunité)³⁷. Cela représente un total de 1 100 milliards de dollars États-Unis (dollars É.-U.) à parité de pouvoir d'achat (PPA) 2011. La valeur du travail de soin à autrui non rémunéré effectué par les femmes représente 6,6 pour cent du PIB mondial, soit 8 000 milliards de dollars É.-U., tandis que les chiffres correspondants pour les hommes sont de 2,4 pour cent et 3 000 milliards de dollars É.-U. On voit à la figure 2.4 que la valeur du travail de soin à autrui non rémunéré va de 2,1 pour cent du PIB au Kirghizistan à 41,3 pour cent en Australie³⁸, la valeur médiane se situant autour de 10 pour cent. Cette

Figure 2.4. Valeur du travail de soin à autrui non rémunéré, exprimée en pourcentage du PIB, dollars É.-U. (PPA 2011) selon le sexe, dernière année disponible



Note: 51 pays. Pour l'année de l'enquête, voir le tableau A.7.2 de l'annexe A.7.

Source: Calculs du BIT à partir de Charmes, à paraître, et d'ILOSTAT.

estimation donne à penser que, dans plusieurs pays, la valeur du travail de soin à autrui non rémunéré dépasse celle du secteur manufacturier, du commerce, des transports ou d'autres secteurs essentiels de l'économie³⁹. La valeur estimée du travail de soin à autrui non rémunéré représente une moindre part du PIB dans les pays à revenu intermédiaire ou faible du fait que le salaire minimum y est inférieur.

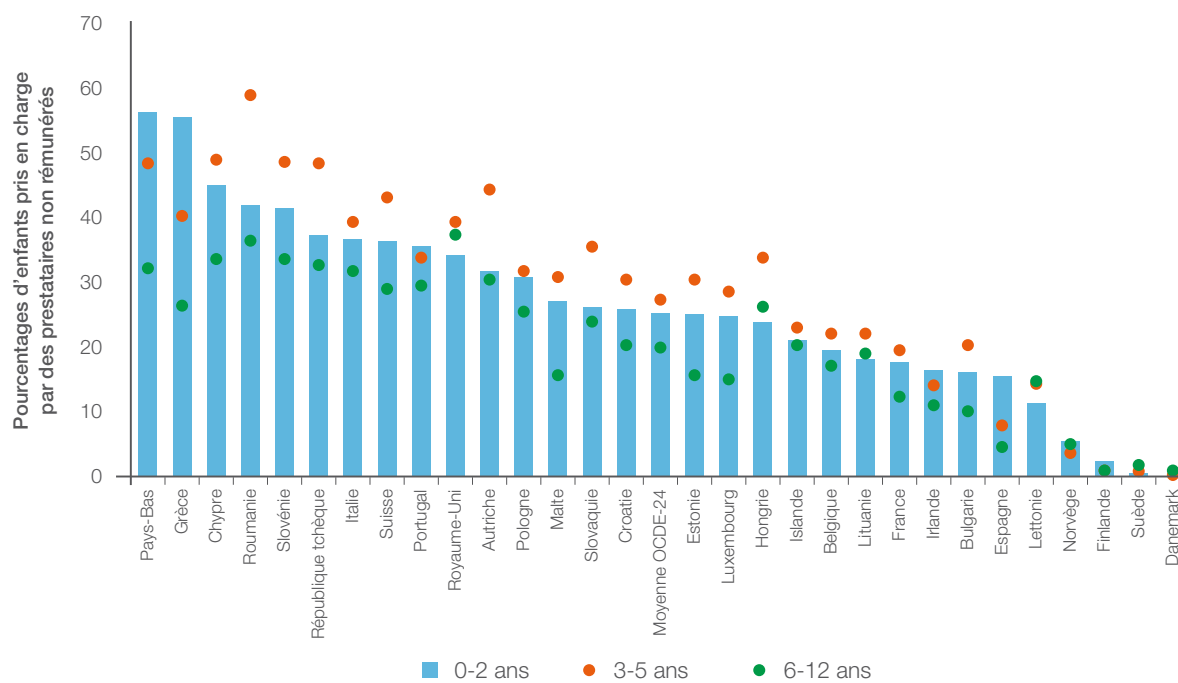
Contribution des prestataires de soin à autrui non rémunérés

La valeur du travail de soin à autrui non rémunéré peut aussi être évaluée à partir de la gratification et de l'accomplissement qu'éprouvent ceux qui l'effectuent, dimension importante pour une activité de type relationnel. Il peut aussi être évalué à l'aune du caractère indispensable de la contribution des prestataires non rémunérés, qui répond à des besoins et qui profite aux bénéficiaires (voir chapitre 1). On observe de fortes variations d'un pays à l'autre en ce qui concerne le degré de recours par les familles aux prestataires de soin à autrui non rémunérés.

Comme les chapitres 1, 3 et 4 le montrent, l'existence de politiques publiques, d'infrastructures et de services en matière de soin à autrui ainsi que les valeurs culturelles sont des déterminants essentiels de la répartition du travail de soin à autrui non rémunéré⁴⁰. Les données relatives à 31 pays en développement montrent que les situations les plus répandues sont celles où l'on recourt exclusivement au travail de soin non rémunéré. Plus précisément, ce sont les femmes qui ont une activité professionnelle et des enfants de moins de 6 ans qui sont le plus souvent prestataires non rémunérés: tel est le cas de 39 pour cent d'entre elles (44 pour cent si elles ont de faibles revenus, et 29 pour cent, des revenus élevés). Cela signifie que ces femmes sont surchargées, devant à la fois s'occuper d'autrui et mener leur activité professionnelle, lorsque les modes de garde des enfants font défaut⁴¹. D'autres parents (26 pour cent), les fillettes (environ 12 pour cent, contre seulement 3 pour cent de garçons), les voisins ou les amis (5 pour cent) suivent sur la liste des prestataires non rémunérés. Seulement 11 pour cent des personnes interrogées ont répondu que les enfants étaient pris en charge par des structures organisées, par une personne embauchée à cet effet, travailleur domestique ou autre, ou encore par leur conjoint⁴².

Le support des prestataires non rémunérés est également substantiel dans les pays à revenu élevé. Les données relatives à 30 d'entre eux montrent qu'en 2014, en moyenne, 25,0 pour cent des enfants de 0 à 2 ans étaient pris en charge au moins une heure par semaine par des personnes non rémunérées autres que leur père ou mère: grands-parents ou autres parents, amis ou voisins (voir figure 2.5)⁴³. La proportion était encore supérieure pour les enfants de 3 à 5 ans, avec 26,9 pour cent. S'agissant des enfants de 6 à 12 ans qui suivent leur scolarité obligatoire, le recours à des prestataires non rémunérés est inférieur, mais reste à un niveau moyen de 19,6 pour cent, ce qui traduit le manque de services de prise en charge des enfants en dehors des heures d'école dans de nombreux pays⁴⁴. Quelle que soit la tranche d'âge des enfants, c'est dans les pays nordiques (à l'exception de l'Islande) que le recours aux prestataires non rémunérés pour s'occuper de ceux-ci est le plus faible. Cela est cohérent avec l'existence dans ces pays d'un ensemble complet de dispositions et de services pour la prise en charge des enfants (voir aussi chapitre 3)⁴⁵. L'importance de l'apport des prestataires non rémunérés varie d'un pays à l'autre selon la tranche d'âge des enfants, mais elle reste en général

Figure 2.5. Proportion d'enfants pris en charge par des personnes non rémunérées (autres que le père ou la mère) au moins une heure par semaine, selon la tranche d'âge, 2014



Note: 30 pays.

Source: Calculs du BIT à partir de OCDE, 2017c.

très grande: les enfants sont pris en charge par des prestataires non rémunérés pour une durée hebdomadaire moyenne se situant entre 11 heures pour les enfants de 6 à 12 ans et 17 heures pour les enfants entre 0 et 2 ans.

Le soutien des grands-parents, surtout des grands-mères, est substantiel partout dans le monde (voir section 2.1.4). Les données relatives à 11 pays européens montrent qu'environ 50 pour cent des grands-parents s'occupent occasionnellement des enfants, d'une manière ou d'une autre, et que 12,5 pour cent le font de façon intensive, c'est-à-dire quotidiennement, à raison d'au moins 15 heures par semaine⁴⁶. Le recours aux grands-parents est plus répandu dans les familles à faible revenu et est fortement corrélé avec la situation de la mère au regard de l'emploi. La probabilité de voir les grands-mères s'occuper des enfants est supérieure à celle des grands-pères, d'un facteur 1,54⁴⁷. Alors que le fait de s'occuper des enfants est associé de façon positive avec l'état de santé des grands-parents, les données montrent que lorsque cette activité devient intensive elle est corrélée avec des symptômes dépressifs chez les grands-mères⁴⁸. Les données de l'enquête mondiale Gallup donnent aussi à penser que les personnes âgées qui vivent avec leurs petits-enfants jouissent d'un bien-être affectif moindre, surtout dans les pays à revenu élevé, à cause de sentiments de stress, de colère ou d'inquiétude⁴⁹. Dans les pays où la prévalence du VIH est forte, surtout en Afrique orientale et australe, les grands-mères doivent souvent s'occuper de petits-enfants orphelins quand les parents sont incapables de le faire à cause de la maladie. On estimait que, en 2016, 16,5 millions d'enfants

avaient perdu un de leurs parents ou les deux à cause du sida. Plus de 80 pour cent de ces enfants (13,8 millions) vivaient en Afrique subsaharienne, et un très grand nombre d'entre eux étaient pris en charge par leur grand-mère⁵⁰.

Par nécessité économique, à cause de mauvaises conditions de travail, faute de réseau de soutien ou en l'absence de modes de garde abordables, les parents n'ont souvent pas d'autre choix que de confier leurs enfants les plus jeunes à leurs sœurs et frères aînés (voir section 2.1.4) ou encore de les laisser livrés à eux-mêmes⁵¹. Les données relatives à 53 pays, essentiellement à revenu faible et intermédiaire, pour la période 2005-2013, montrent que, en moyenne, 20 pour cent des enfants de moins de 5 ans étaient restés sans adulte pour s'occuper d'eux pendant au moins une heure au cours d'une semaine donnée, c'est-à-dire soit livrés à eux-mêmes, soit sous la garde d'un frère ou d'une sœur de moins de 10 ans. Cela représente 35,5 millions d'enfants, soit un nombre supérieur à celui des enfants de moins de 5 ans de l'Europe tout entière. La proportion est encore supérieure lorsque l'on considère les seuls pays à faible revenu où 46 pour cent des enfants de moins de 5 ans sont dépourvus de prise en charge appropriée⁵². Un tel défaut de prise en charge peut non seulement être la cause de blessures, voire pire, mais aussi avoir une incidence sur le développement de l'enfant (voir chapitre 3)⁵³.

Ces prises en charge non rémunérées des enfants peuvent être considérées comme des solutions sous-optimales tant pour les bénéficiaires que pour les prestataires, avec des conséquences préjudiciables, surtout pour les femmes et les filles, qui sont les principales prestataires de soin à autrui au sein des ménages (voir chapitre 1). Comme il est montré dans les prochaines sections, le cumul des heures consacrées aux activités de soin à autrui non rémunérées et des heures consacrées à l'activité professionnelle se traduit par des charges extrêmement lourdes de travail de forte intensité qui dépossèdent les prestataires de leur temps. Des recherches récentes ont montré que la privation de temps (ou pauvreté en temps) qui affecte les actifs occupés est marquée dans chacun des sept pays considérés, allant de 38 pour cent au Ghana à 52 pour cent en République-Unie de Tanzanie. Les femmes sont systématiquement plus privées de temps que les hommes, même après avoir pris en compte la durée du travail rémunéré, parce qu'elles assument une part disproportionnée des activités de soin à autrui non rémunérées⁵⁴ (voir section 2.1.3). La pauvreté en temps peut mener à la pauvreté de revenu lorsque les femmes et les ménages ne peuvent dégager un revenu suffisant pour rétribuer les activités de soin à autrui – au lieu de les effectuer sans rémunération –, que ce soit en payant des services, en employant des travailleurs domestiques ou en améliorant l'équipement du ménage. Lorsque tel est le cas, certaines des activités de soin à autrui non rémunérées, bien que nécessaires, ne sont tout simplement pas assurées, et les heures longues et intenses de travail de soin à autrui non rémunéré deviennent épuisantes et préjudiciables au bien-être des femmes et de leur famille.

2.1.3. Écarts entre femmes et hommes dans les activités de soin à autrui non rémunérées

Partout dans le monde, sans aucune exception, les femmes réalisent la majorité, soit 76,2 pour cent, du travail de soin à autrui non rémunéré, tandis que la contribution moyenne des hommes est inférieure au quart du total. En moyenne, les femmes y consacrent 3,2 fois plus de temps que les hommes: 4 heures et 25 minutes (265 minutes) par jour contre

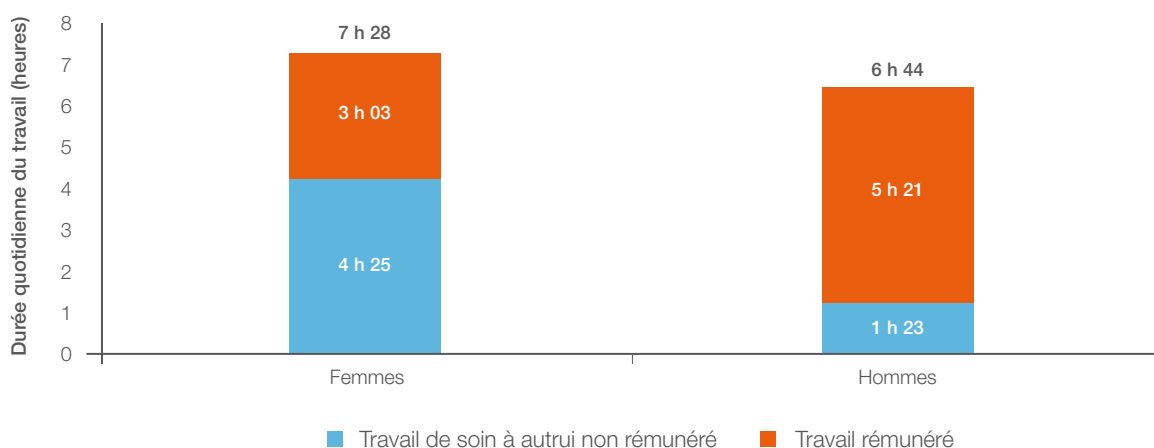
1 heure et 23 minutes (83 minutes). Toujours en moyenne, sur une année, cela représente 201 journées de 8 heures de travail pour les femmes, contre 63 pour les hommes.

Estimations mondiales

Cet écart manifeste entre femmes et hommes a deux effets. Premièrement les femmes ne représentent qu'à peine plus du tiers (36,3 pour cent) de l'ensemble du travail rémunéré, ce qui correspond à 43,1 pour cent du temps consacré par les hommes à la même activité: 3 heures et 3 minutes (183 minutes) pour les femmes contre 5 heures et 21 minutes (321 minutes) pour les hommes. L'écart entre hommes et femmes dans le travail de soin à autrui non rémunéré est donc le reflet de l'écart qui existe dans le travail rémunéré. Deuxièmement, si l'on additionne les deux formes de travail, rémunéré et non rémunéré, le nombre d'heures réalisé chaque jour par les femmes (7 heures et 28 minutes) est supérieur à celui des hommes (6 heures et 44 minutes), soit un écart de 44 minutes (voir figure 2.6).

La figure 2.7 illustre l'écart qui reste à combler pour réaliser la parité entre hommes et femmes dans la division du travail de soin à autrui non rémunéré⁵⁵. Il n'existe pas un seul pays dans le monde où les hommes réalisent une part de ce travail égale à celle des femmes. Toutefois, les pays d'Europe septentrionale sont proches de cette parité, les hommes réalisant plus de 40 pour cent du travail de soin à autrui non rémunéré. En Suède, en Norvège et au Danemark, les hommes en réalisent respectivement 44,7, 43,9 et 43,4 pour cent; ces pays sont suivis du Canada, de la Finlande et de l'Estonie où cette proportion est supérieure à 39 pour cent. À l'autre extrémité du spectre, au Mali, au Cambodge, au Pakistan et en Inde, cette proportion est inférieure à 10 pour cent (8, 8,7, 8,9 et 9,5 pour cent respectivement).

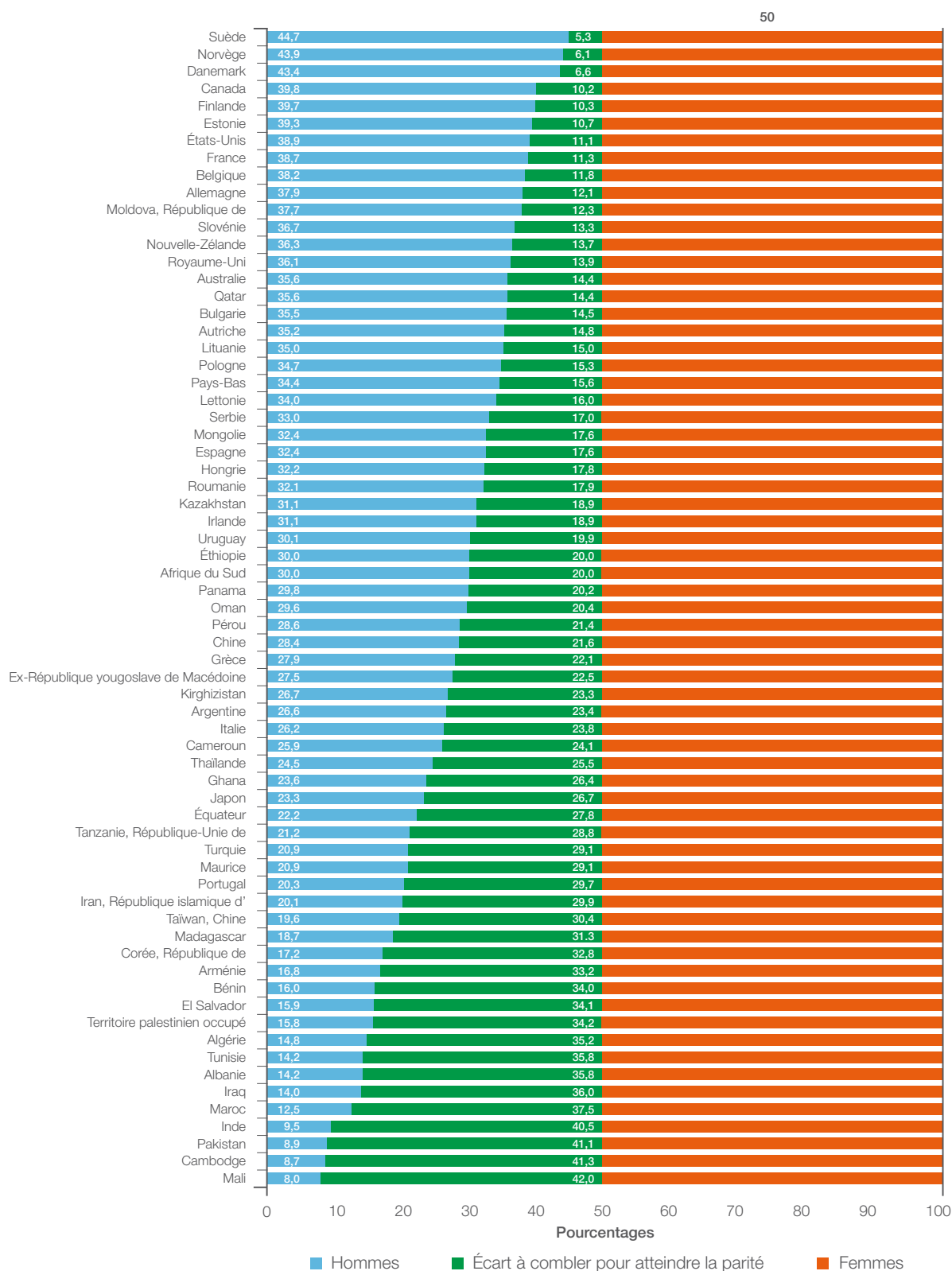
Figure 2.6. Répartition entre hommes et femmes du travail rémunéré, du travail de soin à autrui non rémunéré et du travail total, parmi les personnes interrogées en âge de travailler: moyenne mondiale, selon le sexe, dernière année disponible



Note: Tranche d'âge: 15 ans et plus. Estimations mondiales pondérées en fonction de la population en âge de travailler; 64 pays représentant 67 pour cent de la population mondiale en âge de travailler. Pour les données nationales, voir le tableau A.3.1 de l'annexe A.3 et, pour l'année de l'enquête, voir le tableau A.7.2 de l'annexe A.7.

Source: Calculs du BIT à partir de Charmes, à paraître.

Figure 2.7. Part du travail de soin à autrui non rémunéré, selon le sexe, dernière année disponible



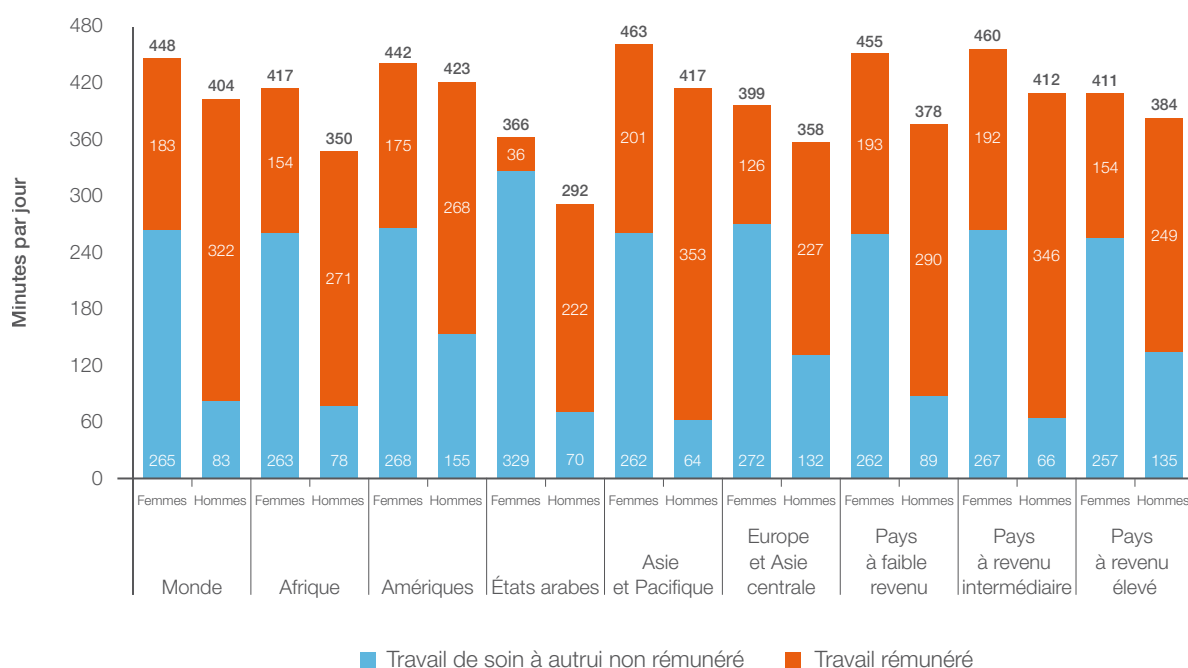
Note: Tranche d'âge: 15 ans et plus; 67 pays. Pour les données nationales, voir le tableau A3.1 de l'annexe A3 et, pour l'année de l'enquête, voir le tableau A.7.2 de l'annexe A.7.

Source: Calculs du BIT à partir de Charmes, à paraître.

Estimations régionales

Dans toutes les régions, les femmes consacrent plus de temps que les hommes aux activités de soin à autrui non rémunérées: 1,7 fois plus dans les Amériques, 2,1 fois plus en Europe et en Asie centrale, 3,4 fois plus en Afrique, 4,1 fois plus en Asie et dans le Pacifique, et jusqu'à 4,7 fois plus dans les États arabes (voir figure 2.8). En conséquence, dans toutes les régions, les femmes consacrent moins de temps que les hommes au travail rémunéré: le rapport entre le travail rémunéré des hommes et celui des femmes est de 0,16 dans les États arabes, 0,56 en Europe et en Asie centrale, 0,57 dans les régions de l'Afrique et de l'Asie et du Pacifique, et de 0,65 dans les Amériques. En outre, la durée du travail des femmes est supérieure à celle des hommes lorsque l'on additionne travail de soin à autrui non rémunéré et travail rémunéré. Le rapport entre le travail total (rémunéré et non rémunéré) des femmes et celui des hommes s'établit comme suit: 1,05 dans les Amériques, 1,11 dans les régions de l'Asie et du Pacifique et de l'Europe et de l'Asie centrale, 1,19 en Afrique, et jusqu'à 1,25 dans les États arabes. Dans 7 pays sur 64, les hommes consacrent plus d'heures que les femmes au travail total, rémunéré et non rémunéré, avec un écart maximal de 80 minutes en Thaïlande. Dans tous les autres pays, la

Figure 2.8. Temps consacré quotidiennement au travail de soin à autrui non rémunéré, au travail rémunéré et au total des deux, selon le sexe, la région et la catégorie de revenu du pays, dernière année disponible



Note: Tranche d'âge: 15 ans et plus. Les estimations mondiales, régionales et par catégorie de revenu du pays sont pondérées en fonction de la population en âge de travailler. Pourcentages représentés de la population en âge de travailler et nombre de pays: monde: 67 pour cent (64); Afrique: 35 pour cent (12); Amériques: 47 pour cent (7); États arabes 29 pour cent (4); Asie et Pacifique: 80 pour cent (11); Europe et Asie centrale: 68 pour cent (30); pays à faible revenu: 32 pour cent (5); pays à revenu intermédiaire: 65 pour cent (30); pays à revenu élevé: 90 pour cent (32). L'addition du travail de soin à autrui non rémunéré et du travail rémunéré peut différer de la valeur du travail total en raison des arrondis. Pour les données nationales, voir le tableau A.3.1 de l'annexe A3 et, pour l'année de l'enquête, voir le tableau A.7.2 de l'annexe A.7.

Source: Charmes, à paraître.

durée totale du travail des femmes est supérieure à celle des hommes, l'écart dépassant 1 heure 30 dans 9 pays, et même 2 heures en Albanie, à Madagascar, au Mali et dans le territoire palestinien occupé.

Parmi les différentes régions, celle des États arabes se caractérise par les plus faibles taux de travail rémunéré, pour les femmes comme pour les hommes (respectivement 36 minutes et 3 heures et 42 minutes par jour) et par le deuxième taux le plus faible en ce qui concerne la participation des hommes aux activités de soin à autrui non rémunérées, avec 1 heure et 10 minutes (voir figure 2.8). Dans la région de l'Asie et du Pacifique, les hommes réalisent la plus faible part de travail de soin à autrui non rémunéré (1 heure et 4 minutes), avec 28 minutes au Pakistan (soit 8,0 pour cent de la durée totale du travail des hommes) et seulement 31 minutes en Inde (7,9 pour cent). La région où la répartition est la plus égalitaire est celle des Amériques, où la participation des femmes au travail rémunéré représente 39,5 pour cent du total, tandis que la part des hommes dans le travail de soin à autrui non rémunéré est égale à 36,6 pour cent. C'est en Europe et en Asie centrale que les hommes réalisent la plus forte part du travail de soin à autrui non rémunéré, leur participation représente 36,7 pour cent de leur durée totale du travail, rémunéré et non rémunéré. Dans cette région, leur part du travail de soin à autrui non rémunéré va de 16,8 pour cent en Albanie à plus de 45 pour cent en Belgique, en Bulgarie, au Danemark, en Estonie et en République de Moldova.

Estimations par catégorie de revenu du pays

La différence de participation relative des femmes et des hommes aux activités de soin à autrui non rémunérées et au travail rémunéré varie selon le niveau de revenu du pays (voir figure 2.8). C'est dans les pays à faible revenu que les femmes consacrent le plus de temps au travail rémunéré (3 heures et 13 minutes par jour); viennent ensuite les pays à revenu intermédiaire (3 heures et 12 minutes) puis les pays à revenu élevé (2 heures et 34 minutes). Cela peut venir du fait que la plupart des femmes sont salariées dans les pays à revenu élevé tandis que, dans les pays à revenu intermédiaire et faible, une forte proportion d'entre elles sont des travailleuses indépendantes ou travailleuses familiales (non rémunérées) collaborant à l'entreprise ou à l'exploitation familiale⁵⁶. La faiblesse du PIB par tête a aussi pour effet de pousser les femmes à avoir une activité rémunérée (voir figure 2.19 et son commentaire).

Lorsque l'on en vient à l'ensemble du travail, ce sont les femmes des pays à revenu intermédiaire qui font les plus longues journées (7 heures et 40 minutes); viennent ensuite celles des pays à revenu élevé (6 heures et 51 minutes), ce qui fait une différence de près d'une heure (49 minutes). Mais c'est dans les pays à faible revenu que l'écart entre hommes et femme est le plus marqué: les femmes y travaillent en tout 77 minutes de plus que les hommes, cet écart étant de 48 minutes dans les pays à revenu intermédiaire et de 27 minutes dans les pays à revenu élevé.

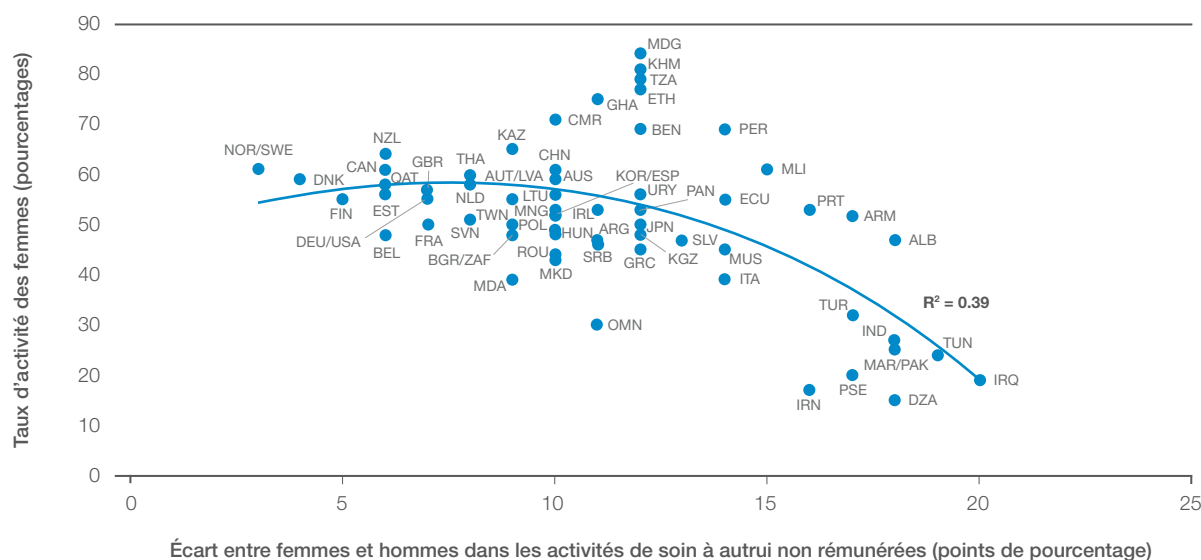
Le PIB par tête n'explique que partiellement ces écarts entre femmes et hommes. C'est dans les pays à revenu intermédiaire que les femmes consacrent le plus de temps aux activités de soin à autrui non rémunérées (4 heures et 27 minutes), puis dans les pays à faible revenu (4 heures et 22 minutes) et enfin dans les pays à revenu élevé (4 heures et 17 minutes). Ces différences en fonction du revenu du pays sont toutefois très faibles,

dans une fourchette de 10 minutes. Et cela, même dans les pays à revenu élevé, où les tâches ménagères devraient prendre moins de temps du fait des équipements disponibles. Par ailleurs, c'est dans les pays à revenu élevé que le volume total de travail de soin à autrui non rémunéré effectué par les hommes est le plus élevé, avec 2 heures et 15 minutes, contre 1 heure et 29 minutes dans les pays à faible revenu (représentés dans notre échantillon par seulement cinq pays africains) et 1 heure et 6 minutes dans les pays à revenu intermédiaire, ce qui fait une différence de plus d'une heure, ou de la moitié, entre la première et la troisième catégorie.

Le paradoxe apparent des pays à revenu élevé, à savoir le niveau relativement haut d'activités de soin à autrui non rémunérées et celui plutôt bas de travail rémunéré malgré une forte richesse par tête, peut s'expliquer par la nature des activités de soin à autrui non rémunérées, tant pour les femmes que pour les hommes. Les données disponibles montrent que dans ces pays les couples sans enfants partagent ces activités de façon plus équilibrée que les couples de même âge qui ont des enfants. De façon caractéristique, c'est la présence d'enfants au-dessous de l'âge scolaire qui accroît la part des femmes dans le travail de soin à autrui non rémunéré⁵⁷. Dans le temps qu'ils passent à s'occuper des enfants, les pères consacrent plus de temps que les mères à des activités «qualitatives», c'est-à-dire interactives: lecture, jeux et aide aux devoirs, par exemple. D'un autre côté, les femmes consacrent plus de temps à des activités de soin physique ou de surveillance, tout en passant globalement plus de temps à s'occuper des enfants, y compris dans des activités «qualitatives»⁵⁸.

Des travaux de recherche ont exploré les effets du taux d'activité des femmes sur la réduction des écarts dans la répartition du travail de soin à autrui non rémunéré. Les résultats d'un projet de recherche d'Oxfam (2014) en Colombie, en Éthiopie, en Ouganda, aux Philippines et au Zimbabwe montrent que, dans chacun de ces pays, les femmes consacrent entre 10 et 44 minutes de moins aux activités de soin à autrui non rémunérées pour chaque jour supplémentaire dévolu au travail rémunéré. Mais le fait d'avoir un travail rémunéré ne réduit pas de façon significative le temps consacré par les femmes au travail de soin secondaire et à s'occuper de personnes dépendantes⁵⁹. D'autres études indiquent qu'une réduction des activités de soin à autrui non rémunérées des femmes ne se traduit pas par une augmentation équivalente du temps qu'elles consacrent à une activité professionnelle, ce qui se traduit par une augmentation de leur charge globale de travail. En fait, pour toute augmentation de 10 pour cent de la part des femmes dans la main-d'œuvre, relativement à celle des hommes, le ratio entre le travail de soin à autrui non rémunéré effectué par les femmes et celui qui est effectué par les hommes diminue d'environ 8 points de pourcentage⁶⁰. Comme on le verra plus loin, cela donne à penser que l'activité professionnelle des femmes ne modifie pas, à elle seule et automatiquement, la division du travail non rémunéré entre hommes et femmes; en outre, les femmes s'engagent dans des activités professionnelles compatibles avec leurs responsabilités familiales, souvent à temps partiel, dans l'emploi indépendant ou dans l'économie informelle. En revanche, une plus grande égalité entre hommes et femmes au travail semble étroitement liée à une division plus égalitaire des activités de soin à autrui non rémunérées au sein des ménages, et ce grâce à des politiques transformatrices en matière de travail et d'activités de soin à autrui, ainsi que sous l'effet des changements d'attitude (voir chapitre 3).

Figure 2.9. Écart entre femmes et hommes dans les activités de soin à autrui non rémunérées et taux d'activité des femmes, dernière année disponible



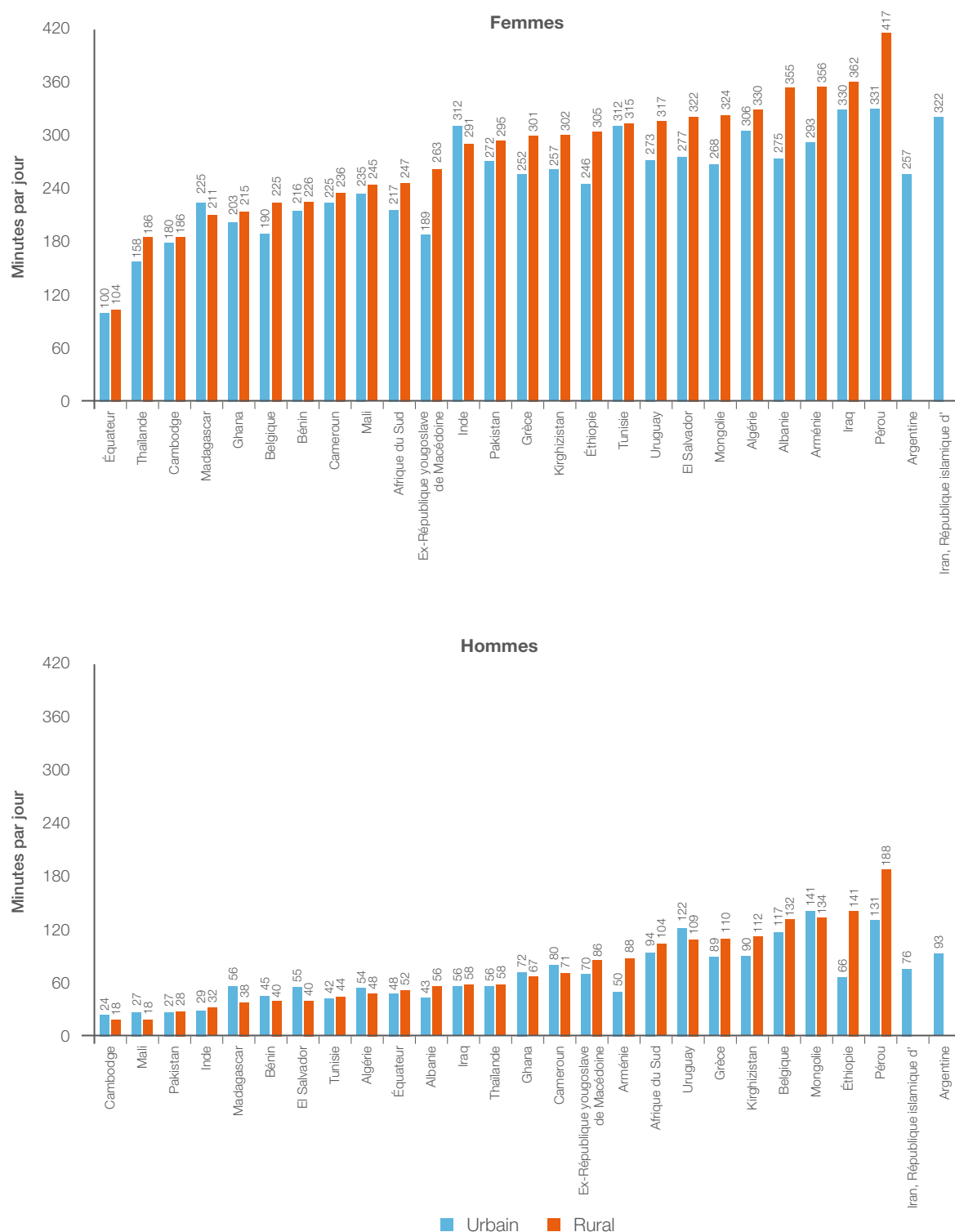
Source: Calculs du BIT à partir de BIT, 2017j, et Charmes, à paraître.

La figure 2.9 montre qu'une répartition plus égalitaire du travail de soin à autrui non rémunéré entre les hommes et les femmes est associée à un taux d'activité féminin plus élevé. La corrélation est forte entre le taux d'activité des femmes et le comblement de l'écart en matière d'activités de soin à autrui non rémunérées⁶¹. Des résultats du même ordre indiquent que dans les pays les plus égalitaires, comme les pays nordiques, l'Australie ou le Canada: 1) les femmes continuent d'effectuer une plus grande part du travail de soin à autrui non rémunéré, mais que l'écart entre hommes et femmes est inférieur à une heure; 2) le taux d'emploi des femmes est élevé, et l'écart entre le taux d'activité des hommes et celui des femmes est moins élevée qu'ailleurs.

2.1.4 L'intersection entre les inégalités hommes-femmes et les autres inégalités dans les activités de soin à autrui non rémunérées

Les écarts entre hommes et femmes observés dans l'utilisation du temps, selon les régions et les pays, peuvent être expliqués – et accentués – par une série d'autres facteurs socio-économiques et de caractéristiques individuelles. Les données des enquêtes sur l'utilisation du temps ont permis de mettre en évidence de façon progressive, mais partielle, ces facteurs et caractéristiques, parmi lesquels on relèvera les suivants: milieu rural ou urbain, âge, niveau d'instruction, situation matrimoniale et présence dans le ménage d'enfants ou d'autres parents ayant besoin de soins ou d'assistance⁶². D'autres dimensions importantes sont à considérer – origine ethnique, orientation sexuelle et identité de genre, handicap, situation de migrant et statut HIV – qui toutes entrent en résonance avec le sexe et ont une influence sur l'allocation du temps et les inégalités induites sur le marché du travail.

Figure 2.10. Temps consacré aux activités de soin à autrui non rémunérées, selon le sexe et l'habitat (urbain ou rural), dernière année disponible



Note: Tranche d'âge: 15 ans et plus; 27 pays. Pour l'année de l'enquête, voir le tableau A.7.2 de l'annexe A.7.

Source: Calculs du BIT à partir de Charmes, à paraître.

Milieu rural ou urbain

D'une manière générale, le fait de résider en milieu rural⁶³ augmente le recours au travail de soin à autrui non rémunéré, surtout des femmes et des filles, de même qu'il est un déterminant important du fait que les femmes n'ont pas d'activité professionnelle⁶⁴. Bien que l'écart entre hommes et femmes y reste considérable, la figure 2.10 montre que, dans presque tous les pays étudiés, les activités de soin à autrui non rémunérées prennent moins de temps dans les zones urbaines, où l'on dispose de plus d'infrastructures de base, d'équipements qui épargnent du travail et de produits alimentaires préparés. Il existe toutefois deux exceptions: l'Inde et Madagascar. Dans ces deux pays, les femmes consacrent plus de temps aux activités de soin à autrui non rémunérées en milieu urbain. Comme les femmes, les hommes à Madagascar consacrent moins de temps à ces activités dans les zones rurales qu'en ville, du fait qu'ils sont plus engagés dans des activités rémunérées⁶⁵. Tel est aussi le cas dans plusieurs autres pays: Algérie, Bénin, Cambodge, Cameroun, El Salvador, Ghana, Mali, Mongolie et Uruguay.

Dans les zones rurales, une quantité considérable de temps et d'efforts physiques sont consacrés à la production de biens pour la consommation personnelle, ce qui suppose par exemple de transformer des produits alimentaires, d'aller ramasser du bois ou de puiser de l'eau⁶⁶. En 2015, 263 millions de personnes faisaient des allers-retours d'environ une demi-heure pour aller puiser de l'eau⁶⁷. En Afrique subsaharienne, cette tâche est effectuée à 71 pour cent par les femmes et les filles⁶⁸. Celles qui habitent en zone rurale passent plus de temps que leurs homologues des villes à aller puiser de l'eau et à ramasser du bois: six fois plus en Éthiopie, cinq fois plus au Bénin et trois fois plus à Madagascar. Les hommes consacrent considérablement moins de temps que les femmes à puiser de l'eau: environ quatre fois moins de temps dans les zones rurales du Bénin et de l'Éthiopie, trois fois moins dans celles de Madagascar. Toutefois, au Bénin, en Éthiopie et en République-Unie de Tanzanie, les hommes passent plus de temps à ramasser du bois, qui est considéré comme une activité masculine, ce qui peut s'expliquer parce que cette collecte peut être destinée à la vente⁶⁹.

Âge

Les caractéristiques des activités de soin à autrui non rémunérées varient tout au long de la vie. Les adultes, femmes et hommes, qui constituent généralement la population en âge de travailler, consacrent plus de temps non seulement au travail rémunéré, mais aussi aux activités de soin à autrui non rémunérées, et ce par comparaison avec les personnes plus jeunes et plus âgées. Cela accréderait l'hypothèse de l'existence d'une relation ayant la forme d'une courbe en U inversé entre l'âge et le temps consacré à ces activités: c'est au milieu de leur vie que les gens, notamment les femmes, consacrent le plus de temps au soin à autrui⁷⁰. Il existe des exceptions, en Éthiopie, au Ghana et en République-Unie de Tanzanie, où les femmes et filles plus jeunes y consacrent autant de temps, voire plus, que les femmes adultes (voir figure 2.11).

Adultes âgés

En règle générale, le nombre d'heures consacrées par les femmes aux activités de soin à autrui non rémunérées décline avec le vieillissement, même si la contribution des

Figure 2.11. Temps consacré aux activités non rémunérées de soin à autrui, selon l'âge*, dernière année disponible



* Définitions: Les tranches d'âge considérées dans les enquêtes sur l'utilisation du temps varient considérablement d'un pays à l'autre. Il s'ensuit une difficulté d'obtenir des tranches d'âge homogènes aux fins de comparaison. Ainsi, la catégorie des «jeunes» peut aller de 10 à 15 ans, de 10 à 17 ans ou de 10 à 19 ans (au Cameroun, en Afrique du Sud et à Maurice respectivement), de 18 à 29 ans (en Uruguay ou dans le territoire palestinien occupé) ou encore de 20 à 24 ans (en Grèce ou aux États-Unis). La catégorie des «personnes âgées» comprend les personnes de 45 ans et plus en Afrique du Sud, de 50 à 74 ans en Tunisie, de 55 ans et plus en Turquie, et de 65 ans et plus dans la plupart des autres pays. Les tranches d'âge des adultes varient en conséquence et, en raison de l'impossibilité d'établir des catégories agrégées, ce sont les tranches de 25 à 44 ans, de 35 à 44 ans ou même de 25 à 34 ans qui sont considérés comme correspondant aux adultes dans un nombre non négligeable de pays. Dans un pays, l'Albanie, la catégorie des adultes correspond à la tranche d'âge de 15 à 64 ans, sans catégorie particulière pour les jeunes. En Chine, les jeunes et les personnes âgées sont agglomérées dans une catégorie unique, celle des «âges inactifs»; c'est pourquoi ce pays n'a pas été pris en compte. Pour toutes ces raisons, nous avons considéré, aux fins de l'analyse présentée dans cette section, les trois grandes catégories d'âge suivantes: «jeunes», «adultes» et «personnes âgées».

Note: 29 pays. Pour l'année de l'enquête, voir le tableau A.7.2 de l'annexe A.7.

Source: Calculs du BIT à partir de Charmes, à paraître.

femmes âgées reste élevée et presque équivalente à celle des femmes en âge de travailler dans certains pays, comme l'Argentine, la Grèce ou la Norvège. En Belgique, en Italie et au Japon, les femmes âgées consacrent plus de temps à ces activités que les femmes adultes. Cela s'explique en partie par le vieillissement de la population. En outre, c'est une pratique courante dans ces pays (et d'autres) que de voir les grands-parents s'occuper de plus en plus des enfants, surtout lorsque les services de prise en charge, publics ou privés, font défaut ou ne sont pas à la hauteur de la demande. S'agissant des hommes, ce qu'il y a de plus frappant dans la figure 2.11, c'est que dans tous les pays la participation des hommes aux activités de soin à autrui non rémunérées augmente fortement lorsqu'ils arrivent à l'âge adulte. L'explication est la même que pour les femmes des mêmes tranches d'âge. La République-Unie de Tanzanie fait exception à ce schéma général: la contribution des femmes et filles plus jeunes est supérieure à celle des femmes âgées. Dans certaines situations, les hommes âgés aussi participent fortement aux activités de soin à autrui non rémunérées. Ainsi, l'analyse multidimensionnelle croisée de l'utilisation du temps en Chine montre que, après avoir contrôlé les effets de l'âge et de l'origine ethnique, les adultes âgés réalisent un surplus de travail de soin à autrui non rémunéré lorsque que les adultes dans la force de l'âge émigrent ou lorsque que des personnes de plus de 70 ans cohabitent avec des enfants⁷¹.

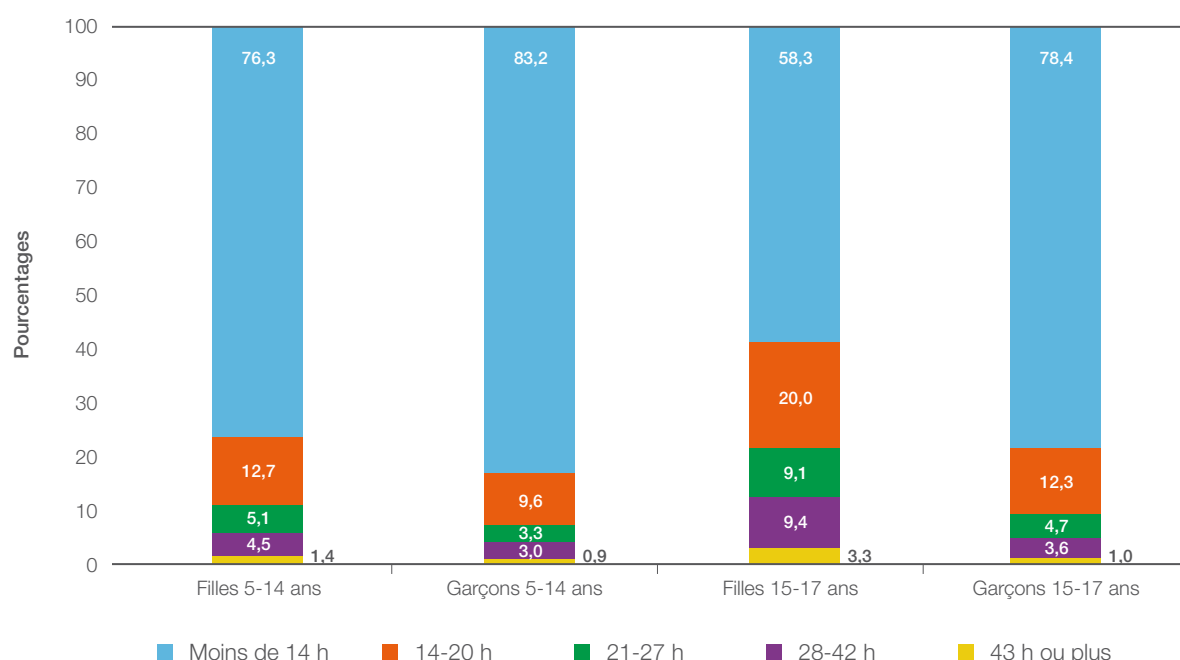
Enfants

Les enfants constituent une réserve significative de prestataires de soin à autrui non rémunérés, surtout dans les régions de l'Afrique et de l'Asie et du Pacifique. Le rapport du BIT *Estimations mondiales du travail des enfants: résultats et tendances 2012-2016* (2017n) donne une estimation de l'ampleur du travail de soin à autrui non rémunéré (tâches ménagères) réalisé par les enfants: 800 millions d'enfants âgés de 5 à 17 ans effectuent un travail de ce type dans leur famille. De même que pour les adultes, la répartition de ce travail est fonction du sexe, dans tous les groupes d'âges et à tous les moments de la semaine.

Environ 54 millions de garçons et filles de 5 à 14 ans effectuent des «heures excessives» de travail non rémunéré, c'est-à-dire 21 heures par semaine, voire plus. Selon les travaux de recherche exploratoires, c'est au-delà de ce seuil que les tâches ménagères ont une incidence négative sur la capacité des enfants de réussir leur scolarité. Il s'agit de filles à 63 pour cent et de garçons à 37 pour cent (voir figure 2.12). Près de 7 millions d'enfants âgés de 5 à 14 ans font des heures extrêmement longues, c'est-à-dire 43 heures par semaine, voire plus. Lorsque les tâches ménagères sont effectuées en plus d'un travail rémunéré, les enfants supportent une double charge. Environ un quart des enfants travaillent au moins 21 heures par semaine, les filles étant surreprésentées dans cette catégorie. L'écart entre filles et garçons augmente avec l'âge. De fait, 35 millions d'adolescents de 15 à 17 ans réalisent dans leur famille des activités de soin à autrui non rémunérées durant au moins 21 heures par semaine; 73 pour cent sont des filles, et 27 pour cent, des garçons⁷².

Le recours significatif aux enfants pour les activités de soin à autrui non rémunérées dans les familles est illustré par les données sur l'utilisation du temps collectées en Colombie, au Mexique, au Pérou et en Uruguay. Si le fait de vivre avec de jeunes enfants

Figure 2.12. Proportion d'enfants effectuant des tâches ménagères, selon le sexe, l'âge et le nombre d'heures par semaine, 2016



Source: BIT, 2017f.

implique un surcroît d'activités de soin à autrui non rémunérées dans le ménage, surtout pour les mères, le travail de soin non rémunéré diminue avec la présence d'enfants âgés de 13 à 18 ans. Cela confirme la contribution de ces derniers, surtout si ce sont des filles, observation qui confirme la transmission des rôles traditionnels d'une génération à l'autre⁷³. Les données sur l'utilisation du temps collectées en 2012 dans deux villages de République-Unie de Tanzanie montrent qu'en moyenne chaque enfant de 10 à 17 ans consacre 12 heures par semaine à aller puiser de l'eau; c'est autant de temps que les enfants ne peuvent consacrer ni à leur scolarité ni au jeu⁷⁴. Les enfants sont aussi des prestataires essentiels pour les membres de la famille malades ou handicapés. Dans certains pays d'Afrique subsaharienne, les enfants – surtout les filles et les jeunes femmes (filles) – dont les parents sont affectés par le VIH s'occupent de leurs jeunes frères et sœurs⁷⁵.

Éducation

Le niveau d'instruction est un autre déterminant important du temps consacré aux activités de soin à autrui non rémunérées, avec des effets opposés pour les femmes et pour les hommes. Plus les femmes sont instruites, moins elles consacrent de temps à ces activités, alors que les hommes s'y engagent d'autant plus qu'ils sont instruits. Dans 8 pays sur 18 pour lesquels nous disposons de données, le temps que les femmes consacrent au travail de soin à autrui non rémunéré diminue lorsque leur niveau d'instruction s'élève. Cela s'accompagne d'un accroissement du temps consacré à l'activité professionnelle (voir section 2.2). Toutefois, en Argentine, le temps consacré par les femmes aux activités de

soin à autrui non rémunérées diminue de 30 minutes lorsqu'elles ont une instruction secondaire, mais pour augmenter de nouveau lorsqu'elles ont une instruction supérieure et revenir au niveau de celui des femmes ayant un niveau d'instruction primaire (4 heures et 30 minutes).

S'agissant du temps que consacrent les hommes aux activités de soin à autrui non rémunérées, dans 5 des 18 pays étudiés sa durée est associée positivement avec le niveau d'instruction (voir figure 2.13). Tel est le cas dans les pays suivants: Belgique, Bénin, Cameroun, Chine et République-Unie de Tanzanie. Dans d'autres pays – Albanie, Algérie, Inde, Tunisie et Turquie –, ce schéma ne s'applique que si l'on considère l'instruction secondaire et supérieure. Dans d'autres enfin – Argentine, Éthiopie, Grèce, Serbie et Uruguay –, c'est l'inverse que l'on observe: plus les hommes sont instruits, moins ils se consacrent aux activités de soin à autrui non rémunérées.

Situation matrimoniale

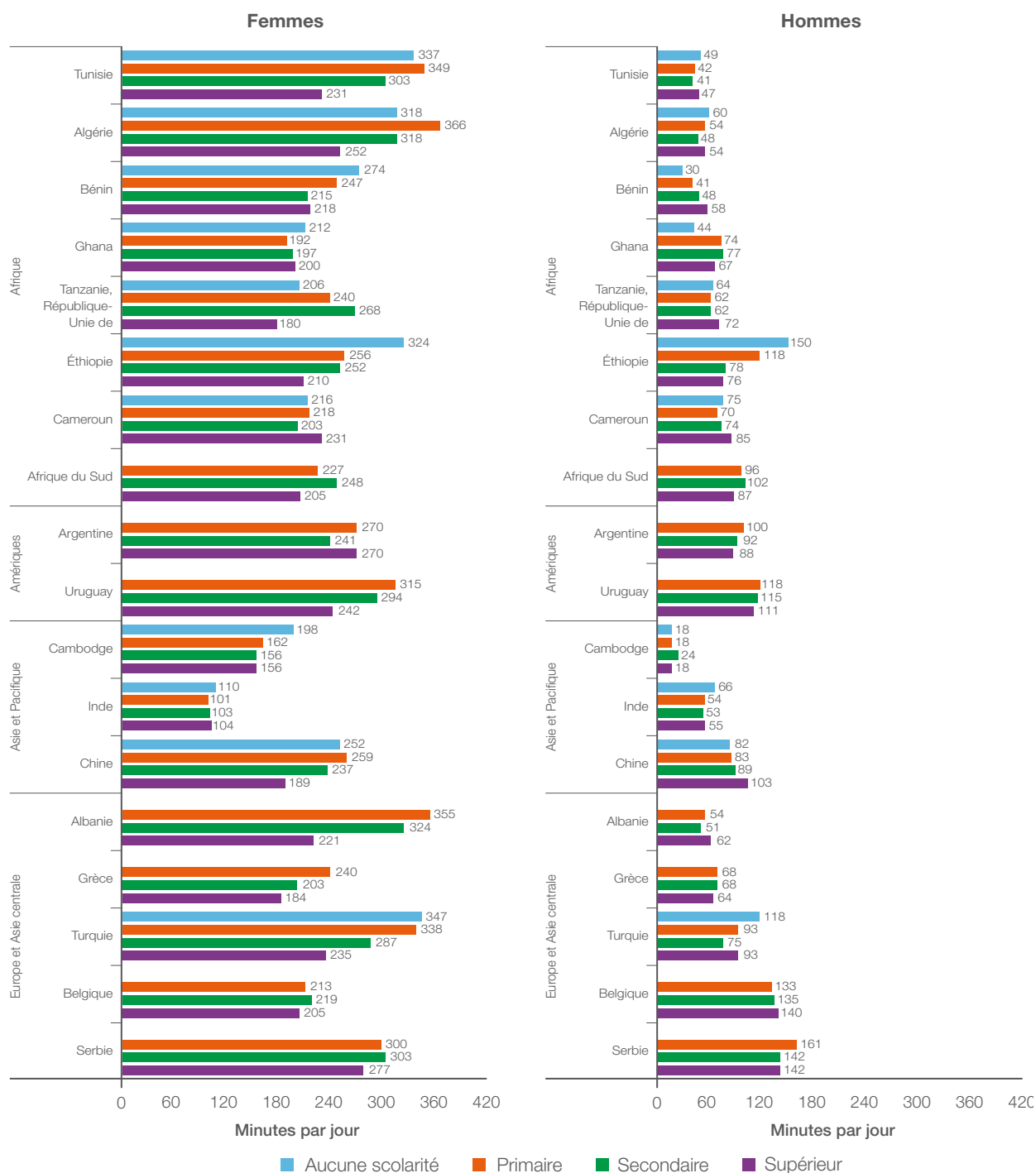
La situation matrimoniale⁷⁶ et la présence d'enfants dans la famille sont de puissants indicateurs de l'association de la dynamique interne des ménages avec la division du travail de soin à autrui non rémunéré. Comme on le voit à la figure 2.14, les femmes mariées voient augmenter considérablement le volume de travail de soin à autrui non rémunéré qui leur est demandé. Cela fait de la formation d'une famille un déterminant essentiel de la forte intensité de ce travail. Ainsi, en Algérie et en Tunisie, le travail de soin à autrui non rémunéré des femmes double lorsqu'elles sont mariées: 7 heures contre 3 heures et 16 minutes pour une célibataire. Il en va de même en Chine (4 heures et 8 minutes contre 2 heures et 13 minutes). Cette durée triple même en Turquie (6 heures et 34 minutes contre 2 heures 25 minutes). L'augmentation est aussi significative en Uruguay, passant de 2 heures et 33 minutes pour une célibataire à plus de 6 heures et 16 minutes pour une femme mariée. En général, la participation des hommes aux activités ménagères augmente aussi lorsqu'ils sont mariés, par exemple en Chine et en Turquie. Toutefois cette augmentation n'est pas aussi spectaculaire que celle des femmes, comme la figure le montre pour 13 des pays.

Présence d'enfants dans le ménage

Sans aucune exception, la quantité de travail de soin à autrui non rémunéré des femmes augmente fortement avec la présence d'enfants dans la famille⁷⁷, surtout lorsqu'ils ont moins de 5 ans (voir figure 2.15). Cette quantité fait plus que doubler pour les femmes qui vivent avec au moins un jeune enfant en Finlande (passant de 2 heures et 45 minutes à plus de 6 heures et 13 minutes par jour); elle double au Royaume-Uni (avec 4 heures et 6 minutes de plus chaque jour). Dans ces deux pays, cette quantité augmente aussi pour les hommes, et de façon sensible (de 1 heure et 41 minutes en Finlande et 1 heure et 39 minutes Royaume-Uni). Cette augmentation du travail de soin à autrui des hommes n'apparaît pas en Afrique du Sud ou reste plus modeste dans d'autres pays: 3 minutes au Ghana, 6 minutes en Algérie, 36 minutes en Éthiopie et jusqu'à 65 minutes en Chine. En Albanie, on observe même une diminution de ce travail en présence d'un enfant jeune.

L'analyse des microdonnées sur l'utilisation du temps en Colombie, au Mexique, au Pérou et en Uruguay confirme que la présence d'enfants de 0 à 5 ans est associée de

Figure 2.13. Temps consacré aux activités de soin à autrui non rémunérées, selon le niveau d'instruction* et le sexe, dernière année disponible

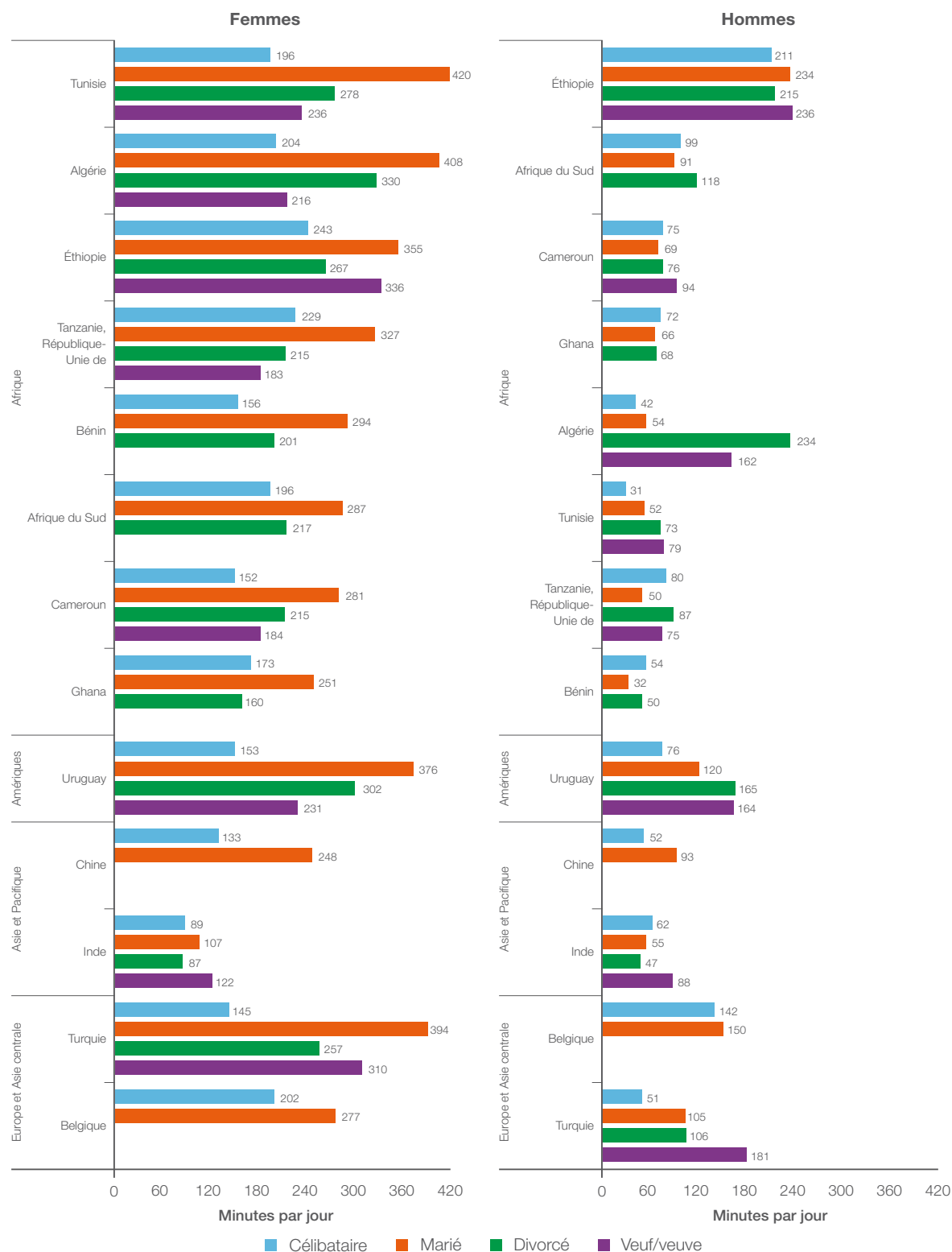


* Définition: Les classifications des niveaux d'instruction sont loin d'être harmonisées. Dans certains pays, l'enseignement secondaire est divisé en deux degrés. Dans ces cas, nous avons pris le niveau supérieur. L'enseignement préscolaire est quelquefois rattaché à l'enseignement primaire. Enfin, certains pays font une distinction entre l'université et d'autres types d'enseignement postsecondaire. À des fins de comparaison, nous avons retenu l'université. D'autres classifications comprennent les catégories suivantes: secondaire incomplet; secondaire complet et supérieur incomplet; supérieur complet. Certaines discordances peuvent donc s'expliquer par les particularités des classifications. Malgré cette hétérogénéité, il est possible de mettre en évidence certaines grandes lignes.

Note: Tranche d'âge: 15 ans et plus; 18 pays. Pour l'année de l'enquête, voir le tableau A.7.2 de l'annexe A.7.

Source: Calculs du BIT à partir de Charmes, à paraître.

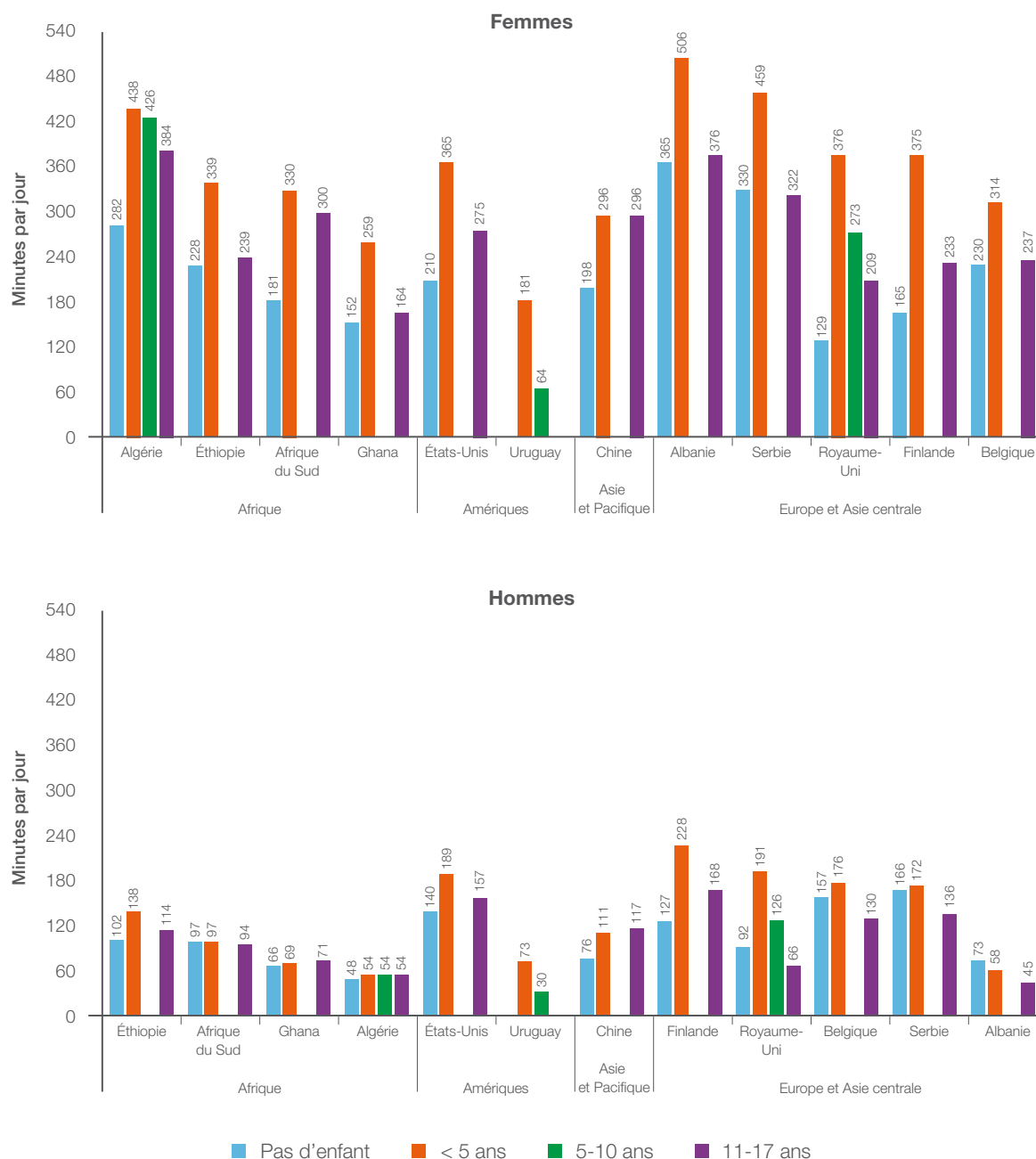
Figure 2.14. Temps consacré aux activités de soin à autrui non rémunérées, selon la situation matrimoniale et le sexe, dernière année disponible



Note: Tranche d'âge: 15 ans et plus; 13 pays. Pour l'année de l'enquête, voir le tableau A.7.2 de l'annexe A.7.

Source: Calculs du BIT à partir de Charmes, à paraître.

Figure 2.15. Temps consacré aux activités de soin à autrui non rémunérées, selon le sexe et la présence d'enfants dans le ménage, dernière année disponible



Note: Tranche d'âge: 15 ans et plus; 12 pays. Pour l'année de l'enquête, voir le tableau A.7.2 de l'annexe A.7.

Source: Calculs du BIT à partir de Charmes, à paraître.

façon positive et significative avec le temps consacré aux activités de soin à autrui non rémunérées, surtout par les mères⁷⁸, lorsque l'on fait la comparaison avec les personnes sans enfants⁷⁹. Dans la Chine rurale, la présence dans le ménage de personnes de plus de 70 ans a aussi pour effet d'accroître le temps consacré à ces activités par les jeunes femmes, ainsi que par les femmes et les hommes plus âgés. Toutefois, cette dernière

augmentation est moins forte que celle qui s'explique par la présence d'enfants d'âge préscolaire et qui est trois fois plus importante pour les femmes que pour les hommes. La présence de plus d'adultes âgés de 16 à 70 ans dans le ménage réduit la durée du travail, rémunéré et non rémunéré, des femmes, sauf en présence d'hommes dans la force de l'âge ou âgés. En fait, leur présence augmente le temps que les femmes âgées consacrent tant au travail rémunéré qu'à des activités de soin à autrui non rémunérées⁸⁰.

2.1.5. Évolution des écarts entre hommes et femmes dans les activités de soin à autrui non rémunérées

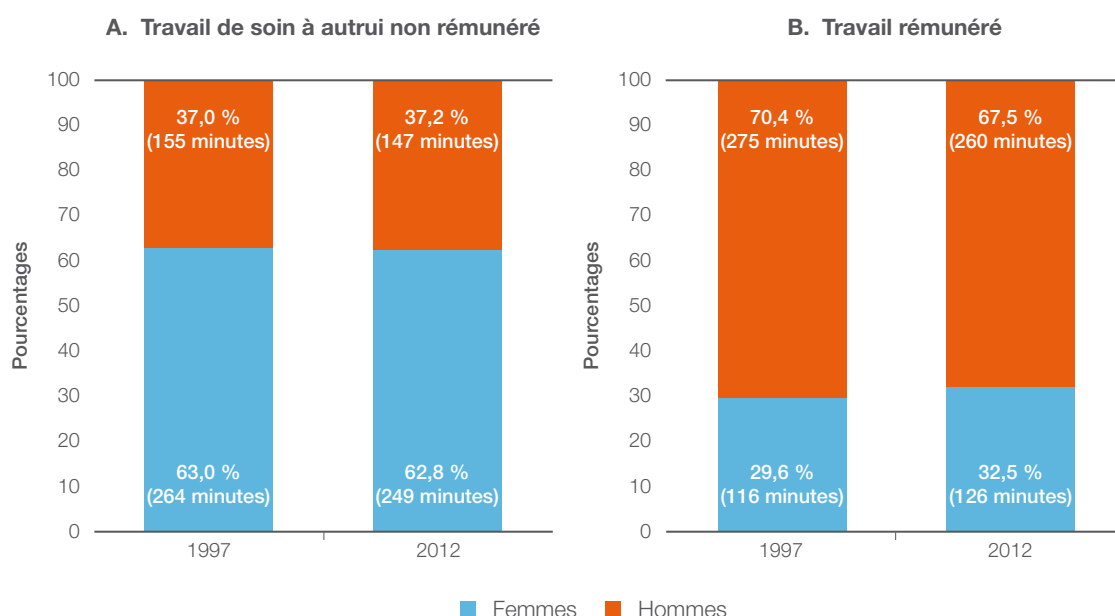
Sur 72 pays pour lesquels nous disposons de données sur l'utilisation du temps, moins de la moitié (23 pays, la plupart à revenu élevé) avaient répété ce type d'enquête au moins une fois⁸¹. Malgré cette périodicité irrégulière, les données disponibles montrent que, sur la durée, l'écart entre femmes et hommes quant au temps consacré aux activités de soin à autrui non rémunérées ne s'est que légèrement comblé et que les femmes continuent de s'acquitter de la majorité du travail de soin à autrui non rémunéré. Cela limite leur capacité d'augmenter leur durée du travail rémunéré, salarié et formel. Cela est vérifié par l'accroissement limité du taux d'emploi des femmes: seulement 2,8 points de pourcentage entre 1997 et 2012 à l'échelle mondiale⁸².

Au cours des quinze dernières années (de 1997 à 2012), les moyennes, pondérées en fonction de la population, pour 23 pays (représentant 17,3 pour cent de la population mondiale en âge de travailler) font apparaître un tableau pratiquement inchangé de la division du travail de soin à autrui non rémunéré. Le temps qu'y consacrent les femmes n'a décliné que légèrement, passant de 4 heures et 23 minutes (soit 63,0 pour cent du total) à 4 heures et 8 minutes (62,8 pour cent). Cette baisse de 15 minutes équivaut à 0,2 point de pourcentage sur quinze ans (voir figure 2.16, panel A).

Sur la même période, le travail de soin à autrui non rémunéré effectué par les hommes n'a pas augmenté, mais plutôt diminué, de 8 minutes en moyenne (passant de 2 heures et 35 minutes à 2 heures et 27 minutes). En conséquence, l'écart entre hommes et femmes ne s'est que légèrement réduit, passant de 1 heure et 49 minutes vers 1997 à 1 heure et 42 minutes vers 2012, soit une réduction de 7 minutes. Par extrapolation linéaire, à ce rythme l'écart serait comblé dans deux cent dix ans, c'est-à-dire en 2228, dans les pays en question. Ce rythme désespérément lent amène à s'interroger sur l'efficacité des politiques des deux dernières décennies en matière de travail de soin à autrui non rémunéré, qu'il s'agisse de son volume ou de sa division (voir chapitre 3).

En 2012, les femmes réalisaient en moyenne 32,5 pour cent de l'ensemble du travail rémunéré dans les 23 pays pour lesquels nous disposons de données (voir figure 2.16, panel B). Cela représente une augmentation moyenne de 10 minutes (ou 8,6 points de pourcentage) sur quinze ans, pour passer de 1 heure et 56 minutes par jour en 1997 à 2 heures et 6 minutes en 2012. Durant la même période, le travail rémunéré des hommes a connu une chute moyenne de 15 minutes (voir ci-dessous). Lorsque l'on additionne le temps de travail rémunéré et le temps de travail de soin à autrui non rémunéré, celui des femmes a diminué de 5 minutes sur les quinze dernières années, et celui des hommes, de

Figure 2.16. Évolution de la durée du travail rémunéré et du travail de soin à autrui non rémunéré, selon le sexe, 1997 et 2012



Note: Tranche d'âge: 15 ans et plus. Estimations mondiales pondérées selon la population en âge de travailler; 1997 est l'année d'observation moyenne des premières enquêtes, et 2012 celle des dernières enquêtes; 23 pays. Pour les données nationales, voir le tableau A.3.2 de l'annexe A.3. Pour l'année de l'enquête, voir le tableau A.7.2 de l'annexe A.7.

Source: Charmes, à paraître.

23 minutes. À l'échelle mondiale, les femmes réalisaient 47,9 pour cent du travail total en 2012, contre 46,9 pour cent en 1997.

Les disparités entre pays fournissent un tableau plus précis et font apparaître les conséquences, sur le travail rémunéré et le travail de soin à autrui non rémunéré, de la crise économique et financière qui a frappé le monde en 2008. Sur 16 des 23 pays, le temps consacré par les femmes aux activités de soin à autrui non rémunérées a progressivement décliné, la baisse la plus marquée s'observant en Turquie, puis en Estonie, en Norvège, en France et en Allemagne avec un taux annuel de 2,6 minutes par semaine (voir figure 2.17). On observe un déclin régulier des activités de soin à autrui non rémunérées des femmes dans les pays à revenu élevé. Toutefois, en Estonie, en Italie et en Espagne, ces activités continuent de représenter plus de 4 heures par jour. Dans les 8 autres pays pour lesquels nous disposons de données, ces activités ont augmenté, de la façon la plus marquée au Japon, mais aussi en Afrique du Sud, au Bénin et en République-Unie de Tanzanie. Cela, malgré une légère augmentation de la part des hommes dans les activités de soin à autrui non rémunérées dans plusieurs pays: Afrique du Sud, Australie, Belgique, Espagne, Italie, Japon, Norvège, Nouvelle-Zélande, Royaume-Uni et Suède (voir figure 2.17).

Entre 2005 et 2010, à cause de la crise économique, le Canada a connu une augmentation du travail de soin à autrui non rémunéré des femmes (+5 minutes) et surtout des hommes

Figure 2.17. Évolution du temps consacré aux activités de soin à autrui non rémunérées, selon le sexe, 1997 et 2012



Note: Tranche d'âge: 15 ans et plus; 1997 est l'année d'observation moyenne des premières enquêtes, et 2012 celle des dernières enquêtes; 23 pays. Pour les données nationales, voir le tableau A.3.2 de l'annexe A.3. Pour l'année de l'enquête, voir le tableau A.7.2 de l'annexe A.7.

Source: Charmes, à paraître.

(+14 minutes). Les données de ce pays sur l'utilisation du temps (2010) montrent que se retrouver au chômage est plus pénalisant pour les femmes qui, en moyenne, ont augmenté le temps consacré aux activités de soin à autrui non rémunérées dans une proportion quatre fois supérieure à celle des hommes⁸³. Après le redressement, la tendance, antérieure à la crise, de diminution de la durée du travail de soin à autrui non rémunéré est repartie de façon plus nette encore, surtout pour les femmes⁸⁴. Aux États-Unis, la durée du travail rémunéré des hommes a chuté de 26 minutes entre 2008 et 2010⁸⁵. On a observé que dans ce pays les pères s'occupent plus des enfants lorsque le taux de chômage dépasse 6 pour cent. Cela est notamment le cas lorsque la mère augmente la durée de son travail rémunéré⁸⁶. Les femmes, et dans une certaine mesure les hommes, augmentent leurs activités de soin à autrui non rémunérées lorsque le chômage est élevé, mais les réduisent lorsque les effets de la crise s'estompent. Cela montre l'importance des activités de soin à autrui non rémunérées et des normes relatives aux rôles des hommes et des femmes dans la formulation des stratégies des ménages face aux épreuves de la récession⁸⁷.

S'agissant des hommes, on a observé au cours des cinquante dernières années une augmentation générale de la contribution des pères à l'éducation des enfants et aux tâches ménagères dans plusieurs pays d'Europe, ainsi qu'en Australie, au Canada, aux États-Unis et en Israël⁸⁸. La figure 2.17 nous donne une idée plus précise de l'évolution du

temps consacré aux activités de soin à autrui non rémunérés selon le sexe. Plus récemment, on a observé que l'augmentation des activités de soin à autrui non rémunérées caractérise de façon significative les hommes les plus jeunes, surtout instruits, dans les pays où le taux de fécondité est bas, comme l'Allemagne, l'Espagne et l'Italie⁸⁹. L'augmentation a été moins significative en Espagne, passant de 1 heure et 59 minutes à 2 heures et 8 minutes par jour entre le début des années 2000 et 2010.

Toutefois, cette lente progression vers des relations plus égalitaires au sein des ménages de certains pays⁹⁰ a été freinée par un ralentissement, ou un palier, de la participation des hommes aux activités de soin à autrui non rémunérées au cours d'une période allant de la fin des années 1990 et du début des années 2000 jusqu'aux années 2009-2015. Ce phénomène a été évident dans des pays tels que l'Australie, la Belgique, le Canada, les États-Unis et le Japon⁹¹. En Thaïlande et en France, c'est à un déclin effectif de cette participation que l'on a assisté (voir figure 2.17).

Quelques facteurs explicatifs

Malgré quelques signes positifs, la persistance de l'ampleur des activités de soin à autrui non rémunérées et de la ségrégation sexuelle qui les caractérise constitue un obstacle sur la voie d'une convergence plus rapide vers plus d'égalité au sein des ménages, et en conséquence sur le marché du travail (voir les sections ci-après)⁹². Bien que les femmes aient augmenté leur part du travail rémunéré, la division sexuée des rôles persiste dans la famille, où les femmes continuent d'assumer la responsabilité primordiale du soin à autrui et des tâches ménagères, même dans les ménages à double revenu⁹³. La réduction progressive de l'écart entre hommes et femmes dans la participation aux activités de soin à autrui non rémunérées que l'on observe dans certains pays est essentiellement due à une réduction du temps consacré par les femmes aux tâches ménagères; parallèlement, au cours des cinquante dernières années, le temps passé par les femmes à s'occuper des enfants a augmenté dans certains pays à revenu élevé⁹⁴. Comme on le voit à la figure 2.9, la relation entre le taux d'activité des femmes et leur part des activités de soin à autrui non rémunérées n'est pas linéaire. En fait, les femmes ajoutent du travail de soin non rémunéré à la durée de leur travail rémunéré, faisant ainsi une «double journée»⁹⁵. Celles qui ont de faibles revenus, qui vivent en milieu rural, qui sont moins instruites et qui ont de jeunes enfants consacrent plus de temps aux activités de soin à autrui non rémunérées que leurs homologues qui ont des revenus élevés, qui vivent en milieu urbain, et qui sont plus instruites.

Les hommes, surtout les plus instruits, se consacrent plus aux activités de soin à autrui non rémunérées, même s'il s'agit surtout d'effectuer des tâches non routinières connotées comme masculines (courses, transports, bricolage, etc.) ou de s'occuper des enfants dans des activités «qualitatives»⁹⁶. Cela dit, les hommes passent moins de temps que les femmes à s'occuper des enfants⁹⁷, mais on constate tout de même une augmentation progressive depuis les années 1960 dans des pays tels que la Norvège, les Pays-Bas ou le Royaume-Uni⁹⁸. Les mesures en matière de soin à autrui, notamment celles qui visent à inciter les pères à prendre des congés parentaux, ont joué un rôle important pour promouvoir le partage de la responsabilité des enfants et l'égalité dans la division du travail de soin à autrui non rémunéré (voir chapitre 3)⁹⁹.

Plusieurs facteurs – les conséquences de la crise économique de 2008, le respect des normes culturelles sexuées (voir section 2.3), les pratiques discriminatoires au travail et ce que l’on appelle l’«effet de plafonnement» des politiques actuelles (à savoir les limites à leur efficacité face aux inégalités dans le travail de soin à autrui non rémunéré) – contribuent à expliquer le ralentissement récent de la convergence vers la parité observée dans certains pays à revenu élevé¹⁰⁰.

La persistance de forts écarts entre femmes et hommes dans d’autres pays peut aussi s’expliquer par ces facteurs. Certains auteurs ont aussi souligné les effets de la progression des horaires de travail atypiques (travail en équipe, durée du travail longue, horaires fragmentés, etc.) dans le secteur des services, qui aurait renforcé la division traditionnelle du travail de soin à autrui non rémunéré¹⁰¹. Il a été démontré qu’il est particulièrement difficile d’établir une division plus égalitaire des tâches ménagères, car le développement des services payants ne réduit le travail ménager que de façon marginale. Les tâches ménagères, et surtout les activités de soin à autrui directes, sont incompatibles avec les horaires excessifs et désocialisants qui caractérisent certains emplois occupés en particulier par les hommes¹⁰². À l’échelle mondiale, on observe une différence de 10,8 points de pourcentage entre hommes et femmes dont la durée de travail est excessive (plus de 48 heures par semaine) dans le salariat, la différence étant de 5,5 points de pourcentage dans l’emploi indépendant¹⁰³. C’est en Asie de l’Est, de l’Ouest et centrale que l’on observe le plus fréquemment des durées du travail excessives, touchant près de la moitié des hommes et des femmes. Plus de 40 pour cent des hommes effectuent plus de 48 heures par semaine dans des pays tels que l’Éthiopie, la Jordanie, le Maroc, le Nigéria, le Pakistan, les Philippines, Singapour et la Turquie¹⁰⁴.

Même si jusqu’ici la progression vers une division plus égalitaire des activités de soin à autrui non rémunérées est restée limitée, plusieurs pays mènent des politiques allant dans ce sens. Comme on le verra aux chapitres 3 et 6, ces exemples montrent que la parité pourrait être réalisée en 2030 pourvu qu’un changement des principes directeurs des politiques en matière de soin à autrui induise la création d’un environnement propice à la réalisation de l’égalité entre hommes et femmes à la maison comme au travail (voir chapitre 1)¹⁰⁵.

2.2. ACTIVITÉS NON RÉMUNÉRÉES DE SOIN À AUTRUI ET INÉGALITÉS ENTRE HOMMES ET FEMMES DANS LE MONDE DU TRAVAIL

La reproduction au sein des ménages, des familles et de la société – qui prend la forme des activités de soin non rémunérées, avec leur intensité et leur répartition inégalitaire – a toujours été négligée dans l’analyse des inégalités sur le marché du travail. Toutefois, les inégalités entre hommes et femmes dans le travail de soin non rémunéré constituent le chaînon manquant pour expliquer les écarts dans la situation des hommes et des femmes dans le monde du travail¹⁰⁶. Pour comprendre la perpétuation des inégalités entre hommes et femmes au sein de la main-d’œuvre et pour s’y attaquer, il est essentiel d’intégrer au cadre d’analyse la perspective du soin à autrui, sous sa forme rémunérée ou non rémunérée.

Dans la section suivante, nous verrons comment la division inégalitaire du travail au sein des ménages détermine les écarts entre hommes et femmes dans le monde du travail, qu'il s'agisse du taux d'activité, du taux d'emploi, de la durée du travail ou du caractère informel de l'emploi. La structure du ménage ainsi que la présence dans la famille de personnes ayant besoin de soin ou de soutien ont une forte influence sur le niveau et les modalités de l'activité économique des femmes et des hommes, prestataires de soin à autrui ou non. De fait, ce qui est ainsi déterminé, c'est la décision des femmes d'entrer ou non dans la main-d'œuvre, à quel degré (c'est-à-dire avec quelle durée du travail) et avec quelle qualité de l'emploi.

2.2.1. Les activités de soin à autrui non rémunérées: principales barrières à l'activité économique des femmes

En 2018, le taux d'activité des femmes était de 48,5 pour cent, et celui des hommes, de 75,0 pour cent. L'écart est de 26,5 points de pourcentage¹⁰⁷. Cela signifie que 2,1 milliards de personnes en âge de travailler étaient inactives: 67,3 pour cent de femmes (plus de 1,4 milliard) et 32,7 pour cent d'hommes (706 millions). Comme on l'a déjà vu, l'«inactivité» statistique des femmes masque leur gigantesque apport à la société sous forme de milliards d'heures de travail de soin à autrui non rémunéré, apport qui reste invisible et n'est pas comptabilisé dans les statistiques nationales (voir section 2.1.2). En outre, cela a pour effet de cacher les «femmes manquantes» dans les statistiques du travail, à savoir celles qui travaillent en dehors de la maison, mais s'identifient elles-mêmes comme «femmes au foyer», parce qu'elles déprécient leur activité rémunérée et n'en font pas état¹⁰⁸.

Si ces moyennes mondiales reflètent une répartition quasiment inchangée du travail de soin à autrui non rémunéré (voir section 2.1.5), les différences régionales de taux d'activité des femmes expriment non seulement la persistance de normes culturelles sexuées¹⁰⁹, mais surtout un manque de moyens adéquats, à la disposition des femmes, pour concilier activité professionnelle et activités de soin à autrui non rémunérées. L'écart de taux d'activité reste important dans des régions où il l'était déjà, comme les États arabes ou l'Afrique du Nord. En Asie du Sud et en Asie de l'Est, l'écart s'est même encore creusé¹¹⁰. Avec l'Europe du Nord, du Sud et de l'Ouest, l'Amérique du Nord et l'Afrique subsaharienne, l'Amérique latine est la région où l'écart de taux d'activité s'est le plus rétréci, celui des femmes passant de 40,3 pour cent en 1991 à 51,5 pour cent en 2018. Le taux d'activité des femmes en âge de procréer, qui est passé de 53 pour cent en 1992 à 65 pour cent 2012, semble avoir joué un rôle important dans l'augmentation globale¹¹¹.

L'analyse qui suit apporte de nouveaux éclairages pour comprendre ces phénomènes régionaux et mondiaux. Pour la première fois, l'analyse de nouvelles données provenant de 89 enquêtes sur la main-d'œuvre et auprès des ménages (couvrant 81,3 pour cent de la population mondiale en âge de travailler) permet d'évaluer, à l'échelle mondiale, à l'échelle régionale et en fonction du niveau de revenu des pays, dans quelle mesure la présence de personnes dépendantes dans le ménage (qui est indicatrice de travail de soin à autrui non rémunéré) a une incidence sur la situation sur le marché du travail des femmes et des hommes, à commencer par leur taux d'activité. L'analyse porte sur plus de

15 millions d'observations, à partir desquelles nous avons pu déterminer la composition des ménages, faire la distinction entre prestataires non rémunérés et non prestataires¹¹², ainsi qu'identifier les bénéficiaires des activités de soin à autrui (voir chapitre 1).

En 2018, on dénombrait environ 2,3 milliards d'adultes¹¹³, femmes (1,2 milliard) et hommes (1,1 milliard)¹¹⁴, vivant dans des ménages avec au moins un enfant de moins de 15 ans ou une personne âgée ayant atteint ou dépassé l'espérance de vie en bonne santé¹¹⁵. Ces prestataires «potentiels» de soin à autrui représentent 41,9 pour cent de la population en âge de travailler. Si, dans un ménage, le fait de vivre avec une personne ayant besoin qu'on s'occupe d'elle augmente la probabilité d'assurer des activités de soin à autrui non rémunérées, il a été démontré à la section 2.1 que tous les prestataires potentiels le font pas nécessairement. En fait, c'est l'intensité de cette activité, mesurée en heures, qui varie sensiblement en fonction du sexe et d'autres caractéristiques socio-économiques et qui affecte la situation professionnelle.

Activité économique des prestataires de soin à autrui non rémunérés

Nous commencerons ici par observer la situation des prestataires de soin à autrui non rémunérés au regard de l'activité économique, en nous concentrant sur les personnes qui vivent avec quelqu'un de dépendant, qui sont hors de la main-d'œuvre (en situation d'inactivité économique) et qui sont prestataires non rémunérés à plein temps. Une comparaison entre taux d'activité des femmes et taux d'activité des hommes montre que la présence d'enfants de moins de 15 ans ou de personnes âgées dans le ménage a un effet négatif sur le taux d'activité des femmes (pénalisation sur le marché du travail) et un effet positif sur celui des hommes (prime sur le marché du travail). La pénalisation des femmes est plus forte lorsque les enfants ont 5 ans ou moins.

Lorsqu'on examine les différences de situation au regard de l'emploi entre les femmes selon qu'elles sont ou non prestataires de soin à autrui non rémunérées, les chiffres montrent que 45,1 pour cent des prestataires sont inactives, cette proportion étant de 42,6 pour cent pour celles qui n'ont pas de responsabilités familiales de soin à autrui (voir figure 2.18). Dans la plupart des régions ou des catégories de revenu du pays, on observe cette pénalisation des femmes qui sont prestataires non rémunérées. Si l'on considère le taux d'emploi, il est supérieur chez les femmes qui ne sont pas prestataires de soin, surtout dans les pays à revenu élevé où la différence atteint 8 points de pourcentage. Dans ces pays, 27,3 pour cent des femmes prestataires de soin à autrui non rémunérées sont inactives, cette proportion étant de 19,4 pour cent chez celles qui n'ont pas de responsabilités de soin à autrui. Au niveau régional, c'est dans les Amériques que l'on observe l'écart le plus fort (7,4 points de pourcentage) entre les taux d'emploi des femmes non prestataires et prestataires de soins; viennent ensuite l'Europe et l'Asie centrale (5,8 points de pourcentage). Ainsi, en Hongrie, les femmes prestataires de soin à autrui sont occupées à 61,9 pour cent, tandis que celles qui n'ont pas de responsabilités de soin à autrui le sont à 85,4 pour cent, soit plus de 20 points de pourcentage. En Autriche, en Suisse et en République tchèque cet écart est du même ordre de grandeur. Il s'agit aussi de pays où les services en la matière sont limités (voir chapitres 3 et 4).

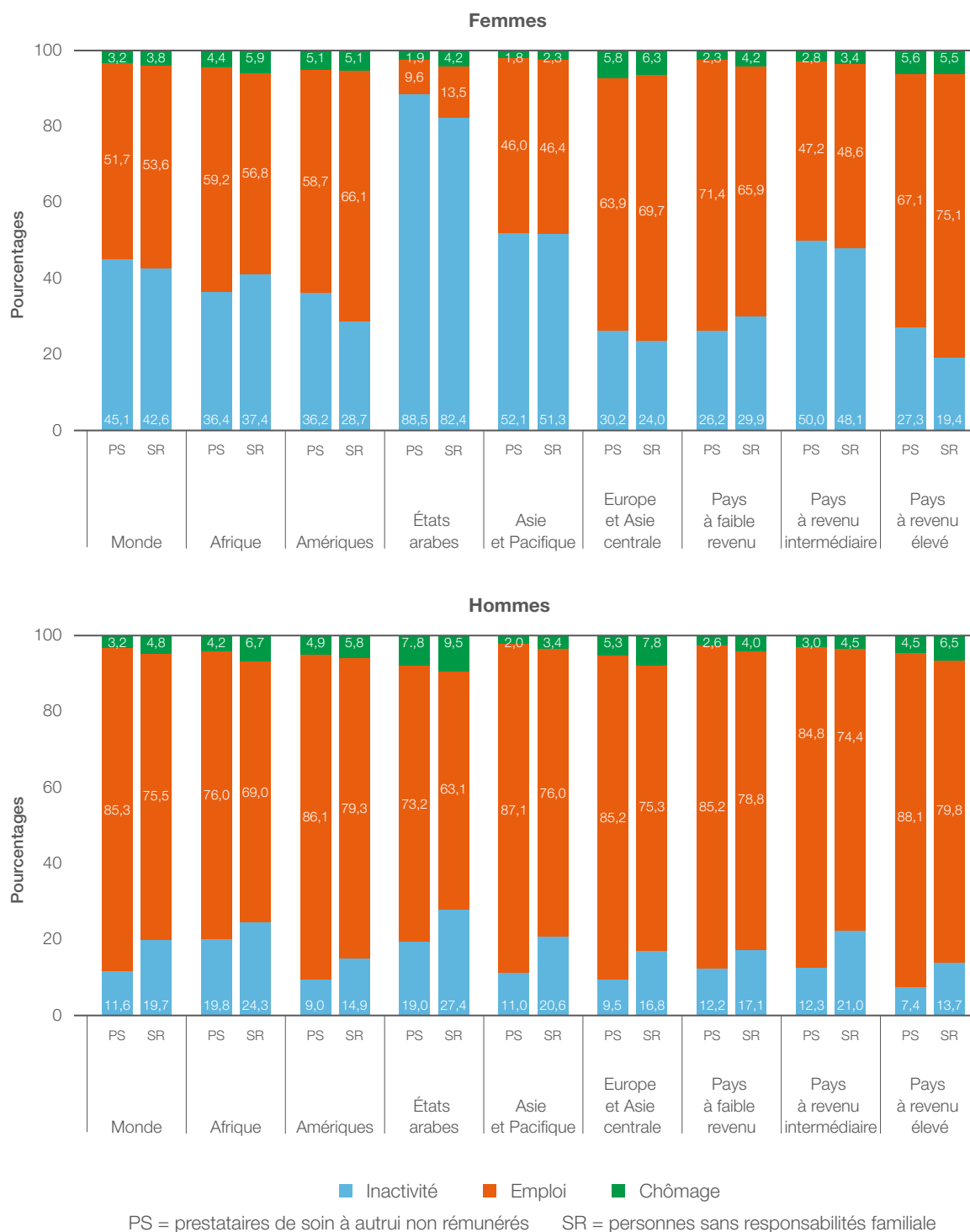
C'est dans les pays à revenu intermédiaire que l'on trouve les plus fortes proportions de femmes inactives qui sont prestataires de soin à autrui non rémunérées (50 pour cent) et qui ne le sont pas (48,1 pour cent). Au niveau régional, on constate que les femmes qui sont prestataires non rémunérées seront probablement inactives dans les États arabes, où seulement 10 pour cent d'entre elles ont un emploi. C'est la plus faible proportion de toutes les régions et de toutes les catégories de revenu des pays. On y constate également que seulement 14 pour cent des femmes non prestataires de soin à autrui ont un emploi. On observe des exceptions à la pénalisation des femmes prestataires de soin à autrui en Afrique et dans les pays à faible revenu. Ainsi, en Afrique les femmes prestataires de soin sont plus nombreuses parmi les actives occupées que celles qui ne sont pas prestataires de soin (2,4 points de pourcentage de plus) et ont une probabilité inférieure d'être inactives (1 point de pourcentage de moins); ces phénomènes trouveront leur explication ci-après, à propos de la figure 2.19.

La situation des hommes au regard de l'emploi, qu'ils soient ou non prestataires de soin à autrui non rémunérés, est l'inverse de celle des femmes. Dans toutes les régions et quelle que soit la catégorie de revenu du pays, les hommes qui cohabitent avec des personnes dépendantes, donc considérés comme prestataires non rémunérés, ont systématiquement plus de chances d'être actifs (bénéficient de leur prime) que ceux qui n'ont pas de personnes dépendantes dans leur ménage. Ils ont plus de chance d'occuper un emploi et une probabilité inférieure d'être inactifs lorsqu'ils vivent avec des enfants de moins de 15 ans ou des personnes âgées. Cela confirme que le modèle de l'«homme soutien de famille» continue de prévaloir partout dans le monde. Les hommes qui sont prestataires de soin à autrui non rémunérés ont un taux d'activité moyen supérieur de 8,2 points de pourcentage à celui des hommes sans responsabilités familiales. À l'échelle mondiale, seulement 11,6 pour cent des hommes prestataires de soin à autrui sont inactifs et 85 pour cent d'entre eux sont employés, alors que 19,7 pour cent des hommes non prestataires de soin à autrui sont inactifs, et 75,5 pour cent, employés (voir figure 2.18).

Si l'on considère les trois catégories de revenu, c'est dans les pays à revenu intermédiaire que l'écart de taux de participation est le plus fort (8,7 points de pourcentage), avec 21,0 pour cent des hommes sans responsabilités de soin en situation d'inactivité contre 12,3 pour cent pour ceux qui sont prestataires non rémunérés. À l'échelle régionale, cet écart varie de 4,5 points de pourcentage en Afrique à 9,6 en Asie et dans le Pacifique. À l'échelle nationale, c'est au Niger qu'il est le plus important (16,7 points de pourcentage), alors qu'il est négatif au Congo (-37,6 points de pourcentage), où les hommes ayant des responsabilités de soin sont moins actifs que les autres.

Pour expliquer plus avant la situation d'activité ou non des prestataires rémunérés et de ceux qui ne le sont pas, on s'est penché sur le degré de pauvreté des 89 pays étudiés. La figure 2.19 montre que le degré de pauvreté, au seuil de 1,90 dollar É.-U. par jour, est en corrélation négative (-0,51) avec l'écart des taux d'inactivité entre les femmes prestataires de soin à autrui et celles qui ne le sont pas. De fait, la relation entre les deux pourrait prendre la forme d'une courbe en U inversé. Dans les pays à faible revenu, malgré le manque de services de soin à autrui, on observe une plus faible proportion de femmes inactives parmi celles qui ont des responsabilités familiales, par comparaison avec celles qui n'en ont pas. Cela s'explique par le degré de pauvreté et la nécessité d'avoir une activité rémunérée pour subvenir aux besoins de la famille. Avec le

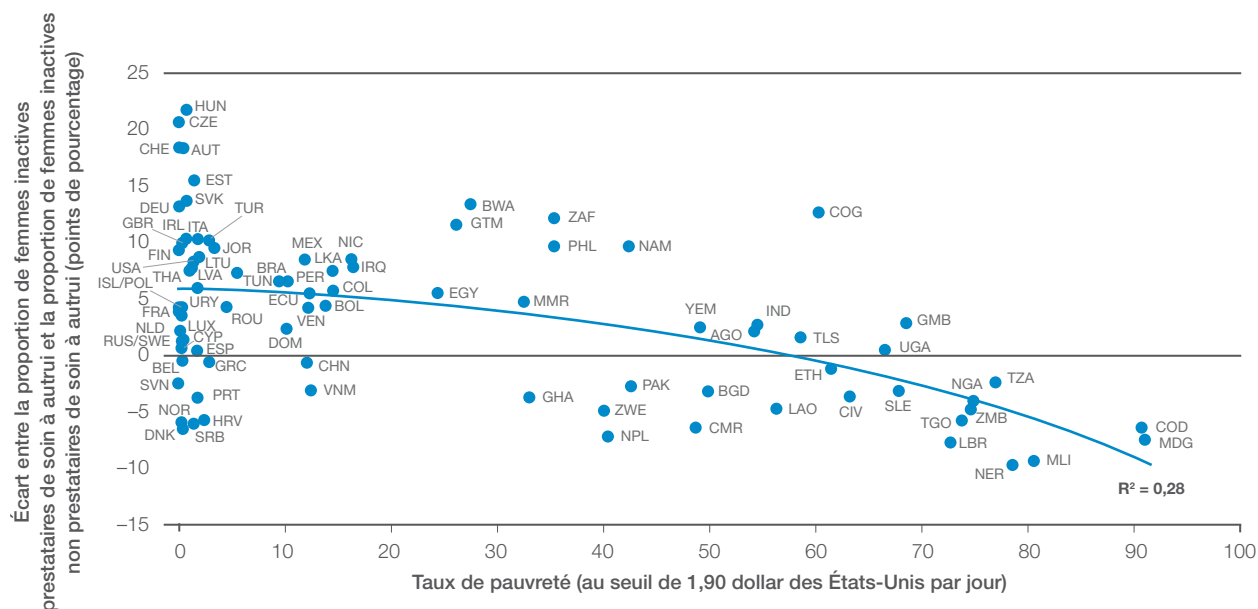
Figure 2.18. Situation au regard de l'emploi des prestataires de soin à autrui non rémunérés et des personnes sans responsabilités familiales, selon le sexe, dernière année disponible



Note: La tranche d'âge est de 25 à 54 ans pour les pays à revenu élevé, de 18 à 54 ans pour les pays à revenu faible et intermédiaire. Pourcentage de la population en âge de travailler (et nombre de pays): monde: 82 pour cent (89); Afrique: 70 pour cent (24); Amériques: 88 pour cent (13); États arabes: 43 pour cent (3); Asie et Pacifique: 84 pour cent (15); Europe et Asie centrale: 83 pour cent (34); pays à faible revenu: 66 pour cent (14); pays à revenu intermédiaire: 86 pour cent (44); pays à revenu élevé: 69 pour cent (31). Pour les données nationales, voir le tableau A.3.3 de l'annexe A.3. Pour l'année de l'enquête, voir le tableau A.7.1 de l'annexe A.7.

Source: Calculs du BIT à partir de microdonnées d'enquêtes sur la main-d'œuvre et auprès des ménages.

Figure 2.19. Écart entre la proportion de femmes inactives prestataires de soin à autrui et la proportion de femmes inactives non prestataires de soin à autrui selon le taux de pauvreté, dernière année disponible



Note: Un écart positif indique la pénalisation des femmes vivant avec des personnes dépendantes. L'écart observé à l'échelle nationale est mis en relation avec le taux de pauvreté au seuil de 1,90 dollar É.-U. par jour (PPA 2011); 84 pays.

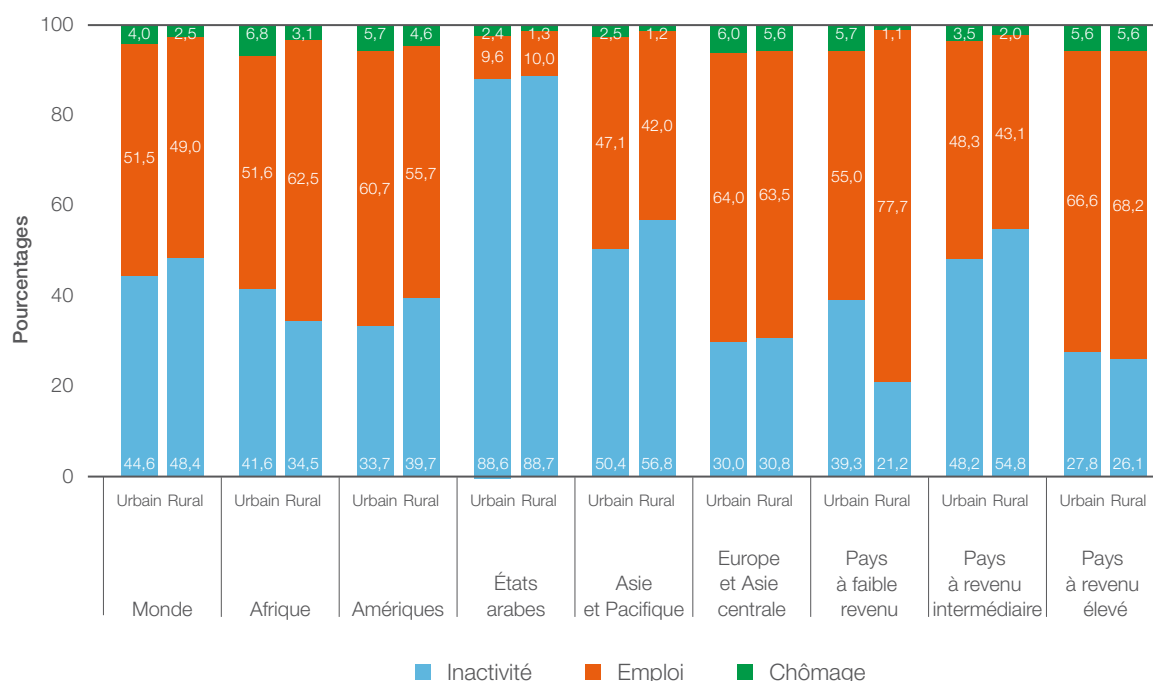
Source: Calculs du BIT à partir de microdonnées d'enquêtes sur la main-d'œuvre et auprès des ménages et de Banque mondiale, 2018a.

développement économique et la diminution du taux de pauvreté, les femmes qui vivent avec des enfants de moins de 15 ans ou avec des personnes âgées ont tendance à se retirer de la main-d'œuvre en plus forte proportion que les femmes sans responsabilités de soin.

Le fait d'être prestataire de soin à autrui non rémunérée est légèrement plus désavantageux sur le plan économique dans les zones rurales, où 48,4 pour cent des femmes vivant avec des personnes dépendantes sont inactives, contre 44,6 pour cent de leurs homologues urbaines (voir figure 2.20). C'est dans la région de l'Asie et du Pacifique que l'on observe le plus de différences entre zones rurales et zones urbaines en ce qui concerne la situation au regard de l'emploi des femmes ayant des responsabilités familiales. En zone rurale, celles-ci ont une probabilité d'être inactives supérieure de 6 points de pourcentage par rapport à leurs homologues urbaines. Ce résultat est dû au poids de la Chine, où 71,6 pour cent des femmes prestataires non rémunérées des zones urbaines sont en situation d'emploi, alors qu'elles ne sont que 44,4 pour cent dans les zones rurales. La Chine est le pays où les femmes des zones rurales sont le plus pénalisées. Les femmes prestataires non rémunérées qui vivent dans les zones urbaines connaissent un écart de taux d'activité de plus de 15 points de pourcentage au Guatemala, au Mexique, en Roumanie, en Serbie et en Sierra Leone, écart qui dépasse 20 points de pourcentage en Afrique du Sud, en Bulgarie, en Lituanie et au Nicaragua.

En outre, le fait d'être prestataire non rémunéré est plus pénalisant lorsque l'on s'occupe de jeunes enfants plutôt que de personnes âgées. La pénalisation professionnelle est accentuée pour les femmes qui vivent avec des enfants de 0 à 5 ans. Cette différence

Figure 2.20. Femmes prestataires de soin à autrui non rémunérées, selon le lieu de résidence et la situation au regard de l'emploi, dernière année disponible



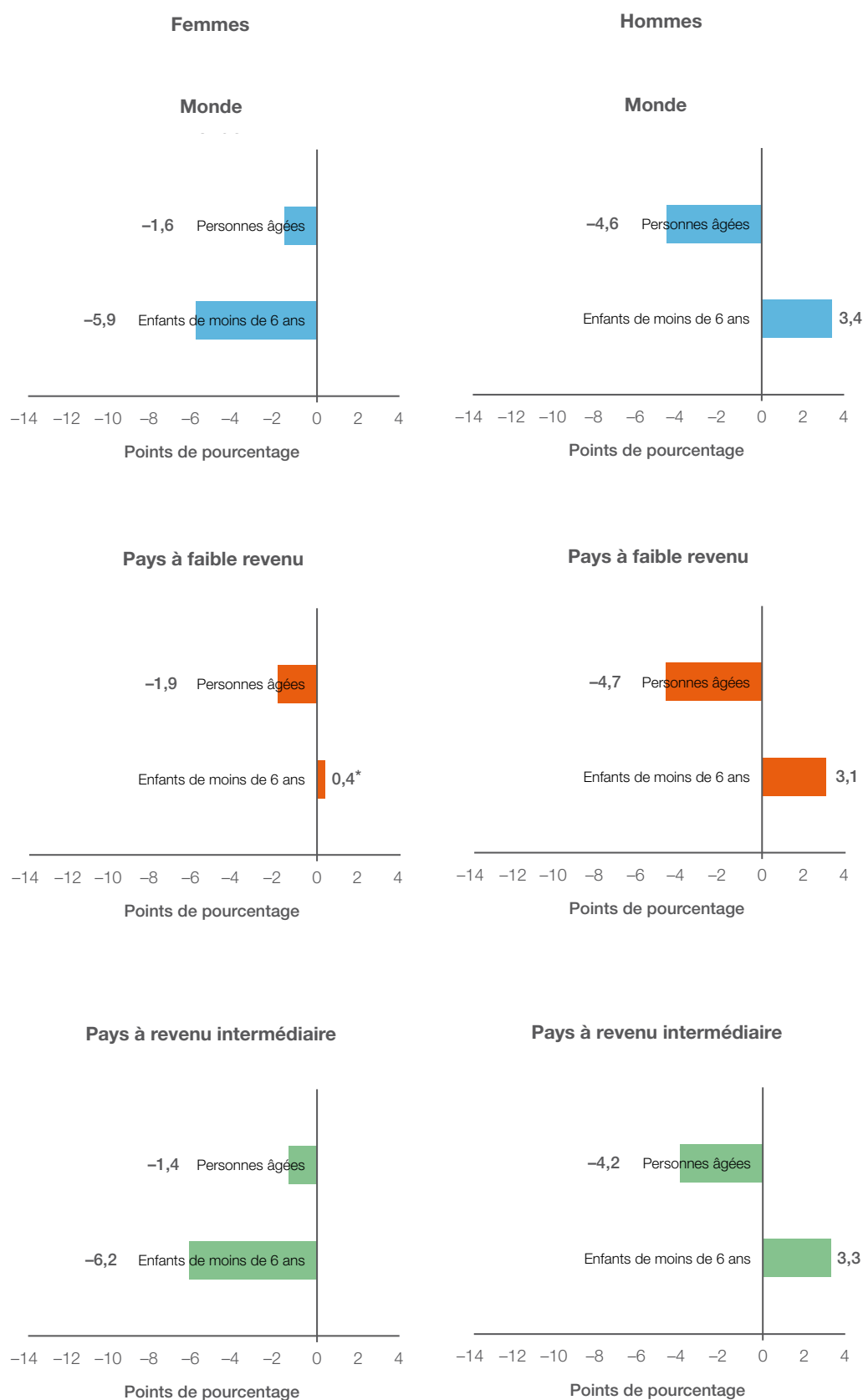
Note: La tranche d'âge est de 25 à 54 ans pour les pays à revenu élevé, de 18 à 54 ans pour les pays à revenu intermédiaire et faible. Les estimations mondiales, régionales et par catégorie de revenu du pays sont pondérées en fonction de la population en âge de travailler. Pourcentages de la population en âge de travailler (et nombre de pays): monde: 80 pour cent (82); Afrique: 69 pour cent (23); Amériques: 78 pour cent (10); États arabes: 48 pour cent (3); Asie et Pacifique: 83 pour cent (15); Europe et Asie centrale: 81 pour cent (31); pays à faible revenu: 66 pour cent (14); pays à revenu intermédiaire: 84 pour cent (40); pays à revenu élevé: 68 pour cent (28). Pour les données nationales, voir le tableau A.3.4 de l'annexe A.3. Pour l'année de l'enquête, voir le tableau A.7.1 de l'annexe A.7.

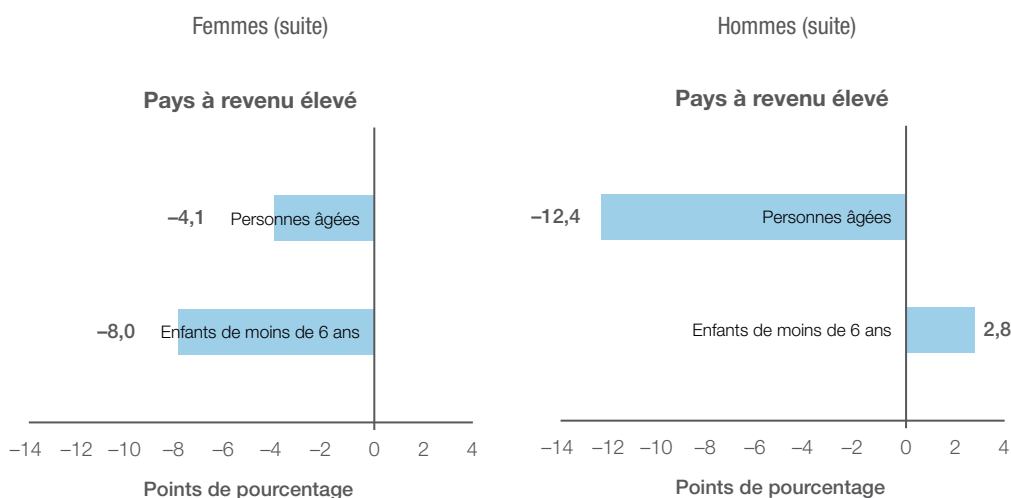
Source: Calculs du BIT à partir de microdonnées d'enquêtes sur la main-d'œuvre et auprès des ménages.

en fonction des bénéficiaires est illustrée à la figure 2.21. Cela confirme que les femmes qui ont de jeunes enfants sont celles qui ont le moins de chances d'avoir une activité professionnelle, quelles que soient leurs caractéristiques personnelles. En effet, après avoir vérifié les effets de l'instruction, de l'âge, du lieu de résidence, de la catégorie de revenu, en utilisant un modèle à effet fixe pour le pays, les résultats d'un calcul de régression montrent que, à l'échelle mondiale, la présence dans le ménage d'enfants âgés de 0 à 5 ans réduit de 5,9 points de pourcentage la probabilité que les femmes soient actives, alors que la présence de personnes âgées ne réduit cette même probabilité que de 1,6 point de pourcentage. Par ailleurs, pour les hommes, la probabilité d'être actif est corrélée positivement avec la présence d'enfants de moins de 6 ans (+3,4 points de pourcentage, c'est la «prime à la paternité»), mais elle reste corrélée négativement avec la présence de personnes âgées, et même plus que pour les femmes (−4,6 points de pourcentage).

Les femmes qui vivent dans les pays à revenu élevé sont les plus pénalisées par la présence d'enfants de 0 à 5 ans dans leur ménage. En effet, leur probabilité d'être actives est inférieure de 8,0 points de pourcentage, par comparaison avec leurs homologues du même âge qui n'ont pas d'enfants. Dans les pays à revenu élevé, les familles peuvent

Figure 2.21. Présence d'enfants de moins de 6 ans et de personnes âgées dans le ménage et taux d'activité, selon le sexe, dernière année disponible





Note: La tranche d'âge est de 25 à 54 ans pour les pays à revenu élevé, de 18 à 54 ans pour les pays à revenu intermédiaire et faible. Pour le monde et chaque catégorie de revenu des pays, on a calculé les estimations pour les hommes et pour les femmes par la méthode des moindres carrés ordinaires. Tous les coefficients sont significatifs, sauf ceux marqués d'un astérisque. La variable expliquée est l'activité (1 si actif, c'est-à-dire en emploi ou au chômage; 0 si inactif). Les variables de contrôle sont les suivantes: présence d'enfants de moins de 6 ans dans le ménage; présence dans le ménage de personnes âgées, définies comme des membres du ménage ayant atteint ou dépassé l'espérance de vie en bonne santé; niveau d'instruction (élémentaire ou moins, intermédiaire, avancé, non déclaré); milieu de résidence (rural ou urbain); effets fixes par pays; tranche d'âge (amplitude de cinq ans). Les erreurs-types robustes sont spécifiées. Pourcentages de la population en âge de travailler (et nombre de pays): monde: 81 pour cent (85); pays à faible revenu: 66 pour cent (14); pays à revenu intermédiaire: 88 pour cent (43); pays à revenu élevé: 60 pour cent (28). Pour les résultats de régression, voir le tableau A.3.5, panel A, de l'annexe A.3. Pour l'année de l'enquête, voir le tableau A.7.1 de l'annexe A.7.

Source: Calculs du BIT à partir de microdonnées d'enquêtes sur la main-d'œuvre et auprès des ménages.

se heurter à des obstacles pour bénéficier des services de prise en charge des enfants et doivent faire un compromis entre le coût de la garde des enfants et le gain d'une activité professionnelle. Il s'ensuit que les femmes sont souvent contraintes de quitter le marché du travail, parce que leur salaire sera probablement inférieur à celui de leur conjoint. Dans les pays à revenu élevé, la baisse du taux d'activité des femmes qui ont de jeunes enfants s'accompagne d'une augmentation de celui des hommes, à hauteur de 2,8 points de pourcentage, c'est la «prime à la paternité».

Dans les pays à faible revenu, la présence dans le ménage d'enfants âgés de 0 à 5 ans n'a pas d'effet sur le taux d'activité des femmes, tandis qu'elle fait augmenter celui des hommes (de 3,1 points de pourcentage). En présence d'enfants de moins de 6 ans, le taux d'activité des femmes peut augmenter à cause du manque de revenus et de protection sociale. Dans des environnements pauvres en ressources, les femmes peuvent n'avoir d'autre choix que d'entrer sur le marché du travail, ou d'y rester, pour subvenir aux besoins de leurs jeunes enfants. En outre, comme on l'a vu au chapitre 1, dans les pays à faible revenu, 32,7 pour cent des personnes en âge de travailler vivent au sein de familles élargies dont les membres partagent les activités de soin à autrui, ce qui permet aux femmes de rester économiquement actives. En outre, dans certains pays, l'emploi indépendant est très fréquent, soit sous forme de travail pour compte propre, soit sous forme de travail familial dans l'agriculture, la plupart du temps dans l'économie informelle. Cela permet d'avoir une activité rémunératrice tout en s'occupant des enfants, même sous des formes qui ne sont guère satisfaisantes¹¹⁶.

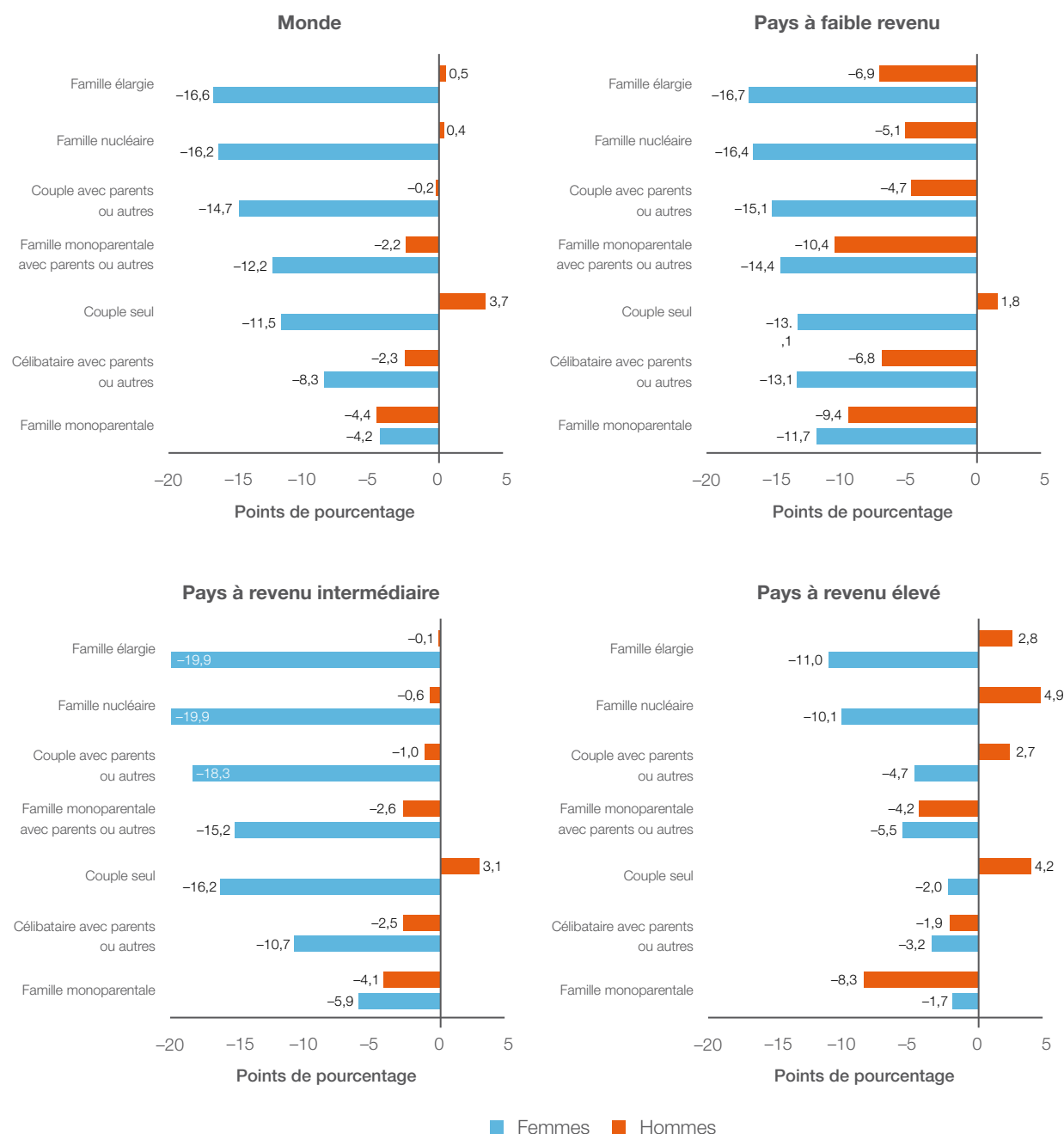
Le taux d'activité des femmes est également affecté par la présence de personnes âgées au sein du ménage, mais dans une moindre mesure que par celle d'enfants de moins de 6 ans. Comme la présence de ces derniers, celle des personnes âgées a des effets plus marqués dans les pays à revenu élevé où la réduction du taux d'activité des femmes est de 4,1 points de pourcentage, puis dans les pays à faible revenu (−1,9 point de pourcentage) et enfin dans les pays à revenu intermédiaire (−1,4 point de pourcentage). Ces résultats tiennent aux taux de dépendance observés selon la catégorie de revenu des pays, qui sont eux-mêmes déterminés par des différences de vieillissement et d'espérance de vie (voir chapitre 1). Toutefois, pour tous les prestataires non rémunérés et quelle que soit la catégorie de revenu du pays, la présence de personnes âgées dans le ménage est associée à une plus forte chute du taux d'activité des hommes, que l'on observe ici encore dans les pays à revenu élevé (−12,4 points de pourcentage). Cela peut s'expliquer par le fait que la proportion d'hommes célibataires est plus élevée dans cette catégorie de pays. Dans certains de ceux-ci, les hommes âgés de 25 à 54 ans quittent le foyer parental plus tardivement que les femmes, phénomène qui peut être associé à la précarité du travail (voir chapitre 1). Les hommes sont de plus en plus nombreux à être confrontés au compromis entre avoir une activité professionnelle et s'occuper de parents âgés, car les établissements d'accueil sont la plupart du temps privés et coûteux (voir chapitres 3 et 4).

Taux d'activité et composition des ménages¹¹⁷

Les décisions relatives à l'activité – c'est-à-dire décider de l'entrée sur le marché du travail et du nombre d'heures consacrées à une activité rémunératrice – sont généralement prises dans un contexte familial, en fonction des rapports de force et de négociations entre conjoints (voir section 2.3). Les caractéristiques du ménage, la présence en son sein d'adultes ou d'enfants potentiellement prestataires de soin à autrui non rémunérés, femmes et filles surtout, seront des facteurs déterminants de la situation d'activité ou d'inactivité des hommes et des femmes, et des écarts en la matière. C'est dès la formation du couple et de la famille que s'établissent, ou s'accroissent, les écarts entre hommes et femmes¹¹⁸.

Comparées aux célibataires, les femmes en couple ou vivant avec des enfants ont une probabilité inférieure d'être en situation d'activité économique (voir figure 2.22). À l'échelle mondiale, la probabilité d'activité diminue de 16,6 points de pourcentage lorsque les femmes vivent dans des familles élargies et de 16,2 points de pourcentage pour celles qui vivent dans des familles nucléaires (couple avec enfant(s)) où prévaut le modèle de l'«homme soutien de famille». Cette probabilité diminue de 14,7 points de pourcentage dans les familles constituées d'un couple sans enfants, mais avec des parents ou d'autres personnes. Cela met en évidence le rôle de soutien de famille des hommes lorsqu'ils sont chef de famille. Cela indique aussi que la présence d'autres adultes dans la famille n'allège que partiellement les responsabilités de soin incombant aux mères. En conséquence, la présence d'autres femmes adultes n'est pas systématiquement associée avec un plus fort taux d'activité des mères. Dans les familles monoparentales avec parents ou autres et chez les couples sans enfants, la probabilité d'activité des femmes diminue respectivement de 12,2 et 11,5 points de pourcentage. Il n'est pas surprenant d'observer la plus faible réduction du taux d'activité des femmes (−4,2 points de pourcentage) dans les familles monoparentales, dont la plupart ont pour chef de famille une femme qui doit

Figure 2.22. Probabilité d'être actif, selon le sexe et la composition du ménage, dernière année disponible



Note: La tranche d'âge est de 25 à 54 ans pour les pays à revenu élevé, de 18 à 54 ans pour les pays à revenu intermédiaire et faible. Pour le monde et chaque catégorie de revenu des pays, on a calculé les estimations pour les hommes et pour les femmes par la méthode des moindres carrés ordinaires. Tous les coefficients sont significatifs, sauf ceux marqués d'un astérisque. La variable expliquée est l'activité (1 si actif, c'est-à-dire en emploi ou au chômage; 0 si inactif). Les variables de contrôle sont les suivantes: type de ménage (famille élargie, famille nucléaire, couple avec parents ou autres, famille monoparentale avec parents ou autres, couple seul, célibataire avec parents ou autres, famille monoparentale), avec «célibataire» pour catégorie de référence; niveau d'instruction (élémentaire ou moins, intermédiaire, avancé, non déclaré); milieu de résidence (rural ou urbain); effets fixes par pays; tranche d'âge (amplitude de cinq ans). Les erreurs-types robustes sont spécifiées. Pourcentages de la population en âge de travailler (et nombre de pays): monde: 78 pour cent (84); pays à faible revenu: 66 pour cent (14); pays à revenu intermédiaire: 83 pour cent (42); pays à revenu élevé: 60 pour cent (28). Pour les résultats de régression, voir le tableau A.3.5, panel B, de l'annexe A.3. Pour l'année de l'enquête, voir le tableau A.7.1 de l'annexe A.7.

Source: Calculs du BIT à partir de microdonnées d'enquêtes sur la main-d'œuvre et auprès des ménages.

faire face à la nécessité de subvenir aux besoins de ses enfants, et pour cela d'avoir une activité rémunérée.

De façon cohérente avec ce que l'on a déjà observé, le fait de ne pas vivre seul influe sur le taux d'activité des hommes. Leur probabilité d'activité diminue de 0,2 point de pourcentage dans les familles nucléaires avec parents ou autres, 76 fois moins que pour les femmes (-14,7 points de pourcentage). Par rapport aux célibataires, les hommes vivant en couple seul, c'est-à-dire sans enfants, ont plus de chances d'être actifs (+3,7 points de pourcentage). On observe aussi une «prime d'activité» pour les hommes qui vivent dans une famille élargie (+0,5 point de pourcentage) ou nucléaire (+0,4 point de pourcentage). Ces chiffres confirment la prévalence du modèle «homme soutien de famille, femme dispensatrice de soin à autrui», de même que l'existence d'une «prime à la paternité».

L'analyse en fonction du niveau de revenu du pays montre que le schéma ci-dessus persiste dans les pays à revenu élevé. Toutefois, on notera que, dans ces pays, les femmes vivant en couple ont une probabilité d'être actives inférieure de seulement 2 points de pourcentage à celle des célibataires. Cela donne à penser qu'un modèle plus égalitaire prévaut avant la naissance d'enfants dans les pays où les femmes sont plus instruites, le mariage est en recul et la fécondité est plus tardive (voir section 1.2). Toutefois, par rapport aux célibataires, on observe une «prime d'activité» en faveur des hommes qui ont une conjointe (que ce soit en couple seul, dans une famille élargie ou nucléaire, avec ou sans parents ou autres). Par comparaison, dans les pays à faible revenu, les hommes vivant en couple seul ont une probabilité supérieure à celle des célibataires de seulement 1,8 point de pourcentage, la vie en couple apparaissant donc plus neutre à cet égard. Les femmes des pays à faible revenu sont au contraire pénalisées par la vie en couple, qui induit une chute de 13,1 points de pourcentage de leur probabilité d'activité.

Dans les pays à faible revenu, la probabilité d'activité des femmes et des hommes qui ne sont pas célibataires est systématiquement inférieure, quel que soit le type de ménage. Néanmoins, cet effet est plus marqué pour les femmes que pour les hommes (autour de -14 points de pourcentage). Le fait que la situation soit semblable pour les familles avec et sans enfants indiquerait que ce qui empêche les femmes d'être actives ne tient pas tant aux activités de soin non rémunérées qu'à d'autres obstacles structurels: normes sociales, problèmes de sécurité, manque d'infrastructures et possibilités d'activité rémunératrice. Comme cela est montré dans la section 2.3, si l'équilibre entre travail et vie de famille est l'une des principales difficultés auxquelles les femmes sont confrontées, surtout en Afrique subsaharienne, ce sont les traitements inéquitables au travail (y compris les abus, le harcèlement et les discriminations) qui sont d'abord mentionnés comme principales difficultés, par 20 pour cent des femmes et des hommes interrogés, avant la conciliation entre travail et vie de famille¹¹⁹.

Dans les pays à revenu intermédiaire, le taux d'activité des hommes est peu touché par la composition du ménage, entre +3,1 points de pourcentage dans les couples seuls et -4,1 points de pourcentage dans les familles monoparentales. Toutefois, les conséquences pour les femmes de la présence de personnes dépendantes dans le ménage sont encore plus marquées que dans les pays à faible revenu: dans les familles élargies, les femmes ont une probabilité d'activité inférieure de 19,9 points de pourcentage. En revanche, pour les hommes cette probabilité ne décroît que de 0,1 point de pourcentage.

C'est dans cette catégorie de revenu du pays que l'on observe le plus fort écart de taux d'activité entre hommes et femmes: 19,9 points de pourcentage.

Conséquences d'une forte prévalence du VIH

Dans les pays où la prévalence du VIH est élevée et les services de soin à autrui sont insuffisants, il peut être difficile de combiner activité rémunératrice et responsabilités de soin à l'égard des membres du ménage vivant avec le VIH. Dans une étude du BIT à paraître, fondée sur des microdonnées d'enquêtes démographiques et sanitaires, on a testé l'hypothèse selon laquelle la présence d'un membre de la famille vivant avec le VIH entrave l'activité professionnelle des prestataires de soin à autrui non rémunérés, et s'il existe des différences entre hommes et femmes à cet égard. L'analyse a porté sur trois pays où l'épidémie est généralisée, le Libéria, la Namibie et la Zambie, et s'est limitée aux membres des ménages ayant un statut VIH négatif. Après contrôle des effets de plusieurs facteurs – niveau d'instruction, lieu de résidence, âge –, l'analyse de régression montre que le fait d'être une femme et d'appartenir à un ménage dont un membre vit avec le VIH réduit significativement la probabilité d'activité¹²⁰.

Principale raison de l'inactivité

Le fait que la présence dans le ménage de personnes dépendantes a un effet négatif sur la situation des femmes sur le marché du travail est confirmé par les réponses aux 84 enquêtes sur la main-d'œuvre et auprès des ménages que nous avons examinées. Les questionnaires permettent une exploration des raisons pour lesquelles les personnes interrogées sont en situation d'inactivité. À ceux qui n'étaient ni en situation d'emploi ni au chômage, c'est-à-dire les inactifs, il était demandé quelle était la principale raison pour laquelle ils ne cherchaient pas de travail ou n'étaient pas disponibles pour occuper un emploi. Malgré des variations dans les questionnaires, les choix de réponses possibles peuvent être ainsi regroupés: activités de soin à autrui non rémunérées; raisons personnelles (études, maladie, handicap); autres sources de revenu à disposition; raisons tenant au marché du travail; autres. La dernière catégorie comprend le manque d'infrastructures nécessaires pour aller chercher un emploi ou pour aller travailler, l'exclusion sociale, le fait que l'intéressé «ne veut pas travailler», et «non classé ailleurs».

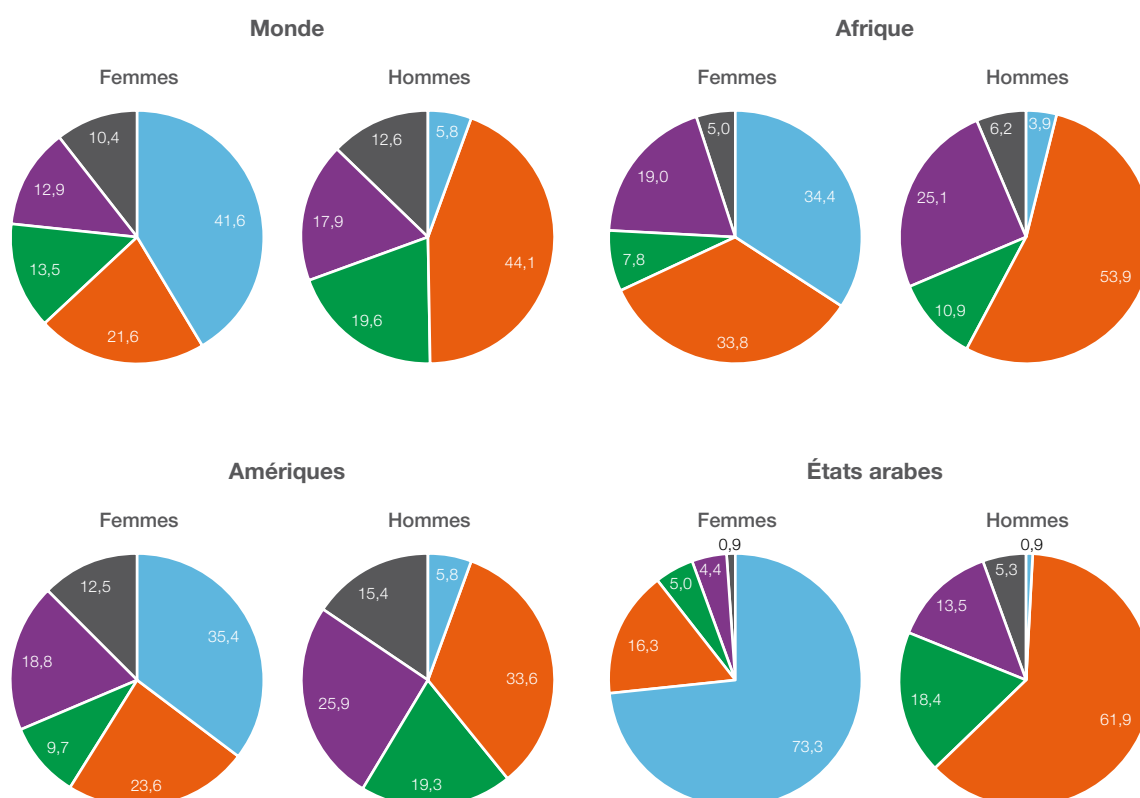
Au niveau mondial, les femmes en âge de travailler donnent le travail de soin à autrui non rémunéré comme principale raison de leur inactivité (41,6 pour cent), tandis que les hommes mentionnaient les études, la maladie ou le handicap (44,1 pour cent). En 2018, 606 millions de femmes en âge de travailler étaient inactives du fait de leurs responsabilités familiales, alors que seulement 41 millions d'hommes étaient dans la même situation. Ces femmes représentent 41,6 pour cent de l'ensemble des femmes inactives, qui sont au nombre de 1,4 milliard, alors que pour les hommes les chiffres ne sont que de 5,8 pour cent des 700 millions d'inactifs (voir figure 2.23). Ces mêmes femmes représentent 28,0 pour cent de l'ensemble des femmes et des hommes en âge de travailler qui sont en situation d'inactivité (2,1 milliards). Femmes et hommes réunis, ces 647 millions de prestataires de soin à plein temps, non rémunérés, constituent le plus important des contingents d'actifs potentiels perdus pour le marché du travail à l'échelle mondiale. Les mères et les jeunes enfants y sont surreprésentés. Du fait que majoritairement les femmes préféreraient avoir une activité rémunérée, y compris celles qui sont inactives,

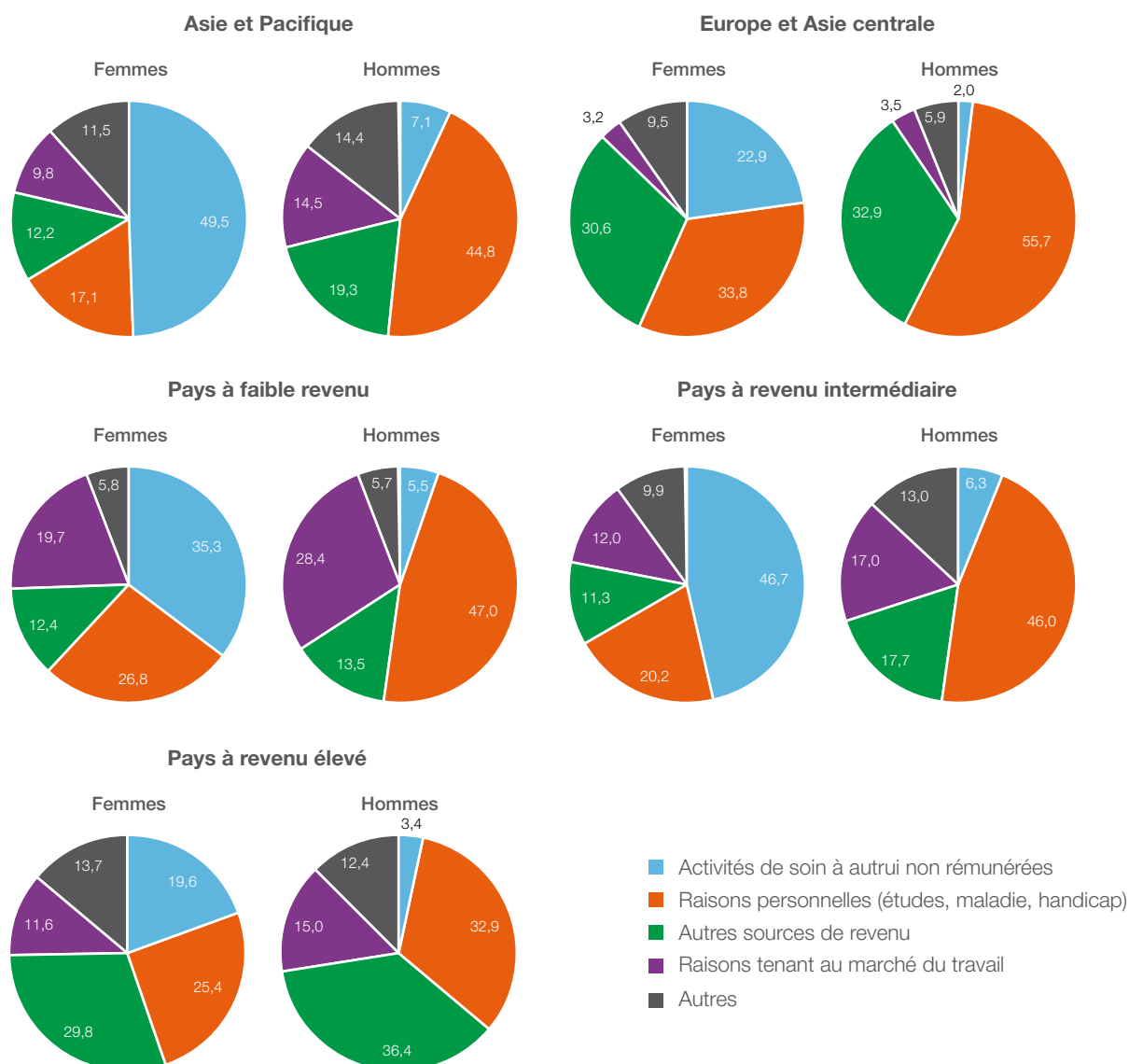
ce que les hommes approuvent¹²¹ (voir section 2.3.1 ci-après), une proportion importante de cette main-d'œuvre potentielle pourrait devenir active grâce à un accès universel à des dispositions et des services en matière de soin à autrui, comme on le verra au chapitre 3.

Si l'on considère les régions et les catégories de revenu des pays, la proportion de femmes inactives à cause de leur travail de soin à autrui non rémunéré n'est jamais inférieure à 20 pour cent, et ce travail est partout mentionné comme principale raison de l'inactivité économique, sauf dans les pays à revenu élevé et dans la région de l'Europe et de l'Asie centrale. Cela dit, même dans les pays économiquement les plus avancés, où l'on dispose de services de soin à autrui (voir chapitre 3) et où la principale raison de leur inactivité, avancée tant par les femmes que par les hommes, est soit d'ordre personnel (études, maladie, handicap) soit le fait de disposer d'autres sources de revenus, environ 20 pour cent des femmes indiquent être inactives pour des raisons relatives au soin d'autrui. C'est dans les pays à revenu intermédiaire que les activités de soin à autrui sont le plus indiquées comme principale raison de l'inactivité des femmes, à 46,7 pour cent, contre 6,3 pour cent chez les hommes.

Si l'on considère les régions, c'est dans les Etats arabes que les activités de soin à autrui sont la raison la plus mentionnée par les femmes en situation d'inactivité économique, à 73,3 pour cent, contre 0,9 pour cent pour les hommes. Vient ensuite la région de l'Asie et du Pacifique, avec 49,5 pour cent pour les femmes et 7,1 pour cent pour les hommes. Cette région est aussi celle où la proportion d'hommes qui mentionnent les responsabilités de soin à autrui comme principale raison de leur inactivité est la plus forte.

Figure 2.23. Proportion d'inactifs, selon le sexe et la principale raison de l'inactivité, dernière année disponible





Note: Tranche d'âge: 15 ans et plus. Les estimations mondiales, régionales et par catégorie de revenu du pays sont pondérées en fonction de la population en âge de travailler. Pourcentages de la population en âge de travailler (et nombre de pays): monde: 80 pour cent (84); Afrique: 61 pour cent (21); Amériques: 87 pour cent (12); États arabes: 43 pour cent (3); Asie et Pacifique: 85 pour cent (15); Europe et Asie centrale: 75 pour cent (33); pays à faible revenu: 54 pour cent (12); pays à revenu intermédiaire: 84 pour cent (40); pays à revenu élevé: 73 pour cent (32). La plupart des observations datent de 2016 (44,9 pour cent), la dernière année étant au moins 2008. Pour les données nationales, voir le tableau A.3.6 de l'annexe A.3. Pour l'année de l'enquête, voir le tableau A.7.1 de l'annexe A.7.

Source: Calculs du BIT à partir de microdonnées d'enquêtes sur la main-d'œuvre et auprès des ménages.

2.2.2. Caractéristiques de l'emploi des prestataires de soin à autrui non rémunérés

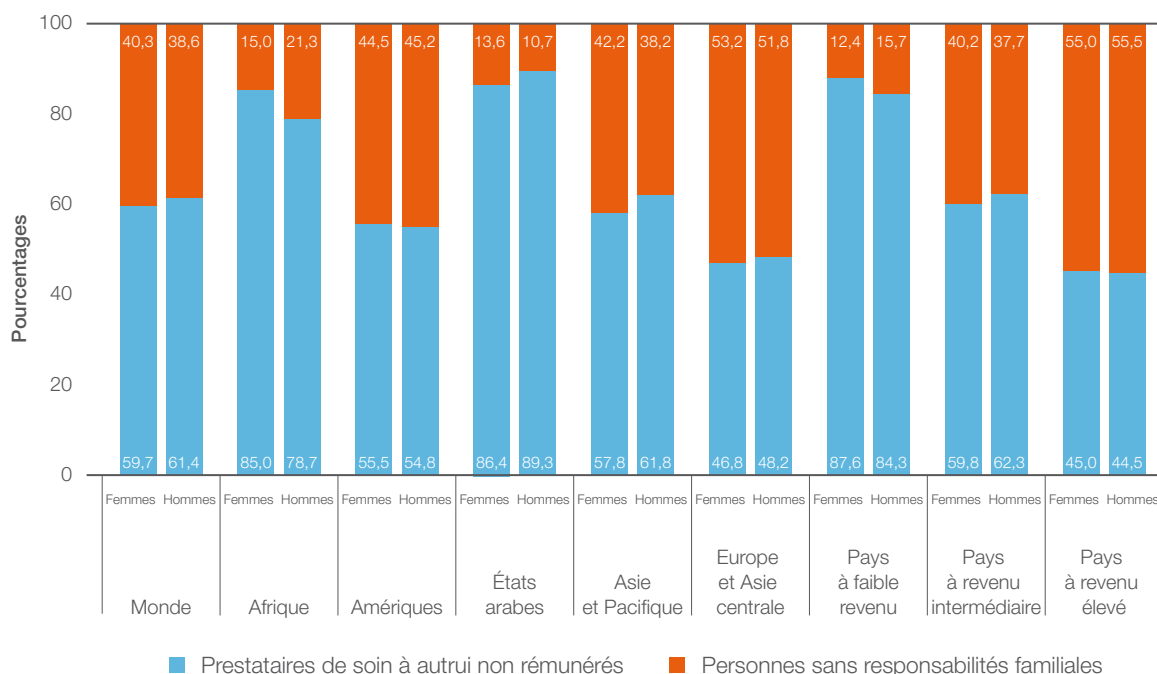
Les activités de soin à autrui non rémunérées ont des conséquences sur l'offre de main-d'œuvre, en quantité et en qualité, avec des pénalités salariales associées à l'intensité de cette offre (c'est-à-dire au nombre d'heures consacrées au travail rémunéré), au choix de la profession (statut d'emploi, secteur public ou privé, branche d'activité à prédominance féminine) et au travail dans l'économie formelle ou informelle¹²². À l'échelle mondiale, l'écart entre hommes et femmes en matière d'emploi ne s'est réduit que de 0,6 point de pourcentage depuis 1995, ce qui signifie que les progrès pour faire accéder

les femmes à l'emploi ont été insuffisants¹²³. L'examen de 90 enquêtes sur la main-d'œuvre couvrant 82,0 pour cent de la population mondiale en âge de travailler montre dans quelle mesure la présence dans le ménage de personnes dépendantes, qui est indicatrice d'activités de soin à autrui non rémunérées, affecte l'emploi des femmes et des hommes ainsi que la durée de leur travail.

Emploi et responsabilités familiales

Combiner emploi et activités de soin à autrui non rémunérées est la norme partout dans le monde. En 2018, on dénombrait 1,4 milliard d'adultes actifs occupés ayant des responsabilités familiales (500 millions de femmes et 900 millions d'hommes). Cela signifie que, à l'échelle mondiale, 60,7 pour cent des actifs occupés¹²⁴ ont des responsabilités familiales et qu'il s'agit en majorité d'hommes. Les femmes qui sont dans cette situation représentent 59,7 pour cent de toutes les femmes qui ont une activité professionnelle, tandis que chez les hommes la proportion est de 61,4 pour cent (voir figure 2.24). L'Afrique est la région où l'on trouve la plus forte proportion d'actives occupées qui ont des responsabilités familiales (85,0 pour cent) du fait de taux de fécondité élevés couplés à de forts taux d'activité (voir figures 2.18 et 2.19 ci-avant). Par ailleurs, en Europe

Figure 2.24. Proportion de prestataires de soin à autrui non rémunérés et de personnes sans responsabilités familiales dans la population active occupée, selon le sexe, dernière année disponible



Note: La tranche d'âge est de 25 à 54 ans pour les pays à revenu élevé, de 18 à 54 ans pour les pays à revenu intermédiaire et faible. Les estimations mondiales, régionales et par catégorie de revenu du pays sont pondérées en fonction de la population en âge de travailler. Pourcentages de la population en âge de travailler (et nombre de pays): monde: 82 pour cent (90); Afrique: 72 pour cent (24); Amériques: 88 pour cent (13); États arabes: 34 pour cent (3); Asie et Pacifique: 85 pour cent (16); Europe et Asie centrale: 83 pour cent (34); pays à faible revenu: 69 pour cent (14); pays à revenu intermédiaire: 87 pour cent (44); pays à revenu élevé: 69 pour cent (32). Pour les données nationales, voir le tableau A.3.7 de l'annexe A.3. Pour l'année de l'enquête, voir le tableau A.7.1 de l'annexe A.7.

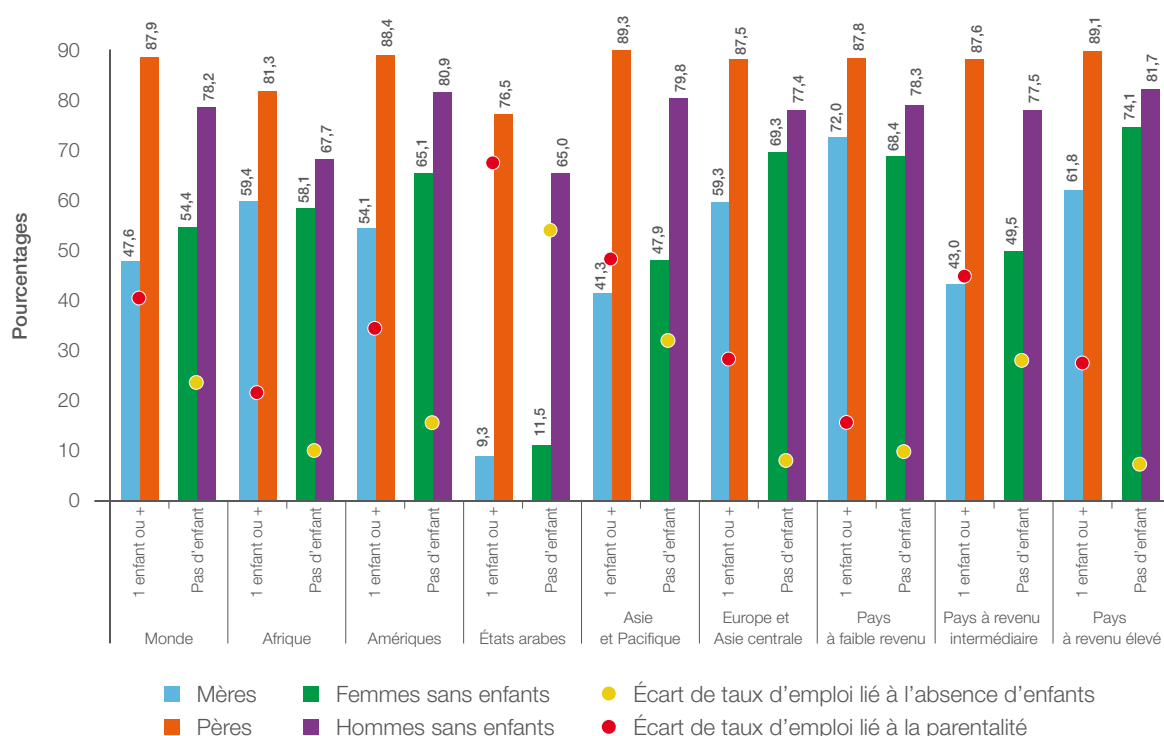
Source: Calculs du BIT à partir de microdonnées d'enquêtes sur la main-d'œuvre et auprès des ménages.

et en Asie centrale, seulement 46,8 pour cent des femmes en situation d'emploi ont aussi des responsabilités de soin. L'analyse selon la catégorie de revenu du pays confirme que, lorsque celui-ci augmente, le fait de vivre avec des personnes dépendantes réduit la proportion de prestataires de soin à autrui non rémunérés, femmes et hommes, parmi les actifs occupés.

Emploi et maternité

Nous avons vu plus haut que les prestataires de soin à autrui non rémunérés subissent une pénalisation en termes de taux d'activité plus forte lorsqu'ils vivent avec de jeunes enfants plutôt qu'avec des personnes âgées. Nous allons comparer ici les caractéristiques de l'emploi des mères avec celles des pères, ainsi que celles d'hommes et de femmes sans jeunes enfants. Les mères et les pères en situation d'emploi sont définis comme des adultes, actifs occupés et vivant avec au moins un enfant de 0 à 5 ans dans le ménage. À l'échelle mondiale, seulement 47,6 pour cent des mères sont en situation d'emploi, contre 54,4 pour cent des femmes sans enfants, soit une pénalité de 6,8 points de pourcentage (voir figure 2.25).

Figure 2.25. Taux d'emploi des femmes et des hommes avec et sans enfants de 0 à 5 ans, dernière année disponible



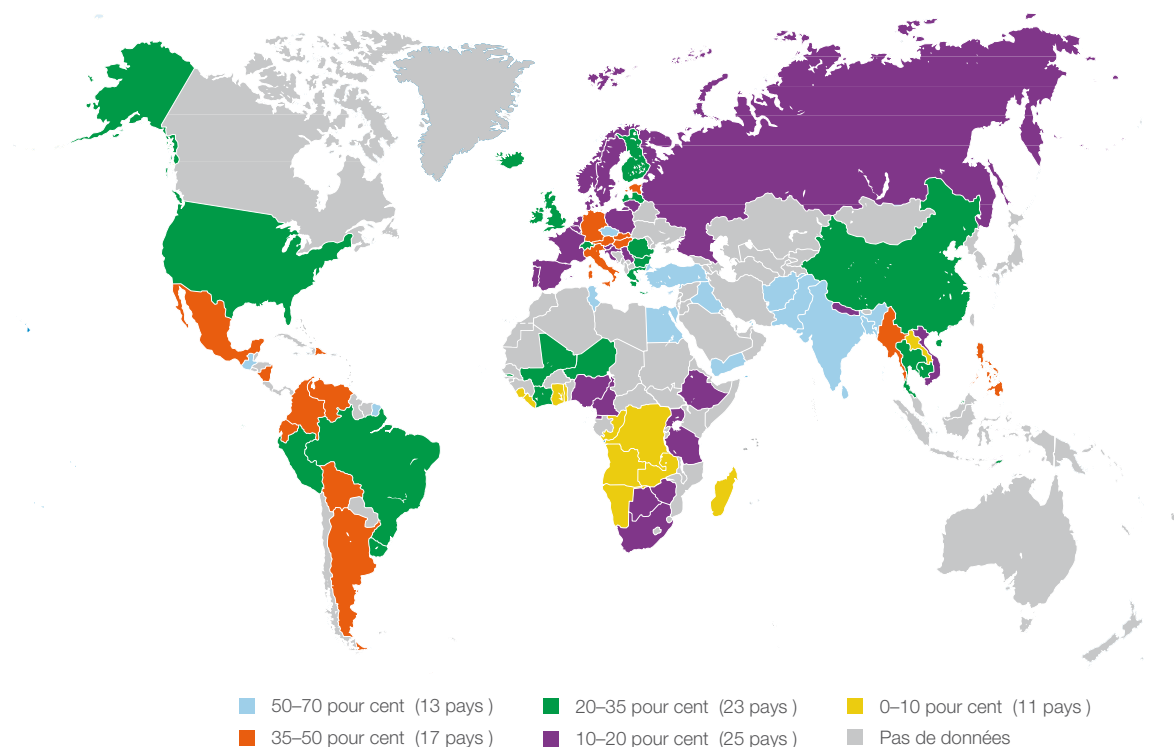
Note: La tranche d'âge est de 25 à 54 ans pour les pays à revenu élevé, de 18 à 54 ans pour les pays à revenu intermédiaire et faible. Les estimations mondiales, régionales et par catégorie de revenu du pays sont pondérées en fonction de la population en âge de travailler. Pourcentages de la population en âge de travailler (et nombre de pays): monde: 82 pour cent (89); Afrique: 70 pour cent (24); Amériques: 88 pour cent (13); États arabes: 43 pour cent (3); Asie et Pacifique: 84 pour cent (15); Europe et Asie centrale: 83 pour cent (34); pays à faible revenu: 66 pour cent (14); pays à revenu intermédiaire: 86 pour cent (44); pays à revenu élevé: 69 pour cent (31). Pour les données nationales, voir le tableau A.3.8 de l'annexe A.3. Pour l'année de l'enquête, voir le tableau A.7.1 de l'annexe A.7.

Source: Calculs du BIT à partir de microdonnées d'enquêtes sur la main-d'œuvre et auprès des ménages.

La figure 2.25 montre qu'il existe à l'échelle mondiale un écart de taux d'emploi lié à la parentalité¹²⁵ de 40,3 points de pourcentage en défaveur des mères et à l'avantage des pères. L'écart pour ceux qui n'ont pas d'enfants est moitié moindre (23,8 points de pourcentage). Cela donne à penser que, à l'échelle mondiale et dans toutes les régions, il existe une «pénalisation de la maternité» en matière d'emploi: les femmes qui vivent avec des enfants de 0 à 5 ans ont les plus faibles taux d'emploi (47,6 pour cent) par comparaison avec non seulement les pères (87,9 pour cent), mais aussi les hommes sans enfants (78,2 pour cent) et les femmes sans enfants (54,4 pour cent). Ce tableau a pour pendant une «prime à la paternité» en matière d'emploi, les pères ayant, dans toutes les régions, les taux d'emploi les plus élevés. Globalement, l'emploi des hommes est systématiquement supérieur à celui des femmes, sans considération de la présence de jeunes enfants.

Toutefois, les variations régionales sont frappantes. L'écart de taux d'emploi lié à la paternité est le plus fort dans les États arabes (67,3 points de pourcentage), le taux d'emploi des femmes, y compris celui des mères (9,3 pour cent) étant particulièrement bas. Viennent ensuite l'Asie et le Pacifique (48,0 points de pourcentage), les Amériques (34,3 points de pourcentage), l'Europe et l'Asie centrale (28,2 points de pourcentage) et enfin l'Afrique (21,9 points de pourcentage) où la situation économique pousse les femmes, qu'elles soient mères ou non, à avoir une activité rémunérée. Dans les Amériques, et surtout en

Figure 2.26. Écarts de taux d'emploi lié à la parentalité, dernière année disponible (points de pourcentage)



Note: La tranche d'âge est de 25 à 54 ans pour les pays à revenu élevé, de 18 à 54 ans pour les pays à revenu intermédiaire et faible. L'écart de taux d'emploi lié à la parentalité est négatif en Zambie (-1,5) et au Congo (-22,6); 89 pays.

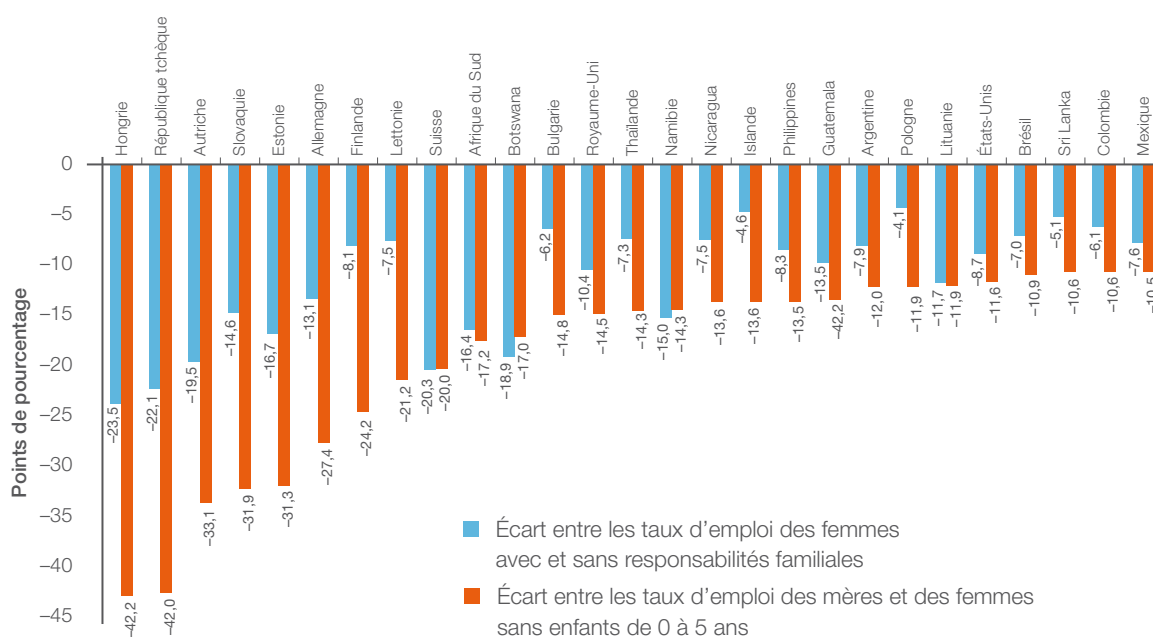
Source: Calculs du BIT à partir de microdonnées d'enquêtes sur la main-d'œuvre et auprès des ménages.

Europe et en Asie centrale, l'écart de taux d'emploi lié à l'absence d'enfants est plus faible (15,8 et 8,1 points de pourcentage respectivement) que l'écart de taux d'emploi lié à la parentalité (34,3 et 28,2 points de pourcentage respectivement), ce qui montre combien la présence d'enfants dans le ménage fait diverger les trajectoires professionnelles des femmes et des hommes.

La figure 2.26 propose une vue générale des écarts nationaux entre les taux d'emploi des mères et des pères (écart de taux d'emploi lié à la parentalité). C'est en Égypte que la différence est la plus marquée entre les mères et les pères, avec des écarts de taux d'emploi de 18,4 et 87,4 points de pourcentage respectivement; viennent ensuite l'Iraq, la Jordanie, l'Inde, le Pakistan, la Tunisie, le Yémen, la Turquie et le Sri Lanka. Dans ces derniers pays, l'écart de taux d'emploi lié à la parentalité est supérieur à 60 points de pourcentage. Les écarts les plus faibles s'observent dans les pays d'Afrique à faible revenu et à revenu intermédiaire, comme l'Angola, le Ghana, le Libéria, Madagascar et le Togo où l'écart de taux d'emploi lié à la parentalité est inférieur à 10 points de pourcentage. Comme on l'a déjà vu, dans ces pays l'activité économique des femmes est essentielle pour subvenir aux besoins des ménages, surtout en présence de jeunes enfants. L'écart entre les taux d'emploi des mères et des pères en est réduit.

Il est intéressant de relever que, si les taux d'emploi des pères varient faiblement entre régions et entre pays, ceux des mères sont plus différenciés. Globalement, la région de

Figure 2.27. Écarts entre les taux d'emploi des femmes avec et sans responsabilités familiales (pays où l'écart entre mères et femmes sans enfants est au-dessous du 30^e centile), dernière année disponible



Note: La tranche d'âge est de 25 à 54 ans pour les pays à revenu élevé, de 18 à 54 ans pour les pays à revenu intermédiaire et faible; 27 pays.

Source: Calculs du BIT à partir de microdonnées d'enquêtes sur la main-d'œuvre et auprès des ménages.

l'Europe et de l'Asie centrale présente le deuxième écart de taux d'emploi lié à la parentalité, en partant du bas, mais on observe un fort degré d'hétérogénéité au sein de la région: cet écart allant de 61,8 et 52,6 points de pourcentage en République tchèque et en Hongrie respectivement à 13,1 points de pourcentage en Suède, pays où le taux d'emploi des mères est de 78,4 pour cent, et celui des pères, de 91,5 pour cent. Au Portugal, cet écart est plus petit encore, avec 10,9 points de pourcentage. Cette hétérogénéité s'explique par les différences entre les services et les politiques relatives au soin d'autrui, qu'il s'agisse de la qualité ou de leur existence même (voir chapitres 3 et 4).

Il apparaît à la figure 2.27 que le fait de vivre avec de jeunes enfants entraîne une pénalisation sensible des mères par rapport aux autres femmes, sans enfants ou autres responsabilités familiales (s'occuper de personnes âgées ou d'enfants plus grands). Les enfants de 0 à 5 ans sont ceux qui demandent le plus d'attention alors même que les services de prise en charge et les politiques de congé à l'intention des prestataires non rémunérés sont loin d'exister partout (voir chapitre 3). C'est en Hongrie, en République tchèque, en Autriche, en Slovaquie, en Estonie et en Allemagne que cette pénalisation, mesurée comme l'écart entre les taux d'emploi des femmes avec et sans enfants de 0 à 5 ans, est la plus forte du monde. Dans ces pays, l'écart va de 42,2 points de pourcentage en Hongrie à 27,4 points de pourcentage en Allemagne.

Durée du travail rémunéré des prestataires de soin à autrui non rémunérés

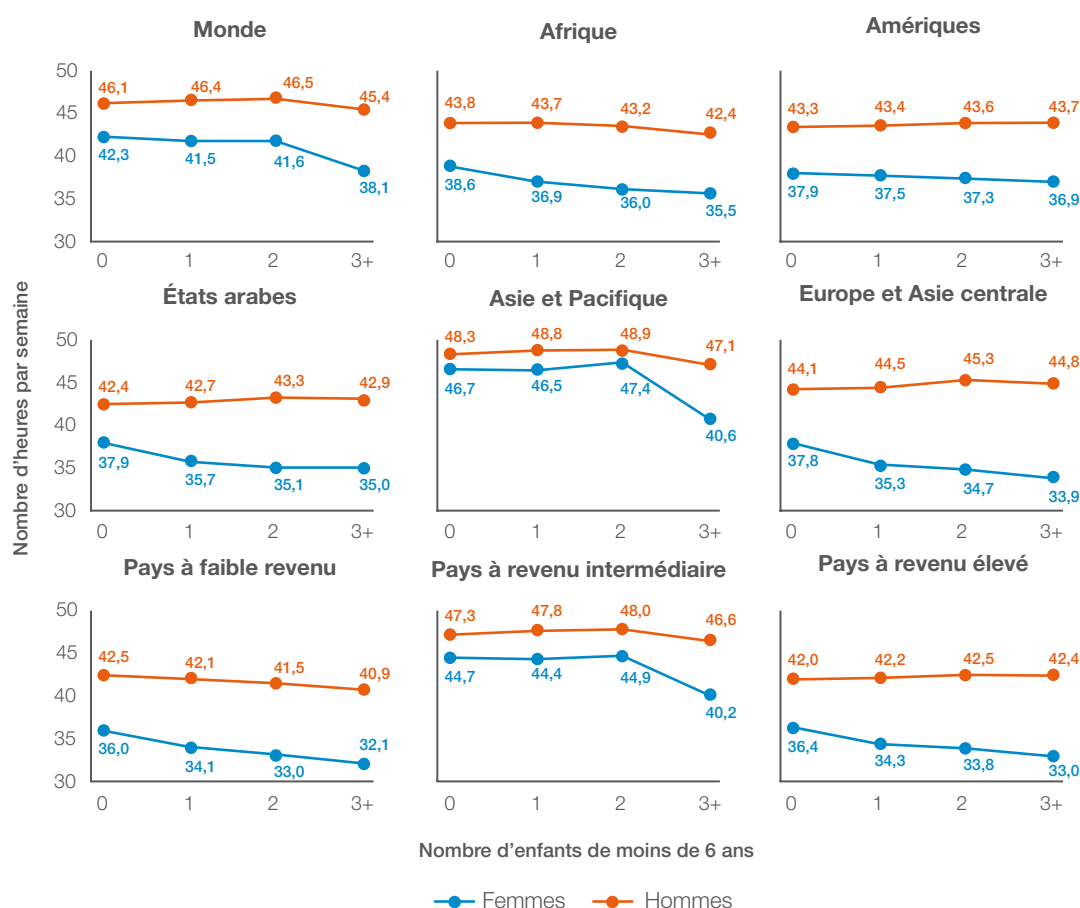
Même lorsque les femmes et les hommes ont des taux d'activité semblables, la présence dans le ménage de personnes dépendantes affecte l'utilisation du temps des prestataires de soin à autrui non rémunérés qui ont une activité professionnelle. En outre, bien que les actifs occupés qui ont des responsabilités familiales soient majoritairement des hommes, ce sont les femmes qui diminuent en général leur temps de travail rémunéré, en passant à temps partiel, lorsqu'il y a des enfants de moins de 6 ans dans la famille. À l'échelle mondiale, les femmes représentent moins de 40 pour cent de l'emploi total, mais leur proportion est de 57 pour cent parmi les travailleurs à temps partiel. Des estimations fondées sur 100 pays indiquent que plus d'un tiers des actives occupées (34,2 pour cent) font moins de 35 heures par semaine, contre 23,4 pour cent chez les hommes¹²⁶. Les variations régionales sont fortes à cet égard, l'écart entre femmes et hommes étant de 29,4 points de pourcentage en Europe du Nord, du Sud et de l'Ouest; 20 points de pourcentage ou plus en Asie centrale, occidentale et du Sud, ainsi qu'en Amérique latine et aux Caraïbes, moins de 10 points de pourcentage en Asie de l'Est et en Europe orientale¹²⁷.

Comme d'autres formes d'emploi atypique, le travail à temps partiel s'est développé au cours des dernières décennies. Il s'est aussi diversifié, par exemple en incluant désormais le travail à temps partiel «marginal» (moins de 15 heures par semaine). Dans la majorité des pays pour lesquels nous disposons de données, les femmes sont représentées de façon disproportionnée dans cette forme d'emploi atypique; on citera à titre d'exemple l'Allemagne, le Brésil, l'Inde, le Mozambique, le Niger, les Pays-Bas et la Suisse¹²⁸. Comme dans le cas de l'inactivité, le travail de soin à autrui non rémunéré est la principale raison de la surreprésentation des femmes dans le travail à temps partiel. Ainsi, en Europe en 2014, 27 pour cent des femmes travaillant à temps partiel déclaraient avoir

choisi cette forme d'emploi parce qu'il fallait s'occuper d'enfants ou d'adultes dépendants, proportion qui n'était que de 4,2 pour cent chez les hommes¹²⁹.

On a examiné la situation des actifs occupés selon qu'ils sont ou non prestataires de soin à autrui non rémunérés dans 86 pays. Il en ressort que les femmes actives occupées vivant dans des ménages sans enfants de moins de 6 ans travaillent en moyenne 42,3 heures par semaine, contre 46,1 heures pour leurs homologues masculins, soit un écart de 3 heures et 48 minutes par semaine. La figure 2.28 montre que le fait de vivre avec au moins un jeune enfant porte cet écart à presque 5 heures (1 heure de travail rémunéré en moins pour les femmes, 18 minutes en plus pour les hommes). En présence d'un deuxième enfant, le temps consacré par les femmes à leur activité rémunérée reste pratiquement inchangé, alors que les mères de trois enfants ou plus subissent une pénalité de 4 heures et 12 minutes par semaine par rapport aux femmes sans enfants de 0 à

Figure 2.28. Durée hebdomadaire du travail rémunéré, selon le sexe et le nombre d'enfants de moins de 6 ans, dernière année disponible



Note: La tranche d'âge est de 25 à 54 ans pour les pays à revenu élevé, de 18 à 54 ans pour les pays à revenu intermédiaire et faible. Les estimations mondiales, régionales et par catégorie de revenu du pays sont pondérées en fonction de la population en âge de travailler. Pourcentages de la population en âge de travailler (et nombre de pays): monde: 66 pour cent (86); Afrique: 72 pour cent (23); Amériques: 86 pour cent (13); États arabes: 15 pour cent (2); Asie et Pacifique: 57 pour cent (14); Europe et Asie centrale: 83 pour cent (34); pays à faible revenu: 68 pour cent (13); pays à revenu intermédiaire: 66 pour cent (42); pays à revenu élevé: 67 pour cent (31). Pour les données nationales, voir le tableau A.3.9 de l'annexe A.3. Pour l'année de l'enquête, voir le tableau A.7.1 de l'annexe A.7.

Source: Calculs du BIT à partir de microdonnées d'enquêtes sur la main-d'œuvre et auprès des ménages.

5 ans. Au total, les femmes qui travaillent 5 jours par semaine et qui ont trois enfants ou plus de moins de 6 ans perdent 18 heures de travail rémunéré par mois, perte que l'on n'observe pas pour les hommes dans une situation analogue.

La durée du travail varie selon les régions. L'écart entre femmes et hommes sans enfants de moins de 6 ans est le plus faible dans la région de l'Asie et du Pacifique (1 heure et 36 minutes) et le plus fort en Europe et Asie centrale (6 heures et 18 minutes). En Europe et Asie centrale, les actives occupées qui ont un enfant travaillent 2 heures et 30 minutes de moins chaque semaine que les femmes de la même tranche d'âge sans enfants. Viennent ensuite les États arabes (2 heures et 12 minutes), l'Afrique (1 heure et 42 minutes), les Amériques (24 minutes) et la région de l'Asie et du Pacifique (12 minutes). L'écart de durée hebdomadaire du travail entre les pères et les mères d'un enfant de moins de 6 ans est le plus petit dans la région Asie et Pacifique (2 heures et 12 minutes) et le plus fort en Europe et en Asie centrale (9 heures et 12 minutes). Cet écart s'accroît avec le nombre d'enfants, pour atteindre un maximum de presque 11 heures dans les ménages d'Europe et Asie centrale ayant trois enfants ou plus de moins de 6 ans.

La figure 2.28 est conforme aux résultats de travaux antérieurs sur les pays à revenu élevé et sur l'Amérique latine et les Caraïbes: avoir des enfants modifie l'offre de main-d'œuvre féminine, mesurée par la durée hebdomadaire du travail des femmes¹³⁰. Même lorsque les femmes et les hommes travaillent à plein temps (36 heures ou plus par semaine), la durée moyenne du travail rémunéré est supérieure chez les hommes¹³¹. En effet, dans certaines professions à prédominance masculine, l'attente de voir les salariés travailler de longues heures a un effet dissuasif sur les femmes, ce qui contribue à la ségrégation professionnelle¹³². En outre, lorsque la durée du travail du conjoint est extrêmement longue, la probabilité de voir les femmes quitter leur travail est supérieure¹³³. Il s'ensuit une augmentation de la prime salariale associée aux longues heures de travail, ce qui contribue à creuser l'écart salarial entre hommes et femmes¹³⁴. Dans les pays d'Europe du Nord, le fait de s'en remettre au revenu du conjoint, y compris chez les femmes ayant une instruction supérieure, découle de la durée du travail associée aux naissances. De même, les femmes choisissent des activités et des professions offrant plus de modalités permettant de concilier travail et vie de famille, notamment sous forme de congés¹³⁵.

2.2.3. Qualité de l'emploi des prestataires de soin à autrui non rémunérés

À l'échelle mondiale, la proportion de femmes occupées comme travailleuses familiales collaborant à l'entreprise familiale a diminué de 17 points de pourcentage au cours des vingt dernières années. Globalement, 52,1 pour cent des femmes actives occupées (contre 51,2 pour cent des hommes) sont salariées, soit une augmentation de 12 points de pourcentage entre 1995 et 2016. Le salariat féminin reste toutefois à un faible niveau en Asie du Sud (19,5 pour cent) et en Afrique subsaharienne (21,6 pour cent). Par ailleurs, la proportion de femmes parmi les travailleurs indépendants et les travailleurs familiaux collaborant à l'entreprise familiale est supérieure à celle des hommes dans la plupart des pays en développement¹³⁶. Le travail salarié n'offre pas par lui-même une garantie de meilleure qualité de l'emploi, puisque à l'échelle mondiale près de 40 pour cent des salariées sont engagées dans l'économie informelle et ne cotisent pas à la sécurité sociale, ce qui accentue leur vulnérabilité socio-économique¹³⁷.

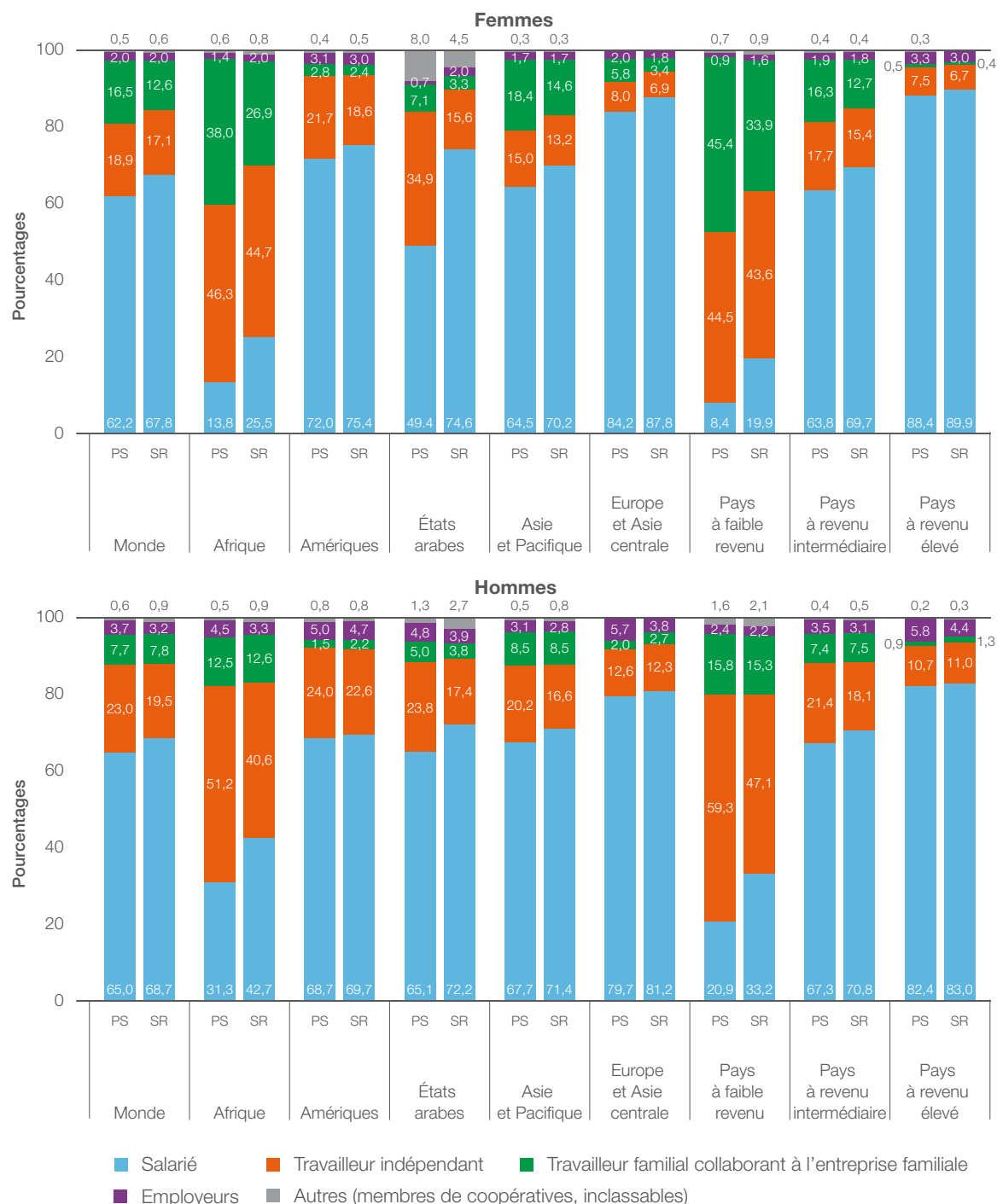
Le travail de soin à autrui non rémunéré est aussi l'un des principaux obstacles à l'amélioration de l'emploi des femmes. De fait, c'est un des déterminants essentiels du statut d'emploi des femmes. Cela apparaît à la figure 2.29, qui représente le statut d'emploi des travailleurs selon qu'ils sont prestataires de soin à autrui non rémunérés ou non et selon leur sexe, en utilisant les catégories de la Classification internationale d'après la situation dans la profession (CISP93). Cette comparaison croisée met en évidence la double pénalisation: celle d'être une femme et celle d'avoir des responsabilités familiales. La proportion de salariées est inférieure parmi les prestataires de soin à autrui (62,2 pour cent contre 67,8 pour cent). Cela vient à l'appui de l'hypothèse selon laquelle les prestataires non rémunérés doivent «transiter» par l'emploi indépendant pour pouvoir concilier activités rémunératrices et activités de soin à autrui.

La figure 2.29 montre que les femmes qui ont des responsabilités familiales ont une probabilité inférieure de 3,9 points de pourcentage d'être travailleuse familiale contribuant à l'entreprise familiale et de 1,8 point de pourcentage d'être travailleuse indépendante, par comparaison avec les femmes sans responsabilités familiales. En outre, la probabilité d'être travailleuse familiale collaborant à l'entreprise familiale augmente de 8,7 points de pourcentage, par comparaison avec les hommes sans responsabilités familiales. Par rapport aux femmes, les hommes ont une probabilité supérieure d'être salarié et inférieure d'être travailleur familial contribuant à l'entreprise familiale, qu'ils aient ou non des responsabilités familiales. Cela à l'échelle mondiale et dans toutes les régions, quel que soit le niveau de revenu du pays.

Au niveau régional, on observe que, dans les régions de l'Europe et de l'Asie centrale ainsi que des Amériques, la différence entre les proportions de femmes prestataires de soin à autrui et de celles qui ne le sont pas est négative dans le travail salarié, avec une valeur absolue de 3,6 et 3,4 points de pourcentage respectivement. Cela traduit le caractère plus inclusif de la législation relative au travail et à la protection sociale dans ces régions (voir figure 2.29). Au contraire, en Afrique, 13,8 pour cent des actives occupées qui sont prestataires de soin à autrui non rémunérées ont un travail salarié, contre 25,5 pour cent de celles qui n'ont pas de responsabilités familiales, 31,3 pour cent des hommes prestataires de soin à autrui et 42,7 pour cent des hommes sans responsabilités familiales. Le schéma est identique dans les États arabes, où 49,4 pour cent des femmes actives occupées ayant des responsabilités familiales sont salariées, contre 74,6 pour cent lorsqu'elles n'ont pas de responsabilités familiales. Dans les pays à faible revenu, la différence de proportion de salariées parmi les femmes ayant ou non des responsabilités familiales est très forte: 8,4 pour cent des actives occupées prestataires de soin sont salariées, contre 19,9 pour cent chez celles qui n'ont pas de responsabilités familiales. Cet écart se réduit à mesure que le revenu augmente, avec une différence négative de seulement 1,5 point de pourcentage dans les pays à revenu élevé entre les salariées avec et sans responsabilités familiales.

Un autre aspect de la qualité de l'emploi des prestataires de soin à autrui non rémunérés est son caractère formel ou informel. Certaines femmes peuvent décider, ou bien être contraintes, de travailler dans l'économie informelle¹³⁸ ou dans des formes atypiques d'emploi comme solution de dernier recours pour pouvoir concilier travail et vie de famille. Ces emplois ont de nombreux inconvénients, comme l'exposition à des risques professionnels non couverts par la protection sociale, mais présentent l'avantage d'une

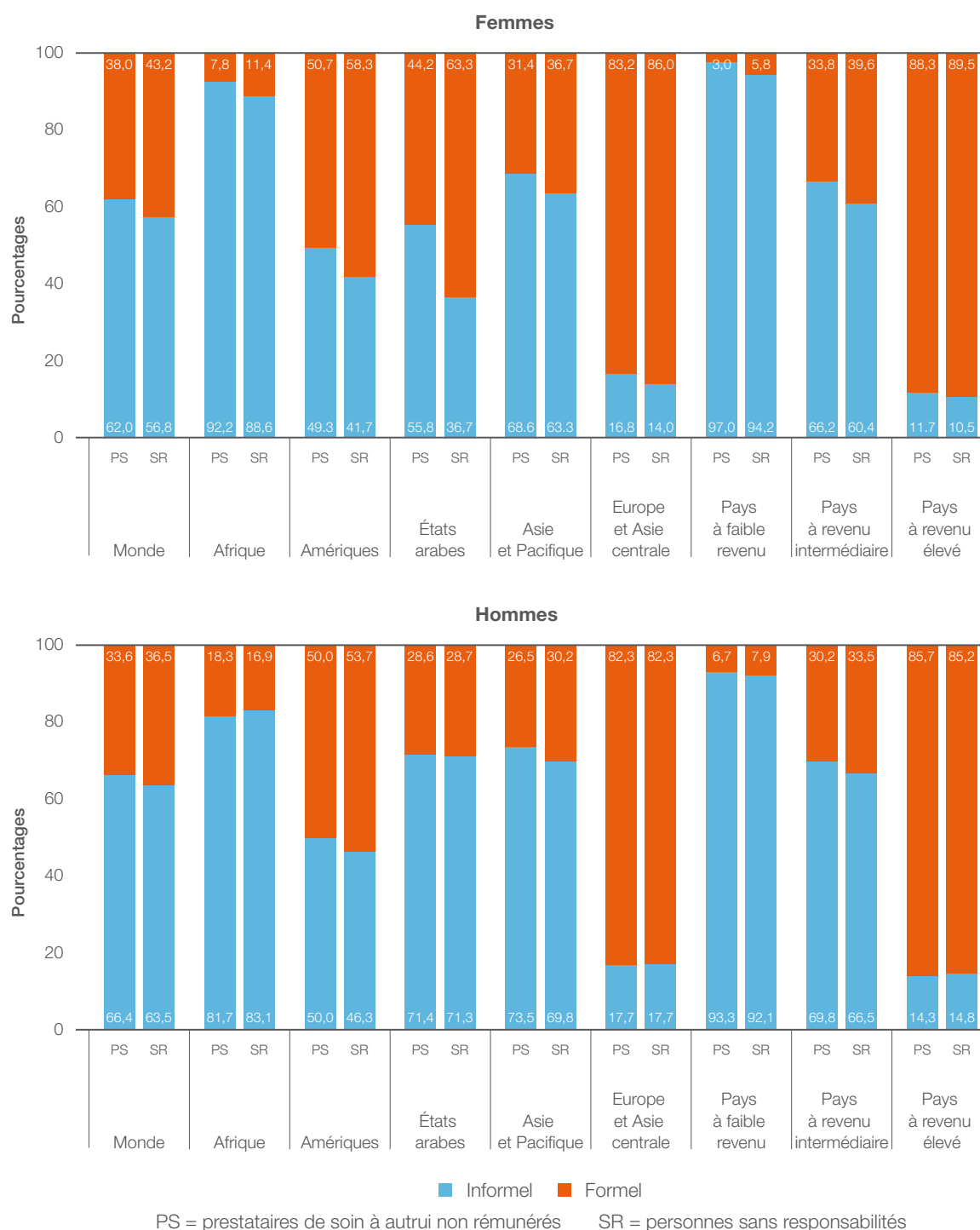
Figure 2.29. Statut d'emploi des prestataires de soin à autrui non rémunérés et des personnes sans responsabilités familiales, selon le sexe, dernière année disponible



Note: La tranche d'âge est de 25 à 54 ans pour les pays à revenu élevé, de 18 à 54 ans pour les pays à revenu faible et intermédiaire. Pourcentage de la population en âge de travailler (et nombre de pays): monde: 77 pour cent (85); Afrique: 55 pour cent (21); Amériques: 88 pour cent (13); États arabes: 34 pour cent (3); Asie et Pacifique: 84 pour cent (15); Europe et Asie centrale: 66 pour cent (33); pays à faible revenu: 68 pour cent (13); pays à revenu intermédiaire: 81 pour cent (41); pays à revenu élevé: 67 pour cent (31). Pour les données nationales, voir le tableau A.3.10 de l'annexe A.3. Pour l'année de l'enquête, voir le tableau A.7.1 de l'annexe A.7.

Source: Calculs du BIT à partir de microdonnées d'enquêtes sur la main-d'œuvre et auprès des ménages.

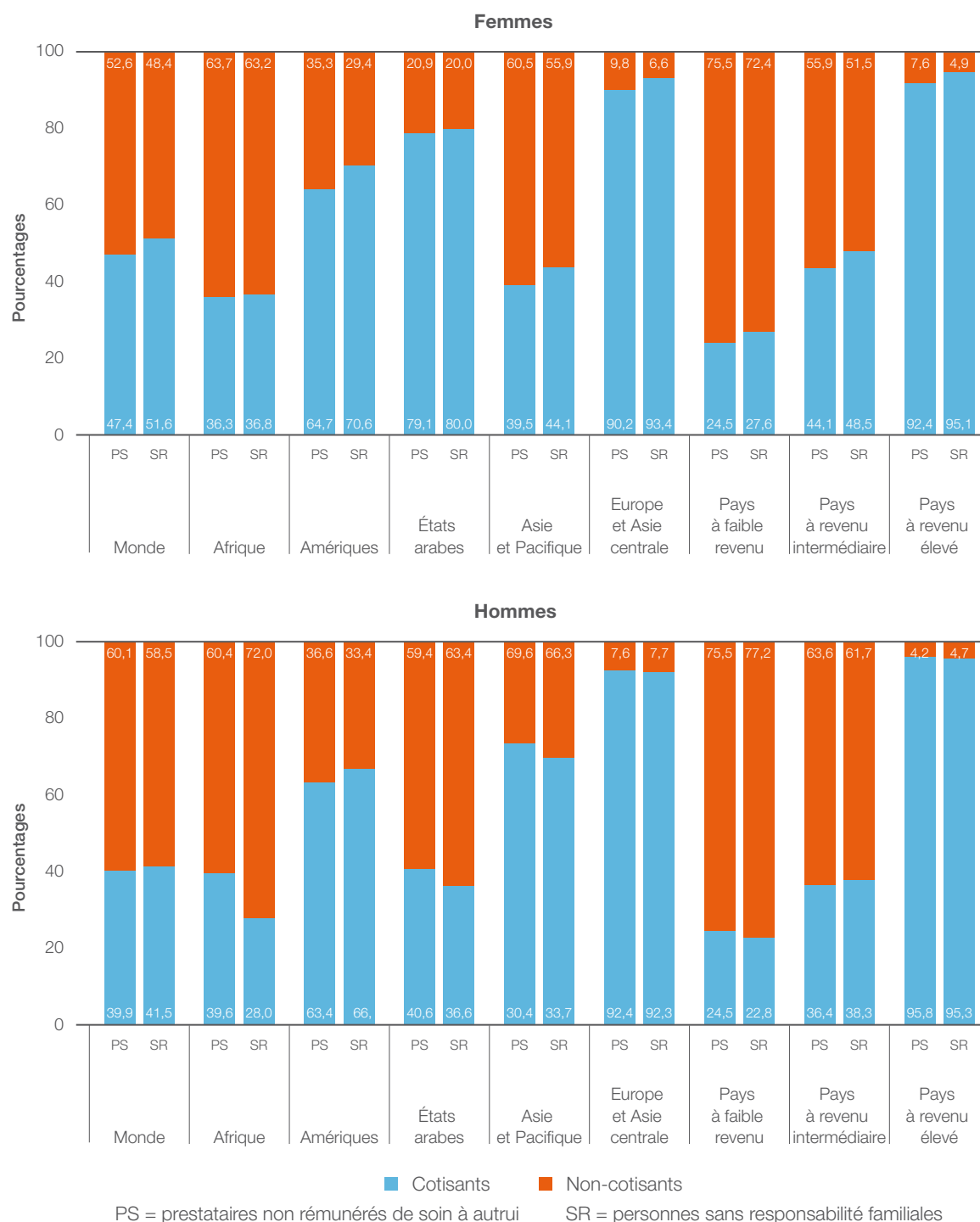
Figure 2.30. Caractère formel ou informel de l'emploi des prestataires de soin à autrui non rémunérés et des personnes sans responsabilités familiales, selon le sexe, dernière année disponible



Note: La tranche d'âge est de 25 à 54 ans pour les pays à revenu élevé, de 18 à 54 ans pour les pays à revenu faible et intermédiaire. Pourcentage de la population en âge de travailler (et nombre de pays): monde: 64 pour cent (66); Afrique: 35 pour cent (14); Amériques: 47 pour cent (9); États arabes: 30 pour cent (2); Asie et Pacifique: 78 pour cent (10); Europe et Asie centrale: 56 pour cent (31); pays à faible revenu: 29 pour cent (6); pays à revenu intermédiaire: 76 pour cent (32); pays à revenu élevé: 32 pour cent (28). Pour les données nationales, voir le tableau A.3.11 de l'annexe A.3. Pour l'année de l'enquête, voir le tableau A.7.1 de l'annexe A.7.

Source: Calculs du BIT à partir de microdonnées d'enquêtes sur la main-d'œuvre et auprès des ménages.

Figure 2.31. Cotisation à la sécurité sociale des salariés prestataires de soin à autrui non rémunérés et des salariés sans responsabilités familiales, selon le sexe, dernière année disponible



Note: La tranche d'âge est de 25 à 54 ans pour les pays à revenu élevé, de 18 à 54 ans pour les pays à revenu faible et intermédiaire. Pourcentage de la population en âge de travailler (et nombre de pays): monde: 63 pour cent (67); Afrique: 44 pour cent (16); Amériques: 48 pour cent (10); États arabes: 30 pour cent (2); Asie et Pacifique: 78 pour cent (10); Europe et Asie centrale: 47 pour cent (29); pays à faible revenu: 31 pour cent (9); pays à revenu intermédiaire: 75 pour cent (31); pays à revenu élevé: 28 pour cent (27). Pour les données nationales, voir le tableau A.3.12 de l'annexe A.3. Pour l'année de l'enquête, voir le tableau A.7.1 de l'annexe A.7.

Source: Calculs du BIT à partir de microdonnées d'enquêtes sur la main-d'œuvre et auprès des ménages.

plus grande souplesse quant à la durée du travail et à la localisation de l'activité¹³⁹. Cette hypothèse est appuyée par les données de certaines enquêtes sur l'utilisation du temps permettant de savoir si l'emploi est formel ou informel. Ainsi, en Colombie, au Mexique et en Uruguay, les travailleurs de l'économie informelle, surtout les femmes, consacrent plus de temps aux activités de soin non rémunérées¹⁴⁰. Un récent travail de recherche du BIT a aussi souligné l'influence des responsabilités familiales sur le choix des femmes de travailler en ligne, mais aussi sur leurs conditions de travail et sur leur rémunération¹⁴¹.

La figure 2.30 montre que les hommes et les femmes qui ont des responsabilités familiales présentent une probabilité supérieure d'être employés dans le cadre d'arrangements informels. Pour les femmes, cet écart culmine à 19,1 points de pourcentage dans les États arabes, où 55,8 pour cent des femmes qui sont prestataires de soin à autrui non rémunérées travaillent dans l'économie informelle, contre 36,7 pour cent de celles qui n'ont pas de responsabilités familiales. Cet écart chute à 2,8 points de pourcentage en Europe et en Asie centrale. Dans les pays à faible revenu, la plupart des femmes travaillent dans l'économie informelle, qu'elles aient des responsabilités familiales ou non (97 et 94,2 pour cent respectivement). Inversement, dans les pays à revenu élevé, la proportion de femmes ayant des emplois informels est basse: 11,7 pour cent pour celles qui ont des responsabilités familiales et 10,5 pour cent pour celles qui n'en ont pas, soit le plus petit écart (1,2 point de pourcentage).

Les hommes et les femmes qui travaillent dans l'économie informelle sont privés des prestations dont bénéficient les salariés, comme la protection de la sécurité sociale. Cela vaut aussi pour les salariés du secteur informel. Les femmes et les hommes qui ont des responsabilités familiales sont plus portés à accepter un travail sans protection sociale, car ils ont besoin de travailler et n'ont pas d'autres possibilités d'emploi à court terme (voir figure 2.31). À l'échelle mondiale, 47,4 pour cent des salariées qui ont des responsabilités familiales cotisent à la sécurité sociale alors que celles qui n'ont pas de telles responsabilités le font à 51,6 pour cent. Le phénomène est identique chez les hommes: en moyenne, ceux qui ont des responsabilités familiales cotisent moins que les autres. Et les hommes des deux catégories cotisent en moindre proportion que les femmes. Les hommes salariés qui ont des responsabilités familiales cotisent moins que les femmes à la sécurité sociale (39,9 et 47,4 pour cent respectivement). Cela vient à l'appui de la thèse de l'«homme soutien de famille»: les hommes qui ont des responsabilités de soin à autrui auront une plus forte propension à accepter des emplois sans cotisations sociales, car ils sont souvent seuls à apporter un revenu au ménage. Toutefois, les travailleurs et leurs familles courent un plus grand risque de basculer dans la pauvreté s'ils ne bénéficient pas de régimes de protection sociale conformes aux normes de l'Organisation internationale du Travail (OIT) (voir chapitre 3).

2.3. COMMENT LES ATTITUDES DÉTERMINENT LES INÉGALITÉS ENTRE HOMMES ET FEMMES DANS LE MONDE DU TRAVAIL

La décision personnelle que prennent les femmes et les hommes de s'engager dans une activité rémunérée est une décision complexe qui est prise en fonction de considérations et de pressions d'ordre familial, économique et social qui rétrécissent l'éventail des choix. Les préférences des individus sont modelées par l'évaluation qu'ils font de leur

situation (instruction, qualification, revenu), par leur perception des coûts induits par l'activité économique (stabilité du couple, bien-être des enfants, etc.) au regard de ses avantages (revenu, autonomie, accomplissement personnel, etc.)¹⁴². Les «préférences» personnelles ainsi que les possibilités offertes aux hommes et aux femmes, de même que leurs actions, sont donc le résultat de circonstances et de contraintes socio-économiques qui s'imposent aux ménages, aux communautés locales et aux pays¹⁴³. En outre, il y a l'influence de ce qui est considéré comme convenable par la famille, la communauté locale et la société en vertu des normes sociales et des rôles assignés aux femmes et aux hommes. Les unes comme les autres tendent à se conformer aux normes sociales pour éviter les conséquences préjudiciables de l'exclusion sociale, de l'insécurité ou d'autres sanctions possibles pouvant aller jusqu'aux discriminations et à la violence¹⁴⁴. Ces attitudes à l'égard des rôles féminins et masculins déterminent à leur tour la division du travail à l'intérieur des ménages, ce qui affaiblit la position des femmes dans la main-d'œuvre, comme on l'a vu à la section 2.2.

Les attitudes à l'égard de la division du travail de soin non rémunéré entre hommes et femmes sont importantes, car les résultats de travaux de recherche donnent à penser qu'il existe un lien étroit entre attitudes et pratiques¹⁴⁵. Dans un rapport publié en 2017 à partir des données d'une enquête BIT-Gallup sur les attitudes à l'égard de l'activité professionnelle des femmes, il apparaît une association positive significative entre les préférences des femmes et leur activité économique, toutes choses égales par ailleurs¹⁴⁶. Nous explorons ici les préférences relatives aux rôles sociaux attribués aux femmes et aux hommes en tant que prestataires de soin à autrui non rémunérés, ainsi que les attentes quant à leur activité professionnelle et à leurs activités de soin à autrui non rémunérées. À partir des données les plus pertinentes dont nous disposons en la matière, nous analysons ici les attitudes au regard de l'emploi rémunéré des femmes et des mères, les préférences quant aux stratégies de conciliation du travail avec la vie de famille et les perceptions relatives à l'engagement des hommes dans les activités de soin à autrui non rémunérées et les tâches ménagères.

2.3.1. Attitudes à l'égard de l'activité professionnelle des femmes

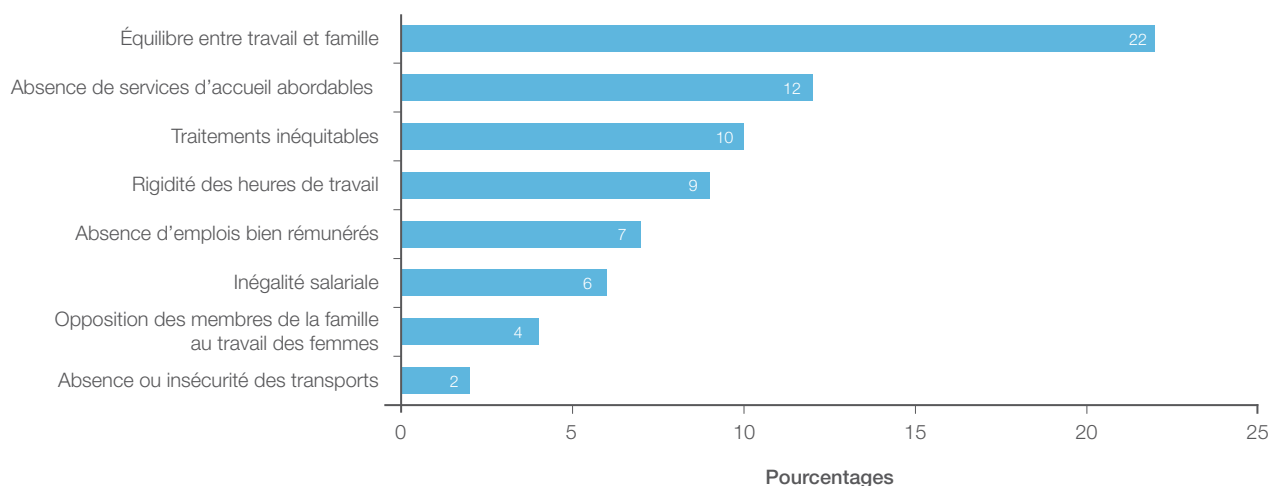
Le rapport de l'enquête BIT-Gallup (2017) offre des éclairages précieux sur plusieurs points: les préférences des femmes en faveur de l'emploi rémunéré; les perceptions des individus quant au travail des femmes; l'acceptabilité du fait qu'une femme occupe un emploi rémunéré si elle le souhaite; les difficultés auxquelles se heurtent les femmes qui travaillent et leurs possibilités d'emploi¹⁴⁷. Au cours de l'enquête qui a été menée en 2016 dans 142 pays et territoires représentant 95 pour cent de la population mondiale, on a interrogé 149 000 personnes de 15 ans et plus¹⁴⁸. Une question visait à établir si les femmes interrogées préféreraient avoir un emploi rémunéré, rester à la maison pour s'occuper de leur famille et effectuer des tâches ménagères, ou bien faire les deux choses à la fois. Il est aussi demandé ce que les hommes préféreraient voir faire aux femmes de leur famille à ce sujet. Les résultats révèlent une attitude extrêmement positive, à l'échelle mondiale, à l'égard du travail rémunéré des femmes: 70 pour cent des femmes préféreraient avoir une activité professionnelle (soit exclusivement, soit tout en s'occupant de leur famille et en s'acquittant des tâches ménagères) et 66 pour cent des hommes

préféreraient voir les femmes avoir une activité rémunérée. Si l'on considère les différences régionales, il apparaît que la préférence pour le travail des femmes prédomine en Europe du Nord, du Sud et de l'Ouest, en rassemblant les opinions favorables de près de 90 pour cent des femmes et des hommes. Ce sont les hommes d'Afrique du Nord et des États arabes qui sont le moins favorables à l'emploi rémunéré des femmes: environ la moitié d'entre eux préféreraient les voir rester à la maison. En Afrique du Nord, cette préférence est plus forte chez les hommes jeunes que chez ceux qui ont plus de 45 ans, opinion qui contraste fortement avec celle des jeunes femmes, dont la majorité préférerait occuper un emploi¹⁴⁹.

Lorsqu'il s'agit d'expliquer les préférences relatives au travail rémunéré et non rémunéré des femmes, deux résultats sont marquants. Le premier est que l'attitude positive à l'égard du travail rémunéré des femmes est partagée par une majorité de celles qui sont actuellement inactives (58 pour cent), surtout les plus jeunes (67 pour cent dans la tranche de 15 à 29 ans). Si l'on considère qu'à l'échelle mondiale environ la moitié seulement des femmes sont actives et que les femmes en âge de travailler citent les activités de soin non rémunérées comme principale raison de leur inactivité (voir section 2.2.1), il est instructif de constater que la majorité de ces dernières préféreraient avoir un travail rémunéré. Le second tient à l'influence de la présence d'enfants¹⁵⁰ sur les préférences. La présence dans le ménage d'enfants de moins de 15 ans n'a pas d'influence significative sur les préférences des femmes quant au travail rémunéré, mais elle en a eu une sur l'opinion des hommes quant au fait que les femmes devraient ou non avoir une activité professionnelle. Les mères ne sont pas plus nombreuses que les femmes sans enfants à préférer que les femmes restent à la maison pour s'occuper de leur famille, tandis que les pères sont plus nombreux que les hommes sans enfants à préférer voir les femmes rester à la maison.

On observe d'autres différences socio-économiques: les jeunes femmes célibataires sont plus nombreuses à préférer travailler que les femmes plus âgées et mariées, veuves, séparées ou divorcées. Les femmes et les hommes plus instruits (c'est-à-dire ayant un niveau d'instruction secondaire ou supérieur) ont tendance à préférer que les femmes concilient travail et responsabilités familiales. Tel est aussi le cas pour les femmes qui travaillent à plein temps et celles qui sont au chômage.

Le rapport BIT-Gallup montre aussi que, partout dans le monde, c'est l'équilibre entre travail et vie de famille qui constitue la principale difficulté pour les femmes qui ont un emploi rémunéré. Quelle que soit la région, la difficulté mentionnée en premier ou en deuxième lieu, tant par les femmes que par les hommes, est l'équilibre travail-famille ou l'absence d'infrastructures d'accueil abordables pour les enfants ou les parents proches, les deux étant étroitement liés. Le plus fort contingent de personnes interrogées (22 pour cent) cite l'équilibre entre le travail et la vie de famille comme principale difficulté (voir figure 2.32). Si l'on additionne celles qui mentionnent en premier lieu le manque de services d'accueil (12 pour cent), on obtient une proportion de 34 pour cent des personnes interrogées évoquant une difficulté associée aux activités de soin à autrui. Un traitement inéquitable au travail (surtout dans les pays en développement) et la rigidité des horaires ont aussi été identifiés comme des difficultés importantes. Quant à l'égalité de rémunération, elle est aussi l'une des premières difficultés mentionnées dans les pays en développement.

Figure 2.32. Principales difficultés auxquelles se heurtent les femmes qui ont un emploi rémunéré, 2016

Note: 142 pays.

Source: BIT et Gallup, 2017.

Les difficultés auxquelles se heurtent les femmes qui travaillent en dehors de la maison, telles qu'elles sont perçues, varient selon les situations et les trajectoires des femmes. Ainsi, les femmes qui ont des enfants de moins de 15 ans mentionneront plus que celles qui n'ont pas d'enfant le manque de services d'accueil abordables. Les actives auront aussi une plus forte propension à citer cette difficulté, mais aussi la rigidité des horaires, l'équilibre entre travail et famille et l'égalité de rémunération. Les femmes âgées de 30 à 44 ans citeront plus que les autres le manque de services d'accueil abordables; celles qui ont une instruction supérieure, l'équilibre travail-famille (29 pour cent); et celles qui ont une instruction primaire, ou moins, le manque de services d'accueil abordables.

2.3.2. Attitudes à l'égard de l'activité professionnelle des mères

Une autre question importante concerne les attitudes à l'égard du fait que les mères aient un emploi rémunéré, car, comme on l'a vu à la section 2.2.2, la maternité est associée à une chute du taux d'activité des femmes. L'enquête mondiale sur les valeurs fournit, à l'échelle mondiale et sur une période longue, une base de données volumineuse sur les valeurs et sur leurs effets sur la vie sociale et politique, y compris sur des sujets se rapportant à l'égalité entre hommes et femmes et à la diversité. La dernière enquête a été menée entre 2010 et 2014 auprès de plus de 90 000 personnes âgées de 16 ans et plus dans 50 pays des cinq régions, représentant 73 pour cent de la population mondiale¹⁵¹. Les attitudes à l'égard de l'activité professionnelle des mères ont été relevées en demandant aux personnes interrogées leur opinion sur l'énoncé suivant: «Lorsque leur mère travaille, les enfants en pâtissent».

Les résultats font apparaître une opinion partagée: à l'échelle mondiale, 50 pour cent des hommes et 45 pour cent des femmes se sont dits d'accord ou tout à fait d'accord avec cet

énoncé, tandis que 47 pour cent des hommes et 51 pour cent des femmes le désapprouvent ou le désapprouvent fortement¹⁵². Cela donne à penser que persiste la croyance selon laquelle les soins de la mère sont ce qu'il y a de mieux pour les enfants et que les hommes ont en général une conception plus conservatrice que les femmes quant au rapport entre travail et famille. Ces dernières décennies, ce genre de croyances est toutefois en recul, comme l'atteste l'évolution des attitudes dans un sous-échantillon de 10 pays pour lesquels on dispose de séries chronologiques sur cette même question¹⁵³. Alors que, en 1989-1993, 70 pour cent des personnes interrogées dans ces pays se disaient tout à fait d'accord avec cet énoncé, elles n'étaient plus que 42 pour cent vingt ans plus tard (2010-2014).

Une exploration plus approfondie des dernières données disponibles de l'enquête 2010-2014 révèle que les attitudes varient aussi en fonction des caractéristiques socio-économiques comme le niveau d'instruction ou la force des liens avec le marché du travail. Premièrement, 60 pour cent des personnes qui n'ont eu aucune scolarité ou qui ont un niveau d'instruction primaire se disent d'accord ou tout à fait d'accord avec le fait que les enfants souffrent lorsque leur mère travaille, mais il n'en va de même que pour 45 pour cent de celles qui ont un niveau d'instruction secondaire et 40 pour cent de celles qui ont un diplôme universitaire, soit un écart de 20 points de pourcentage. Les femmes qui travaillent à plein temps et à temps partiel, ainsi que les travailleuses indépendantes, sont nettement plus nombreuses que leurs homologues masculins à désapprouver ou désapprouver fortement cet énoncé, avec des écarts de 11 et 15 points de pourcentage. En règle générale, les personnes qui sont à plein temps prestataires de soin à autrui non rémunérés sont plus favorables à l'énoncé (58 pour cent) que les personnes sans enfants qui le désapprouvent majoritairement. On observe une différence entre femmes et hommes: 51 pour cent des pères considèrent que les enfants pâtissent du fait que leur mère travaille, opinion qui n'est partagée que par 47 pour cent des mères.

Au-delà de ces variations entre individus, on observe aussi des différences sensibles d'une région à l'autre. L'idée selon laquelle les enfants souffrent lorsque leur mère travaille bénéficie d'une approbation très forte dans les États arabes (77 pour cent des hommes et 71 pour cent des femmes se disent d'accord ou tout à fait d'accord) et beaucoup plus faible en Europe et en Asie centrale avec seulement pour 36 cent des femmes et 40 pour cent des hommes. Des degrés intermédiaires s'observent en Afrique (56 pour cent des hommes et 49 pour cent des femmes), en Asie et dans le Pacifique (49 pour cent des hommes et 45 pour cent des femmes) et dans les Amériques (40 pour cent des hommes et 42 pour cent des femmes). Ces variations régionales des perceptions sont associées à des différences dans les écarts de taux de participation entre hommes et femmes et dans les mécanismes institutionnels et économiques qui existent pour faciliter la conciliation entre activité professionnelle et responsabilités familiales. En Europe et en Asie centrale, régions où les services d'accueil des enfants sont les plus développés et où leur prise en charge par d'autres que les parents est relativement institutionnalisée et répandue (voir chapitre 3), on trouve une moindre proportion d'attitudes négatives vis-à-vis de l'activité professionnelle des mères que dans d'autres régions où il n'existe pas d'autre solution que la prise en charge des enfants par leur mère, si ce n'est des services de piètre qualité ou inabordables. Cela donne à penser que les services et les dispositions d'ordre public en matière de soin à autrui dépendent des perceptions quant à la façon dont la vie de famille doit s'organiser et quant aux rôles jugés acceptables de la part des mères¹⁵⁴.

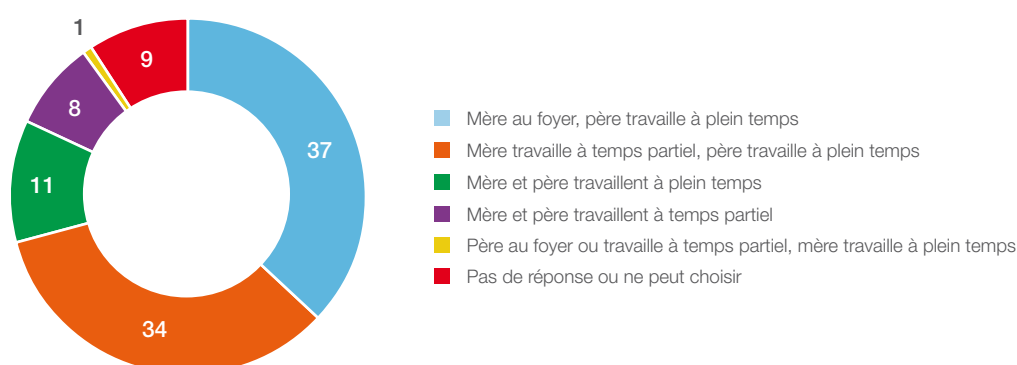
2.3.3. Attitudes à l'égard de la conciliation entre travail et vie de famille

Des données du Programme international d'enquêtes sociales permettent d'identifier plus précisément ce que la population attend quant à la façon dont les couples et les familles doivent répartir les activités de soin rémunérées et non rémunérées. Elles portent aussi sur les perceptions quant à la responsabilité de s'occuper des membres de la famille, comme les enfants d'âge préscolaire et les personnes âgées dépendantes¹⁵⁵. L'enquête a été menée entre 2011 et 2014 dans 41 pays à revenu élevé ou intermédiaire; plus de 61 000 personnes de 15 ans et plus ont été interrogées¹⁵⁶. Les attitudes à l'égard des responsabilités familiales et de la façon dont les familles concilient celles-ci avec les activités professionnelles ont d'abord été abordées par une question sur l'arrangement idéal en la matière dans un couple hétérosexuel. Il était demandé: «Considérant une famille avec un enfant d'âge scolaire. Selon vous, quelle est la meilleure manière pour ces personnes d'organiser leur vie familiale et professionnelle?».

Les résultats montrent que le modèle traditionnel de l'«homme soutien de famille», selon lequel la mère ne travaille pas à l'extérieur et le père travaille à plein temps, avait la préférence de 37 pour cent des membres de l'échantillon (voir figure 2.33). Une partie de celui-ci préférait une version modifiée de ce modèle (34 pour cent). Les autres choix, moins fréquents, étaient que les deux parents travaillent à plein temps (11 pour cent) ou à temps partiel (8 pour cent). Très peu ont souhaité voir les mères travailler à plein temps et les pères à temps partiel ou pas du tout (1 pour cent).

Le modèle de l'«homme soutien de famille» a particulièrement la faveur dans les pays d'Europe orientale (52 pour cent) et d'Asie (entre 45 et 55 pour cent), ainsi qu'en Afrique du Sud (51 pour cent); c'est moins le cas en Europe du Nord, du Sud et de l'Ouest (23 pour cent) et en Amérique du Nord (29 pour cent), où l'on préfère soit une version modifiée de ce modèle (38 pour cent), soit voir le père travailler à temps partiel ou rester à la maison tandis que la mère travaille à plein temps (32 pour cent).

Figure 2.33. Préférences quant à la conciliation entre travail et famille (pourcentages), 2011-2014



Note: Tranche d'âge: 15 ans et plus; 41 pays.

Source: ISSP, 2016.

Les préférences pour le modèle de l'«homme soutien de famille» varient selon la situation individuelle des personnes, notamment selon qu'elles sont ou non confrontées à la difficulté de concilier responsabilités familiales et professionnelles. Ce modèle est choisi par les hommes (39 pour cent) plutôt que par les femmes (35 pour cent), par les parents (40 pour cent) plutôt que par les personnes sans enfants (31 pour cent), par les personnes âgées de 65 ans et plus (42 pour cent) plutôt que par les plus jeunes (environ 35 pour cent), par les membres de couples à revenu unique (45 pour cent) plutôt que par les célibataires (32 pour cent) ou les membres de couples à double revenu (28 pour cent), par les personnes qui n'ont jamais eu d'emploi (50 pour cent) ou qui étaient sans emploi moment de l'enquête (40 pour cent) plutôt que par les personnes en cours d'emploi (32 pour cent), et enfin par les personnes ayant un niveau d'instruction primaire ou inférieur (54 pour cent) plutôt que secondaire (39 pour cent) ou supérieur (22 pour cent).

2.3.4. Attitudes à l'égard de l'engagement des hommes dans les activités de soin à autrui non rémunérées

Un autre aspect qu'il est important de considérer lorsque l'on analyse les attitudes à l'égard de la division entre hommes et femmes du travail rémunéré et des activités de soin à autrui non rémunérées est de voir dans quelle mesure les hommes participent aux activités familiales et ménagères ou bien si celles-ci sont considérées comme strictement féminines. Une étude menée en 2016 dans 22 pays à revenu élevé et intermédiaire (essentiellement dans leurs zones urbaines) et au cours de laquelle 17 000 femmes et hommes de 16 à 64 ans ont été interrogés fait apparaître que, en règle générale, on considère que les hommes sont aujourd'hui plus engagés dans ces activités qu'ils ne l'étaient par le passé (Ipsos MORI, 2017)¹⁵⁷. En moyenne, 69 pour cent des personnes interrogées (73 pour cent des hommes et 64 pour cent des femmes) étaient d'accord avec l'énoncé suivant: «Les hommes assument aujourd'hui plus de responsabilités que jamais dans la maison et à l'égard des enfants»¹⁵⁸. Cet accord était plus prononcé dans les pays à revenu intermédiaire, comme l'Inde (81 pour cent) et l'Indonésie (79 pour cent), mais aussi dans plusieurs pays à revenu élevé, avec des proportions de 75 à 79 pour cent (Argentine, Australie, Canada, République de Corée, États-Unis et Royaume-Uni). Il n'était minoritaire que dans deux pays: la Pologne (49 pour cent) et la Fédération de Russie (39 pour cent).

Une étude a été menée en 2009-2012 sur l'implication des hommes dans les activités de soin à autrui non rémunérées, du point de vue des hommes eux-mêmes (Enquête internationale sur les hommes et l'égalité des sexes)¹⁵⁹. Ont participé à cette enquête plus de 10 000 hommes âgés de 18 à 59 ans et vivant surtout dans des zones urbaines de 8 pays à revenu intermédiaire et faible. Sur les questions relatives à la famille, il était demandé s'ils étaient d'accord ou non avec l'énoncé suivant: «Changer les couches, donner le bain et nourrir les enfants sont la responsabilité de la mère». On observe de fortes variations de réponses selon le contexte, avec 10 pour cent d'accord partiel ou total au Brésil, 26 pour cent au Mexique, 28 pour cent en Croatie, 46 pour cent au Chili, 52 pour cent en Bosnie-Herzégovine, 53 pour cent en République démocratique du Congo, 61 pour cent au Rwanda et 86 pour cent en Inde¹⁶⁰. Une hypothèse est que ces différences proviennent de ce que, dans les pays à faible revenu, l'égalité entre hommes et femmes est perçue comme imposée de l'extérieur. En outre, dans certaines situations de pauvreté extrême,

la forte concurrence pour accéder aux ressources réduit le soutien en faveur de l'égalité des sexes. Aux différences entre pays s'ajoutent des variations internes selon le niveau d'instruction des personnes interrogées et celui de leur mère, ainsi que selon la participation de leur père aux tâches ménagères¹⁶¹. L'étude concluait que c'est dans la famille que les garçons apprennent et intègrent les normes sexuées qui influenceront leurs attitudes en tant qu'adultes, ce qui vient à l'appui des hypothèses de l'«exemplarité» ou de la «socialisation».

La forte prévalence du modèle de l'«homme soutien de famille» a également été observée lors d'une étude portant sur 20 pays à revenu intermédiaire et faible¹⁶², au cours de laquelle des entretiens de groupes ont été menés avec 4 000 femmes, hommes, filles et garçons¹⁶³. Les auteurs constatent l'universalité et la forte résilience des normes qui déterminent les rôles assignés aux femmes et aux hommes. Avec des différences selon les régions et les générations, le «bon mari» est presque entièrement défini par sa capacité de rapporter un revenu et d'affirmer son autorité dans le ménage, tandis que la «bonne épouse» est définie par son rôle nourricier consistant à s'occuper des enfants, du mari et des personnes âgées, à assumer les responsabilités ménagères et, si nécessaire, à contribuer au revenu du ménage¹⁶⁴.

En Europe, les attitudes à l'égard de l'engagement des hommes dans les activités de soin à autrui et les tâches ménagères ont été mises en évidence par l'Eurobaromètre 2014¹⁶⁵. Lors de cette enquête, il a été demandé à près de 28 000 femmes et hommes âgés de 15 ans et plus¹⁶⁶ s'ils étaient ou non d'accord avec cet énoncé: «En général les hommes sont moins compétents que les femmes pour effectuer les tâches ménagères». Seulement 50 pour cent des personnes interrogées (46 pour cent des femmes et 53 pour cent des hommes) l'ont désapprouvé, ce qui indique que les opinions de ce genre sur les compétences imputées aux hommes et aux femmes en matière de tâches ménagères restent répandues et sont liées à la façon dont les tâches sont effectivement partagées au sein du ménage. À la différence de perceptions selon le sexe – les femmes ayant plus tendance à considérer les hommes comme moins compétents qu'elles – s'ajoute une différence entre générations: le désaccord est plus fort dans les tranches d'âge de 15 à 29 ans (54 pour cent) et de 30 à 44 ans (53 pour cent) que chez les personnes de 65 ans et plus (40 pour cent).

Lorsque l'on en vient aux conflits entre la carrière des hommes et leur implication dans la vie de famille, la plupart des Européens ont répondu qu'il fallait établir un compromis. Ainsi, deux tiers des femmes et des hommes, sans différence entre les sexes, désapprouvent l'énoncé suivant: «Un père doit faire passer sa carrière avant le fait de s'occuper de ses jeunes enfants». Cela indique que ces femmes et ces hommes ne considèrent pas que les pères doivent choisir entre leur carrière et leurs responsabilités familiales, même si ces données ne nous disent rien du degré d'implication attendu des pères.

CONCLUSIONS: METTRE EN HARMONIE TRAVAIL DE SOIN À AUTRUI NON RÉMUNÉRÉ ET EMPLOI POUR RÉALISER L'ÉGALITÉ ENTRE HOMMES ET FEMMES DANS LE TRAVAIL SOUS TOUTES SES FORMES

Le temps est vraiment l'ultime ressource rare, et la façon dont nous utilisons notre temps dit qui nous sommes et ce que nous produisons. En outre, ce que nous sommes et ce que nous produisons dépendent de notre sexe, de notre couleur, de notre origine ethnique et d'autres caractéristiques, et aussi des possibilités et des contraintes propres aux sociétés dans lesquelles nous vivons. [...] Pour améliorer le bien-être des femmes, des enfants et des hommes, il est essentiel d'identifier, à travers le prisme du concept de genre, les différences entre hommes et femmes dans ces formes de travail, les charges supportées et les bénéfices retirés par les uns et les autres.

Rachel Connelly et Ebru Kongar, 2017

La nouvelle définition du travail, élargie pour inclure les activités de soin à autrui non marchandes, a de profondes implications non seulement sur la façon d'expliquer les inégalités entre hommes et femmes, mais aussi sur la façon d'analyser des phénomènes économiques – revenu national, marché du travail, pauvreté, répartition des revenus, crises économiques – et d'en inférer des implications d'ordre politique (voir chapitres 3, 5 et 6)¹⁶⁷. Dans le présent chapitre, nous avons montré de quelle façon les activités de soin à autrui non rémunérées constituent un apport substantiel aux économies nationales ainsi qu'au bien-être individuel et collectif. Toutefois, ce travail reste essentiellement invisible, n'est pas reconnu et n'est pas pris en compte lorsqu'il s'agit de prendre des décisions. Cela tient aux lacunes dans les méthodes de mesure statistique et d'évaluation, lacunes que l'adoption de nouvelles normes statistiques sur la main-d'œuvre et l'utilisation du temps devrait contribuer à combler.

En outre, l'ampleur considérable du travail de soin à autrui non rémunéré, ainsi que sa répartition entre les sexes dans l'économie non marchande du soin, sont des «sources persistantes et systématiques d'inégalités entre hommes et femmes sur le marché», marché du travail compris¹⁶⁸. Les statistiques sur la main-d'œuvre et sur l'utilisation du temps présentées dans ce chapitre démontrent de façon convaincante les interrelations entre les inégalités dans les activités de soin à autrui non rémunérées et les inégalités dans le monde du travail. Non seulement cela confirme la connexion entre travail de soin à autrui non rémunéré et travail de soin à autrui rémunéré que l'on a vu au chapitre 1, mais cela montre aussi qu'il est pas possible de réaliser des progrès sensibles dans toutes les dimensions de l'égalité entre hommes et femmes au travail sans s'attaquer aux inégalités dans le travail de soin à autrui non rémunéré, à commencer par sa reconnaissance, sa réduction et sa redistribution entre femmes et hommes, ainsi qu'entre les familles et les pouvoirs publics (voir aussi chapitres 3 et 6).

Dans ce chapitre, nous avons ensuite vu de quelle façon les inégalités entre hommes et femmes à la maison comme dans l'emploi trouvent leur origine dans les conceptions sexistes des rôles respectifs des hommes et des femmes dans la production et la reproduction, conceptions qui persistent quel que soit le contexte culturel ou socio-économique. Toutefois, une proportion de plus en plus importante, voire majoritaire, d'hommes et de femmes considère que les femmes et les mères devraient avoir une activité professionnelle. Les statistiques sur l'utilisation du temps et sur les attitudes montrent que les hommes n'ont jamais autant été impliqués qu'aujourd'hui dans la vie de famille et que leur participation aux activités de soin à autrui non rémunérées a augmenté au cours des vingt dernières. Cela ne signifie toutefois pas nécessairement que les personnes interrogées lors des enquêtes considèrent que les femmes devraient se dessaisir de leur rôle de dispensatrices de soin à autrui au sein de la famille, même si le fait d'être la

principale personne à l'assumer est pénalisante dans le monde du travail et quant à la qualité de l'emploi. Cela est particulièrement vrai dans les pays à revenu élevé et intermédiaire, où les coûts de prise en charge des jeunes enfants sont les plus élevés pour les personnes qui travaillent. Ainsi, le modèle de l'«homme soutien de famille» reste toujours bien ancré dans la société, comme le montre l'analyse du marché du travail qui précède. Les hommes augmentent leur engagement dans les activités de soin à autrui, mais pas assez pour alléger la pénalisation dont sont victimes les femmes dans le monde du travail à cause de leurs lourdes responsabilités familiales.

Du côté positif, on observe plus d'attitudes favorables au travail rémunéré des femmes et à l'engagement des hommes dans les activités de soin à autrui non rémunérées. Cela est surtout vrai chez les femmes, les jeunes générations, les personnes en âge de procréer, les couples à double revenu, les parents isolés qui travaillent et les actifs occupés en général, ainsi que les personnes les plus instruites. Comme on le verra dans le prochain chapitre, on observe un soutien plus important en faveur d'un État plus actif face aux besoins en matière de soin à autrui. Cela signifie que les gens qui doivent eux-mêmes concilier travail et vie de famille, ou qui sont susceptibles d'avoir des responsabilités familiales dans un proche avenir, seront en général plus favorables à des politiques dont ils pourraient bénéficier et à des pratiques qui correspondent à leur situation familiale.

Les résultats présentés ici, à partir d'enquêtes sur l'utilisation du temps, sur la main-d'œuvre et sur les opinions et attitudes, mettent en évidence au moins deux facteurs qui influencent les préférences, les attitudes et les pratiques des individus quant à leur situation sur le marché du travail. Le premier tient à la situation et à la trajectoire individuelle des personnes: celles qui sont familiarisées avec la difficulté de trouver un équilibre entre travail et vie de famille et celles qui vivent cette difficulté ou y sont exposées sont aussi celles qui ont les attitudes les plus progressistes et les plus favorables à l'égalité entre femmes et hommes. Le second facteur se situe au niveau macrosocial et est multiple: environnement politique, caractéristiques du marché du travail, normes culturelles, toutes choses qui modèlent ce que les gens considèrent comme socialement juste et acceptable dans leur ménage et dans la société. Du fait que les changements exposés au chapitre 1 – évolution des structures familiales et vieillissement de la population – risquent d'exposer les femmes comme les hommes à un conflit entre activités de soin à autrui non rémunérées et emploi, on peut s'attendre à une montée du soutien en faveur de rôles plus égalitaires et à ce que ce soutien se traduise dans la pratique. Un tel changement des attitudes et des pratiques découlera aussi de politiques transformatrices dans le domaine du soin à autrui, c'est-à-dire qui s'attachent activement à mettre en harmonie travail de soin à autrui non rémunéré et emploi, pour les femmes comme pour les hommes. C'est le rôle de ces politiques – faire évoluer les préférences individuelles et les situations sur le marché du travail – que nous aborderons dans le prochain chapitre.

NOTES

- 1 Ferguson, 2013.
- 2 Budlender, 2008.
- 3 Razavi, 2011.
- 4 *Ibid.*
- 5 Ferrant, Pesando et Nowacka, 2014; Razavi et Staab, 2010; Folbre, 2006b.
- 6 Ferguson, 2013, p. 338.
- 7 Nussbaum, 2017.
- 8 Folbre, 2006b.
- 9 Nations Unies, 2017a.
- 10 BIT, 2013c, paragr. 67 b).
- 11 Nations Unies, 2017a, paragr. 72-75
- 12 Budlender, 2007.
- 13 BIT, 2013c, paragr. 67.
- 14 Charmes, à paraître; Esquivel, 2017b.
- 15 Cross, 1998; Esquivel et coll., 2008.
- 16 BIT, 2013c, paragr. 67.
- 17 Les principaux résultats des études pilotes du BIT sur les enquêtes sur la main-d'œuvre ainsi que les leçons et les recommandations qui en ont été tirées figurent dans une série de rapports disponibles sur le site Web du Département de statistique du BIT.
- 18 Les données nationales figurent au tableau A.3.1 de l'annexe A.3.
- 19 Les moyennes sont pondérées en fonction de la population en âge de travailler.
- 20 Budlender, 2007; Charmes, à paraître.
- 21 Nations Unies, 2015a.
- 22 Domínguez-Serrano, 2012.
- 23 BIT, 2018h.
- 24 Ce calcul est fondé sur l'hypothèse que chaque heure passée à s'occuper d'une personne atteinte du sida représente une heure de moins consacrée au travail rémunéré. Source: Calculs du BIT à partir de Demographic and Health Surveys (DHS) pour 31 pays; BIT, 2018a.
- 25 Nations Unies, 2016.
- 26 Stiglitz, Sen et Fitoussi, 2009.
- 27 Nations Unies et coll., 2009.
- 28 *Ibid.*, p. 99, paragr. 6.30.
- 29 ONU-Femmes, 2015.
- 30 Abraham et Mackie, 2005.
- 31 Budlender, 2011.
- 32 Antonopoulos, 2009.
- 33 Nations Unies, 1996.
- 34 Les comptes satellites du secteur des ménages sont des outils qui permettent de quantifier la valeur du produit du travail de soin à autrui non rémunéré, y compris la contribution du secteur à but non lucratif, dans le SCN.
- 35 Stiglitz, Sen et Fitoussi, 2009; Abraham et Mackie, 2005.
- 36 Ilkcaracan, 2017.
- 37 Le PIB à parité de pouvoir d'achat (PPA) est égal au PIB de 2016 converti en dollars internationaux au moyen des taux de PPA. Un dollar international a le même pouvoir d'achat relativement au PIB qu'un dollar des États-Unis dans ce pays. Le PIB est égal à la somme de la valeur ajoutée de tous les producteurs résidents augmentée des taxes et impôts sur le produit et diminuée des subventions qui ne sont pas incluses dans la valeur des produits. Il est calculé sans tenir compte de la dépréciation des actifs ni de la dégradation ou de l'épuisement des ressources naturelles. Les données sont ici exprimées en dollars internationaux pour la plupart des économies, les chiffres à PPA sont extrapolés à partir des estimations de référence du Programme de comparaison internationale (PCI) 2011, ou bien imputés au moyen d'un modèle statistique fondé sur le PCI 2011. Pour 47 pays à revenu élevé et intermédiaire (tranche supérieure), les facteurs de conversion sont fournis par Eurostat et par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE).
- 38 La valeur élevée du travail de soin à autrui non rémunéré en Australie s'explique par celle, également élevée, du salaire minimum national horaire qui est de 15 dollars É.-U. à PPA 2011.
- 39 Nations Unies, 2016.
- 40 Glaser et coll., 2013.
- 41 Cassirer et Addati, 2007; Alfars, 2016.
- 42 ONU-Femmes, 2015.
- 43 OCDE, 2017c.
- 44 OCDE, 2016a.
- 45 OCDE, 2017a.
- 46 Glaser, di Gessa et Tinker, 2014.
- 47 Glaser et coll., 2013.
- 48 Glaser, di Gessa et Tinker, 2014.
- 49 Samman, Presler-Marshall et Jones, 2016.
- 50 UNICEF, 2018; Forster et Williamson, 2000.
- 51 Samman, Presler-Marshall et Jones, 2016.
- 52 *Ibid.*, p. 15.
- 53 Morrongiello et coll., 2006.
- 54 Zacharias, 2017.
- 55 Pour cet indicateur, la part des femmes est le complément à 100 pour cent.
- 56 BIT, 2018d.
- 57 OCDE, 2017b.
- 58 *Ibid.*
- 59 Rost, Bates et Dellepiane, 2015.
- 60 Samman, Presler-Marshall et Jones, 2016.
- 61 La figure 2.9 fait apparaître une corrélation négative de coefficient 0,48.
- 62 Charmes, à paraître.
- 63 La définition des termes «urbain» et «rural» varie d'un pays à l'autre, ce qui pose un problème de comparabilité. Par exemple, dans certaines études on agrège en zones géographiques la capitale du pays, une autre grande ville (la capitale économique par exemple), les zones urbaines secondaires, les zones semi-urbaines et les zones rurales. Aux fins de comparaison, deux types de zones seulement – urbaine et rurale – sont considérées dans le présent rapport.
- 64 Connelly et Kongar, 2017.
- 65 Charmes, à paraître.
- 66 DeGraff, Levison et Dungumaro, 2017.
- 67 OMS et UNICEF, 2017.

- 68 Nations Unies, 2013.
- 69 Charmes, 2015.
- 70 Amarante et Rossel, 2018.
- 71 Maurer-Fazio et Connelly, 2017.
- 72 BIT, 2017a.
- 73 Amarante et Rossel, 2018.
- 74 DeGraff, Levison et Dungumaro, 2017.
- 75 Samman, Presler-Marshall et Jones, 2016.
- 76 Définitions: les classifications des situations matrimoniales diffèrent fortement quant au niveau de détail. La dichotomie «marié-non marié» apparaît rarement comme telle dans les rapports d'enquêtes. Il existe en général de nombreuses sous-catégories de la situation matrimoniale, telles que «officiellement marié/vivant en couple», «marié monogame/marié polygame». On fait aussi souvent la distinction entre divorcé, séparé et veuf ou veuve. Ici encore, lorsque l'agrégation n'a pas été possible nous avons choisi les catégories les plus fréquemment utilisées.
- 77 Problèmes de définition: afin de rendre compte des changements au cours du temps induits par le fait de s'occuper d'enfants, on recourt à des méthodes différentes selon les enquêtes. Certaines tiennent compte de l'âge (par exemple, 25 ans et plus en Algérie ou moins de 45 ans en Finlande) ou bien on classe les ménages en fonction de la présence ou non d'enfants au-dessous d'un certain âge ou appartenant à certaines tranches d'âge. Toutefois, ces classifications ne sont pas harmonisées. De ce fait, les tranches d'âge et les classifications de départ ne sont pas homogènes. Nous avons donc défini quatre catégories: 1) pas d'enfant dans le ménage; 2) enfant(s) de moins de 5 ans; 3) enfant(s) de 5 à 11 ans; 4) enfant(s) de 11 à 17 ans. Toutefois, certains pays utilisent des tranches d'âge différentes: 6-18 ans (Chine, Éthiopie, Ghana); 7-18 ans (Afrique du Sud); 7-17 ans (Albanie, Belgique, Finlande, Serbie); 3, 6 et 12 ans (Uruguay). En Éthiopie, au Ghana et en Uruguay, on précise: «au moins un enfant âgé de moins de...».
- 78 Le coefficient de la variable étant quatre à six fois plus élevé pour les femmes que pour les hommes.
- 79 Amarante et Rossel, 2018.
- 80 Maurer-Fazio et Connelly, 2017.
- 81 Les États-Unis sont le seul pays à avoir mené cette enquête annuellement depuis 2003. La Norvège l'a fait tous les dix ans depuis 1970. Pour la plupart des pays, on ne dispose que de deux enquêtes, éventuellement trois.
- 82 BIT, 2017b.
- 83 MacPhail, 2017.
- 84 Charmes, à paraître.
- 85 *Ibid.*
- 86 Kongar et Price, 2017.
- 87 Connelly et Kongar, 2017.
- 88 Kan, Sullivan et Gershuny, 2011.
- 89 Altintas, Sullivan et Billari, 2014.
- 90 *Ibid.*
- 91 Charmes, à paraître.
- 92 Kan, Sullivan et Gershuny, 2011; Sullivan, 2000.
- 93 Kan, Sullivan et Gershuny, 2011.
- 94 Samman, Presler-Marshall et Jones, 2016.
- 95 Hochschild, 1989.
- 96 Sullivan, 2013.
- 97 Kan, Sullivan et Gershuny, 2011.
- 98 Samman, Presler-Marshall et Jones, 2016.
- 99 Adema, Clarke et Frey, 2015; BIT, 2016b; Addati, Cassirer et Gilchrist, 2014.
- 100 Altintas et Sullivan, 2016; Altintas, Sullivan et Billari, 2014.
- 101 Kan, Sullivan et Gershuny, 2011.
- 102 Bianchi et coll., 2012.
- 103 BIT, 2016b.
- 104 BIT, 2011a.
- 105 Muñoz Boudet, Petesch et Turk, 2013.
- 106 Ferrant, Pesando et Nowacka, 2014; BIT, 2016b; UNHLP, 2017.
- 107 BIT, 2018b.
- 108 Franck et Olsson, 2014; Gasparini et Marchionni, 2015; Ghosh, à paraître. Cette autodéclaration dans les enquêtes auprès des ménages peut aussi expliquer les très grands écarts de taux d'activité entre les femmes des milieux urbain et rural dans certaines régions comme l'Amérique latine (Gasparini et Marchionni, 2015). Ainsi, on a estimé qu'en Inde l'ajout d'un travail rémunéré à la production de biens pour la consommation personnelle faisait passer le taux d'activité des femmes de 24 à plus de 80 pour cent (Ghosh, à paraître).
- 109 BIT, 2017c.
- 110 BIT, 2016b.
- 111 Gasparini et Marchionni, 2015.
- 112 La définition des prestataires de soin à autrui non rémunérés figure à la section 1.1.
- 113 Les adultes, femmes et hommes, sont définis comme des individus âgés de 18 à 54 ans dans les pays à revenu faible et intermédiaire, et de 25 à 54 ans dans les pays à revenu élevé.
- 114 Une minorité de 1,5 milliard d'adultes (800 millions d'hommes et 700 millions de femmes) n'ont aucune responsabilité familiale.
- 115 À partir de l'analyse de la composition des ménages, il n'a pas été possible d'apparier chaque bénéficiaire à un adulte prestataire. Dans le présent rapport, nous avons donc considéré comme prestataire de soin à autrui non rémunéré tout adulte vivant dans un ménage avec: a) un enfant de moins de 15 ans; b) une personne âgée ayant atteint ou dépassé l'espérance de vie en bonne santé; c) une personne ayant un handicap grave ou une maladie de longue durée. Cette définition revient à reconnaître qu'il existe 35 millions d'enfants de 15 à 17 ans effectuant des tâches ménagères à raison d'au moins 21 heures par semaine et qui, en tant que tels, ont une forte probabilité d'entrer dans la catégorie des prestataires de soin à autrui non rémunérés.
- 116 Alfes, 2016; Hill, 2017.
- 117 Nous avons identifié huit types de ménage: 1) célibataire, personne seule vivant sans conjoint ni enfants; 2) couple seul, c'est-à-dire sans enfants; 3) célibataire avec parents ou autres, mais sans enfants; 4) couple avec parents ou autres, mais sans

- enfants; 5) famille monoparentale, c'est-à-dire personne seule avec enfant(s); 6) famille nucléaire, c'est-à-dire couple avec enfant(s); 7) famille élargie, c'est-à-dire famille nucléaire avec parents ou autres; 8) famille monoparentale avec parents ou autres, c'est-à-dire personne seule avec enfant(s) et parents ou autres.
- 118 Chioda, 2016.
- 119 BIT et Gallup, 2017.
- 120 Montefiori, Cattaneo et Licata, à paraître.
- 121 BIT et Gallup, 2017.
- 122 Folbre, 2017; Chioda, 2016.
- 123 BIT, 2016b.
- 124 La catégorie de référence des adultes, hommes et femmes, est définie comme comprenant les individus âgés de 18 à 54 ans dans les pays à revenu faible et intermédiaire et de 25 à 54 ans dans les pays à revenu élevé.
- 125 Cet écart est égal à la différence entre les taux d'emploi des hommes vivant avec des enfants de 0 à 5 ans et le taux d'emploi des femmes vivant avec des enfants de 0 à 5 ans. Un écart positif signifie que le taux d'emploi des pères est supérieur à celui des mères.
- 126 BIT, 2016b.
- 127 *Ibid.*
- 128 BIT, 2016a.
- 129 *Ibid.*, à partir de Schmid et Wagner, 2016.
- 130 Chioda, 2016; EUROSTAT, 2017.
- 131 BIT, 2016b.
- 132 Folbre, 2017.
- 133 Goldin, 2014.
- 134 Cha et Weeden, 2014.
- 135 BIT, 2016b.
- 136 Lansky et coll., 2017.
- 137 BIT, 2016b.
- 138 Pour une définition de l'économie informelle, voir http://www.ilo.org/ilostat-files/Documents/description_IFL_FR.pdf.
- 139 Cassirer et Addati, 2007; Alfes, 2016; Hill, 2017.
- 140 Amarante et Rossel, 2018.
- 141 Adams et Berg, 2018.
- 142 Chioda, 2016.
- 143 Muñoz Boudet, Petesch et Turk, 2013.
- 144 BIT, 2017c, pp. 23-24.
- 145 Muñoz Boudet, Petesch et Turk, 2013.
- 146 BIT et Gallup, 2017.
- 147 BIT et Gallup, 2017.
- 148 **Afrique (39):** *Afrique du Nord (6):* Algérie; Égypte; Libye; Maroc; Soudan du Sud; Tunisie. *Afrique subsaharienne (33):* Afrique du Sud; Bénin; Botswana; Burkina Faso; Cameroun; République centrafricaine; Congo; Côte d'Ivoire; Éthiopie; Gabon; Ghana; Guinée; Kenya; Lesotho; Libéria; Madagascar; Malawi; Mali; Mauritanie; Maurice; Niger; Nigéria; Ouganda; République démocratique du Congo; Rwanda; Sénégal; Sierra Leone; Somalie; Tchad; République-Unie de Tanzanie; Togo; Zambie; Zimbabwe.
- Amériques (21):** *Amérique latine et Caraïbes (19):* Argentine; Bolivie, État plurinational de; Brésil; Chili; Colombie; Costa Rica; République domi-
- nicaine; Équateur; El Salvador; Guatemala; Haïti; Honduras; Mexique; Nicaragua; Panama; Paraguay; Pérou; Uruguay; Venezuela, République bolivarienne du. *Amérique du Nord (2):* Canada; États-Unis.
- États arabes (9):** Bahreïn; Iraq; Jordanie; Koweït; Liban; territoire palestinien occupé; Arabie saoudite; Émirats arabes unis; Yémen.
- Asie et Pacifique (21 pays et territoires):** *Asie de l'Est (6):* Chine; République de Corée; Hong-kong, Chine; Japon; Mongolie; Taïwan, Chine. *Asie du Sud-Est et Pacifique (9):* Australie; Cambodge; Indonésie; Myanmar; Nouvelle-Zélande; Philippines; Singapour; Thaïlande; Viet Nam. *Asie du Sud (6):* Afghanistan; Bangladesh; Inde; République islamique d'Iran; Népal; Pakistan.
- Europe et Asie (52):** *Europe du Nord, du Sud et de l'Ouest (30):* Albanie; Allemagne; Autriche; Belgique; Bosnie-Herzégovine; Croatie; Danemark; Espagne; Estonie; Ex-République yougoslave de Macédoine; Finlande; France; Grèce; Irlande; Islande; Italie; Kosovo; Lettonie; Lituanie; Luxembourg; Malte; Monténégro; Norvège; Pays-Bas; Portugal; Royaume-Uni; Serbie; Slovaquie; Suède; Suisse. *Europe orientale (10):* Bélarus; Bulgarie; Hongrie; Moldova, République de; Pologne; Roumanie; Fédération de Russie; Slovaquie; République tchèque; Ukraine. *Asie centrale et occidentale (12):* Arménie; Azerbaïdjan; Chypre; Chypre du Nord; Géorgie; Israël; Kazakhstan; Kirghizistan; Ouzbékistan; Tadjikistan; Turquie; Turkménistan.
- 149 BIT et Gallup, 2017.
- 150 Il est important de noter que ces enfants peuvent être ou non ceux de la personne interrogée. Gallup a demandé combien d'enfants de moins de 15 ans vivaient dans le ménage, sans tenir compte du fait qu'ils étaient ou non les enfants de la personne interrogée. Il s'agit donc d'une approximation de leur état de parent.
- 151 **Afrique (10):** *Afrique du Nord (5):* Algérie; Égypte; Libye; Maroc; Tunisie. *Afrique subsaharienne (5):* Afrique du Sud; Ghana; Nigéria; Rwanda; Zimbabwe.
- Amériques (9):** *Amérique latine et Caraïbes (8):* Brésil; Chili; Colombie; Équateur; Mexique; Pérou; Trinité-et-Tobago; Uruguay. *Amérique du Nord (1):* États-Unis.
- États arabes (8):** Bahreïn; Iraq; Jordanie; Koweït; Liban; Qatar; territoire palestinien occupé; Yémen.
- Asie et Pacifique (13):** *Asie de l'Est (5):* Chine; République de Corée; Hong-kong, Chine; Japon; Taïwan, Chine. *Asie du Sud-Est et Pacifique (6):* Australie; Malaisie; Nouvelle-Zélande; Philippines; Singapour; Thaïlande. *Asie du Sud (2):* Inde; Pakistan.
- Europe et Asie centrale (19):** *Europe du Nord, du Sud et de l'Ouest (6):* Allemagne; Espagne; Estonie; Pays-Bas; Slovaquie; Suède. *Europe orientale (5):* Bélarus; Pologne; Roumanie; Fédération de Russie; Ukraine. *Asie centrale et occidentale (8):* Arménie;

- Azerbaïdjan; Chypre; Géorgie; Kazakhstan; Kirghizistan; Ouzbékistan; Turquie.
- 152 Lorsque le pourcentage total n'est pas égal à 100, le reste correspond à des données manquantes («pas de réponse» ou «ne sait pas»). Pour la question mentionnée ici, c'était le cas de 4 pour cent des hommes et 3 pour cent des femmes.
- 153 Les pays pour lesquels on disposait de données comparables sont le Brésil, le Chili, la Chine, la République de Corée, l'Espagne, l'Inde, le Japon, le Mexique, le Nigéria et la Fédération de Russie. La deuxième enquête mondiale sur les valeurs a été menée en 1989-1993; la sixième, en 2010-2014.
- 154 Sjöberg, 2004.
- 155 ISSP, 2016.
- 156 **Afrique (1):** Afrique du Sud.
Amériques (6): *Amérique latine (4):* Argentine; Chili; Mexique; Venezuela, République bolivarienne du. *Amérique du Nord (2):* Canada; États-Unis.
Asie et Pacifique (7): *Asie de l'Est (4):* Chine; République de Corée; Japon; Taïwan, Chine. *Asie du Sud et Pacifique (2):* Australie; Philippines. *Asie du Sud (1):* Inde.
Europe et Asie centrale (27): *Europe du Nord, du Sud et de l'Ouest (18):* Allemagne; Autriche; Belgique; Croatie; Danemark; Espagne; Finlande; France; Irlande; Islande; Lettonie; Lituanie; Norvège; Pays-Bas; Portugal; Royaume-Uni; Slovaquie; Suède; Suisse. *Europe orientale (6):* Bulgarie; Hongrie; Pologne; Fédération de Russie; Slovaquie; République tchèque. *Asie centrale et occidentale (2):* Israël; Turquie.
- 157 **Afrique (1):** Afrique du Sud.
Amériques (6): *Amérique latine (4):* Argentine; Brésil; Mexique; Pérou. *Amérique du Nord (2):* Canada; États-Unis.
- Asie et Pacifique (5):** *Asie de l'Est (2):* République de Corée; Japon. *Asie du Sud et Pacifique (2):* Australie; Indonésie. *Asie du Sud (1):* Inde.
- Europe et Asie centrale (10):** *Europe du Nord, du Sud et de l'Ouest (7):* Allemagne; Belgique; Espagne; France; Italie; Royaume-Uni; Suède. *Europe orientale (2):* Pologne; Fédération de Russie. *Asie centrale et occidentale (1):* Turquie.
- 158 Ipsos MORI, 2017.
- 159 Levkov et coll., 2014.
- 160 *Ibid.*
- 161 *Ibid.*
- 162 **Pays à revenu élevé:** Pologne. **Pays à revenu intermédiaire:** Afrique du Sud; Bhoutan; République dominicaine; Fidji; Inde; Indonésie; Moldova, République de; Papouasie-Nouvelle-Guinée; Pérou; Serbie; Soudan; territoire palestinien occupé; Yémen. **Pays à faible revenu:** Afghanistan; Burkina Faso; Libéria; République-Unie de Tanzanie; Togo; Viet Nam.
- 163 Muñoz Boudet, Petesch et Turk, 2013.
- 164 *Ibid.*
- 165 Commission européenne et Parlement européen, 2015.
- 166 **Europe du Nord, du Sud et de l'Ouest:** Allemagne; Autriche; Belgique; Croatie; Danemark; Espagne; Estonie; Finlande; France; Grèce; Irlande; Italie; Lettonie; Lituanie; Luxembourg; Malte; Pays-Bas; Portugal; Royaume-Uni; Slovaquie; Suède. **Europe orientale:** Bulgarie; Hongrie; Pologne; Roumanie; Slovaquie; République tchèque. **Asie centrale et occidentale:** Chypre.
- 167 Ilkkan, 2017.
- 168 *Ibid.*

CHAPITRE 3

Politiques du soin à autrui et activités de soin à autrui non rémunérées

POINTS CLÉS

- Les politiques du soin à autrui consistent à allouer des ressources sous forme d'argent, de prestations de services et de temps. Leurs domaines sont les suivants: congés; services de soins ou d'aide à la personne; prestations sociales corrélatives; modalités de travail adaptées aux responsabilités familiales; infrastructures relatives au soin.
- Des politiques du soin à autrui transformatrices garantissent les droits de l'homme, la capacité d'action et le bien-être tant des prestataires non rémunérés (ayant ou non une activité professionnelle) que des bénéficiaires. Elles sont fondées sur quatre grands principes: prise en compte des sexospécificités et des droits de l'homme; universalité, adéquation et équité; responsabilité principale et générale de l'État; dialogue social et représentation.
- Des politiques du soin à autrui transformatrices donnent de meilleurs résultats pour les enfants, en ce qui concerne l'emploi des mères et le rôle d'éducation des pères, ainsi que pour les personnes âgées ou handicapées.
- Les femmes qui assurent des activités de soin à autrui non rémunérées ont un taux d'activité plus élevé dans les pays où l'État investit dans toute une combinaison de politiques du soin à autrui, par comparaison avec les pays où cet investissement est moindre.
- On observe de par le monde de vastes lacunes dans la couverture des politiques du soin à autrui, avec des effets néfastes tant pour les personnes qui ont besoin de services de soin que pour celles qui ont la responsabilité d'assurer ces services.
- L'universalité de la protection de la maternité est loin d'être une réalité, et dans plus d'un tiers des pays les pères n'ont droit à aucun congé. La conception des politiques en matière de congés est essentielle pour permettre aux mères et aux pères de s'engager dans des activités de soin à autrui, rémunérées et non rémunérées.
- Dans la majorité des pays le taux brut de fréquentation des services d'éducation et de protection de la petite enfance, à l'intention des enfants de moins de 3 ans, est inférieur à 20 pour cent. La fréquentation de l'école préélémentaire est supérieure, mais des lacunes persistent dans les pays à faible revenu. L'existence de services d'éducation et de protection de la petite enfance ouverts toute la journée permet aux parents de travailler à plein temps et d'avoir des revenus supérieurs.
- Dans un petit nombre de pays seulement l'État joue un rôle moteur en finançant les services de soin à autrui de longue durée.
- Dans plus d'un tiers des pays, la législation n'établit ni allocations familiales ni prestations aux enfants.

- Les allocations monétaires destinées à financer les services à la personne peuvent sensiblement améliorer l'autonomie des personnes handicapées en leur permettant d'employer des personnes pour les assister.
- Les programmes de travaux publics permettent de transformer notablement les choses lorsque, en plus de fournir des emplois, ils contribuent à substituer du travail rémunéré au travail non rémunéré.
- Les politiques en matière de congés, les services de garde des enfants sur le lieu de travail et les arrangements professionnels favorables à la vie de famille sont des investissements rentables à long terme pour les employeurs et qui ont des effets positifs sur l'équilibre entre travail et vie de famille.
- L'approvisionnement en eau et l'assainissement, ainsi que l'amélioration des services d'alimentation électrique peuvent améliorer le bien-être, notamment pour les ménages pauvres, les femmes et les filles.

Du fait des changements qui touchent les familles et les marchés du travail, ainsi que de l'évolution des taux de dépendance des activités de soin à autrui (voir chapitre 1), il devient de plus en plus difficile de satisfaire les besoins en matière de soin à autrui. Il est essentiel d'identifier et de mettre en œuvre les actions appropriées pour surmonter cette difficulté et subvenir à ces besoins. Les politiques du soin à autrui ainsi que les mesures visant à créer un environnement politique favorable sont au cœur de toute action efficace en la matière.

Les politiques du soin à autrui peuvent être des moyens efficaces de s'attaquer aux inégalités associées au travail de soin à autrui non rémunéré et de garantir les droits humains, l'autonomie et le bien-être des prestataires comme des bénéficiaires¹. Mais beaucoup dépend de la façon dont elles sont conçues et de l'objectif global qu'on leur a assigné. Les dispositions en vigueur varient considérablement selon les pays et les régions. Cela tient aux différences des contextes démographiques, économiques, sociaux et culturels qui conditionnent les débats et les priorités à l'échelle nationale, de même que les ressources budgétaires disponibles pour ces politiques. Ainsi, les pays à revenu élevé (surtout les pays nordiques, voir chapitre 4) ont toujours été à la pointe pour considérer les situations impliquant des activités de soin à autrui comme relevant de la responsabilité de l'État en matière de protection sociale et pour mettre en œuvre des dispositions à cet effet en matière de travail, comme les congés parentaux ou les mécanismes permettant de concilier travail et vie de famille². Dans les pays d'Afrique subsaharienne, c'est aujourd'hui la nécessité d'infrastructures qui est mise en avant, tandis qu'en Asie et en Amérique latine il s'agit du besoin de services de soin à autrui³.

La façon dont les politiques du soin à autrui sont présentées au cours des débats politiques a aussi des effets sur leur conception et leur mise en œuvre. Ainsi, en Amérique latine et aux Caraïbes, elles sont posées comme relevant de l'égalité entre hommes et femmes: l'inégalité de la division du travail de soin à autrui non rémunéré est reconnue comme l'un des principaux déterminants des inégalités entre hommes et femmes dans les sphères économique et politique. Il en va différemment dans les régions à revenu faible ou intermédiaire, où ces politiques sont d'abord considérées comme relevant de la réduction de la pauvreté, ce qui fait que l'on prête peu d'attention aux questions du soin à autrui dans les politiques de protection sociale et du marché du travail⁴.

Le présent chapitre met en évidence le potentiel transformateur des politiques du soin à autrui, au service du bien-être économique et social, ainsi que leur importance pour réaliser les objectifs du Programme de développement durable à l'horizon 2030. On y examine les divers types de politiques du soin à autrui et leur couverture à l'échelle mondiale, avec pour cadre de référence les principes et droits fondamentaux qui en font des politiques transformatrices. On y établit la raison d'être des investissements dans de telles politiques en étudiant les effets d'un certain nombre de dispositions sur le taux d'emploi des mères ou des femmes qui sont prestataires de soin à autrui non rémunérées, sur le développement des enfants et sur l'espérance de vie des personnes âgées. Les écarts qui peuvent exister entre les régions sont ensuite identifiés et mis en regard des inégalités induites, notamment en défaveur des femmes (surtout du milieu rural et des peuples autochtones) et des personnes âgées, handicapées ou vivant avec le VIH. Les attitudes des femmes et des hommes à l'égard de certaines mesures à prendre sont aussi présentées et mises en rapport avec les dispositions en vigueur afin de montrer que les normes sociales peuvent évoluer, y compris sous l'effet d'une approche transformatrice de l'environnement politique.

3.1. DES POLITIQUES DU SOIN À AUTRUI TRANSFORMATRICES

3.1.1. Définitions des politiques du soin à autrui

Les *politiques du soin à autrui* sont des politiques publiques par lesquelles des ressources sont affectées – sous forme d'argent, de services ou de temps – en vue de reconnaître, réduire et redistribuer le travail de soin à autrui non rémunéré (voir tableau 3.1).⁵ Elles sont essentielles pour traiter la question du travail de soin non rémunéré, promouvoir l'égalité entre hommes et femmes et atténuer les inégalités dont sont victimes les personnes qui ont besoin que l'on s'occupe d'elles, ainsi que les femmes, les filles et les membres de catégories sociales désavantagées, tous fortement engagés dans les activités de soin à autrui⁶ non rémunérées.

Les *politiques du soin à autrui transformatrices* sont des politiques qui garantissent les droits de l'homme, l'autonomie et le bien-être tant des prestataires, rémunérés ou non, que des bénéficiaires, en évitant les dilemmes et en rapprochant les intérêts opposés⁷. À cet effet, on a identifié quatre grands principes qui doivent présider à la conception, à la mise en œuvre et à l'évaluation de ces politiques (voir figure 3.1).

Le spectre des politiques du soin à autrui va des prestations et transferts monétaires de la protection sociale à l'intention des travailleurs qui ont des responsabilités familiales, des prestataires non rémunérés ou des bénéficiaires potentiels jusqu'à la prestation directe de services de soin à autrui ou de services et infrastructures connexes, comme l'adduction d'eau ou l'assainissement. Elles comprennent la réglementation du travail, en particulier les dispositions en matière de congés et autres aménagements permettant de concilier travail et vie de famille (voir tableau 3.1). Il existe donc de nombreux chevauchements et interactions avec d'autres domaines d'intervention politique: macroéconomie, travail (avec les politiques sectorielles associées de la santé et de l'éducation, voir chapitre 5), protection sociale et migrations (voir chapitre 1). Selon la façon dont elles sont conçues, elles ont aussi d'autres objectifs, comme la réduction de la pauvreté ou l'intégration

Tableau 3.1. Les politiques du soin à autrui en bref

Catégorie	Description
Congés	Les prestataires non rémunérés qui ont un emploi ont droit à des congés avec garantie de l'emploi et protection du revenu sous forme de prestations monétaires. Les exemples types sont les congés de maternité, de paternité ou parentaux, les congés pour s'occuper d'enfants ou de personnes âgées, malades ou handicapées.
Services de soin à autrui	Services – publics, marchands ou à but non lucratif – qui prennent en charge une part des activités de soin à autrui non rémunérées s'adressant aux enfants d'âge préscolaire, aux personnes malades, handicapées ou âgées. En Afrique subsaharienne, les services à l'intention des personnes qui vivent avec le VIH sont essentiels. Les services de soin à autrui assurés par un personnel qualifié devraient être accessibles à un coût abordable en fonction de la capacité financière des bénéficiaires. Les services d'éducation et de protection de la petite enfance ont pour objet de soutenir la survie, le développement et l'éducation des enfants entre le moment de leur naissance et celui de leur entrée à l'école primaire. Leur prestation peut se faire dans des établissements, au domicile des parents ou sur le lieu de leur travail. On fait une distinction entre le développement éducatif de la petite enfance (entre 0 et 2 ans) et l'enseignement préprimaire (entre 3 ans et l'entrée à l'école primaire). Les services de soins de longue durée apportent du soutien aux personnes qui en ont besoin au quotidien, personnes âgées, malades ou handicapées. La prestation de ces services se fait en institution ou à domicile.
Prestations de la protection sociale en rapport avec les activités de soin à autrui	Prestations servies par des régimes de protection sociale qui prennent en compte un certain nombre d'éventualités qui se produisent au cours de la vie et qui impliquent des activités de soin à autrui, comme élever des enfants ou autres responsabilités familiales, et qui comprennent des transferts monétaires ou en nature à l'intention soit des bénéficiaires soit des prestataires non rémunérés. Ces prestations sont calculées en rapport avec les coûts induits par les éventualités: grossesse, naissance ou adoption; handicap ou besoin de soins de longue durée; présence d'enfants ou d'autres personnes dépendantes dans la famille. Elles doivent aussi comprendre la reconnaissance du travail de soin à autrui par les régimes de protection sociale des prestataires, notamment en matière de pensions de retraite. En complément des régimes de congés et des services de soin à autrui, les prestations de la protection sociale comprennent les déductions fiscales et les allocations monétaires spécifiquement destinées aux activités de soin à autrui, ainsi que d'autres programmes de transferts monétaires ou de création d'emplois ayant une dimension spécifique comme le maintien ou le retour dans l'emploi des personnes qui ont des responsabilités familiales (programme de travaux publics par exemple).
Aménagements permettant de concilier travail et famille	Aménagements consistant à modifier l'organisation normale du travail d'un salarié afin de lui permettre d'établir un équilibre entre son travail et ses responsabilités familiales. Il s'agit des horaires flexibles, de la réduction de la durée du travail, du droit de travailler à temps partiel avec prestations et droits proportionnels, du télétravail ou du travail mobile avec les TIC (c'est-à-dire en utilisant les technologies de l'information et de la communication). Ils sont habituellement prévus pour les travailleurs ayant des responsabilités familiales ou les personnes handicapées.
Infrastructures en rapport avec les activités de soin à autrui	Infrastructures qui réduisent la pénibilité des tâches domestiques: adduction d'eau, assainissement, alimentation en énergie, transports et équipements ménagers économisant du travail.

Note: Bien que la définition statistique du travail de soin à autrui non rémunéré qui figure aux chapitres 1 et 2 exclue le fait d'aller ramasser du bois ou de puiser de l'eau, le manque d'infrastructures de base a d'importantes conséquences sur le temps consacré par les femmes et les filles aux activités de soin à autrui non rémunérées au sein des ménages et des communautés locales, surtout dans les pays à faible revenu. L'importance de ces infrastructures de base est reconnue dans la cible 5.4 des ODD, ainsi que dans la recommandation de l'OIT (n° 165) sur les travailleurs ayant des responsabilités familiales, 1981. Cet élément a donc été inclus dans la définition des politiques du soin à autrui.

Sources: Auteurs, à partir de la convention n° 156 et de la recommandation n° 165 de l'OIT; Addati, Cassirer et Gilchrist, 2014; UNRISD, 2016.

sociale, l'égalité entre hommes et femmes au travail, la création d'emplois et le développement des capacités humaines des générations à venir.⁸

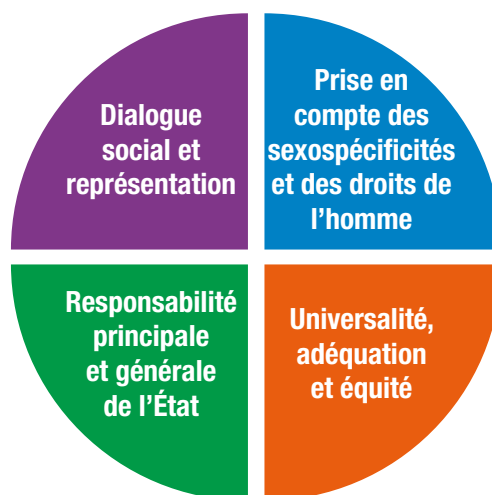
Les politiques du soin à autrui, si elles sont élaborées de manière à être transformatrices, peuvent contribuer à la réalisation de plusieurs des objectifs de développement durable (ODD), en particulier: l'ODD 1 (éliminer la pauvreté); l'ODD 3 (permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être); l'ODD 4 (assurer l'accès de tous à une éducation de qualité, sur un pied d'égalité); l'ODD 5 (parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles); l'ODD 6 (garantir l'accès de tous à l'eau et à l'assainissement et assurer une gestion durable des ressources en eau); l'ODD 8 (promouvoir une croissance économique soutenue, partagée et durable, le plein emploi productif et un travail décent pour tous); et l'ODD 10 (réduire les inégalités dans les pays et d'un pays à l'autre)⁹.

3.1.2. Principes et droits fondamentaux pour des politiques du soin à autrui transformatrices

L'égalité entre hommes et femmes et la non-discrimination dans le monde du travail sont au cœur du mandat de l'Organisation internationale du Travail (OIT) depuis 1919. Ces principes ont trouvé leur expression dans toute une série de normes internationales du travail adoptées par les représentants des gouvernements, des employeurs et des travailleurs du monde entier. On peut établir le cadre de politiques du soin à autrui transformatrices à partir de plusieurs de ces instruments, notamment ceux qui sont considérés comme essentiels en matière d'égalité, à savoir la convention (n° 100) sur l'égalité de rémunération, 1951, la convention (n° 111) concernant la discrimination (emploi et profession), 1958, la convention (n° 156) sur les travailleurs ayant des responsabilités familiales, 1981, et la convention (n° 183) sur la protection de la maternité, 2000. D'autres normes internationales du travail peuvent servir à définir ce cadre, notamment celles qui traitent de la sécurité sociale, des travailleurs domestiques et de la transition de l'économie informelle vers l'économie formelle (voir aussi chapitres 1 et 6, ainsi que le tableau 1.1 de l'annexe A.1).

La convention (n° 156) sur les travailleurs ayant des responsabilités familiales, 1981, et la recommandation n° 165 qui l'accompagne sont des normes essentielles explicitement consacrées à la reconnaissance, la réduction et la redistribution du travail de soin à autrui, leur objet étant de permettre aux travailleurs, femmes et hommes, de concilier travail et responsabilités familiales sans subir de discrimination. Le double objectif de ces instruments est d'établir, dans le monde du travail, l'égalité de chances et de traitement entre hommes et femmes ayant des responsabilités familiales, ainsi qu'entre les travailleurs qui ont des responsabilités familiales et ceux qui n'en ont pas. Ces objectifs sont fondés sur la conviction que «le rôle traditionnel de l'homme dans la famille et dans la société doit évoluer autant que celui de la femme si on veut parvenir à une réelle égalité de l'homme et de la femme»¹⁰. En vertu de la convention n° 156, chaque signataire doit, «parmi ses objectifs de politique nationale, viser à permettre aux personnes ayant des responsabilités familiales qui occupent ou désirent occuper un emploi d'exercer leur droit de l'occuper ou de l'obtenir sans faire l'objet de discrimination et, dans la mesure du possible, sans conflit entre leurs responsabilités professionnelles et familiales» (art. 3).

Figure 3.1. Les quatre principes de politiques du soin à autrui transformatrices



Source: Auteurs, à partir de Daly, 2001; BIT, 2014b; UNRISD, 2016; Martínez Franzoni et Sánchez-Ancochea, 2016.

La convention n° 156 n'énumère pas les moyens spécifiques par lesquels la politique nationale doit être formulée ou appliquée, mais autorise toute une série de mesures en vue de «a) permettre aux travailleurs ayant des responsabilités familiales d'exercer leur droit au libre choix de leur emploi; b) tenir compte de leurs besoins en ce qui concerne les conditions d'emploi et la sécurité sociale» (art. 4), donc des mesures s'inscrivant dans la politique du soin à autrui: congés, aménagements permettant de concilier travail et famille, prestations sociales, etc. Une autre de ses dispositions demande «a) de tenir compte des besoins des travailleurs ayant des responsabilités familiales dans l'aménagement des collectivités, locales ou régionales; et b) de développer ou promouvoir des services communautaires, publics ou privés, tels que des services et installations de soins aux enfants et d'aide à la famille» (art. 5), soulignant ainsi la nécessité de tels services. Les politiques du soin à autrui sont clairement au cœur de cette convention et de la recommandation qu'il accompagne. Cette exigence en matière de politique nationale fait écho aux termes de la convention (n° 111) concernant la discrimination (emploi et profession), 1958, où il s'agit de formuler et d'appliquer «une politique nationale visant à promouvoir, par des méthodes adaptées aux circonstances et aux usages nationaux, l'égalité de chances et de traitement en matière d'emploi et de profession, afin d'éliminer toute discrimination en cette matière» (art. 2). Nous examinerons plus en détail d'autres instruments de l'OIT lors de l'examen des diverses politiques du soin.

À partir des dispositions des normes internationales du travail et des bonnes pratiques observées au niveau national dans leur application, on peut identifier quatre principes fondamentaux des politiques du soin à autrui. Ils sont présentés à la figure 3.1. L'application de ces principes dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques du soin fera que ces politiques garantissent les droits de l'homme, la capacité d'action et le bien-être tant des prestataires que des bénéficiaires, autrement dit qu'il s'agit de politiques transformatrices.

Premièrement, *les politiques du soin à autrui doivent prendre en compte les sexospécificités et les droits de l'homme*: autrement dit, il faut activement et systématiquement encourager la réalisation effective de la non-discrimination et de l'égalité entre hommes et femmes à la maison, au travail et dans la société¹¹. Par ces politiques et par leurs liens avec d'autres domaines d'action (voir chapitre 1.4, section 1.4), il est possible d'étendre les droits, les capacités et les possibilités de choix des femmes et des hommes, ainsi que d'atténuer d'autres inégalités relatives au handicap ou à l'origine, ethnique ou autre, par exemple¹². Toutefois, elles peuvent aussi les aggraver et confiner les femmes dans des rôles traditionnels associés à la féminité et à la maternité. Par exemple, lorsque ces politiques ciblent exclusivement les femmes, elles peuvent dissuader celles-ci d'accéder à des emplois de qualité et les hommes de s'engager dans les activités de soin à autrui, ce qui constituera un échec quant au rééquilibrage de la répartition du travail de soin à autrui non rémunéré¹³. Ainsi, la conception et l'application effective des mesures sont essentielles pour garantir que celles-ci contribueront à une égalité réelle entre hommes et femmes et à l'émancipation économique des femmes.

Deuxièmement, *les politiques du soin à autrui doivent être universelles, et leurs prestations doivent être adéquates et équitables*. Ces politiques doivent profiter à toutes les femmes et à tous les hommes, surtout celles et ceux qui sont laissés pour compte, dans l'esprit du Programme de développement durable à l'horizon 2030. Cela suppose qu'elles touchent de façon équitable toute la population avec des services de bonne qualité et des prestations monétaires suffisantes. Le principe d'universalité dans la conception, la mise en œuvre et les résultats implique une certaine répartition des prestations et des services, qu'il s'agisse de leur couverture, de leur niveau ou de leur qualité, dans toute la population sans exclusion. Cela suppose une action massive pour les toucher tous – hommes ou femmes, pauvres ou non, urbains ou ruraux, citoyens ou non – avec un dosage de prestations suffisantes et de services publics de bonne qualité, financés non seulement par l'impôt, mais aussi par des cotisations, dans une combinaison d'assurance sociale et d'assistance sociale¹⁴. En outre, le principe de solidarité sociale exclut le financement des politiques du soin à autrui, tels les congés de maternité et de paternité ou les services d'accueil des enfants, au titre de la responsabilité directe de l'employeur. Un tel mode de financement risque d'exposer les femmes, ainsi que d'autres catégories de travailleurs, à des discriminations¹⁵.

Troisièmement, *les politiques du soin à autrui doivent relever de la responsabilité principale et générale de l'État*, en vertu du principe selon lequel le soin à autrui est un bien public. Le rôle dirigeant de l'État consiste: 1) à établir les prestations et à déterminer la qualité des services (détermination des droits, ouverture des droits, financement, modalités de prestation, contrôle et évaluation); 2) à réglementer efficacement (effectivement) le marché; 3) à assurer le rôle, que lui confère la loi, d'entité essentielle de financement, ainsi que de prestataire direct et d'employeur du personnel de soin dans le secteur public¹⁶. La responsabilité générale de l'État doit représenter une garantie contre des politiques du soin à autrui insuffisamment financées, mal conçues, mal mises en œuvre ou qui perpétuent des inégalités¹⁷.

Quatrièmement, *les politiques du soin à autrui devraient s'appuyer sur le dialogue social et la représentation des travailleurs*. Il s'agit là d'un principe fondamental de la gouvernance. Les politiques du soin à autrui présentent un potentiel d'autonomisation

ainsi que de garantie des droits, de la capacité d'action et du bien-être à la fois des bénéficiaires, des prestataires non rémunérés et des travailleurs du soin à autrui. Encore faut-il que la voix des intéressés soit entendue lors de l'élaboration des politiques et qu'il y ait un dialogue entre les pouvoirs publics et les représentants des bénéficiaires, des prestataires non rémunérés et des travailleurs du soin¹⁸. Comme l'établissent les normes internationales du travail, les organisations de travailleurs et d'employeurs, et parmi elles les représentants des travailleurs du soin¹⁹ et de leurs employeurs, ont un rôle essentiel à jouer dans la conception, l'application, le contrôle et l'évaluation des politiques du soin à autrui, ainsi que pour s'assurer que leur financement est suffisant et sera durable. Les bénéficiaires et les prestataires non rémunérés, y compris les femmes, les parents, les personnes âgées ou handicapées, celles qui vivent avec le VIH, ainsi que d'autres représentants de la société civile, devraient dans la mesure du possible être associés aux décisions et à l'évaluation des politiques afin de s'assurer que celles-ci sont conformes à leurs attentes et à leurs besoins²⁰. Si ces conditions sont réalisées, les politiques du soin à autrui transformatrices auront des effets positifs sur la gouvernance, la citoyenneté et la responsabilité sociale²¹.

Les sections qui suivent dresseront un état des politiques du soin à autrui dans le monde, en regard des normes de l'OIT et des quatre principes énoncés ci-dessus. On verra aussi le rôle particulier de la négociation collective et des employeurs pour promouvoir certaines mesures spécifiques. Les chapitres 4 et 6 traiteront du dialogue social et de la représentation des travailleurs du soin à autrui.

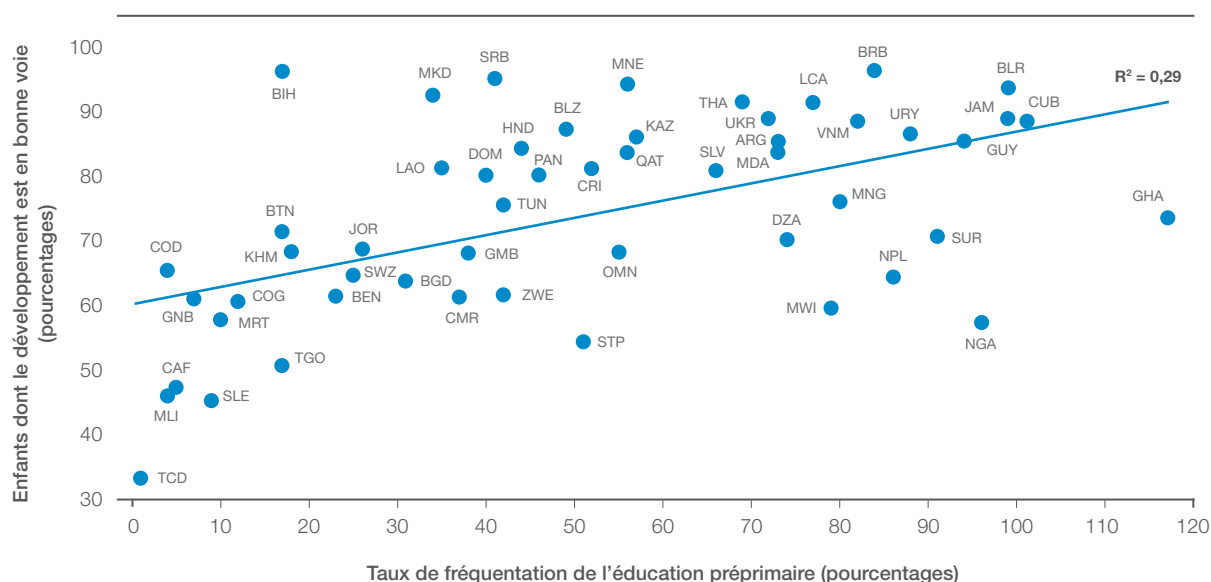
3.2. RAISON D'ÊTRE DE POLITIQUES DU SOIN À AUTRUI TRANSFORMATRICES

Partout dans le monde, on constate de fortes lacunes dans la satisfaction des besoins en matière de soin à autrui, avec des conséquences préjudiciables pour les personnes qui ont besoin que l'on s'occupe d'elles, pour celles qui ont des responsabilités familiales, surtout les femmes, ainsi que les personnes âgées, handicapées ou vivant avec le VIH. Ce sont leur sécurité économique, leur santé et leur bien-être qui sont affectés. Nous passerons ici en revue une série de politiques du soin à autrui et leurs résultats, en montrant qu'elles ont des effets positifs pour peu qu'elles soient universelles et prennent en compte les sexospécificités, que l'État en ait la première responsabilité et qu'elles s'appuient sur le dialogue social.

3.2.1. Le développement des enfants

Le développement des enfants, physique et mental, dépend de conditions de vie sûres, ainsi que de l'existence ou de l'accessibilité d'un certain nombre d'éléments des politiques du soin à autrui: infrastructures de base, alimentation suffisante et appropriée, environnement stimulant et interactions sociales avec des personnes attentionnées²². Durant les trois premières années de la vie d'un enfant, les zones de son cerveau associées à son développement – celles de la régulation émotionnelle, de la sociabilité, du langage et du calcul – ont une sensibilité extrême aux stimulations²³. Le lieu de vie et l'attention des parents sont déterminants pour ce qui est des chances de survie et de

Figure 3.2. Pourcentage d'enfants de 36 à 59 mois dont le développement est en bonne voie et taux de fréquentation de l'éducation préprimaire, dernière année disponible



Note: 53 pays.

Source: Calculs du BIT à partir des données d'UNESCO, 2018.

développement d'un jeune enfant. Le bénéfice de congés parentaux assez longs et suffisamment rémunérés réduit la mortalité néonatale et infantile et est associé à des taux supérieurs d'immunisation et de vaccination²⁴. Il apparaît aussi que, lorsque les pères ont droit à des congés de paternité ou parentaux bien conçus et convenablement rémunérés, les enfants se développent mieux du fait de stimulations et d'interactions avec deux parents plutôt qu'un seul²⁵.

Il est aussi essentiel pour leur développement que les enfants bénéficient de services d'éducation et de protection de la petite enfance de bonne qualité et abordables. Bien qu'il soit très difficile de mesurer et de comparer le développement des enfants, de nombreux éléments suggèrent que la fréquentation d'établissements d'éducation et de protection de la petite enfance a, à moyen terme, des effets positifs sur la santé, le développement et les résultats scolaires, dans les pays développés comme en développement²⁶. Le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) a mis au point un index de développement du jeune enfant qui mesure la réalisation du potentiel de développement des enfants de 36 à 59 mois dans quatre dimensions: lecture, écriture, calcul; développement physique; développement socio-affectif; développement cognitif²⁷. Un enfant est considéré comme ayant un développement «en bonne voie» si tel est le cas dans au moins trois de ces quatre domaines. La figure 3.2 fait apparaître une association positive entre le pourcentage d'enfants qui fréquentent les établissements d'éducation préscolaire et le pourcentage de ceux dont le développement est en bonne voie, et ce pour 53 pays à revenu faible ou intermédiaire pour lesquels on disposait de données.

Une étude de l'Organisation de développement et de coopération économiques (OCDE) montre que, à l'âge de 15 ans, les enfants qui ont fréquenté pendant au moins deux ans

des établissements d'éducation et de protection de la petite enfance ont de meilleurs résultats en sciences que les autres (données de 2015 du Programme international pour le suivi des acquis des élèves (PISA))²⁸. Dans environ la moitié des 57 pays pour lesquels on disposait de données, ce résultat reste statistiquement significatif après avoir contrôlé les effets de la situation socio-économique des enfants. La bonne qualité des services d'éducation et de protection de la petite enfance est essentielle pour les enfants des familles à faible revenu, issus de l'immigration ou vivant dans des familles ou des sociétés en conflit. Promouvoir un accès universel à des services d'éducation et de protection de la petite enfance de bonne qualité permettrait d'atténuer les conséquences négatives de manques nutritionnels ou affectifs sur les jeunes enfants²⁹.

3.2.2. La situation des mères au regard de l'emploi

Comme on l'a vu au chapitre 2, l'activité économique des mères est en général inférieure, en intensité comme en qualité, à celle des femmes sans responsabilités familiales de même qu'à celle des hommes et des pères. Lorsqu'il n'existe pas de possibilité de congés assortis de prestations suffisantes, les travailleuses doivent interrompre leur carrière ou réduire la durée de leur travail pour s'occuper de leurs enfants et les élever, ce qui met à mal leur sécurité économique³⁰. Ainsi, une étude a analysé les effets de deux réformes des congés de maternité au Bangladesh (qui sont passés de 12 à 16 semaines pour l'ensemble des salariées en 2006 et de 16 à 24 semaines pour les fonctionnaires (agents publics) en 2010) sur le taux d'activité féminin, pour constater une augmentation du nombre de femmes qui entrent sur le marché du travail et s'y maintiennent³¹.

Toutefois, la façon dont sont conçus les congés est déterminante quant aux possibilités qu'ont les femmes de s'engager à la fois dans un travail rémunéré et dans des activités de soin à autrui. Des travaux de recherche montrent que les congés de très longue durée et assortis de prestations réduites ou nulles peuvent porter préjudice à la carrière et aux perspectives de revenu des femmes³². Ainsi, en Autriche, l'allongement du congé parental de 2 à 3 ans a réduit le retour à l'emploi des femmes à court terme³³. En Allemagne, au contraire, le passage en 2007 d'un congé faiblement rémunéré de 3 ans à un congé bien rémunéré de 14 mois a eu des effets positifs sur le taux d'emploi et la durée du travail des mères, jusqu'à cinq ans après la naissance, surtout pour celles qui avaient des revenus moyens ou élevés³⁴. La qualité de l'emploi s'est aussi élevée, car les femmes avaient plus de chances de poursuivre leur activité dans le même emploi et de détenir des contrats de durée indéterminée. Cela souligne la nécessité d'une protection de la maternité suffisante et de régimes de congés parentaux sexospécifiques afin de renforcer les liens des mères avec le marché du travail et de redistribuer les activités de soin à autrui au sein de la famille, du moins en partie.

Les régimes de congés doivent être complétés par des aménagements permettant de concilier travail et vie de famille à l'intention des mères comme des pères, ainsi que par des services d'éducation et de protection de la petite enfance qui soient de qualité, accessibles et gratuits ou subventionnés par les pouvoirs publics. Le tableau 3.2 montre que dans la plupart des régions du monde, à l'exception de l'Afrique, il existe un lien entre l'existence de congés et de services d'éducation et de protection de la petite enfance et le taux d'activité des femmes qui vivent avec au moins un enfant de 0 à 5 ans

Tableau 3.2. Protection de la maternité, éducation et protection de la petite enfance et situation d'emploi des mères, selon la région, 2015-16 (pourcentages)

	Protection de la maternité		Éducation et protection de la petite enfance		Taux d'activité des femmes ayant des enfants de 0 à 5 ans ^c
	Pays se conformant aux normes de l'OIT sur la protection de la maternité (C.183) ^a	Mères de nouveau-nés percevant des prestations monétaires ^b	Taux de fréquentation des services d'éducation et de protection de la petite enfance	Taux brut de scolarisation dans l'enseignement préprimaire	
Europe et Asie centrale	85	81	26	77	59
Amériques	34	69	16	72	54
Asie et Pacifique	28	33	27	67	41
Afrique	25	16	4	34	59
États arabes	0	n.d.	5	44	9
Monde	42	41	21	60	48

Notes: 89 pays.

^a Congé ≥ 14 semaines, avec prestation $\geq 2/3$ des gains antérieurs et versement $\geq 2/3$ par la sécurité sociale (données de 2016). ^b Pourcentage de femmes ayant un nouveau-né et percevant des prestations de maternité en numéraire (données de 2015 ou de la dernière année disponible; pas de données pour les États arabes). ^c On utilise la présence d'enfants dans le ménage comme indicateur de remplacement de la maternité. Dans les pays à revenu élevé, on considère les femmes de 25 à 54 ans, et dans les pays à revenu faible ou intermédiaire celles de 18 à 54 ans (données de 2016 ou de la dernière année disponible).

Sources: Calculs du BIT à partir d'enquêtes sur la main-d'œuvre ou auprès des ménages ; BIT, 2017m; UNESCO, 2018.

(indicateur de remplacement du fait que les mères ont un emploi). C'est en Europe et en Asie centrale que le taux est le plus élevé (59 pour cent) et que l'on trouve la plus forte proportion de pays qui satisfont aux normes de l'OIT en matière de protection de la maternité: 8 mères sur 10 perçoivent des prestations monétaires. C'est aussi la région où l'on trouve des taux élevés de scolarisation des enfants au-dessous de 3 ans, de même qu'entre 3 ans et l'âge d'entrée à l'école primaire. Dans les Amériques ainsi que dans la région Asie et Pacifique, les taux d'activité sont inférieurs (54 et 41 pour cent respectivement), de même que les indicateurs sur la protection de la maternité et l'éducation et la protection de la petite enfance. Dans les États arabes, la couverture de la protection de la maternité et de l'éducation et de la protection de la petite enfance est limitée, et le taux d'activité des femmes est très faible lorsqu'elles ont des enfants d'âge préscolaire (9 pour cent seulement). La situation de l'Afrique détonne, car elle se caractérise non seulement par la faiblesse des prestations et des services à l'intention des mères, mais aussi par un taux d'activité très élevé chez les femmes qui ont de jeunes enfants (59 pour cent). Cela s'explique par la nécessité dans laquelle sont les familles de satisfaire leurs besoins élémentaires dans une situation de très forte pauvreté. En outre, la forte fréquence du travail informel et agricole permet, jusqu'à un certain point et avec des conséquences négatives, aux femmes d'amener leurs enfants sur leur lieu de travail (voir chapitre 2).

3.2.3. L'engagement des pères dans les activités familiales et ménagères

La naissance des enfants conduit en général les couples à adopter une division plus traditionnelle du travail, les mères transférant une partie de leur temps de travail rémunéré vers les activités de soin à autrui non rémunérées (voir chapitre 2)³⁵. Une série de mesures et de dispositions peut atténuer ces inégalités et intensifier l'engagement des hommes dans les activités de soin à autrui non rémunérées (voir encadré 3.1).

Les congés de paternité rémunérés et les congés parentaux réservés aux pères font partie des mesures qui resserrent les liens entre les pères et les enfants. À moyen et long terme, il en va de même des arrangements familiaux favorisant l'égalité entre les sexes³⁶. Une étude de l'OCDE portant sur l'Australie, le Danemark, les États-Unis et le Royaume-Uni a permis de constater que les pères prenaient des congés – surtout pour une période de deux semaines ou plus – à des moments où il fallait s'occuper des enfants: les nourrir, changer les couches ou se lever la nuit³⁷. Des constatations du même ordre ont été faites en Allemagne³⁸. Une plus forte participation aux tâches ménagères a aussi été observée, mais seulement lorsque le père prenait au moins deux mois de congé ou bien lorsqu'il prenait un congé quand la mère reprenait le travail et qu'il restait seul avec l'enfant. On a constaté en Allemagne, en Norvège et en Suède que la prise de congés par les pères accroît la probabilité qu'ils réduisent leur durée du travail³⁹. L'importance de la durée des congés, ainsi que du fait d'assumer seul les responsabilités lorsque le congé est pris au moment où la mère reprend le travail, a été observée dans plusieurs pays, dont le Canada, les États-Unis et le Portugal⁴⁰. Il a été constaté grâce à une autre étude portant sur les hommes de 27 pays européens que la prise d'un congé de paternité est associée de façon significative avec le fait de s'occuper des enfants et d'effectuer plus souvent des tâches ménagères, quelles que soient les caractéristiques individuelles⁴¹.

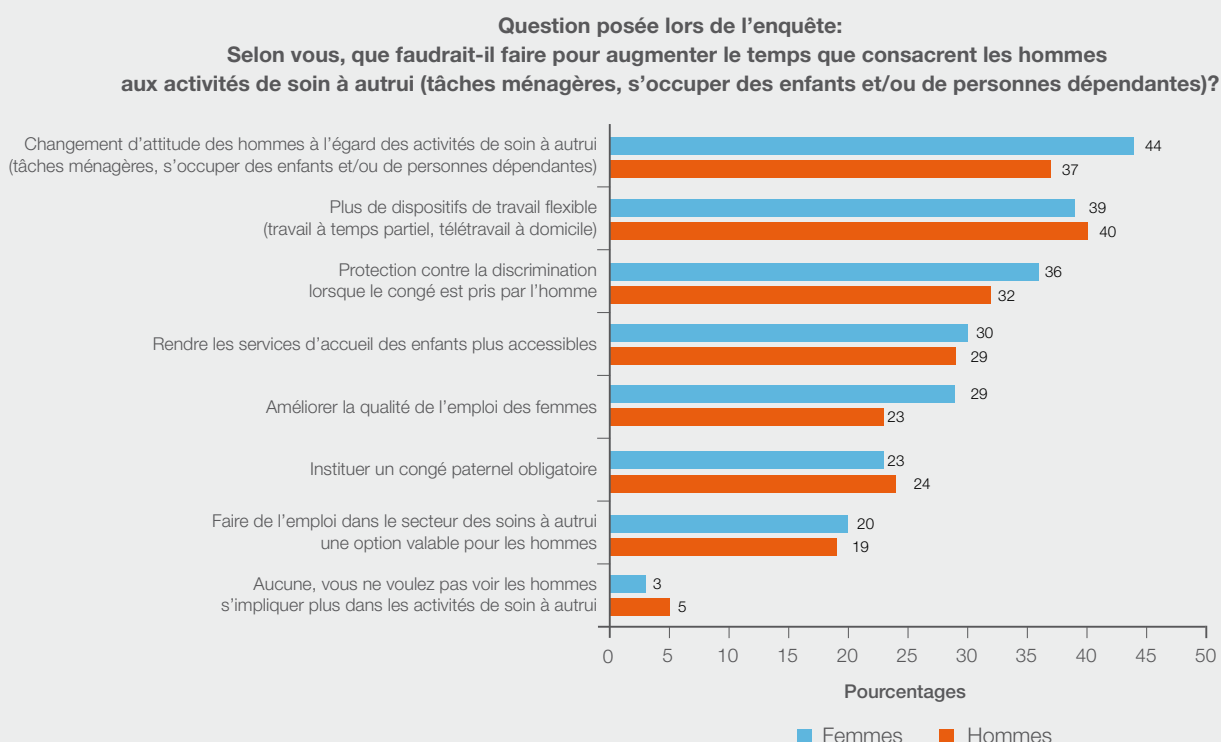
Les travaux de recherche font aussi apparaître une association positive entre le régime national de congé parental et le temps que les hommes passent à s'occuper des enfants. Ainsi, une étude menée sur 8 pays industrialisés montre que le nombre de semaines de congé parental que peuvent prendre les pères, avec des indemnités élevées, est en corrélation positive avec le temps qu'ils passent à s'occuper des enfants, et ce après avoir contrôlé les effets des autres caractéristiques du pays, y compris le taux d'emploi des femmes⁴². Le versement d'indemnités élevées en cas de congé parental, plutôt que l'absence d'indemnités, est associé à une augmentation d'une heure du temps passé par les pères à s'occuper des enfants.

La figure 3.4 montre une relation significative entre la durée des congés rémunérés accordés aux pères et le rapport entre le temps passé par les hommes et le temps passé par les femmes à s'occuper des enfants et à effectuer des tâches ménagères. Les pays où les hommes passent en moyenne au moins 60 pour cent du temps que passent les femmes à des activités de soin à autrui non rémunérées – Belgique, Finlande, France, Danemark, Norvège, Suède, par exemple – sont aussi ceux où les congés rémunérés dont peuvent bénéficier les hommes sont les plus longs. En plus des régimes de congés, l'implication des pères auprès des enfants et dans les tâches ménagères dépend de nombreux autres facteurs, individuels ou globaux, comme le taux d'activité des femmes, le développement économique, les valeurs familiales et l'idéologie quant au rapport entre hommes et femmes, les caractéristiques socio-économiques et la composition du ménage (voir aussi chapitre 2)⁴³.

Encadré 3.1. Perception des mesures en faveur de l'engagement des hommes dans les activités non rémunérées de soin à autrui en Europe

Les données de l'Eurobaromètre^a, collectées en 2014 auprès de quelque 28 000 personnes âgées de 15 ans et plus dans 28 pays d'Europe^b, nous donnent des éclairages sur les perceptions des politiques en faveur d'une plus grande égalité entre hommes et femmes dans les ménages et en faveur d'une plus forte implication des hommes dans les activités de soin à autrui non rémunérées. Seulement 5 pour cent des hommes et 3 pour cent des femmes ont répondu ne pas vouloir que cette implication s'intensifie (voir figure 3.3). Les trois préférences les plus fréquemment citées étaient: 1) un changement d'attitude des hommes à l'égard de ces activités (44 pour cent des femmes et 37 pour cent des hommes); 2) plus d'aménagements permettant de concilier travail et vie de famille, y compris une moindre durée du travail pour les hommes (39 pour cent des femmes et 40 pour cent des hommes); 3) une protection contre la discrimination lorsque le congé est pris par l'homme (36 pour cent des femmes et 32 pour cent des hommes)^c.

Figure 3.3. Perception des mesures en faveur de l'engagement des hommes, 2014



Note: Tranche d'âge: 15 ans et plus; 28 pays, voir note b ci-après.

Source: Commission européenne et Parlement européen, 2015.

Ces résultats donnent à penser que les hommes et les femmes sont conscients du fait que les attitudes sexistes à l'égard des activités de soin à autrui non rémunérées constituent le principal obstacle à une plus forte implication des hommes dans ces activités; d'où la nécessité de mieux les reconnaître et les valoriser et de mener des campagnes de sensibilisation pour remettre en question les normes sociales à leur sujet^d. De plus, pour contrecarrer la norme persistante de l'«homme soutien de famille», des mesures doivent être prises sur le marché du travail pour améliorer les

dispositifs de travail flexible et les régimes de congés en garantissant que les hommes et les femmes qui y recourent ne subiront ni pénalisation ni discrimination. Il serait aussi important d'améliorer l'accessibilité aux services d'accueil des enfants, ainsi que la qualité des emplois des femmes, et d'instituer un congé de paternité obligatoire. Enfin, une atténuation de la ségrégation professionnelle dans le personnel du soin à autrui pourrait induire une plus forte implication des hommes dans le travail de soin à autrui non rémunéré.

^a Commission européenne et Parlement européen, 2015. ^b Europe du Nord, du Sud et de l'Ouest: Allemagne, Autriche, Belgique, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Irlande, Italie, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Pays-Bas, Portugal, Royaume-Uni, Slovénie, Suède. Europe orientale: Bulgarie, Hongrie, Pologne, Roumanie, Slovaquie, République tchèque. Asie centrale et occidentale: Chypre. ^c Il était demandé aux personnes interrogées de donner un maximum de trois réponses tirées d'une liste de sept mesures, interventions ou facteurs qui pouvaient, selon eux, accroître la participation des hommes. ^d Voir, par exemple, Heilman et coll., 2017.

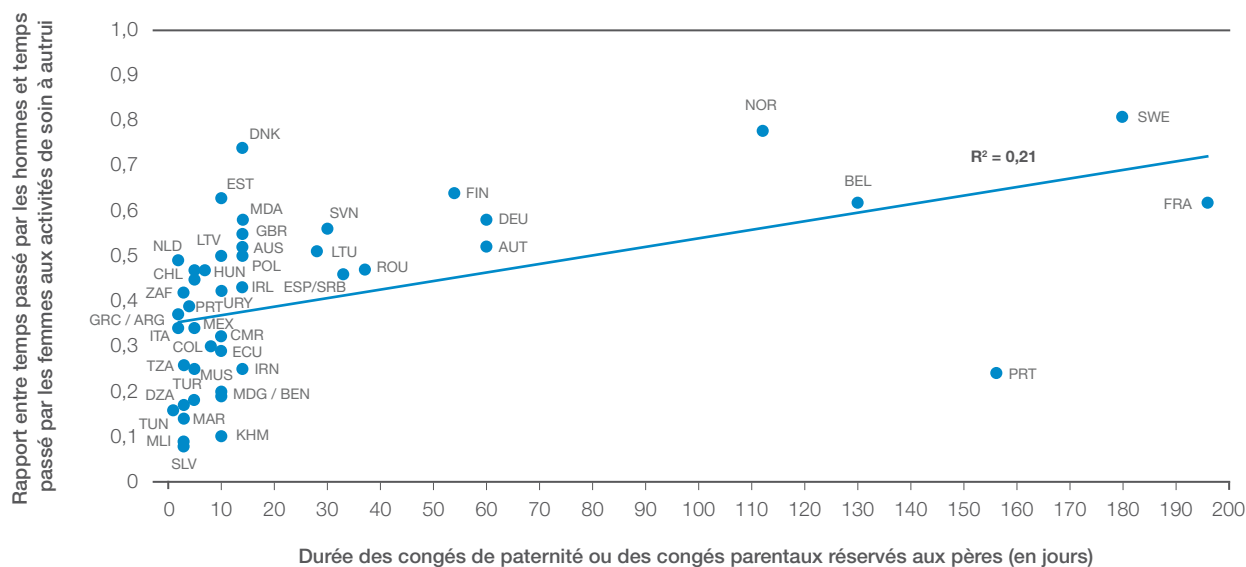
3.2.4. Personnes âgées et handicapées

Le vieillissement de la population et l'évolution des taux de dépendance des activités de soin à autrui (voir chapitre 1) ont diverses conséquences pour les sociétés et les systèmes de protection sociale. D'une part, l'espérance de vie en bonne santé augmente sans cesse depuis deux décennies⁴⁴, ce qui implique que les personnes âgées contribuent plus longtemps à la prospérité économique et sociale, notamment en s'occupant de leurs petits-enfants (voir chapitre 1)⁴⁵. D'autre part, le taux de survie des personnes atteintes de maladies chroniques augmente lui aussi, ce qui fait que ces personnes vivront plus longtemps avec leur maladie⁴⁶. Cela touche plus particulièrement les femmes, dont l'espérance de vie à 60 ans est supérieure à celle des hommes (voir figure 3.5). L'âge venu, les femmes, ainsi que les personnes défavorisées sur le plan socio-économique, sont plus exposées au risque de multimorbidité⁴⁷ et de perte d'autonomie (fragilité)⁴⁸, donc d'être dépendantes des soins d'autrui⁴⁹.

Par conséquent, l'accès universel à des soins de santé et à des soins de longue durée abordables et de bonne qualité bénéficierait aux personnes âgées en général et aux femmes âgées en particulier. De nombreux facteurs ont une incidence sur l'espérance de vie, dont les ressources en soins de santé, le sexe, la situation socio-économique et la dotation génétique⁵⁰. La figure 3.5 montre que l'espérance de vie des femmes et des hommes de 60 ans est en moyenne supérieure dans les pays qui consacrent une plus forte part de leur PIB aux dépenses publiques de soins de longue durée. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les services de soins de santé et de soins de longue durée, en conjonction avec le contexte, peuvent arrêter, ralentir ou inverser le déclin des capacités que les individus subissent avec l'âge⁵¹. Les soins de longue durée peuvent garantir aux personnes âgées de vivre dans la dignité, avec des possibilités de poursuivre leur évolution personnelle et de conserver leurs capacités.

Améliorer la satisfaction des besoins des personnes handicapées, avec un meilleur accès aux services nécessaires, peut notablement améliorer leur vie, non seulement en termes de santé et de bien-être, mais aussi en ce qui concerne leurs possibilités en matière d'instruction et de travail⁵². Les dispositions qui permettent aux personnes handicapées de recruter quelqu'un pour les aider dans leur vie quotidienne aideront à lever les obstacles à

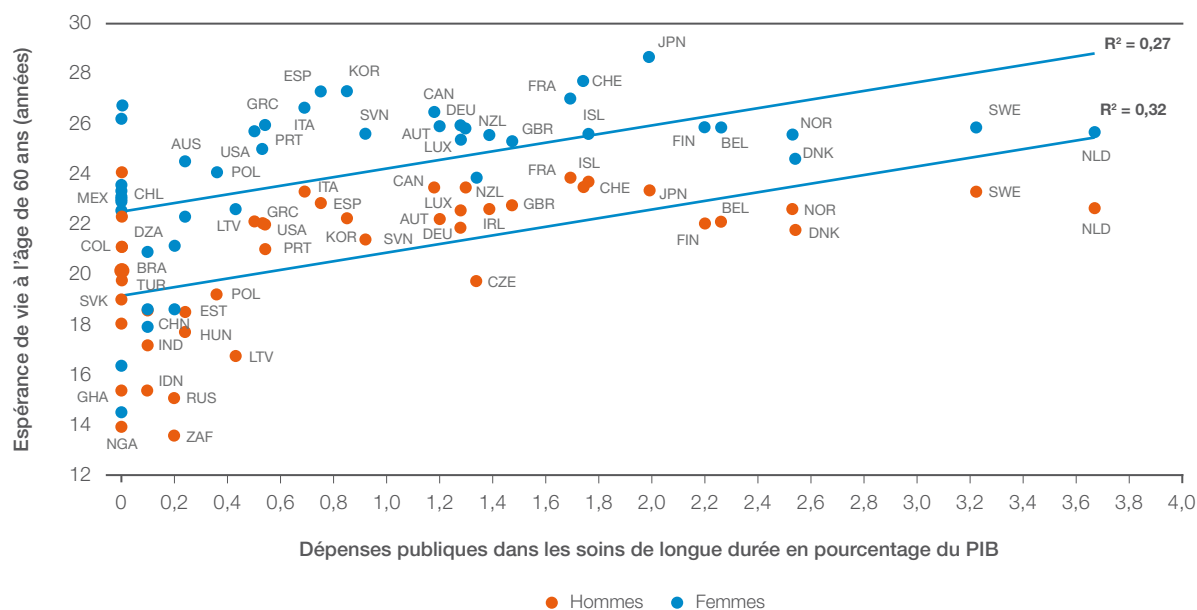
Figure 3.4. Durée des congés réservés aux pères et rapport entre temps passé par les hommes et temps passé par les femmes aux activités de soin à autrui non rémunérées, 2015-16



Note: 46 pays. Pour chaque pays, le rapport est égal à la durée moyenne du temps passé par les hommes à s'occuper d'autres membres du ménage divisé par la durée moyenne du temps passé par les femmes à ces mêmes activités.

Source: Calculs du BIT à partir des bases de données juridiques du BIT et de Charmes, à paraître.

Figure 3.5. Dépenses publiques dans les soins de longue durée en pourcentage du PIB et espérance de vie à l'âge de 60 ans, dans 45 pays, 2010-2015



Note: Pour les dépenses publiques dans les soins de longue durée, il s'agit de la moyenne sur la période 2006-2010. Les données sur l'espérance de vie à l'âge de 60 ans sont celles de 2015; 45 pays.

Sources: BIT, 2017m; OMS, 2018b.

l'entrée sur le marché du travail et favoriseront leur indépendance dans la vie⁵³. De telles dispositions allégeraient aussi la charge supportée par les prestataires de soin à autrui non rémunérés, charge qui limite souvent leurs possibilités de travailler et de gagner leur vie. Elles présentent aussi un fort potentiel de création d'emplois, pour peu qu'il s'agisse d'emplois réglementés avec une rémunération et des conditions de travail décentes (voir chapitre 4).

3.2.5. Investissements publics dans le soin à autrui et activité professionnelle des femmes prestataires de soin à autrui non rémunérées

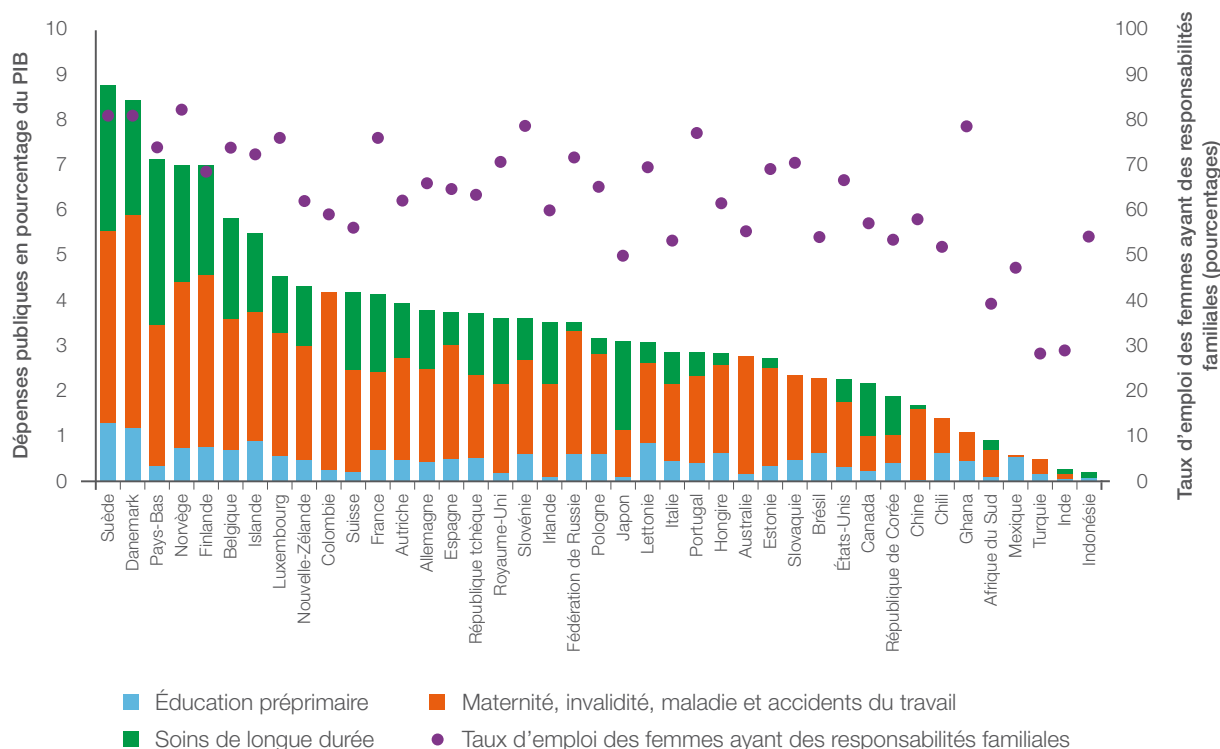
Nous avons vu au chapitre 2 que les femmes qui ont des responsabilités familiales ont une probabilité supérieure de travail de soin à autrui non rémunéré. Elles ont par contre une probabilité inférieure à celles des autres femmes, et aussi des hommes, d'avoir une activité professionnelle et d'occuper des emplois de bonne qualité. La figure 3.6 montre que, lorsque les pouvoirs publics investissent dans des politiques du soin à autrui, le taux d'emploi des femmes de 18 à 54 ans qui sont prestataires de soin à autrui non rémunérées⁵⁴ est en moyenne supérieur à celui que l'on observe dans les pays où cet investissement est moindre.

À la figure 3.6 apparaissent les dépenses publiques, en pourcentage du PIB, de 41 pays dans trois domaines des activités de soin à autrui pour lesquels on dispose de données: l'éducation préprimaire; les soins de longue durée (services et prestations); les prestations en cas de maternité, d'invalidité, de maladie ou d'accidents du travail. L'investissement public va de plus de 8 pour cent du PIB au Danemark et en Suède à moins de 1 pour cent en Afrique du Sud, au Mexique, en Turquie, en Inde et en Indonésie. Les pays ont tendance à investir plus dans l'indemnisation d'éventualités qui touchent la population en âge de travailler (maternité, maladie et accidents du travail) ou du handicap (toutes tranches d'âge confondues) (en moyenne 2 pour cent du PIB) que dans les politiques à l'intention des plus jeunes (en moyenne 0,47 pour cent du PIB dans l'éducation préprimaire) ou des plus âgés (en moyenne 0,98 pour cent du PIB dans les soins de longue durée, qui concernent principalement ces derniers).

Le taux d'emploi des femmes ayant des responsabilités familiales va de 28,4 pour cent en Turquie à 82,3 pour cent en Norvège; sur l'ensemble, il est de 55,1 pour cent en moyenne pondérée selon la population. La figure montre que, dans les pays qui investissent le plus dans ces politiques, le taux d'emploi des intéressées est d'environ 70 pour cent, voire plus. Au contraire, dans les pays qui investissent moins, ce taux d'emploi est beaucoup plus variable et en général plus bas, ce qui donne à penser que les femmes qui ont des obligations familiales sont confrontées à des obstacles pour obtenir un emploi rémunéré et le conserver. Elles doivent soit trouver d'autres solutions pour remplir ces obligations – dans la famille ou la communauté locale, ou encore les services privés ou informels –, soit concilier comme elles le peuvent leur activité professionnelle et leurs obligations familiales (voir chapitre 2).

Bien qu'il existe des arguments forts en faveur de politiques du soin à autrui transformatrices, on observe un grave défaut d'approches sexospécifiques et fondées sur les droits de l'homme, et on est loin du compte en ce qui concerne l'universalité, tout

Figure 3.6. Dépenses publiques dans certaines activités de soin à autrui, en pourcentage du PIB, et taux d'emploi des femmes ayant des responsabilités familiales, dernière année disponible



Note: Le taux de corrélation entre les dépenses publiques et le taux d'emploi des femmes ayant des responsabilités familiales était égal à 0,67. Le taux d'emploi des femmes ayant des responsabilités familiales est défini comme le nombre de femmes vivant avec au moins un enfant de moins de 15 ans et/ou une personne âgée dont l'âge est égal ou supérieur à l'espérance de vie en bonne santé, mesurée à 60 ans, dans le pays. Les données disponibles ne permettent pas d'identifier les femmes ayant des responsabilités familiales dans les pays suivants: Australie, Canada, Chili, République de Corée, Indonésie, Japon et Nouvelle-Zélande. On a donc considéré le taux d'emploi de toutes les femmes de plus de 25 ans; 41 pays.

Sources: Calculs du BIT à partir des données d'enquêtes sur la main-d'œuvre et auprès des ménages; UNESCO, 2018; BIT, 2017m; OCDE, 2017a.

comme l'adéquation et l'équité. Le rôle de l'État, comme on va le voir, varie selon le type de mesure, mais en tout état de cause sa responsabilité première et principale fait souvent défaut.

3.3. ÉTAT DES POLITIQUES DU SOIN À AUTRUI DANS LE MONDE

3.3.1. Les régimes de congés

Notions de base

Les régimes de congés permettent aux prestataires non rémunérés qui ont une activité professionnelle de s'absenter du travail pour s'occuper des membres de leur famille avec la garantie de leurs droits en matière de protection de l'emploi et de sécurité du revenu grâce à des prestations en espèces. En vertu de la convention (n° 183) sur la protection de la maternité, 2000, le *congé de maternité* est l'un des éléments de la protection de la maternité qui comprend aussi le droit à des soins de santé pour la mère et l'enfant, la

prévention des risques pour la sécurité et la santé des femmes enceintes ou qui allaitent, la protection contre toute discrimination au travail, le droit de retrouver son emploi à l'issue du congé de maternité, et des pauses d'allaitement. D'autres instruments de l'OIT ont pour objet la sécurité du revenu en rapport avec la maternité: la convention (n° 102) sur la sécurité sociale (norme minimum), 1952, et la recommandation (n° 202) sur les socles de protection sociale, 2012. Afin que les travailleurs puissent concilier travail et vie de famille, il est important qu'ils aient droit à d'autres types de congés familiaux pour s'occuper de nouveau-nés ou de jeunes enfants, ou d'autres membres de la famille malades ou handicapés, comme l'établit la recommandation (n° 165) sur les travailleurs ayant des responsabilités familiales, 1981.

Le *congé de paternité* est habituellement un congé court accordé pour s'occuper du nouveau-né et de la mère dans la période de l'accouchement. Le *congé parental* est en général un congé plus long dont l'objet est de s'occuper de l'enfant au-delà du congé de maternité ou de paternité, accordé le plus souvent à l'un ou l'autre des parents. Certains pays ont aujourd'hui établi des régimes de congés neutres (sans distinction entre congés de maternité, de paternité ou parental) dont chaque parent détient une part non transférable.

Il existe d'autres types de congés permettant de s'occuper des enfants de façon prolongée (comme le congé parental d'éducation), ou de tout membre de la famille en cas d'urgence ou de situation imprévue. Le congé d'adoption donne du temps aux parents pour s'occuper des enfants adoptés. En outre, il existe des congés pour s'occuper des membres de la famille, adultes ou âgés, qui ont de sérieux problèmes de santé ou sont handicapés.

Protection de la maternité dans les pays à revenu faible et intermédiaire

Universalité

L'une des premières conventions adoptées par les mandants de l'OIT en 1919 traitait de la protection de la maternité. Après presque un siècle, la plupart des pays du monde assurent à un degré ou un autre cette protection aux travailleuses. On est toutefois loin de l'universalité. Une grande majorité de travailleuses ne sont toujours pas protégées du fait de lacunes dans la couverture légale de certaines catégories d'entre elles – en raison de leur statut d'emploi, profession, secteur d'activité ou type de travail – ou bien de problèmes d'application de la loi, de connaissances des droits, de capacité de cotiser, de pratiques discriminatoires ou d'exclusion sociale⁵⁵. Le travail informel est l'un des principaux obstacles au bénéfice de la protection de la maternité. Aussi la recommandation (n° 204) sur la transition de l'économie informelle vers l'économie formelle, 2015, énonce-t-elle que «les Membres devraient progressivement étendre, dans la législation et la pratique, à tous les travailleurs de l'économie informelle, la sécurité sociale [et] la protection de la maternité».

Les données montrent que le bénéfice universel de la protection de la maternité est loin d'être une réalité. En 2015, dans 172 pays, près de 60 pour cent des travailleuses (soit 750 millions de femmes) ne bénéficiaient pas du droit au congé de maternité, et 65,9 pour cent étaient exclues du bénéfice d'un revenu de remplacement durant leur congé de maternité⁵⁶. Lorsqu'on prend en compte les prestations des régimes non contributifs (en plus de celle des régimes contributifs), la couverture effective des mères de nouveau-nés

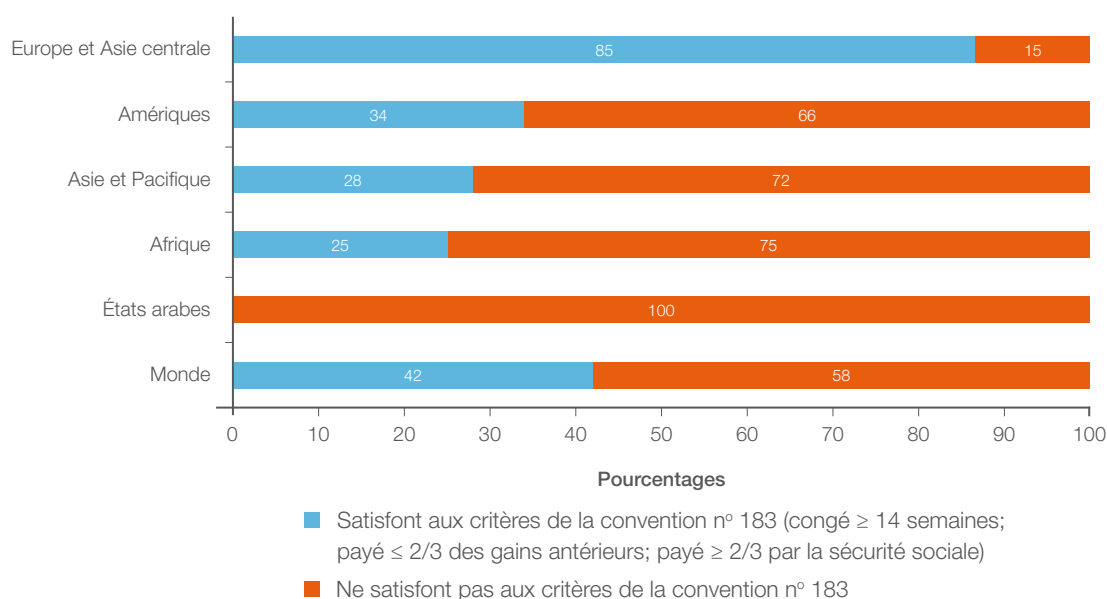
n'était que de 41,1 pour cent en 2015 (estimation du Bureau international du Travail (BIT) pour l'indicateur 1.3.1 des ODD)⁵⁷. On observe de fortes variations d'une région à l'autre: la couverture effective dépasse 80 pour cent en Europe et en Asie centrale, alors que l'on estime à 16 pour cent seulement la proportion de femmes qui perçoivent une prestation après une naissance en Afrique.

Responsabilité de l'État

La responsabilité principale et générale de l'État est essentielle pour garantir les droits et empêcher les pratiques discriminatoires à l'encontre des femmes sur le marché du travail; pourtant, elle a fait souvent défaut⁵⁸. Cela est évident au vu de la proportion de pays dont la législation sur la maternité est conforme aux trois critères établis par la convention n° 183: i) le congé ne doit pas être inférieur à 14 semaines; ii) le montant de la prestation en espèces ne doit pas être inférieur aux deux tiers du gain antérieur de la femme; iii) les prestations doivent être assurées par une assurance sociale obligatoire ou par prélèvement sur des fonds publics (au moins deux tiers de financement public et pas plus d'un tiers à la charge de l'employeur).

En 2016, la législation de 42 pour cent des pays (77 pays sur 184 pour lesquels nous disposons de données) était conforme aux dispositions de la convention n° 183, c'est-à-dire satisfaisait pour le moins aux trois critères susmentionnés (voir figure 3.7). Cette proportion est en augmentation par rapport à 2013, où elle était de 34 pour cent (57 pays sur 167)⁵⁹. Le taux de conformité le plus élevé est celui de la région Europe et Asie centrale, avec 85 pour cent. En Afrique, ce taux est de 25 pour cent seulement, avec 13 pays,

Figure 3.7. Pourcentage de pays satisfaisant aux normes de l'OIT, durée du congé de maternité, niveau et financement des prestations, selon la région, 2016



Note: 184 pays.

Source: BIT à partir des bases de données juridiques du BIT.

dont l'Égypte qui a fait passer le congé de maternité rémunéré de 13 à 17 semaines en 2015. Il est de 28 pour cent dans la région Asie et Pacifique (9 pays) et de 34 pour cent dans les Amériques (12 pays). Aucun des États arabes ne remplit les critères de la convention n° 183.

Certains pays ont réformé leur régime de congé entre 2013 et 2017 et satisfont désormais aux critères: El Salvador (de 12 à 16 semaines); Inde (de 12 à 26 semaines); République démocratique populaire lao (de 13 à 15 semaines); Paraguay (de 12 à 18 semaines); Pérou (de 13 à 14 semaines); et Uruguay (de 12 à 14 semaines).

Égalité hommes-femmes et congés de maternité, de paternité et parentaux

La prise en compte de l'égalité entre hommes et femmes est un principe de base à appliquer tout particulièrement pour s'assurer que les dispositions en matière de congés permettent à la fois aux femmes et aux hommes de s'occuper de leurs enfants et des autres membres de la famille, et que les activités de soin à autrui sont plus équitablement réparties. Les principes de l'universalité et de la responsabilité principale de l'État doivent être appliqués pour que les régimes de congés soient égaux, équitables et viables.

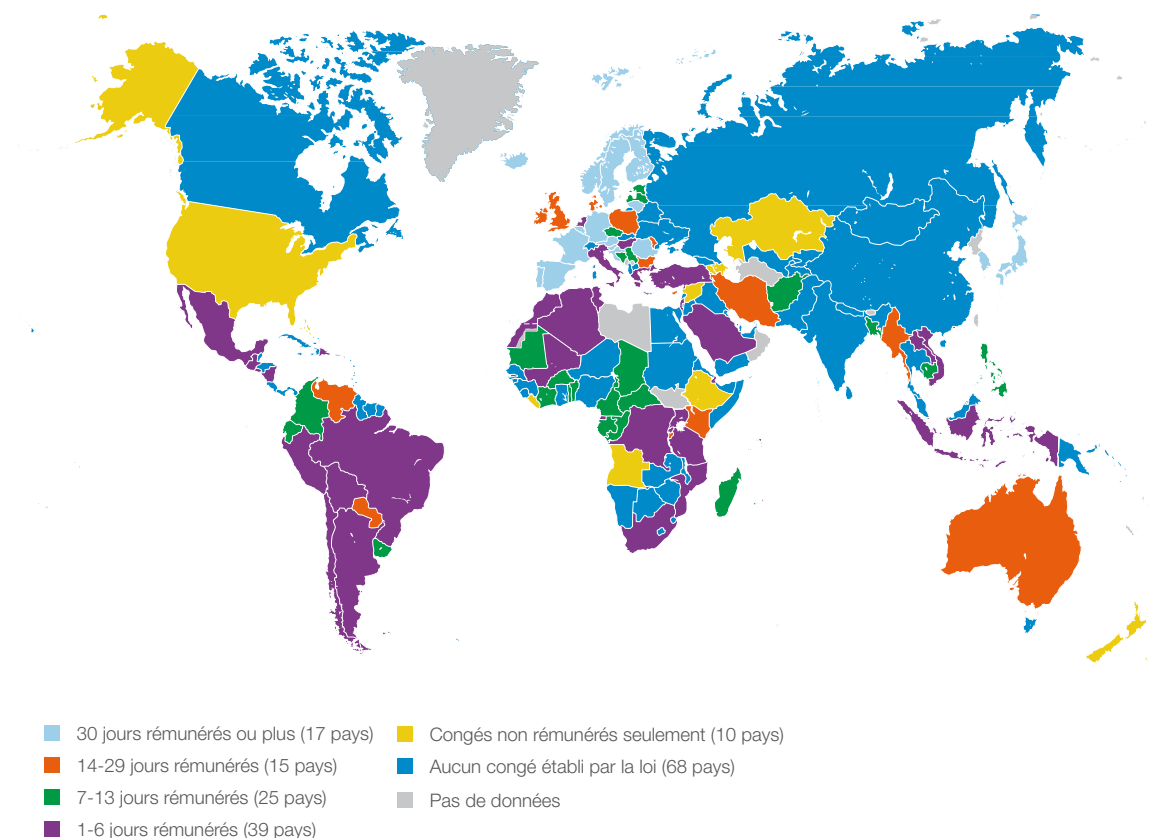
Hormis la période nécessaire à la récupération après la naissance et à l'allaitement maternel exclusif, la plupart de l'attention et des soins dont a besoin un enfant sont sans lien direct avec le rôle biologique de la femme et peuvent donc être partagés entre les deux parents. Les travaux de recherche montrent que le développement physique et psychologique du jeune enfant n'est pas associé au sexe de la personne qui s'en occupe, mais dépend de la qualité de l'attention qu'elle lui porte et de leurs interactions⁶⁰. Reconnaître que les hommes ont le droit et la responsabilité de prendre part aux activités de soin à autrui non rémunérées devrait aider à contrecarrer les attitudes sociales traditionnelles, avec pour effet une plus grande égalité entre hommes et femmes.

La conception des régimes de congés présente un énorme potentiel pour favoriser la prise de congés par les hommes et réduire l'écart entre femmes et hommes dans la répartition des activités de soin à autrui (voir chapitre 2)⁶¹. Le droit à des congés de durée suffisante (au moins 2 semaines), sous forme de congé de paternité ou de congé parental en partie non transférable, rémunérés dans une proportion élevée des gains antérieurs, amènerait les pères à utiliser effectivement leur droit à ces congés et à s'occuper plus des enfants⁶². Malgré des avantages avérés, en 2016, seulement la moitié des pays (96 pays sur 174 pour lesquels nous disposons de données) avait institué le droit des pères à des congés rémunérés soit en pourcentage des gains antérieurs, soit de façon forfaitaire. Bien que cette proportion s'accroisse lentement, de nombreux pères demeurent sans droits à cet égard, et dans de nombreux pays la durée de leurs congés reste relativement courte.

Environ 36 pour cent des pays (64 sur 174) ont institué des congés d'une durée inférieure à 2 semaines: de 1 à 6 jours dans 39 pays (22 pour cent) et de 7 à 13 jours dans 25 pays (14 pour cent). Parmi les pays qui ont établi des congés d'une durée de 2 semaines ou plus, 9 pour cent (15 pays) l'ont fixée entre 14 à 29 jours, et 10 pour cent (17 pays), à 1 mois ou plus. Les congés les plus longs à l'intention des pères se trouvent principalement en Europe du Nord, de l'Ouest et du Sud (voir figure 3.8).

Environ 39 pour cent des pays (68 pays) n'ont institué aucun droit à des congés pour les pères: 20 d'entre eux se situent en Afrique, 17 dans les Amériques, 14 en Asie et dans

Figure 3.8. Congés, rémunérés ou non, à l'intention des pères, selon la durée, 2016



Note: Cette carte fait état des dispositions de la législation nationale ou fédérale concernant: les congés réservés aux pères en relation avec la naissance d'un enfant; les congés de paternité ou parentaux exclusivement à l'usage des pères; la part non transférable des congés parentaux qui doit être prise par le conjoint (en général le père de l'enfant) de la personne qui utilise principalement le droit aux congés pour que la famille puisse bénéficier de semaines de congés supplémentaires. Ne sont pas considérés les congés parentaux qui peuvent être pris par le père ou la mère, ni les périodes de congés de maternité qui peuvent être transférées de la mère au père. Sont incluses certaines dispositions particulières relatives à des congés qui peuvent être pris par les pères en plus des congés annuels au moment d'une naissance, mais qui ne sont pas désignés comme congés «de paternité»; 174 pays.

Source: Calculs du BIT à partir des bases de données juridiques du BIT.

le Pacifique, 10 en Europe et en Asie centrale, et 7 dans les États arabes. Dans 10 pays, les pères ont droit, de par la loi, à un congé non rémunéré. Tel est par exemple le cas aux États-Unis où, en vertu de la loi fédérale sur les congés pour raisons familiales ou médicales, les hommes (et les femmes) ont droit à un congé non rémunéré pouvant aller jusqu'à 12 semaines à divers titres: entre autres pour la naissance d'un enfant ou pour s'occuper d'un nouveau-né jusqu'à ses 12 mois⁶³.

Il est toutefois de plus en plus reconnu que les hommes ont à la fois le souhait et l'obligation de s'occuper plus des enfants aux premiers âges de leur vie (voir encadré 3.2). Parmi des réformes récentes, nous citerons celles de Bahreïn, qui a institué un congé rémunéré d'une journée pour les pères, ou celles de Hong-kong (Chine) et de la Guinée équatoriale, avec 3 jours. En Turquie le congé est de 5 jours, et en Afghanistan, de 10, dans les deux cas entièrement payés par l'employeur. En 2016, Singapour a allongé le

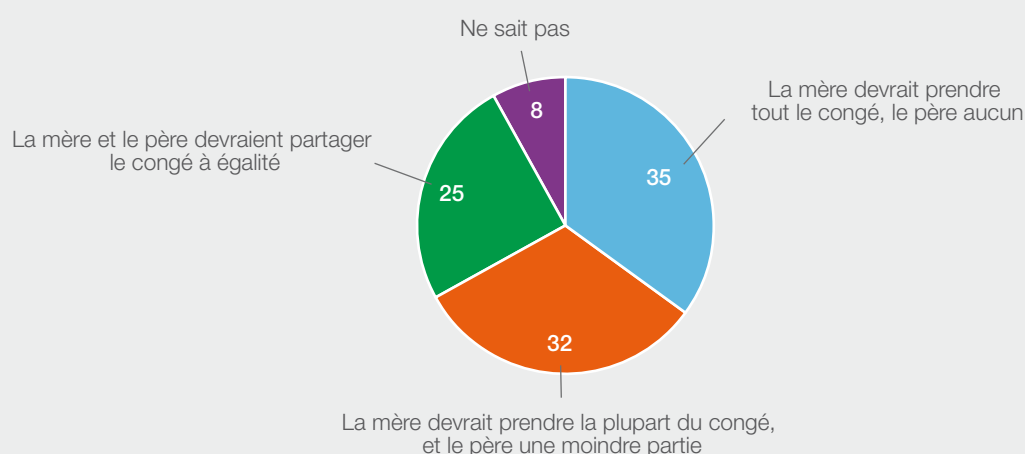
congé de paternité, rémunéré par la sécurité sociale, de 7 à 14 jours. En 2017, un congé rémunéré d'une semaine a été institué en République tchèque, de 2 semaines en Irlande et à Chypre. En Espagne, au-delà des 2 jours accordés pour la naissance, le congé de paternité a été allongé de 2 à 4 semaines en 2017.

Encadré 3.2. L'opinion publique est favorable à ce que les pères prennent des congés

En 2012, le Programme international d'enquêtes sociales (ISSP) nous a fourni des informations sur les préférences relatives au congé à l'intention des parents et la façon dont ils devraient en faire usage. Les données proviennent de 41 pays à revenu élevé et intermédiaire, de toutes les régions du monde, sauf les États arabes^a, représentant 62 pour cent de la population mondiale. On y demandait aux personnes de 15 ans et plus leur opinion sur les congés à l'intention des parents qui travaillent: devrait-il exister des congés rémunérés et quelle devrait être leur durée totale (en incluant les congés de maternité, de paternité et parentaux)? Il apparaît que 85 pour cent des personnes interrogées (83 pour cent des hommes et 86 pour cent des femmes) étaient favorables aux congés rémunérés. La durée moyenne privilégiée était légèrement supérieure à 1 an (12,3 mois) hommes et femmes étant à peu près d'accord à cet égard (12,8 mois pour les femmes, 11,7 mois pour les hommes).

Il était aussi demandé de quelle façon les parents devraient, dans l'idéal, partager ces congés rémunérés (si les deux y avaient droit dans une situation de travail équivalente). Les résultats sont qu'une majorité de personnes (57 pour cent au total), et autant les femmes que les hommes, considèrent que les pères devraient prendre au moins une partie des congés, si ce n'est la moitié, et donc s'occuper aussi des enfants (voir figure 3.9).

Figure 3.9. Préférences quant à la répartition des congés entre mères et pères (pourcentages)



Note: Tranche d'âge: 15 ans et plus; 41 pays, dont la liste complète figure à la note ci-après.

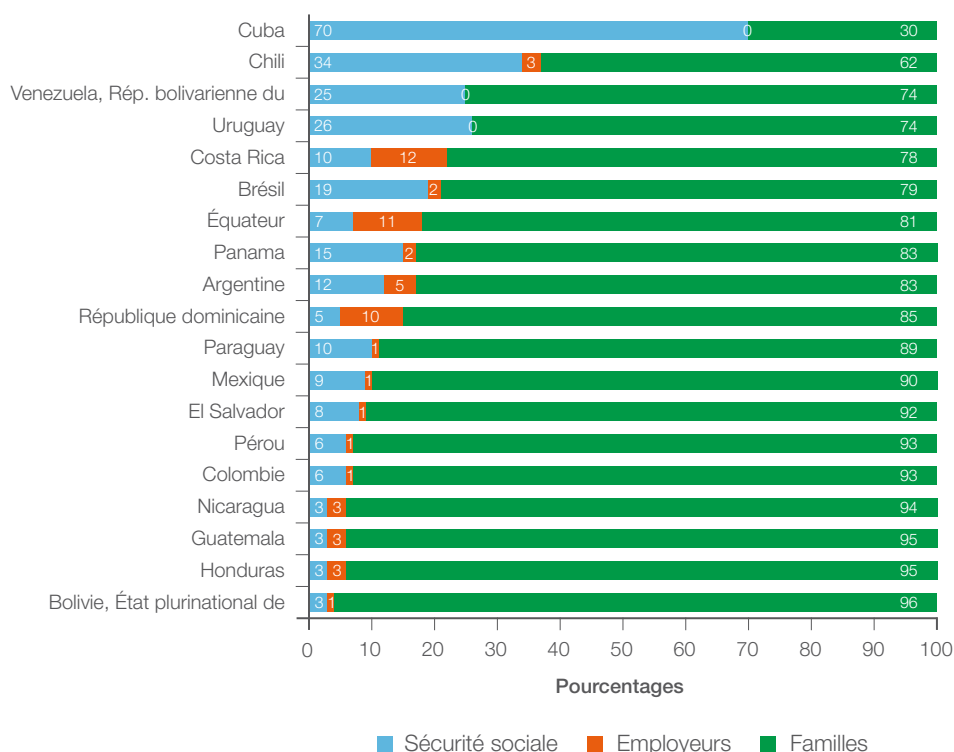
Source: Calculs du BIT à partir de ISSP, 2016.

L'analyse par région montre quelques variations dans les opinions. Les personnes interrogées préfèrent voir la mère s'occuper des enfants à plus de 60 pour cent dans les pays d'Europe orientale ainsi qu'en Afrique du Sud, à environ 50 pour cent en Israël, en Turquie et dans plusieurs pays d'Amérique latine (Argentine, Chili, Mexique et République

bolivarienne du Venezuela). Les préférences pour un partage égal des congés sont plus fréquentes en Europe du Nord, du Sud et de l'Ouest ainsi que dans deux pays d'Asie du Sud-Est et du Pacifique (Australie et Philippines) et en Amérique du Nord, avec environ 30 pour cent des personnes interrogées. Cela donne à penser qu'il existe une relation entre les préférences et les dispositions en vigueur en matière de congés. Les régions où l'on préfère que la mère s'occupe exclusivement des enfants sont celles où les régimes de congés sont les moins égalitaires et où il n'existe guère de périodes réservées aux pères^b. On peut en inférer que le contexte institutionnel et politique modèle les attitudes des individus à l'égard des modalités de congés et de la façon de les prendre^c.

^a Liste des pays selon le découpage régional établi par l'OIT: **Europe du Nord, du Sud et de l'Ouest**: Allemagne, Autriche, Belgique, Croatie, Danemark, Espagne, Finlande, France, Irlande, Islande, Lettonie, Lituanie, Norvège, Pays-Bas, Portugal, Royaume-Uni, Slovénie, Suède, Suisse. **Europe orientale**: Bulgarie, Hongrie, Pologne, Fédération de Russie, Slovaquie, République tchèque. **Asie centrale et occidentale**: Israël, Turquie. **Asie de l'Est**: Chine, République de Corée, Japon, Taïwan (Chine). **Asie du Sud-Est et Pacifique**: Australie, Philippines. **Asie du Sud**: Inde. **Amérique latine**: Argentine, Chili, Mexique, République bolivarienne du Venezuela. **Amérique du Nord**: Canada, États-Unis. **Afrique**: Afrique du Sud. ^b Addati, Cassirer et Gilchrist, 2014. ^c Valarino et coll., 2017.

Figure 3.10. Partage des coûts associés à la naissance d'un enfant, durant sa première année, entre l'État (sécurité sociale), les employeurs et les familles, dernière année disponible



Note: 19 pays.

Source: Martínez Franzoni et coll., 2018; à partir de ILOSTAT, BID (Banque interaméricaine de développement) et CEDLAS (Centre d'études sur le travail, les questions sociales et les inégalités).

Une étude menée dans 19 pays d'Amérique latine indique comment sont partagés les coûts associés à la présence d'un enfant, durant sa première année, entre les familles, les employeurs et l'État (sécurité sociale)⁶⁴. On y a mesuré le pourcentage de temps, au cours des douze mois qui suivent la naissance d'un enfant, durant lequel les familles avaient droit à un congé rémunéré associé à cette naissance, y compris les congés de maternité, de paternité et parentaux, ainsi que les arrêts de travail rémunérés pour l'allaitement (voir figure 3.10). Les chiffres montrent que, même lorsque tous les congés rémunérés réglementaires sont pris en compte, ce sont les familles, c'est-à-dire essentiellement les femmes, qui continuent de supporter la plupart des coûts du fait que les prestations de la sécurité sociale ne durent qu'une petite partie de la période considérée. Cuba se distingue à cet égard puisque, en plus des 18 semaines de congé de maternité avec rémunération complète, les parents ont droit à 39 semaines de congé parental rémunéré par la sécurité sociale à hauteur de 60 pour cent des gains antérieurs. Dans les autres pays, les familles supportent plus de 60 pour cent des coûts associés à la naissance d'un enfant durant sa première année. Au Costa Rica, en Équateur et en République dominicaine, les employeurs prennent à leur charge ces coûts durant au moins 10 semaines, ce qui comporte un risque de discrimination à l'encontre des femmes. Les données font apparaître les importantes lacunes des dispositions relatives aux congés dans de nombreux pays en ce qui concerne le rôle principal de l'État pour les financer. Le coût pour les familles est encore plus élevé si l'on considère que les services de prise en charge des enfants durant leur première année font largement défaut. Il s'ensuit une période de vide importante entre la fin des congés rémunérés et le début de la scolarité obligatoire (sur cette question, voir aussi encadré 3.5).

Congés pour s'occuper de parents malades ou handicapés

On constate aussi de grosses lacunes dans les régimes de congés accordés pour s'occuper de membres de la famille malades ou handicapés, enfants, adultes ou personnes âgées; lacunes quant à l'universalité – de nombreux pays n'ont adopté aucune disposition à cet égard – et quant au financement principal par l'État – lorsque des congés existent ils sont souvent faiblement rémunérés, voire pas du tout. Les données recueillies en 2014 par le Centre d'analyse des politiques mondiales font apparaître que, sur 186 pays pour lesquels des données sont disponibles, 89 (48 pour cent) ont institué des congés pour s'occuper de parents adultes ayant des problèmes de santé, tandis que 97 (52 pour cent) ne l'ont pas fait⁶⁵. Lorsque ces congés existent, ils sont le plus souvent rémunérés (dans 66 pays contre 23). Toutefois, on observe d'importantes différences entre les régions du monde. Celle d'Europe et d'Asie centrale présente la plus forte proportion de pays (45 sur 54, soit 83 pour cent de l'échantillon) ayant institué de tels congés; suit l'Afrique, où près de la moitié des pays (25 sur 53) prévoient des congés, rémunérés dans 18 d'entre eux et non rémunérés dans 7. Les régions où ces congés sont les moins fréquents sont les États arabes, l'Asie et le Pacifique, ainsi que les Amériques.

En règle générale, les congés pour s'occuper de parents âgés sont encore moins répandus. Seulement 54 pays (29 pour cent) ont institué de tels congés, rémunérés (38) ou non rémunérés (16). Ici encore il existe un écart sensible entre la région de l'Europe et de l'Asie centrale et le reste du monde. En Europe et en Asie centrale, 45 pour cent des pays (25 sur 55) ont institué des congés rémunérés à cet effet, et 25 pour cent (14), des congés

non rémunérés. Dans les autres régions, 80 pour cent des pays ou plus n'ont institué aucun congé rémunéré pour s'occuper de personnes âgées; dans les États arabes aucun congé, rémunéré ou non, n'est prévu à cet effet. Dans la région Asie et Pacifique, 6 pays sur 36 (17 pour cent) ont institué un congé rémunéré: Australie, Bhoutan, Cambodge, Japon, Maldives et Nouvelle-Zélande. En Afrique, ils ne sont que 3 sur 54 (6 pour cent): Angola, Namibie et Seychelles. Dans les Amériques, 2 pays sur 33 (6 pour cent) ont institué des congés non rémunérés (Bahamas et États-Unis), et 4 (12 pour cent), des congés rémunérés (Canada, El Salvador, Nicaragua et Pérou).

Même en Europe et en Asie centrale, où les congés pour s'occuper de membres de la famille, adultes ou âgés, sont les plus répandus, on observe de fortes différences d'un pays à l'autre quant à leur durée et à leur rémunération⁶⁶. Plusieurs pays ont établi une distinction entre des congés courts et longs. Les données relatives à l'Europe et à l'Amérique du Nord montrent qu'en 2009 les congés courts pour soin à autrui allaient de 5 jours rémunérés en Autriche et en Irlande à 36 jours en Italie. Bien que dans de nombreux pays le congé soit rémunéré, il peut être établi par la loi mais non rémunéré dans d'autres (Allemagne, Chypre et Royaume-Uni, par exemple), ou il peut relever de la négociation collective (Canada, Danemark, Finlande, Islande et Suisse, par exemple), ou encore d'un arrangement individuel (Lettonie et Fédération de Russie, par exemple).

Les congés longs pour soin à autrui sont en général prévus pour apporter des soins et du soutien sur une longue durée: de quelques semaines jusqu'à 3 ans. La réglementation la plus généreuse est celle de l'Italie, où un revenu de remplacement, à taux plein mais plafonné, peut être perçu durant une période allant jusqu'à 24 mois lorsqu'un membre de la famille a sérieusement besoin de soutien. Dans d'autres cas, le taux de remplacement est inférieur, comme aux Pays-Bas ou en Finlande (70 pour cent dans ce dernier pays), ou alors la rémunération est forfaitaire comme en Belgique, où le salarié perçoit une rémunération d'environ 740 euros par mois lorsqu'il prend un congé pour soins palliatifs (jusqu'à 12 mois) ou un congé pour assistance médicale (de 1 à 3 mois)⁶⁷.

Une comparaison entre 6 pays – Allemagne, Autriche, Canada, France, Italie et Pays-Bas – montre que les femmes étaient bénéficiaires des congés dans 60 pour cent des cas, du fait de la persistance des rôles qui leur sont traditionnellement assignés et de l'écart salarial en leur défaveur qui fait que la perte de revenu serait plus importante pour la famille si l'homme prenait le congé⁶⁸. Il existe d'autres obstacles à la prise de congés par les hommes (et aussi par les femmes) tenant à des considérations psychologiques ou sociales. Souvent, les hommes n'osent pas demander des congés de peur de se voir stigmatisés ou pénalisés dans leur carrière. De nombreux pays sont soucieux du maintien des liens avec le marché du travail des salariés qui ont des responsabilités familiales. Cela est difficile, même dans des pays où des congés pour s'occuper de membres de la famille malades ou âgés sont bien établis, comme le Japon. Dans ce pays, le nombre de travailleurs qui quittent leur travail est particulièrement élevé parmi ceux qui ont des responsabilités familiales. Le congé rémunéré de 3 mois pour s'occuper de membres de la famille n'avait un taux d'utilisation que de 3,2 pour cent en 2012⁶⁹. En conséquence, à partir de 2017, le régime de congés a été en partie revu: le taux de rémunération a été élevé de 40 à 67 pour cent des gains antérieurs; les 3 mois de congé peuvent être pris en plusieurs fois; le congé peut être pris par demi-journées; les travailleurs concernés peuvent être dispensés d'effectuer des heures supplémentaires⁷⁰.

3.3.2. Les services de soin à autrui

Services d'éducation et de protection de la petite enfance: notions de base

Les services d'*éducation et de protection de la petite enfance* consistent en services et programmes destinés à favoriser la survie, la croissance, le développement et l'apprentissage – notamment dans les domaines de la santé, de la nutrition et de l'hygiène, ainsi que du développement cognitif, social, affectif et physique – entre la naissance et l'entrée à l'école primaire⁷¹. Ces programmes familiarisent les tout jeunes enfants avec un enseignement institutionnalisé hors du contexte familial; ils ont une dimension éducative explicite et ont pour visée de préparer l'enfant à entrer à l'école primaire⁷². Ainsi, la cible 4.2 des ODD vise-t-elle à faire en sorte que d'ici à 2030 «toutes les filles et tous les garçons aient accès à des activités de développement et de soins de la petite enfance et à une éducation préscolaire de qualité qui les préparent à suivre un enseignement primaire»⁷³.

Selon la Classification internationale type de l'éducation (CITE) établie par l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), il existe deux catégories de programmes en la matière: le *développement éducatif de la petite enfance*, qui concerne les enfants de 0 à 2 ans (CITE 01), et l'*enseignement préprimaire*, qui concerne les enfants de 3 ans et jusqu'à l'entrée à l'école primaire (CITE 02). Pour être reconnus comme correspondant à un niveau de la CITE, les programmes d'éducation et de protection de la petite enfance doivent remplir un certain nombre de critères: avoir des objectifs d'apprentissage et des propriétés pédagogiques, être effectués par du personnel qualifié, dans un cadre institutionnel, suivant un horaire quotidien et un calendrier annuel. Dans de nombreux pays, il existe d'autres modalités d'éducation et de protection de la petite enfance, mais qui ne remplissent pas ces critères et ne sont donc pas pris en compte par les statistiques de fréquentation de l'UNESCO; cela limite la fiabilité de ces indicateurs. C'est seulement dans les pays à revenu élevé qu'il est possible de comptabiliser la prise en charge des enfants selon ces autres modalités⁷⁴.

Les services auxquels peuvent recourir les parents se situent soit dans des établissements, soit à domicile avec un agrément. Ce dernier cas s'applique surtout pour les enfants de moins de 3 ans, et il s'agit en général du domicile de la personne qui prend l'enfant en charge⁷⁵. Pour l'accueil d'enfants à domicile, les conditions d'agrément varient considérablement d'un pays à l'autre: contrôles de santé et de sécurité (initiaux ou annuels), niveau de formation certifié, inspections pédagogiques annuelles, exigences de formation; supervision pédagogique périodique par un organisme accrédité. Les personnes qui accueillent les enfants à domicile sont dans certains cas recrutées, employées et accompagnées par un organisme public ou une institution privée subventionnée. Par exemple, en France, ces «assistantes maternelles» peuvent être embauchées directement par les parents.

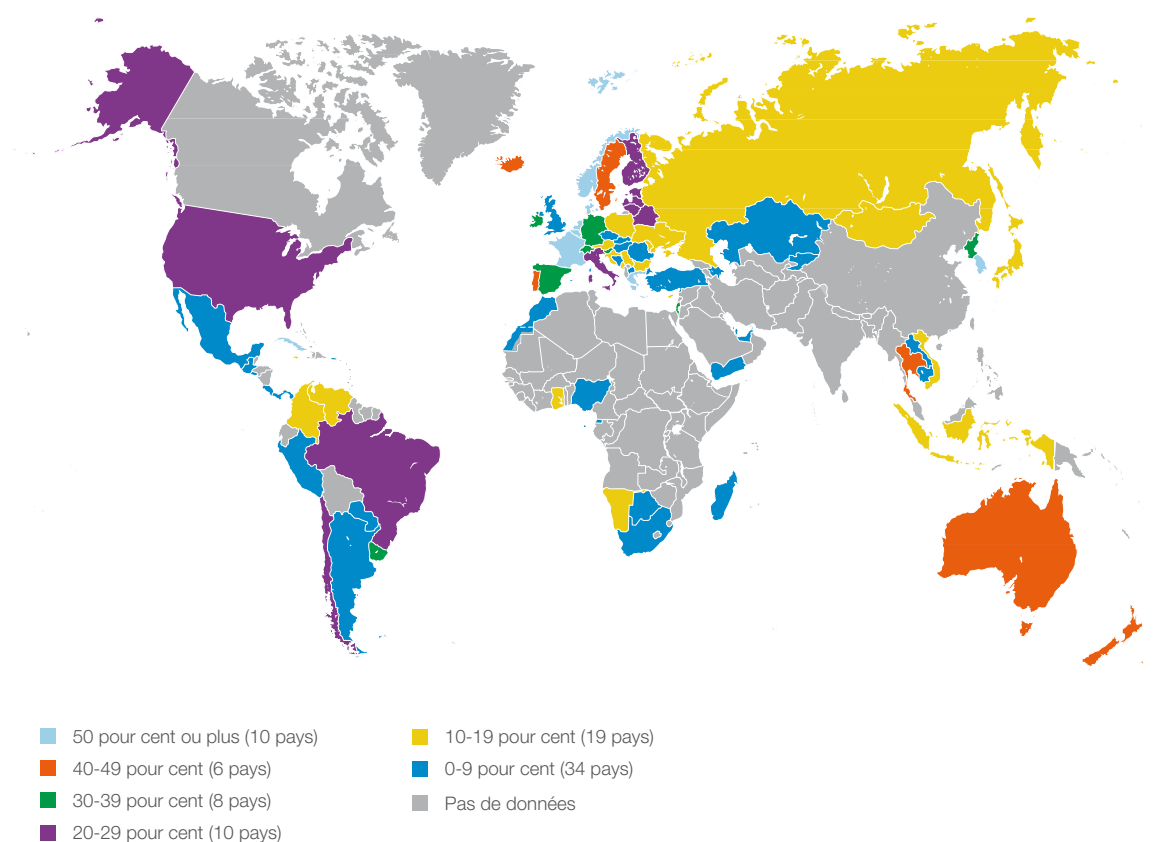
Les lieux d'accueil formels ou agréés reçoivent en général les enfants de toute la tranche d'âge correspondant à l'éducation et à la protection de la petite enfance, quelquefois avec des services complémentaires, telle une prise en charge en dehors des heures d'ouverture des autres établissements, comme les jardins d'enfants ou les écoles maternelles⁷⁶.

Services d'éducation et de protection de la petite enfance dans le monde

Universalité

La couverture des services d'éducation et de protection de la petite enfance est généralement évaluée à partir des taux d'inscription ou de fréquentation des enfants⁷⁷. Les données indiquent que le principe d'universalité est loin d'être respecté partout dans le monde et que l'on observe de fortes disparités entre pays et entre régions (voir aussi chapitre 4)⁷⁸. Les estimations calculées par le BIT à partir des données de l'UNESCO sur la fréquentation montrent que le taux brut de scolarisation des enfants les plus jeunes (moins de 3 ans) dans les programmes de développement éducatif de la petite enfance vont d'à peine plus de 0 à 85 pour cent (données disponibles pour 87 pays, voir figure 3.11). Le taux brut de scolarisation à un niveau donné d'éducation est égal au nombre d'enfants scolarisés à ce niveau, quel que soit leur âge, exprimé en pourcentage de la population de la tranche d'âge théorique qui correspond à ce niveau d'enseignement. Le taux brut de scolarisation était de 18,3 pour cent en 2015 (ou lors de la dernière année disponible depuis 2010)⁷⁹. Dans la majorité des pays (53), ce taux était inférieur à

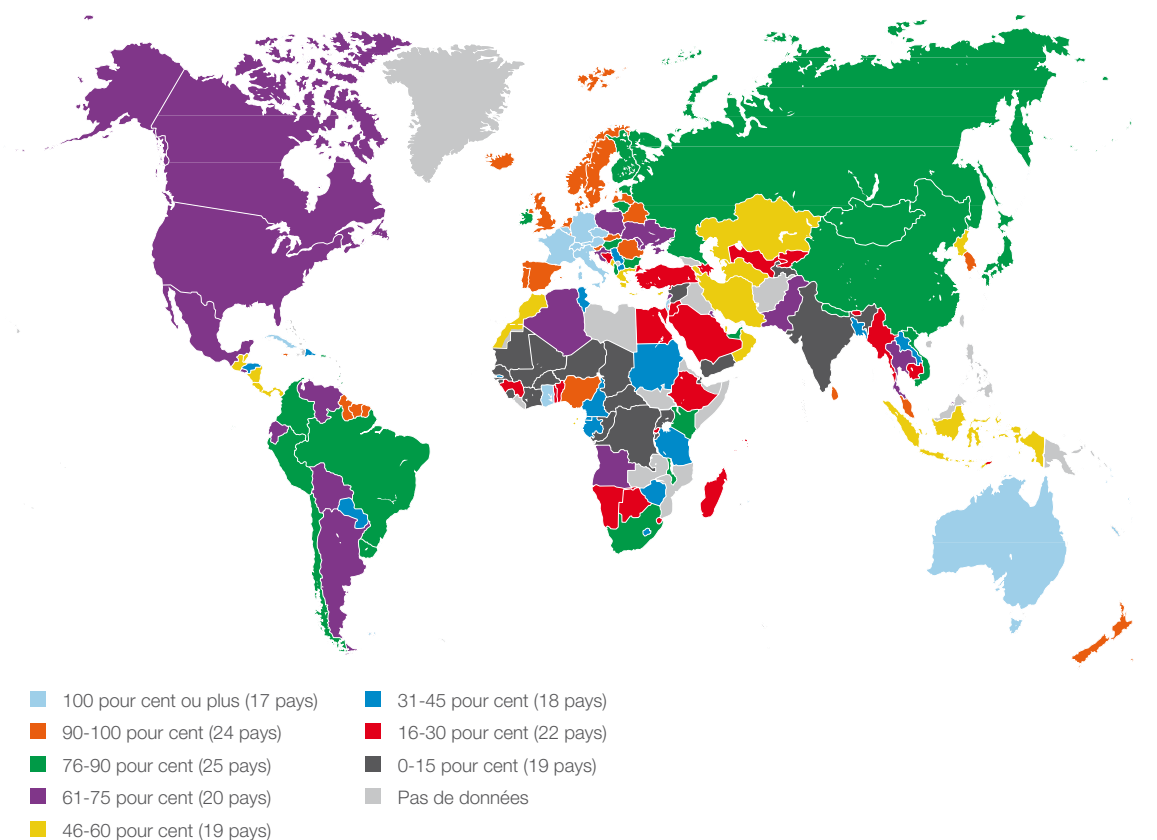
Figure 3.11. Taux brut de scolarisation dans les programmes de développement éducatif de la petite enfance, 2015



Note: 87 pays.

Sources: Calculs du BIT à partir d'UNESCO, 2018, et de Nations-Unies, 2017c.

Figure 3.12. Taux brut de scolarisation dans l'enseignement préprimaire, 2015



Note: Le taux brut de scolarisation peut dépasser 100 pour cent du fait de la comptabilisation d'enfants n'ayant pas atteint ou ayant dépassé l'âge officiel de fréquentation par une entrée précoce ou tardive, ou un redoublement.

Source: Calculs du BIT à partir d'UNESCO, 2018.

20 pour cent. Dans 24 d'entre eux, il se situait entre 20 et 49 pour cent et il n'était égal ou supérieur à 50 pour cent que dans 10 pays: Belgique, République de Corée, Cuba, Danemark, France, Grèce, Luxembourg, Malte, Norvège et Pays-Bas.

La fréquentation de l'enseignement préprimaire est nettement supérieure: en moyenne, le taux brut de scolarisation est de 57 pour cent (en 2015 ou la dernière année disponible depuis 2010; données disponibles pour 164 pays). Selon l'UNESCO, entre 1999 et 2012, ce taux a augmenté de 64 pour cent, ce qui fait que 184 millions d'enfants étaient scolarisés à cette date⁸⁰. Toutefois, beaucoup d'enfants sont encore exclus, et de nombreux pays sont loin de garantir l'accès à l'éducation et la protection de la petite enfance inscrit dans la cible 4.2 des ODD (voir figure 3.12). En 2015, la couverture universelle n'était atteinte que dans 25 pour cent des pays (41 sur 164)⁸¹. Dans les pays à faible revenu, le taux de scolarisation n'était que de 23 pour cent, et dans les pays à revenu intermédiaire, de 56 pour cent. Dans les pays à revenu élevé, la couverture était nettement supérieure, avec une moyenne de 87 pour cent. En général, ce sont les pays à revenu élevé qui ont les meilleurs résultats, mais il existe des exceptions, comme au Ghana où les frais de scolarité ont été supprimés et où des campagnes de sensibilisation ont fait valoir les avantages de l'enseignement préprimaire⁸². Cela donne à penser que, au-delà des préférences des parents pour certaines modalités de prise en charge des enfants, l'accessibilité et le coût

des services sont des déterminants importants du taux de fréquentation (sur les préférences, voir encadré 3.4).

Selon l'UNESCO, l'enseignement préprimaire, gratuit et obligatoire, durant une année au moins, n'existe que dans 38 pays sur 207 pour lesquels des données sont disponibles⁸³. Lorsque les services d'éducation et de protection de la petite enfance sont disponibles, ils ne le sont souvent qu'à partir de l'âge de 3 ans et à temps partiel. Toutefois, pour favoriser l'activité économique des mères, un accueil à plein temps serait indispensable, de même que la réduction de l'écart de temps entre la fin des congés rémunérés accordés aux parents et le début de l'accueil par les services d'éducation et de protection de la petite enfance (voir encadré 3.3).

Un autre aspect important des services d'éducation et de protection de la petite enfance tient à ce qu'ils s'adressent à tous les enfants et que tous y aient accès, y compris ceux

Encadré 3.3. Harmoniser les régimes de congés et l'accès aux services d'éducation et de protection de la petite enfance: l'exemple des pays nordiques

Le réseau International Network on Leave Policies and Research a dressé un état des régimes de congés et de l'accès aux services de l'éducation et de la protection de la petite enfance en 2017, dans 42 pays, essentiellement à revenu élevé. Les résultats indiquent que 25 pays garantissent un accès effectif à ces services, mais à partir de l'âge 3 ans seulement dans une majorité d'entre eux (18). L'écart de temps entre la fin des congés bien rémunérés (c'est-à-dire aux deux tiers des gains antérieurs) prévus par la loi et l'accès aux services d'éducation et de protection de la petite enfance va d'un à cinq ans.

C'est seulement dans 6 pays – essentiellement nordiques – que cet écart n'existe pas, que les dispositions sont harmonisées, avec un accès effectif aux services d'éducation et de protection de la petite enfance. Au Danemark, le congé bien rémunéré dure presque jusqu'à la fin de la première année de l'enfant, et l'accès aux services d'éducation et de protection de la petite enfance est ouvert lorsque celui-ci a 6 mois. En Norvège et en Suède, il existe un chevauchement d'un mois entre la fin du congé bien rémunéré (13 mois) et l'entrée des enfants dans les services d'éducation et de protection de la petite enfance (12 mois). De même, en Finlande et en Slovénie cette entrée correspond à la fin du congé parental, qui dure environ 1 an. À Malte, elle peut avoir lieu lorsque l'enfant a 3 mois, c'est-à-dire à la fin du congé bien rémunéré. Toutefois, ce droit est réservé aux enfants dont les parents travaillent ou suivent des études à plein temps.

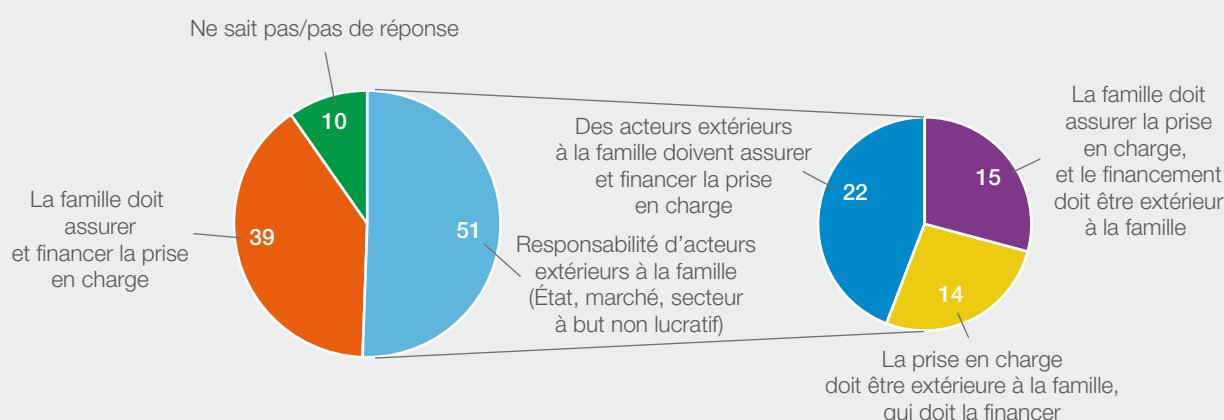
Dans ces pays, la mise au point de dispositions cohérentes et harmonisées a été renforcée par l'adoption de systèmes d'éducation et de protection de la petite enfance intégrés, c'est-à-dire où la prise en charge des enfants de moins de 3 ans et de plus de 3 ans relève de la responsabilité d'un seul ministère. Prenant la Suède comme exemple, Moss (2012) observe que l'approche holistique de l'éducation et de la protection de la petite enfance et des régimes de congés, adoptée par ce pays, a été rendue possible par une conjonction de facteurs: la primauté des valeurs d'universalité et d'équité dans l'État-providence d'inspiration sociale-démocrate de la Suède, qui justifiait les dépenses publiques dans ce domaine; l'engagement en faveur de l'égalité entre hommes et femmes, ainsi qu'en faveur des droits des enfants, dans les deux domaines d'action; une continuité gouvernementale sur de longues périodes qui a garanti le maintien du lien entre régimes de congés et services d'éducation et de protection de la petite enfance.

Sources: Blum, Koslowski et Moss, 2017; Moss, 2012.

Encadré 3.4. Les préférences relatives à la prise en charge des enfants varient selon les régions et les catégories sociales

Les données du Programme international d'enquêtes sociales, qui portent sur 62 pour cent de la population mondiale^a, nous donnent des éclairages sur les préférences des individus quant à savoir qui doit financer principalement la prise en charge des enfants entre la fin des congés légaux et le début de l'école primaire^b. Une majorité de 51 pour cent est en faveur d'un soutien extérieur à la famille (essentiellement l'État, mais aussi le marché ou le secteur à but non lucratif) pour financer ou assurer la prise en charge des enfants d'âge préscolaire, tandis que 39 pour cent considèrent que cela relève exclusivement de la famille (figure 3.13, partie gauche). Parmi les 51 pour cent ci-dessus, 22 pour cent considèrent que la prise en charge doit être effectuée et payée par des acteurs extérieurs à la famille; le reste se partage également entre ceux qui considèrent que la famille doit assurer la prise en charge, mais avec le soutien financier extérieur, et ceux qui considèrent que la prise en charge doit être effectuée par des acteurs extérieurs à la famille, mais payée par cette dernière (figure 3.13, partie droite).

Figure 3.13. Préférences quant à la prise en charge des enfants, 2011-2014 (pourcentages)



Note: Tranche d'âge: 15 ans et plus; 41 pays; la liste complète des pays figure à la note a ci-après.

Source: Calculs du BIT à partir de ISSP, 2016.

On observe des différences significatives d'une région à l'autre quant à ces préférences. L'opinion selon laquelle la famille doit assurer et financer seule la prise en charge des enfants est plus forte en Afrique du Sud (60 pour cent) et en Asie de l'Est, ainsi qu'en Australie et aux Philippines (Asie du Sud-Est) (57 pour cent). Elle est moins répandue dans les pays d'Europe du Nord, du Sud et de l'Ouest (23 pour cent), où les familles s'en remettent beaucoup plus à des services d'accueil des enfants et où l'on enregistre de plus forts taux de fréquentation dans l'éducation et la protection de la petite enfance, que dans les autres régions^c.

On peut aussi observer des variations entre catégories sociales. Les parents célibataires qui travaillent et les ménages à deux revenus – qui ont besoin de services de prise en charge des enfants – sont plus favorables que les autres au soutien extérieur à la famille (respectivement 56 et 57 pour cent). Les différences selon le niveau d'instruction et le statut d'emploi s'expliquent sans doute par les variations du coût d'opportunité de s'engager dans un travail rémunéré. Les personnes qui ont un niveau d'instruction secondaire (51 pour cent) ou supérieur (59 pour cent) préfèrent le

soutien extérieur à la famille en plus grand nombre que ceux qui ont un niveau d'instruction primaire (39 pour cent). Environ 57 pour cent des personnes interrogées ayant une activité professionnelle expriment une préférence pour le soutien extérieur à la famille, contre seulement 38 pour cent des inactifs. On observe de petites différences seulement en fonction du sexe, les femmes étant légèrement plus favorables que les hommes au soutien extérieur à la famille (52 contre 50 pour cent).

^a **Europe du Nord, du Sud et de l'Ouest:** Allemagne, Autriche, Belgique, Croatie, Danemark, Espagne, Finlande, France, Irlande, Islande, Lettonie, Lituanie, Norvège, Pays-Bas, Portugal, Royaume-Uni, Slovaquie, Suède, Suisse. **Europe orientale:** Bulgarie, Hongrie, Pologne, Fédération de Russie, République tchèque. **Asie centrale et occidentale:** Israël, Turquie. **Asie de l'Est:** Chine, République de Corée, Japon, Taïwan (Chine). **Asie du Sud-Est et Pacifique:** Australie, Philippines. **Asie du Sud:** Inde. **Amérique latine:** Argentine, Chili, Mexique, République bolivarienne du Venezuela. **Amérique du Nord:** Canada, États-Unis. **Afrique:** Afrique du Sud. ^b La question sur les préférences quant à la responsabilité de la prise en charge des enfants était la suivante: «Les gens ont des opinions différentes sur la prise en charge des enfants avant l'âge d'entrée à l'école: selon vous, qui doit en premier lieu prendre en charge les enfants?». Les réponses possibles étaient: «des membres de la famille», «des organismes publics», «des organisations à but non lucratif (organisations caritatives ou religieuses, églises)», «des prestataires privés (crèches privées, assistantes maternelles, baby-sitters)». La deuxième question concernait le financement: «Qui devrait en premier lieu assumer les coûts de la prise en charge des enfants avant l'âge d'entrée à l'école?». Les réponses possibles étaient: «la famille elle-même», «l'État/des fonds publics», «les employeurs». Les pourcentages présentés ici sont fondés sur la combinaison des réponses aux deux questions, par regroupement: 1) des réponses en faveur de la famille aux deux questions; 2) des réponses en faveur d'acteurs extérieurs à la famille comme prestataires et en faveur de la famille pour le financement; 3) des réponses en faveur de la famille comme prestataire et d'acteurs extérieurs à la famille pour le financement; 4) des réponses en faveur de la prise en charge et du financement par des acteurs extérieurs à la famille. ^c UNESCO, 2015b.

Source: UNESCO, 2015b; ISSP, 2016.

qui ont un handicap. Les estimations indiquent qu'il y a à l'échelle mondiale environ 93 millions d'enfants de moins de 15 ans vivant avec un handicap léger ou grave, la grande majorité (80 pour cent) dans les pays en développement⁸⁴ et dans des familles pauvres⁸⁵. À cet égard, on observe un défaut de formation du personnel de l'éducation et de la protection de la petite enfance, ainsi qu'un manque de moyens techniques d'assistance au développement des enfants comme à leur accès aux services, surtout dans les pays en développement⁸⁶. Pourtant, la petite enfance est un moment décisif pour identifier les problèmes de développement et les handicaps et pour intervenir alors afin de permettre aux enfants de réaliser pleinement leur potentiel⁸⁷. Faute de soutien, de protection et d'interventions précoces, les difficultés risquent de s'aggraver, avec des conséquences pour la vie et une plus forte exposition à la pauvreté et à l'exclusion. Certains pays à revenu élevé ont un système d'éducation inclusif, qui accueille tous les enfants, comme la Finlande qui a adopté une approche holistique. On peut aussi prendre pour exemple l'Italie et le Royaume-Uni où des assistants d'enseignement et des enseignants de soutien sont recrutés pour améliorer, dans des classes ordinaires, la pratique de l'apprentissage des enfants qui ont des besoins particuliers⁸⁸. Plusieurs pays à revenu intermédiaire disposent aussi de programmes adaptés au sein du système ordinaire d'enseignement; il s'agit de l'Inde et du Viet Nam ainsi que de plusieurs pays d'Afrique subsaharienne comme l'Éthiopie, le Malawi, le Rwanda et la République-Unie de Tanzanie⁸⁹.

Rôle de l'État

Le manque d'accès aux services de l'éducation et de la protection de la petite enfance désavantage les enfants des pays à revenu faible et intermédiaire, surtout en Afrique, en

Asie centrale et dans les États arabes, ainsi que ceux qui vivent dans des zones rurales ou dans des ménages pauvres. L'écart de fréquentation des programmes éducatifs de la petite enfance entre zones urbaines et zones rurales est aussi très profond, dépassant 35 points de pourcentage en Tunisie et en République démocratique populaire lao⁹⁰. La gratuité ou le subventionnement des activités sont encore rares. En 2015, seulement 33 pour cent des pays avaient inscrit dans leur loi au moins une année d'école gratuite pour la petite enfance; 21 pour cent, une année obligatoire; et 17 pour cent, les deux (gratuite et obligatoire)⁹¹. L'accès aux services d'accueil de la petite enfance varie donc fortement selon la richesse, beaucoup de familles ayant encore à payer des frais d'inscription. Selon le dernier Rapport mondial de suivi sur l'éducation pour tous de l'UNESCO, «en 2010-2015, dans 52 pays à revenu faible et intermédiaire, les enfants de 3 à 4 ans des ménages les plus riches avaient 5 fois plus de chances de participer à des activités organisées d'apprentissage que ceux des plus pauvres»⁹².

Les établissements d'éducation et de protection de la petite enfance peuvent être publics ou privés. Dans ce dernier cas, ils sont contrôlés et gérés, dans un but lucratif ou non, par des organismes privés tels que des organisations non gouvernementales, des organismes religieux, des groupes d'intérêts spécifiques, des fondations ou des entreprises⁹³, qui peuvent ou non percevoir des subventions publiques. Ces établissements et leur activité diffèrent par leur degré d'institutionnalisation, surtout dans les pays à revenu faible et intermédiaire où les services d'éducation et de protection de la petite enfance ont souvent lieu dans des endroits aussi divers que des centres communautaires, les églises locales ou des annexes de l'école⁹⁴. Le défaut de responsabilité de l'État et d'investissement dans les services de l'éducation et la protection de la petite enfance se traduisent par un fort taux d'inscription dans des institutions privées au niveau préprimaire (41 pour cent à l'échelle mondiale en 2015)⁹⁵. Ce taux est bien plus élevé que dans le primaire (17 pour cent) ou le secondaire (26 pour cent), du fait d'investissements moindres dans la petite enfance. Les données sur les dépenses publiques dans l'éducation préprimaire de 70 pays en 2014 montrent que l'investissement était le plus élevé (entre 1 et 1,5 pour cent du PIB) en Équateur, République de Moldova et Suède, et le moins élevé (proche de 0 pour cent du PIB) en République islamique d'Iran, au Mali et au Soudan du Sud (voir section 3.2.5)⁹⁶.

Les estimations régionales font apparaître que la fréquentation d'établissements privés est particulièrement élevée dans les États arabes et en Asie, jusqu'à 45 et 55 pour cent respectivement. Lorsque la prise en charge et le financement sont confiés au secteur non étatique, comme en Éthiopie, en Sierra Leone et dans plusieurs États arabes, l'éducation préprimaire ne bénéficie en général qu'aux populations urbaines les plus avantagées. Les données sur les pays à revenu élevé indiquent que la proportion d'enfants inscrits dans des établissements privés est supérieure dans le développement éducatif de la petite enfance, où elle dépasse 50 pour cent dans deux tiers des pays, par comparaison avec l'éducation préprimaire⁹⁷.

Un autre aspect important de l'éducation et de la protection de la petite enfance tient à ce qu'elle comprend ou non l'alimentation des enfants. Lorsque tel est le cas, les effets sur leur santé sont positifs, à court terme grâce à des menus équilibrés et à long terme en forgeant des habitudes alimentaires qui préviennent l'obésité⁹⁸. En outre, cela donne plus de temps aux parents, surtout aux mères, pour mener leur activité professionnelle sans

interruption à midi. Selon le Programme alimentaire mondial (PAM), environ 368 millions d'enfants inscrits aux niveaux préprimaire, primaire et secondaire prennent leurs repas à l'école (chiffres pour 169 pays pour lesquels des données sont disponibles)⁹⁹. Dans les pays à revenu faible et intermédiaire, cette possibilité existe uniquement dans certaines zones géographiques choisies en fonction de facteurs de vulnérabilité. Si 49 pour cent des enfants fréquentant l'école primaire y ont des repas gratuits dans les pays à revenu intermédiaire, ce n'est le cas que de 18 pour cent d'entre eux dans les pays à faible revenu¹⁰⁰. Même si l'on ne dispose pas de données, on peut supposer qu'il en va de même au niveau préprimaire. Les cantines scolaires peuvent sensiblement améliorer la sécurité alimentaire des enfants, surtout en milieu rural, et doivent être un élément essentiel des socles de protection sociale, comme le montre une étude récente menée au Togo¹⁰¹.

La gouvernance des systèmes d'éducation et de protection de la petite enfance peut être divisée ou intégrée. Dans les systèmes divisés, comme aux États-Unis, en France, au Japon ou en Turquie, les programmes de développement éducatif de la petite enfance (qui mettent l'accent sur l'accueil et les soins) et d'éducation préprimaire (qui mettent l'accent sur l'apprentissage précoce) sont élaborés séparément et relèvent de la responsabilité d'autorités différentes, en général le ministère des Affaires sociales d'une part et le ministère de l'Éducation de l'autre¹⁰². Dans les systèmes intégrés, comme en Australie, au Brésil, au Danemark ou en Suède, l'ensemble des services d'éducation et de protection de la petite enfance relève d'une même autorité qui régit les programmes, les normes à respecter et le financement. Les travaux de recherche donnent à penser que les systèmes intégrés sont associés à une meilleure qualité, un accès plus universel, des services plus abordables, un personnel mieux qualifié et des transitions en douceur pour les enfants¹⁰³.

La qualité variable des services d'éducation et de protection de la petite enfance

Une éducation de qualité peut réduire les inégalités sociales en garantissant à tous les enfants d'entreprendre une scolarité formelle à égalité¹⁰⁴. Il n'existe pas de définition ou de système de mesure, reconnus à l'échelle mondiale, de la qualité de l'éducation de la petite enfance, et les perceptions individuelles varient quant à la nature des services de qualité (voir encadré 3.5)¹⁰⁵. Sans doute le personnel enseignant est-il en général considéré comme l'élément clé de la qualité de l'enseignement et des interactions en classe¹⁰⁶. Un faible nombre d'élèves par enseignant permet à ce dernier de se concentrer plus sur les besoins de chaque élève et réduit le temps perdu lors des perturbations. L'estimation du ratio élèves/enseignant dans l'éducation préprimaire était de 17,8 à l'échelle mondiale en 2015, avec de fortes différences entre les pays à faible revenu (28,3 en moyenne), à revenu intermédiaire (18,7) et à revenu élevé (13,6)¹⁰⁷. Les plus forts ratios se situent en Afrique subsaharienne, avec une moyenne de 30 élèves par enseignant, mais aussi avec de fortes variations: 17 au Lesotho, 42 au Malawi et 53 au Libéria. On observe aussi des différences internes aux pays, en particulier entre régions rurales et régions urbaines, mais aussi entre établissements publics et établissements privés. L'UNESCO souligne aussi l'absence de normes relatives au ratio élèves/enseignant ou leur faible respect dans les pays à revenu faible et intermédiaire¹⁰⁸.

Il n'existe pas d'estimations à l'échelle mondiale du ratio élèves/enseignant pour les programmes de développement éducatif de la petite enfance, mais on sait qu'il est en général inférieur à celui de l'éducation préprimaire, car les enfants de moins de 3 ans

Encadré 3.5. En Europe, les perceptions sur les services d'éducation et la protection de la petite enfance varient avec le taux d'emploi des femmes

Les opinions quant à la qualité des services d'éducation et de protection de la petite enfance sont variables. Lors de l'Enquête européenne sur la qualité de vie menée par Eurofound dans 34 pays d'Europe en 2011-12, il était demandé aux résidents âgés de 18 ans et plus comment ils notaient la qualité des services de prise en charge des jeunes enfants dans leur pays, sur une échelle allant de 1 (très mauvaise qualité) à 10 (qualité très élevée). Les moyennes nationales allaient d'environ 5 en Bulgarie, au Kosovo, en Pologne et en Roumanie jusqu'à légèrement plus de 7 en Autriche, à Chypre, au Danemark, en Finlande, en Islande, au Luxembourg, à Malte et en Suède.

L'analyse menée par Eurofound montrait que l'appréciation sur la qualité des services était associée positivement avec le degré d'accès à ces services. Ce degré a été évalué en prenant en considération leur coût, leur disponibilité, leur accessibilité (distance et horaires d'ouverture) et leur qualité en fonction de la perception des usagers. Eurofound a aussi noté une corrélation positive entre le taux d'emploi des femmes et l'accessibilité perçue. Cela donne à penser que les pays où le taux d'emploi des femmes est le plus élevé sont ceux où les gens éprouvent le moins de difficultés avec la prise en charge des enfants. Cela révèle aussi que l'accessibilité et la qualité des services permettent aux femmes d'avoir une activité professionnelle. Cela est particulièrement notable dans les pays nordiques (Danemark, Finlande et Suède) et dans certains pays d'Europe occidentale (Allemagne, Autriche et Pays-Bas).

Source: Eurofound, 2013.

demandent plus d'attention et de soins. Les données disponibles pour 14 pays à revenu élevé montrent que, en 2014, le ratio moyen était de 9, allant de 4 en Nouvelle-Zélande à 16 au Royaume-Uni¹⁰⁹. Les données disponibles pour quelques pays à revenu faible et intermédiaire font apparaître de fortes variations et un encadrement souvent insuffisant. Un rapport du BIT mentionne des ratios allant de 4 à la Barbade et à Trinité-et-Tobago jusqu'à 25 aux Philippines ou 30 au Pakistan¹¹⁰.

On observe aussi des variations entre pays et entre programmes quant aux horaires, soit à temps partiel (moins de 30 heures par semaine), soit à plein temps (plus de 30 heures par semaine). Le fait de disposer de services d'accueil à plein temps est essentiel pour permettre aux parents d'avoir un emploi également à plein temps et des revenus en proportion¹¹¹. Toutefois on ne dispose de données comparables que pour les pays à revenu élevé, où l'horaire moyen était de 30 heures par semaine en 2014¹¹².

Services de soins à autrui de longue durée: notions de base

Par *soins de longue durée* on entend les services aux personnes de tous âges qui sont en situation de dépendance fonctionnelle de longue durée. La dépendance crée le besoin de services destinés à compenser une capacité limitée de mener à bien des activités quotidiennes – prendre une douche, s'habiller, se lever et se coucher – sur une période prolongée¹¹³. La dépendance se traduit aussi par des difficultés d'accéder aux soins de santé et d'entretenir un mode de vie sain, à même de prévenir la détérioration de l'état de santé

et de l'état fonctionnel, de même qu'elle engendre des tensions émotionnelles et des besoins affectifs auxquels il faut répondre.

La notion de *système de soins de longue durée* d'un pays fait référence à l'ensemble des prestataires et des établissements susceptibles de prodiguer ces soins. Les besoins de soins de longue durée sont très majoritairement satisfaits, sans rémunération, par la famille et les amis¹¹⁴. En outre, de nombreux pays ont mis en place des systèmes publics de couverture du risque par des *services de soins de longue durée* assurés par des infirmières et du personnel non sanitaire¹¹⁵, y compris des travailleurs domestiques (aides à la personne)¹¹⁶. Les bénéficiaires peuvent être des personnes âgées, ainsi que des enfants ou des adultes handicapés.

La notion de *handicap* est complexe, évolutive et multidimensionnelle, avec une composante médicale et une autre sociale. Il s'agit d'un terme qui recouvre des déficiences, des limitations d'activité ou de participation, faisant référence aux divers obstacles aux interactions entre un individu ayant des handicaps durables (d'ordre physique, mental, intellectuel ou sensoriel) et des éléments qui tiennent à sa personne et à son environnement¹¹⁷.

Les soins de longue durée peuvent être assurés par des *services de proximité* intégrés dans le cadre de la collectivité ou communauté locale, ou bien dans des *institutions résidentielles*. Les services de proximité dispensent des soins sans demander aux personnes âgées ou handicapées de résider en permanence dans un établissement de soins: il s'agit de soins à domicile¹¹⁸ ou dans des centres de jour¹¹⁹. Les institutions résidentielles sont des lieux d'hébergement où l'on dispense des soins de façon institutionnelle et qui sont équipés pour assister les patients. Par *soins de répit* on entend une prestation de courte durée destinée à alléger la charge des prestataires non rémunérés. Ils peuvent avoir lieu au domicile du bénéficiaire, dans des centres de jour ou bien dans un établissement résidentiel. Selon la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées, celles-ci doivent avoir «accès à une gamme de services à domicile ou en établissement et autres services sociaux d'accompagnement, y compris l'aide personnelle nécessaire pour leur permettre de vivre dans la société et de s'y insérer et pour empêcher qu'elles ne soient isolées ou victimes de ségrégation»¹²⁰.

Les services de soins de longue durée peuvent être assurés par des organismes publics ou privés (à but lucratif ou non) et peuvent aller de simples services d'alarme jusqu'à des services à la personne vingt-quatre heures sur vingt-quatre et sept jours sur sept. Les bénéficiaires peuvent avoir à payer une partie du coût de ces services. Les prestations comme les transferts en espèces destinés à payer les services de soins de longue durée sont traitées à la section 3.3.3, consacrée aux prestations sociales dans les politiques du soin.

Universalité

Du fait de la croissance de la population âgée (voir chapitre 1), les soins de longue durée constitueront un élément essentiel des politiques du soin à autrui à l'avenir (voir aussi chapitre 5). Malgré cette importance croissante, on observe déjà un manque grave d'accès aux services de soins de longue durée à l'échelle mondiale, et le principe d'universalité n'est en vigueur que dans une minorité de situations. Une étude portant sur 46 pays représentatifs de toutes les régions du monde montre qu'en 2015 seulement 9 pays (tous

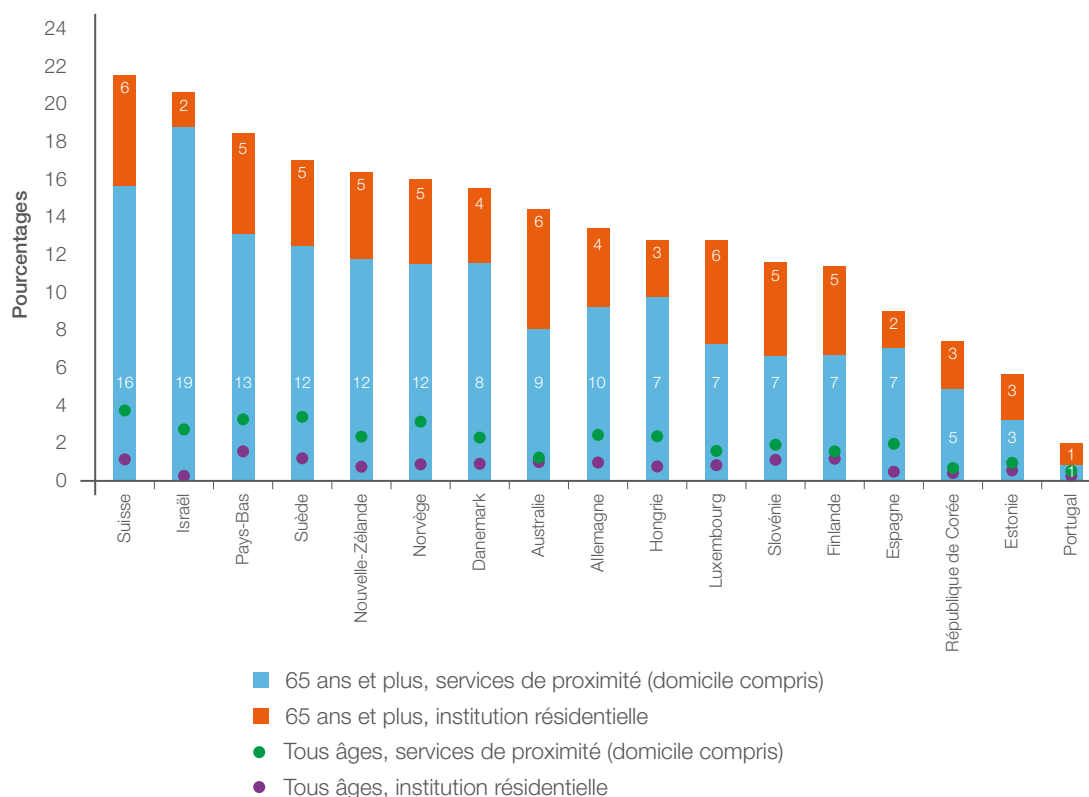
à revenu élevé) avaient inscrit le droit aux soins de longue durée dans leur législation¹²¹. Dans les autres pays étudiés, 23 connaissaient de graves lacunes, ne disposant que de régimes sous condition de ressources, et 14 n'avaient établi aucune protection. En conséquence, 48 pour cent de la population de ces 46 pays n'avaient aucune protection sociale en matière de soins de longue durée, et 46 pour cent étaient largement exclus de sa couverture. Du fait que les femmes ont une espérance de vie supérieure à celle des hommes, ces lacunes ont de fortes implications en termes d'inégalités entre hommes et femmes, ainsi que sur le bien-être des femmes, ce qui dénote un manque de prise en compte des sexospécificités dans les politiques de soins de longue durée.

Responsabilité de l'État

À l'échelle mondiale, il est bien moins fréquent de voir l'État assumer ses responsabilités en matière de soins de longue durée qu'en matière de congés ou de prise en charge des enfants. En moyenne, les dépenses publiques consacrées aux soins de longue durée étaient inférieures à 1 pour cent du PIB dans les années 2006-2010 pour ce qui est des 46 pays susmentionnés. À quelques exceptions près, ces dépenses sont nulles dans la plupart des pays d'Afrique, d'Amérique latine et d'Asie. En Asie, la République de Corée se distingue par ses dépenses publiques du même ordre de grandeur que celles des pays d'Europe les plus généreux que sont le Danemark, l'Islande, le Luxembourg, la Norvège et les Pays-Bas. En 2015, les dépenses publiques dans les soins de longue durée s'élevaient en moyenne à 1,7 pour cent du PIB dans 15 pays à revenu élevé¹²². Ainsi, ce n'est que dans un petit nombre de pays que l'État joue un rôle de pointe dans le financement des soins de longue durée. Il s'ensuit de fortes inégalités d'accès et de fortes sommes à la charge des intéressés, ce qui peut conduire des ménages à la pauvreté. Le caractère accessible et abordable des services varie selon les systèmes de santé et selon le fait que les soins de longue durée sont intégrés ou non à un système de santé universel. Les estimations du BIT sur certains pays à revenu élevé montrent que les dépenses à la charge des individus allaient, en 2015, de 3,5 pour cent du revenu des ménages au Luxembourg à 22,9 pour cent en Israël¹²³.

Sur 17 pays à revenu élevé pour lesquels des données étaient disponibles (2016 ou dernière année disponible), les bénéficiaires de soins de longue durée les recevaient majoritairement dans le cadre de services de proximité (centres de jour ou à domicile) plutôt que dans des institutions résidentielles. Tel était le cas aussi bien des personnes âgées de plus de 65 ans que de celles de tous âges. Si l'on considère la moyenne simple pour ces pays, 9 pour cent des personnes de 65 ans ou plus étaient prises en charge à domicile ou dans des centres de jour, et 4 pour cent, dans des institutions résidentielles (voir figure 3.14). Dans les pays à revenu élevé et intermédiaire, les soins de longue durée sont souvent assurés par des associations à but non lucratif ou des services de proximité, quelquefois dans le cadre de programmes de travaux publics, comme en Afrique du Sud¹²⁴.

L'insuffisance de protection en matière de soins de longue durée repose beaucoup sur l'idée reçue selon laquelle les membres de la famille – surtout les filles, les belles-filles ou les épouses – s'en chargeront gratuitement, même si les enquêtes indiquent qu'une majorité de personnes préférerait un soutien extérieur à la famille (voir encadré 3.6). En

Figure 3.14. Bénéficiaires de soins de longue durée, selon le type de service et l'âge, dernière année disponible

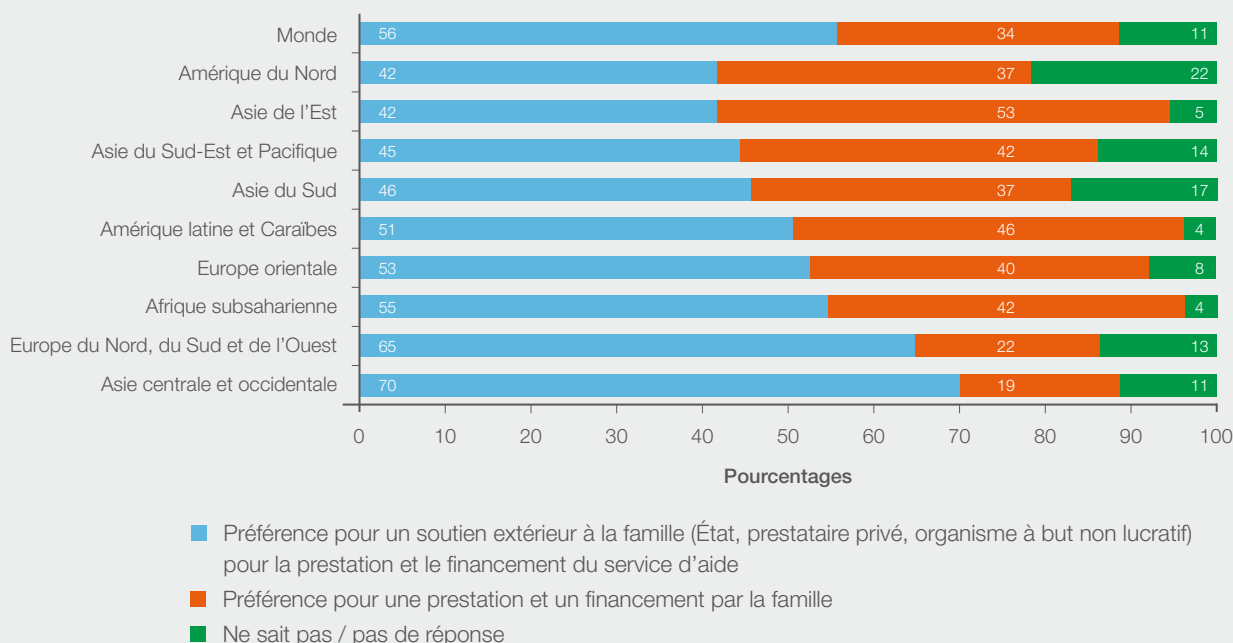
Note: 17 pays à revenu élevé.

Source: Calculs du BIT à partir des données statistiques de l'OCDE pour 2016 ou la dernière année disponible.

Encadré 3.6. Attente d'un soutien extérieur à la famille pour l'aide quotidienne aux personnes âgées dépendantes

Les personnes âgées dépendantes (fragiles) ont souvent besoin d'une aide quotidienne pour les tâches domestiques, comme faire les courses, le ménage ou la lessive. Les données de l'enquête ISSP de 2012 sur 41 pays à revenu élevé et intermédiaire^a, représentant 62 pour cent de la population mondiale, nous donnent des indications sur les préférences quant à savoir qui doit fournir cette aide et qui doit la rémunérer^b. Il apparaît que 34 pour cent (36 pour cent des hommes et 32 pour cent des femmes) des personnes interrogées considèrent que la famille doit en premier lieu assumer ou payer cette aide, alors que 56 pour cent attendent un soutien extérieur à la famille, de la part de l'État, de prestataires privés ou d'organismes à but non lucratif (voir figure 3.15). Sur ces 56 pour cent, environ 31 pour cent considèrent qu'il appartient en premier lieu à des acteurs publics ou privés d'assurer et de financer ces activités; 18 pour cent, que la famille doit les assurer tout en percevant des prestations à cet effet; et 6 pour cent, que la famille doit payer des services, publics ou privés.

On observe de fortes différences régionales dans ces préférences. Ainsi, en Europe du Nord, du Sud et de l'Ouest, une majorité de personnes (65 pour cent en moyenne) préfère un soutien extérieur à la famille, ce qui dans une certaine mesure reflète le plus fort investissement public dans les soins de longue durée, par rapport à d'autres régions^c. Il en va de même en Israël et en Turquie (70 pour cent de préférence pour le soutien extérieur à la famille), même si ces pays ont une forte tradition d'entraide familiale^d. Dans les pays d'Asie de l'Est, où prévaut fortement le sens de la solidarité

Figure 3.15. Aide ménagère aux personnes âgées, préférences 2011-2014 (pourcentages)

Note: Tranche d'âge: 15 ans et plus; 41 pays, dont la liste complète figure à la note a ci-dessous.

Source: Calculs du BIT à partir de ISSP, 2016.

entre générations^a, une majorité de personnes (53 pour cent en moyenne) est en faveur de responsabilités familiales. Dans certaines régions, on observe aussi des différences selon le sexe, les femmes étant plus favorables au soutien extrafamilial, comme en Inde où c'est le cas de 51 pour cent d'entre elles, contre 41 pour cent des hommes. En Amérique du Nord, 41 pour cent des hommes préfèrent la responsabilité familiale, contre seulement 33 pour cent des femmes. On note aussi l'influence d'autres caractéristiques socio-économiques, comme le type de ménage, le niveau d'instruction ou l'âge. Ainsi, les personnes de moins de 30 ans sont moins favorables que celles des autres tranches d'âge à la pleine responsabilité familiale pour l'aide aux personnes âgées, préférant le soutien extrafamilial. Il est intéressant d'observer que les personnes les plus âgées (65 ans et plus) ne se distinguent pas des autres tranches d'âge: elles préfèrent la responsabilité de la famille dans la même proportion que les 30-64 ans. Cela donne à penser que les personnes âgées n'attendent pas un soutien strictement familial et sont ouvertes à une aide extérieure.

^a **Europe du Nord, du Sud et de l'Ouest:** Allemagne, Autriche, Belgique, Croatie, Danemark, Espagne, Finlande, France, Irlande, Islande, Lettonie, Lituanie, Norvège, Pays-Bas, Portugal, Royaume-Uni, Slovaquie, Suède, Suisse. **Europe orientale:** Bulgarie, Hongrie, Pologne, Fédération de Russie, Slovaquie, République tchèque. **Asie centrale et occidentale:** Israël, Turquie. **Asie de l'Est:** Chine, République de Corée, Japon, Taïwan (Chine). **Asie du Sud-Est et Pacifique:** Australie, Philippines. **Asie du Sud:** Inde. **Amérique latine:** Argentine, Chili, Mexique, République bolivarienne du Venezuela. **Amérique du Nord:** Canada, États-Unis. **Afrique:** Afrique du Sud. ^b La question posée était la suivante: «À propos des personnes âgées qui ont besoin d'aide dans leur vie quotidienne, pour faire les courses, le ménage ou la lessive, par exemple, de qui pensez-vous que cette aide doit venir en premier?» Les réponses possibles étaient les suivantes: «les membres de la famille», «un organisme public», «une association à but non lucratif (organisations religieuses ou de charité)», «un prestataire privé spécialisé». La question sur le financement était: «Qui doit en premier lieu assumer le coût de cette aide aux personnes âgées?». Les réponses possibles étaient: «la personne âgée elle-même ou sa famille» ou bien «des fonds publics». Les pourcentages présentés ici proviennent des réponses combinées aux deux questions après regroupement: 1) du choix de la famille aux deux questions; 2) du choix d'autres acteurs à l'une ou l'autre question. ^c Colombo et coll., 2011; OMS, 2015. ^d Colombo et coll., 2011. ^e Chen, Liu et Mair, 2011.

Sources: ISSP, 2016; Colombo et coll., 2011; OMS, 2015.

effet, comme on l'a vu au chapitre 2, la majorité du travail de soin à autrui non rémunéré à l'intention des personnes âgées dépendantes est assurée par des femmes qui vivent dans le même ménage. Cette situation implique que ces dernières renoncent à une activité rémunératrice ou assument une charge physique et émotionnelle telle qu'elle devient nuisible à leur santé et à leur bien-être¹²⁵. Les soins de répit sont une façon de les soulager de cette charge en leur permettant de faire une pause dans leurs activités de soin à autrui, ce qui réduit le risque de surmenage et accroît leurs chances de rester en bonne santé mentale. Toutefois, ces soins de répit sont rarement disponibles, même dans les pays bien dotés en services de soins de longue durée¹²⁶.

Qualité des soins de longue durée

Du fait de la médiocrité des conditions de travail et des réglementations, la qualité des soins de longue durée est souvent faible (voir chapitre 4)¹²⁷. Les problèmes les plus pressants sont le manque de travailleurs qualifiés, surtout dans les pays à revenu faible et intermédiaire (voir chapitre 4)¹²⁸, ainsi que la qualité et la nature des soins prodigués. Les services peuvent être inappropriés à l'objectif d'aider les personnes âgées à vivre dans la dignité et à conserver leur autonomie¹²⁹. Les stéréotypes et les opinions erronées, voire l'hostilité envers les personnes âgées ou handicapées, de même que la méconnaissance de leurs besoins pèsent sur la qualité des soins. Ainsi, la fréquence des abus à l'encontre des personnes âgées est estimée à 10 pour cent de la population en général (avec un risque supérieur pour les femmes et les personnes handicapées), et on estime que 23 pour cent des personnes âgées atteintes de démence sénile bénéficiant de soins subiraient des violences physiques¹³⁰. Un autre problème fréquent tient au manque d'intégration entre les soins de longue durée et les soins de santé généraux, tant sur le plan administratif que matériel. Une stricte séparation entre ces deux formes de soins débouche sur une couverture partielle, des lacunes dans les prestations et un usage inapproprié des services de soins de santé de pointe.

L'accès aux services de soins de longue durée pâtit aussi du manque d'infrastructures, tant dans les pays développés que dans les pays en développement, surtout dans les zones rurales¹³¹. À l'échelle mondiale, les services à domicile bénéficiant d'un soutien public sont encore plus restreints que les services en institution. On observe un grave manque de structures de soins de longue durée dans les pays d'Afrique, qui sont particulièrement affectés du fait de la forte prévalence du VIH et des besoins de soins de longue durée qui en découlent¹³². La disponibilité est très limitée dans les pays d'Asie et d'Amérique latine, à l'exception de l'Argentine, qui a l'infrastructure la plus développée de la région, mais où seulement 2 pour cent des personnes âgées ont la possibilité de vivre dans des établissements résidentiels, médicalisés ou adaptés.

3.3.3. Prestations sociales associées au soin à autrui

Notions de base

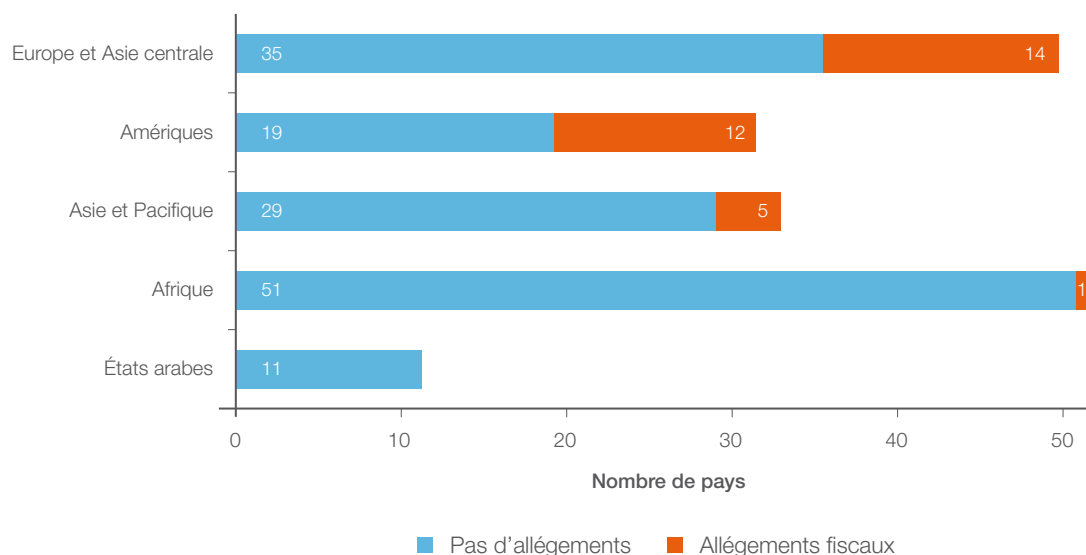
La *protection sociale*, ou la sécurité sociale, est un droit humain¹³³. Elle se définit par un ensemble de politiques et de programmes visant à réduire et prévenir la pauvreté et la vulnérabilité tout au long du cycle de vie¹³⁴. La cible 1.3 des ODD appelle à mettre

en place des systèmes et mesures de protection sociale pour tous et à faire en sorte que, d'ici à 2030, une part importante «des pauvres et des personnes vulnérables» en bénéficient. Cet engagement revient à réaffirmer les droits et principes inscrits dans la convention (n° 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952, de l'OIT qui établit des normes minimales à propos du niveau et des conditions d'attribution des prestations de la sécurité sociale. La cible 1.3 des ODD va aussi dans le sens de la recommandation (n° 202) sur les socles de protection sociale, 2012, de l'OIT qui fournit des orientations aux États Membres pour établir ou maintenir des socles de protection sociale en tant qu'éléments fondamentaux de leurs systèmes nationaux de sécurité sociale. Ces socles sont des ensembles de garanties élémentaires de sécurité sociale définis à l'échelle nationale, qui assurent une protection visant à prévenir ou réduire la pauvreté, la vulnérabilité et l'exclusion sociale. Il s'agit d'assurer au minimum à toute personne en ayant besoin, tout au long de la vie, l'accès à des soins de santé essentiels, y compris les soins de maternité, et une sécurité élémentaire de revenu pour les enfants, les personnes âgées 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 paternité et d'invalidité. Les systèmes de protection sociale peuvent couvrir tous les domaines par une combinaison de régimes contributifs (assurance sociale)¹³⁵ et non contributifs¹³⁶ financés par l'impôt, dont l'assistance sociale.

Le manque de protection sociale laisse les individus à la merci de la pauvreté, des inégalités et de l'exclusion sociale; il constitue un obstacle majeur au développement économique et social. Les personnes les plus exposées sont celles qui ont besoin que l'on s'occupe d'elles, comme les personnes handicapées ou celles qui vivent avec le VIH, ainsi que celles qui présentent un risque d'éventualités impliquant des activités de soin à autrui, comme les femmes. En général, les personnes qui sont le moins actives sur le plan économique – parmi lesquelles les peuples autochtones et autres minorités ethniques – bénéficient d'une protection sociale moins complète (couverture) et moins généreuse (prestations), lorsqu'elles en ont une, que les personnes qui sont protégées par des régimes contributifs liés à l'emploi. Toutefois, lorsqu'ils sont conçus dans le cadre d'une approche transformatrice et dans le respect des principes fondamentaux, les systèmes de protection sociale peuvent combler ces lacunes et réduire les inégalités fondées notamment sur le sexe, la classe sociale, la caste ou l'origine ethnique¹³⁷.

Les *prestations de la protection sociale* associée au soin à autrui relèvent de régimes qui couvrent les risques et éventualités impliquant des activités de soin à autrui telles que s'occuper de membres de la famille ou élever des enfants. Elles couvrent donc ces risques par des transferts en espèces ou en nature, à l'intention soit des bénéficiaires, soit des prestataires de soin à autrui, et proportionnés aux coûts induits par la grossesse et la naissance ou l'adoption d'un enfant, puis son éducation, ou par les soins apportés à d'autres membres de la famille¹³⁸. Les prestations peuvent prendre la forme d'allègements fiscaux ou de transferts monétaires destinés à financer les services à la personne, ou encore d'une participation à des programmes de travaux publics en rapport avec les activités de soin, comme ceux dont l'objet est le maintien ou le retour en activité de prestataires de soin à autrui non rémunérés. Elles peuvent avoir pour objet la couverture des activités de soin à autrui par les régimes de protection sociale, comme les régimes de pensions, notamment de retraites¹³⁹.

Figure 3.16. Allégements fiscaux liés à la présence d'enfants, 2018



Note: 177 pays.

Source: Banque mondiale, 2018b.

Régimes fiscaux tenant compte des activités de soin à autrui

Universalité

Les systèmes de protection sociale peuvent apporter un soutien aux ménages qui ont des enfants ou dont certains membres ont besoin de soins de longue durée par des allégements fiscaux¹⁴⁰. Par de telles mesures, les États peuvent inciter les prestataires non rémunérés, souvent les femmes, à avoir une activité professionnelle et à se procurer des services de soin à autrui auprès de prestataires publics ou privés. Les données de la Banque mondiale sur les allégements fiscaux pour la prise en charge des enfants montrent que seule une petite minorité de pays a institué de telles incitations financières: 32 sur 177 pour lesquels des données étaient disponibles en 2018 (voir figure 3.16)¹⁴¹. En majorité, ces pays sont situés en Europe et en Asie centrale, où 15 pays sur 49 consentent des avantages fiscaux associés aux dépenses liées à la présence d'enfants, et dans les Amériques, où 12 pays sur 31 sont dans ce cas. En Asie et dans le Pacifique, seuls le Bhoutan, la République de Corée, la Malaisie, la Nouvelle-Zélande et la Thaïlande ont établi de telles dispositions, tandis qu'en Afrique un seul pays l'a fait, Maurice. Aucun avantage fiscal n'est lié à la présence d'enfants dans les États arabes. Toutefois, cet indicateur ne nous dit pas si les pays ont pris d'autres mesures pour aider les ménages qui ont des enfants, soit sous la forme de transferts en espèces, soit en mettant à leur disposition des services gratuits ou à moindre coût.

Prise en compte des sexospécificités

Au-delà des allégements fiscaux, la prise en compte, ou non, des sexospécificités dans la conception des systèmes fiscaux nationaux a une influence considérable sur la division,

entre hommes et femmes, du travail rémunéré et non rémunéré, surtout dans les économies développées. Les couples mariés ou reconnus peuvent être imposés en considérant leurs revenus conjointement ou individuellement. Dans le cas de l'imposition conjointe, celui – le plus souvent celle – qui gagne le moins sera imposé à un taux supérieur à celui d'une imposition individuelle. Cela revient à dissuader les femmes, notamment les mères, d'avoir une activité professionnelle, surtout si les services d'accueil des enfants sont coûteux. Les systèmes d'imposition individuelle sont plus respectueux de l'égalité entre hommes et femmes, car ils encouragent un équilibre des gains et de l'activité professionnelle entre les membres de la famille. En 2014, l'imposition était séparée dans la plupart des pays à revenu élevé, avec quelques exceptions: Allemagne, Espagne, Estonie, États-Unis, France, Irlande, Luxembourg, Norvège, Pologne, Portugal et Suisse; encore que certains de ces pays autorisent les couples à choisir entre les deux systèmes¹⁴².

Prestations en espèces spécifiquement destinées aux activités de soin à autrui

Universalité

Plus d'un tiers des pays examinés par le BIT (69 sur 186) n'ont institué aucune prestation pour enfants ou allocation familiale. Dans 34 pays – sur 117 où elles existent –, elles sont réservées aux travailleurs qui ont un emploi formel¹⁴³. Les États peuvent établir des prestations en espèces destinées aux activités de soin à autrui afin de reconnaître et de rétribuer le travail des prestataires non rémunérés, qu'ils s'occupent de leurs enfants ou de parents âgés¹⁴⁴. Il existe deux variantes de ces prestations: le financement des services ou le subventionnement des prestataires non rémunérés.

Selon la première variante, la prestation consiste en «espèces attribuées individuellement à un utilisateur/consommateur qualifié pour rémunérer un service, soit directement, soit pour le compte du bénéficiaire de ce service»¹⁴⁵. Ainsi, les systèmes de prestations dédiées ou de chèque-emploi sont des transferts publics qui incitent les parents à avoir une activité professionnelle en leur permettant de rémunérer des services, publics ou privés, de prise en charge des enfants ou bien de recruter des travailleurs domestiques. Ces systèmes existent dans plusieurs pays, dont la France, la Belgique et le Chili¹⁴⁶. Toutefois, le montant des prestations est souvent faible par comparaison avec le coût de services de bonne qualité. Les familles qui ont de faibles revenus auront tendance à choisir des solutions moins onéreuses et de moindre qualité, comme on l'observe dans certains États des États-Unis¹⁴⁷. En France, la Caisse nationale d'allocations familiales attribue des allocations sous condition de ressources¹⁴⁸ aux parents qui travaillent afin de compenser le coût de la prise en charge des enfants de moins de 6 ans par des assistantes maternelles au domicile de ces dernières¹⁴⁹.

S'agissant des personnes âgées, on rencontre aussi les deux variantes des prestations pour les activités de soin à autrui dans toute une série de systèmes variant selon les spécificités du pays ou les modalités de développement du secteur des soins de longue durée¹⁵⁰. Les prestations pour soins de longue durée peuvent être financées soit par les cotisations aux assurances sociales, soit par l'impôt¹⁵¹. Les deux variantes permettent aux personnes âgées qui ont besoin de soins de longue durée d'être prises en charge par leurs proches parents, avec des prestataires rémunérés soit par le bénéficiaire, soit directement

par un organisme public. Si ces dispositions contribuent à la reconnaissance des activités de soin à autrui non rémunérées assurées par les parents, ici encore le montant des prestations est en général faible et ne compense pas le coût réel du travail, qu'il soit rémunéré ou non.

Les prestations en espèces peuvent aussi remplacer une prestation de services; dans ce cas, il s'agit d'un «complément de revenu destiné à subventionner le coût des activités de soin ou à compenser la perte de revenu due à un congé»¹⁵². Les congés et prestations associées pour s'occuper d'enfants ou de membres de la famille malades ou âgés entrent dans cette catégorie de dispositions (voir section 3.3.1). En outre, les transferts en espèces peuvent être payés à des parents sans considération de leur parcours d'emploi ou de la prise de congés (voir le cas des allocations pour congés d'aide à domicile en Finlande au chapitre 6).

Des prestations pour soin à autrui existent aussi à l'intention des personnes handicapées. Le BIT a dressé un état des régimes de prestations en espèces à l'intention des personnes handicapées, dont il ressort que, sur 186 pays pour lesquels des données sont disponibles, 170 ont institué par la loi un régime d'invalidité versant des prestations en espèces périodiques¹⁵³. À l'échelle mondiale, le taux de couverture effective des prestations aux personnes ayant des handicaps graves était de 27,8 pour cent en 2015 (ou la dernière année disponible), les chiffres allant de 9 pour cent en Asie et dans le Pacifique à plus de 90 pour cent en Europe. Toutefois, dans un grand nombre de pays (103), les prestations ne sont versées que par des régimes contributifs, ce qui implique que seuls les adultes en situation d'emploi peuvent en bénéficier et que les enfants handicapés en sont exclus. De nombreux pays limitent aussi le bénéfice du soutien apporté en cas de handicap en le soumettant à des conditions de ressources qui, souvent, ne tiennent pas compte du coût spécifique du handicap. Ces dispositions peuvent dissuader d'entreprendre une activité professionnelle et créer un piège de la pauvreté pour de nombreuses personnes handicapées¹⁵⁴. Les travaux de recherche menés en Finlande, au Royaume-Uni et en Suède indiquent que les prestations pour soin à autrui peuvent améliorer sensiblement l'autonomie des personnes handicapées en leur permettant d'employer des aides personnelles¹⁵⁵. Le recours à ces dernières est en général préféré à l'intervention de travailleurs sociaux du fait d'un moindre taux de rotation, d'une plus grande souplesse et d'une relation plus gratifiante entre l'employeur et le travailleur¹⁵⁶. Les prestations pour soin à autrui présentent donc un fort potentiel transformateur.

Prise en compte des sexospécificités

Certaines prestations en espèces se rapportent explicitement aux activités de soin à autrui dans la mesure où elles ont pour objet de donner le choix aux personnes qui s'occupent de membres de leur famille soit de s'en occuper elles-mêmes, soit de recourir à des services de prise en charge. Si les dispositions en question reconnaissent les activités de soin à autrui non rémunérées, elles négligent souvent les sexospécificités du fait de prestations insuffisantes (souvent forfaitaires) qui n'assurent pas un remplacement intégral du revenu en cas d'interruption temporaire ou permanente du travail. En effet, elles sont essentiellement destinées aux mères (qui ont souvent des emplois peu rémunérés ou un faible niveau d'instruction), avec des conséquences négatives sur leur activité économique¹⁵⁷.

En ce qui concerne les prestations pour soins de longue durée, une étude comparative de l'OCDE sur 10 pays fait apparaître que, sur la base de 22 heures d'activités non rémunérées de soin à l'intention d'un parent ayant des besoins modérés, le prestataire reçoit environ la moitié du salaire médian en France et aux Pays-Bas, et jusqu'à 100 pour cent au Canada (Nouvelle-Écosse)¹⁵⁸. Toutefois, dans plusieurs pays – Belgique, République de Corée, Croatie, Royaume-Uni, Suède, République tchèque – la compensation est inférieure à 30 pour cent du salaire médian. On voit par-là que les prestations pour soin à autrui ne reconnaissent que partiellement la valeur du travail des prestataires non rémunérés, qui sont principalement des femmes, et ne prennent donc guère en compte les sexospécificités.

Transferts en espèces sous condition de ressources et programme de travaux publics en rapport avec les activités de soin à autrui

Dans les pays à revenu faible et intermédiaire, un nombre croissant de programmes de lutte contre la pauvreté consistent en transferts en espèces sous condition de ressources et en programmes de travaux publics¹⁵⁹. En 2014, ces programmes existaient dans 63 et 94 pays respectivement. Mais, souvent, ils ne prennent pas en compte les sexospécificités ni nécessairement les besoins et obligations des bénéficiaires en matière de soin à autrui. Un état des programmes à l'œuvre dans 53 pays à revenu faible et intermédiaire montre que seulement 23 des 149 dispositions prises visaient à reconnaître et à redistribuer le travail de soin à autrui non rémunéré effectué par les femmes¹⁶⁰.

Ainsi, plusieurs programmes de transferts en espèces imposaient des conditions qui aggravaient la privation de temps pour les femmes et renforçaient au détriment de celles-ci la division du travail de soin à autrui au sein du ménage¹⁶¹. Une étude comparant ces programmes au Chili, au Costa Rica et en El Salvador montre que leurs résultats étaient raisonnablement bons pour ce qui est de réduire les inégalités de revenus parmi les ménages les plus pauvres, du fait de prestations supplémentaires et de l'accès à plus de services. Toutefois, ils ne remettaient pas en question la répartition des rôles entre hommes et femmes, pas plus qu'ils n'amélioraient l'accès des femmes à un travail rémunéré¹⁶². L'étude Prospera, portant sur le programme de transferts en espèces sous condition de ressources¹⁶³, menée au Mexique, a montré que la plupart des interventions sexospécifiques étaient concentrées sur la rupture du cycle intergénérationnel de reproduction de la pauvreté, en particulier pour les filles désavantagées, mais s'étaient révélées moins efficaces en matière d'autonomisation économique des femmes du fait d'un défaut de coordination entre les services se rapportant à l'emploi, les services de prise en charge des enfants et les autres services sociaux¹⁶⁴.

Les programmes de travaux publics sont des programmes publics offrant des possibilités d'emploi à certaines catégories de personnes qui n'arrivent pas à trouver du travail. Ils associent souvent revenu de soutien et acquisition de qualifications, possibilités d'emploi ou d'entrepreneuriat, avec des exigences de scolarisation ou de suivi sanitaire pour les enfants des bénéficiaires. Ces programmes peuvent aussi, s'ils sont conçus avec une approche sexospécifique, avoir des effets positifs pour les femmes et prendre en compte leurs besoins en matière de soin à autrui. Ils peuvent, par exemple, promouvoir l'activité économique des femmes par l'application de quotas, proposer des services de prise en charge des enfants sur le lieu de travail et autoriser les horaires flexibles, ainsi que

garantir la protection de la maternité aux participantes¹⁶⁵. Une des limites de ces programmes est leur forte orientation sur le travail manuel par rapport aux services sanitaires et sociaux, même si l'on observe des exceptions comme le Programme de travaux publics étendu, en Afrique du Sud. Ces programmes de travaux publics sont particulièrement transformateurs parce qu'en plus de fournir des emplois ils contribuent à assurer la relève des prestataires non rémunérés¹⁶⁶.

3.3.4. Aménagements permettant de concilier travail et famille

Notions de base

Les *aménagements permettant de concilier travail et vie de famille* consistent en des variations par rapport aux modalités habituelles de travail. Ils permettent aux travailleurs de modifier la durée de leur travail ou leurs horaires afin de mettre leur travail en accord avec leur situation personnelle et familiale. Il peut s'agir de la réduction de la durée du travail, d'horaires flexibles ou de travail à temps partiel (moins de 35 heures par semaine) avec des termes et conditions d'emploi équivalents à ceux du travail à plein temps et des prestations et avantages proportionnels, de télétravail, du travail mobile avec les techniques de l'information et de la communication (TIC) ou encore des aménagements du lieu de travail. Ces arrangements sont fondés sur les normes de l'OIT que sont la convention (n° 156) et la recommandation (n° 165) sur les travailleurs ayant des responsabilités familiales, 1981, ainsi que sur la convention (n° 175) sur le travail à temps partiel, 1994. Le recours à de tels aménagements ne doit pas s'accompagner de termes et conditions d'emploi moins avantageux.

Si ces aménagements peuvent être utiles à tous les travailleurs pour concilier leurs obligations et préférences professionnelles et personnelles, ils sont particulièrement utiles aux travailleurs qui ont des responsabilités familiales, ainsi qu'aux travailleurs handicapés.

Travail à temps partiel

Les pays peuvent garantir aux salariés le droit de demander à passer à temps partiel dans des circonstances déterminées. Bien que l'on ne dispose pas d'état des lieux à l'échelle mondiale, un rapport du BIT identifie 21 pays dans lesquels les travailleurs qui élèvent de jeunes enfants ou qui ont d'autres responsabilités familiales ont le droit de demander un passage au travail à temps partiel¹⁶⁷. La liste comprend quelques pays à revenu intermédiaire comme l'Angola, l'Arménie, Cabo Verde, le Kazakhstan et le Mexique. Le droit de passer à temps partiel peut aussi être assuré lorsque les travailleurs ont des problèmes de santé ou un handicap; tel est le cas dans les pays suivants: Angola, Arménie, Danemark, Finlande, Lituanie et Portugal¹⁶⁸. Dans les pays où le passage à temps partiel est chose courante, comme l'Australie et le Royaume-Uni, les travailleurs y recourent souvent pour s'occuper de parents âgés, ou encore d'enfants ou de conjoints malades ou handicapés¹⁶⁹. Toutefois, cela peut mettre les ménages en difficulté financière. Les mères d'enfants gravement malades ou handicapés, qui travaillent à temps partiel, «ont une probabilité supérieure à celle des autres mères d'avoir de faibles revenus, d'être exclues ou en marge du marché du travail, et de connaître des difficultés pour concilier activité professionnelle et activités de soin à autrui»¹⁷⁰.

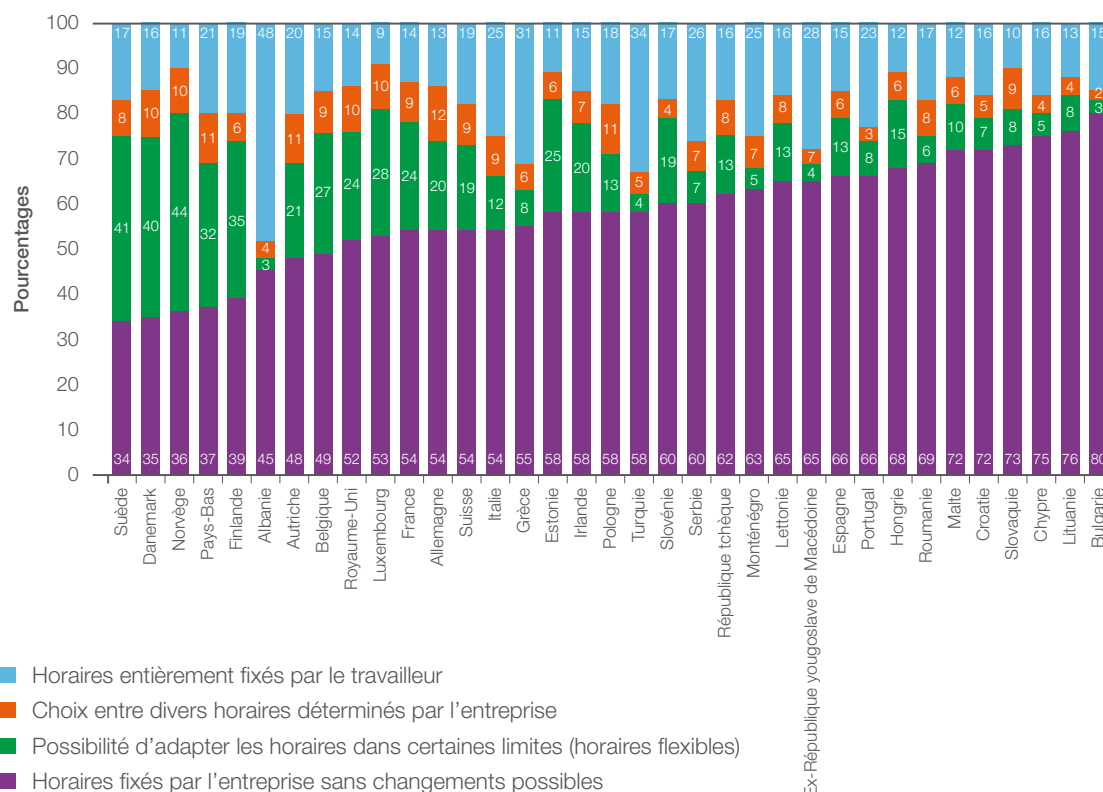
La fréquence des horaires réduits et du travail à temps partiel varie sensiblement d'un pays à l'autre; elle est élevée parmi les travailleuses qui sont prestataires de soin à autrui non rémunérées, surtout les mères. Si pour beaucoup le travail à temps partiel constitue un aménagement permettant de concilier travail et vie de famille, pour bien d'autres il est involontaire et n'a rien à voir avec la conciliation entre travail et famille. Le sous-emploi lié à la durée du travail – lorsque les gens souhaitent travailler plus d'heures et sont disponibles pour le faire – est plus fréquent en Afrique (14 pour cent) que dans d'autres régions pour lesquelles on dispose de données (9 pour cent dans les Amériques, 6 pour cent en Asie et dans le Pacifique, ainsi qu'en Europe et en Asie centrale en 2010)¹⁷¹. En 2014, dans l'Union européenne, 30 pour cent des personnes travaillant à temps partiel (40 pour cent des hommes et 26 pour cent des femmes) déclaraient le faire parce qu'elles n'avaient pas trouvé d'emploi permanent à plein temps; 21 pour cent (4 pour cent d'hommes et 27 pour cent de femmes), afin de s'occuper de leurs enfants ou d'adultes dépendants; et 4 pour cent (6 pour cent d'hommes et 3 pour cent de femmes), parce qu'elles étaient elles-mêmes malades ou handicapées¹⁷².

Ce sont les travailleurs à temps partiel, caractéristiquement, qui sont pénalisés par rapport aux travailleurs à plein temps en termes de rémunération, de sécurité de l'emploi, de formation et d'avancement¹⁷³. Ils sont exposés à un risque supérieur de pauvreté et ont moins de chances de bénéficier de prestations de chômage ou d'aides au retour à l'emploi s'ils perdent le leur¹⁷⁴. Le travail à temps partiel est aussi souvent associé à l'emploi temporaire, dans lequel les femmes sont en général surreprésentées¹⁷⁵. Il est donc essentiel de faire en sorte que le travail à temps partiel soit promu et devienne chose normale¹⁷⁶. La convention n° 175 dispose que les travailleurs à temps partiel bénéficient de conditions équivalentes, ainsi que de salaires et de prestations pécuniaires proportionnelles, à celles des travailleurs à plein temps. Il en va de même pour les possibilités de formation et d'avancement. L'extension du droit de demander à travailler à temps partiel ainsi que la possibilité de revenir à plein temps sont essentielles pour faciliter le retour à l'emploi des parents après leur congé de paternité et parentaux, en évitant qu'ils restent piégés dans le travail à temps partiel¹⁷⁷. Les pouvoirs publics et les entreprises devraient aussi prendre des mesures pour étendre les dispositifs de travail à temps partiel aux professions les plus qualifiées et les mieux rémunérées afin de les promouvoir à l'intention des hommes comme des femmes, encourageant ainsi les hommes à assumer une plus grande part du travail de soin à autrui non rémunéré et permettant aux femmes de s'engager pleinement dans l'activité professionnelle.

Droit à une réduction de la durée du travail et à des horaires flexibles

Ces dernières années, certains pays ont reconnu les effets négatifs sur la santé d'une durée du travail trop longue et ont légiféré afin de prendre des mesures pour limiter la surcharge de travail¹⁷⁸. On manque de données sur les possibilités de réduction de la durée du travail et d'horaires flexibles, mais il semble qu'elles se limitent aux pays à revenu élevé. Ainsi, des données de 2017 montrent que, dans 20 pays sur 42 (essentiellement à revenu élevé), il existe un droit de demander des réductions d'horaires pour les mères allaitantes, ainsi que pour les femmes (et souvent aussi les hommes) qui ont des enfants à charge¹⁷⁹. Dans 10 pays sur 42¹⁸⁰ il existe le droit de demander des horaires flexibles, ce qui consiste à permettre aux salariés de choisir leurs heures d'arrivée et de départ¹⁸¹.

Figure 3.17. Aménagements du temps de travail en Europe, 2015 (pourcentages)



Note: 35 pays à revenu élevé et intermédiaire.

Source: Eurofound, 2017.

Les employeurs ne peuvent refuser que si l'activité de l'entreprise en est compromise. Des données relatives à 35 pays d'Europe¹⁸² indiquent qu'environ 24 pour cent des salariés bénéficient d'une certaine souplesse dans leurs horaires¹⁸³. Environ 17 pour cent déclarent qu'ils peuvent adapter leurs horaires dans certaines limites (horaires flexibles), et 7 pour cent, qu'ils peuvent choisir entre divers horaires fixes déterminés par l'employeur. Il existe de fortes différences d'un pays à l'autre, les salariés d'Europe centrale et septentrionale ayant plus de chances de bénéficier de souplesse dans leur durée du travail que ceux d'Europe méridionale et orientale (voir figure 3.17).

Les données disponibles indiquent qu'il existe des lacunes dans les droits à une durée de travail réduite ou à des horaires flexibles, ainsi qu'au travail à temps partiel, surtout dans les pays à revenu intermédiaire et faible, avec quelques exceptions: Angola, Arménie, Cabo Verde, Kazakhstan, Mexique et Fédération de Russie¹⁸⁴.

La négociation collective est un moyen important de mettre en place des aménagements permettant de concilier travail et vie de famille avec des termes et conditions d'emploi de bonne qualité, et ce en conjonction avec d'autres formes de réglementation relevant de la législation ou des décisions de l'entreprise¹⁸⁵. Les résultats d'une étude menée par la Confédération européenne des syndicats montrent que 49 pour cent des syndicats ont

conclu des accords pour améliorer la conciliation entre travail et vie de famille, qui porte sur la durée du travail, les horaires flexibles et le télétravail, ainsi que les droits des travailleurs à temps partiel ou prestataires de soins de longue durée¹⁸⁶. Un rapport d'Eurofound et du BIT montre que le dialogue social, aux niveaux national, sectoriel ou de l'entreprise, a joué un rôle significatif dans la réglementation du télétravail en Belgique, en Espagne, en Finlande, en Italie, aux Pays-Bas et en Suède¹⁸⁷.

Télétravail et travail nomade numérique

Du fait de la généralisation des TIC, le travail peut être effectué ailleurs que dans les locaux de l'employeur. Le télétravail et le travail nomade numérique constituent d'autres moyens de concilier travail et responsabilités familiales. Les travaux de recherche indiquent que le télétravail, surtout le télétravail à domicile dans la régularité, a des effets positifs globaux sur l'équilibre entre le travail et les autres aspects de la vie¹⁸⁸. Il permet aux travailleurs de réduire la durée des trajets entre le travail et le domicile, d'avoir plus d'autonomie pour organiser leur temps de travail en tenant compte de leurs besoins et de leurs préférences. Toutefois, il existe aussi des risques de chevauchement entre le temps de travail et le temps consacré à la famille, ainsi que d'heures supplémentaires non rémunérées, surtout lorsque le travail présente une forte intensité ou une grande mobilité.

Parmi les salariés des 28 pays de l'Union européenne, 17 pour cent ont déclaré se trouver dans l'une des trois situations suivantes à propos du télétravail ou du travail nomade numérique: à domicile avec régularité, occasionnellement, à très forte mobilité¹⁸⁹. Au Danemark, aux Pays-Bas et en Suède, cela est vrai pour au moins 30 pour cent des salariés. Dans la plupart des pays, le télétravail occasionnel est plus répandu que les autres formes de télétravail et de travail nomade numérique. Au Japon et aux États-Unis aussi, la fréquence de ces formes de travail est relativement élevée, avec 20 pour cent pour le télétravail et 16 pour cent pour le travail nomade numérique. En Inde, cela concerne 19 pour cent des salariés de l'économie formelle non agricole, mais une très faible proportion de l'ensemble des travailleurs du fait que seulement 14 à 16 pour cent de l'économie indienne est formelle.

Le télétravail et le travail nomade numérique ne devraient pas faire obstacle à l'avancement des salariés concernés qui devraient bénéficier des mêmes droits que les autres¹⁹⁰. L'accord-cadre européen de 2002 sur le télétravail fournit des directives sur l'organisation du télétravail dans les entreprises privées et autres. Il garantit que les télétravailleurs bénéficient des mêmes droits et de la même protection que les travailleurs qui exercent leurs activités dans les locaux de l'entreprise, en ce qui concerne la sécurité et la santé, la formation et les possibilités de carrière. La convention (n° 177) sur le travail à domicile, 1996, de l'OIT est également un instrument important pour améliorer la situation des travailleurs à domicile et leur garantir l'égalité de traitement, mais elle n'a été ratifiée que par 10 pays. Des initiatives nationales ont aussi pour objet de promouvoir le télétravail et le travail mobile avec les TIC, comme au Japon avec les Directives pour une mise en place et une mise en œuvre appropriées du travail nomade numérique, ou aux États-Unis avec l'adoption en 2010 d'une loi favorisant l'adoption du télétravail au sein de la fonction publique et créant ainsi le plus vaste programme de télétravail du monde (Telework Enhancement Act)¹⁹¹.

Aménagement du lieu de travail à l'intention des personnes handicapées

L'aménagement du lieu de travail est essentiel pour les personnes handicapées, à qui il peut permettre d'avoir une activité professionnelle ou bien de la poursuivre après la survenance d'une maladie ou d'un handicap. Cet aménagement peut aussi concerner les personnes qui vivent avec le VIH¹⁹². Une étude menée dans trois États des États-Unis (Mississippi, New Jersey et Ohio) révèle qu'au moins un tiers des personnes handicapées qui ne travaillent pas se sont heurtées à des obstacles comme le manque de moyens de transport ou un lieu de travail inaccessible, obstacles qui pourraient être levés par des aménagements appropriés¹⁹³. L'étude mettait aussi en évidence une corrélation positive entre le bénéfice de tels aménagements (comme une aide aux transports, des horaires flexibles ou l'intervention d'un assistant personnel) et le fait d'avoir un emploi¹⁹⁴.

Les pouvoirs publics peuvent inciter de diverses manières les employeurs à procéder à de tels aménagements: allègements fiscaux, conseils pour l'aménagement des locaux et subventionnement des travaux¹⁹⁵. Les entreprises multinationales, partout dans le monde, considèrent de plus en plus que l'intégration des personnes handicapées relève de leur responsabilité sociale et présente un intérêt économique¹⁹⁶. Toutefois, il faudrait que ces mesures d'intégration existent aussi dans les petites et moyennes entreprises.

3.3.5. Infrastructures en rapport avec les activités de soin à autrui

Notions de base

Les *infrastructures en rapport avec les activités de soin à autrui* réduisent la charge de travail qu'impliquent certaines activités de soin à autrui dans la famille et la maison, qui consistent, par exemple, à puiser de l'eau ou à trouver du combustible, charge qui pèse en général sur les épaules des femmes et des filles. Parmi les infrastructures de base indispensables figure également l'assainissement, dont il sera aussi question ici.

La cible 5.4 des ODD mentionne les infrastructures parmi les moyens de faire une place et de valoriser les soins et travaux domestiques non rémunérés. Leur importance apparaît dans d'autres ODD. Ainsi, l'ODD 1, dont l'objet est d'«éliminer la pauvreté sous toutes ses formes et partout dans le monde», comprend une cible prévoyant l'accès universel à des services de base, en particulier pour les «pauvres et les personnes vulnérables» (1.4). Un *service de base d'approvisionnement en eau potable* suppose une source d'alimentation améliorée: eau courante, puits (forages), puits tubulaires, puits protégés, sources protégées, eau conditionnée ou distribuée, à condition que le temps mis pour se la procurer n'excède pas une demi-heure, file d'attente comprise. Les *services d'assainissement de base* consistent en équipements tels que des chasses d'eau avec évacuation raccordée aux égouts, des latrines à fosse septique, des latrines améliorées à fosse ventilée, des toilettes sèches, des latrines à fosse avec dalle de couverture, qui ne sont pas partagés avec d'autres ménages.

Les cibles 6.1 et 6.2 des ODD prévoient d'assurer l'accès universel et équitable à l'eau potable, à un coût abordable, ainsi qu'à des services d'assainissement et d'hygiène adéquats. Une *alimentation sûre en eau potable* implique son acheminement jusqu'à une source située dans les locaux, disponible sur besoin et indemne de toute contamination fécale ou chimique. Des *services d'assainissement sûrs* consistent en équipements

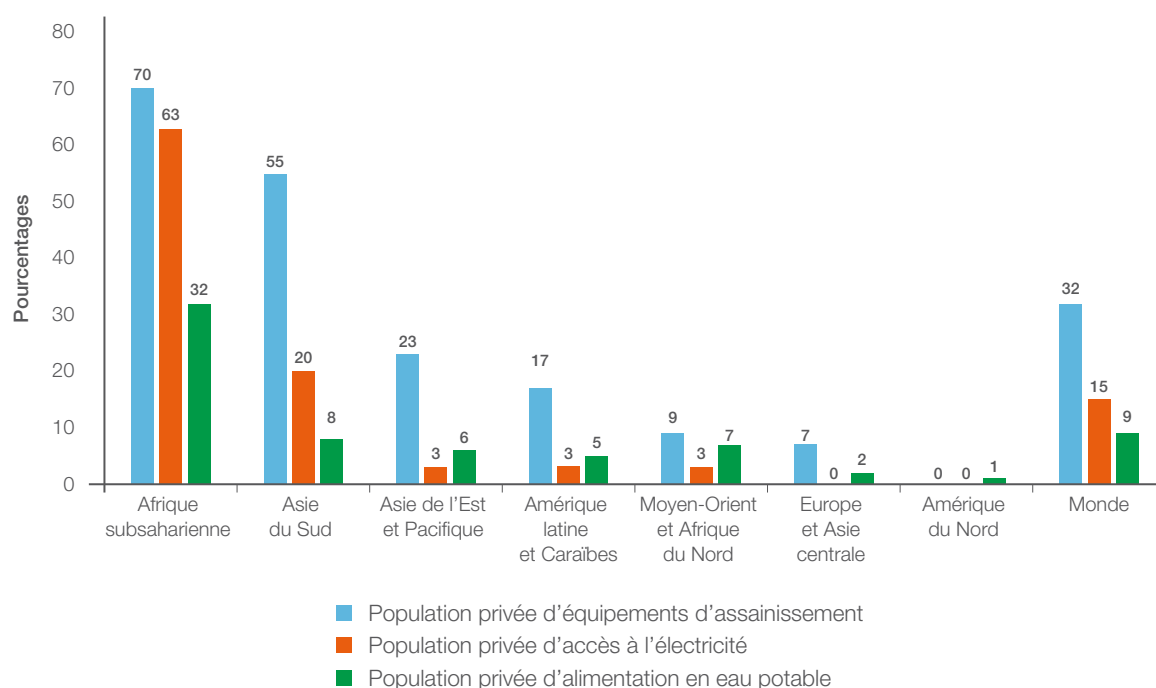
améliorés qui ne soient pas partagés avec d'autres ménages, les excréments étant évacués et traités hors du site, ou traités et éliminés sur place, ou encore évacués par une canalisation d'eaux usées pour être traités ailleurs.

Infrastructures en rapport avec les activités de soin à autrui

Universalité

Il existe d'énormes différences régionales en matière d'alimentation en électricité et en eau, ainsi que d'assainissement. Les indicateurs du développement dans le monde montrent que la fréquence des manques en la matière est la plus basse en Amérique du Nord ainsi qu'en Europe et en Asie centrale, régions suivies de près par le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord ainsi que l'Amérique latine et les Caraïbes, sauf en ce qui concerne l'assainissement, où les lacunes sont plus graves (17 pour cent de la population ne bénéficiait pas d'un assainissement amélioré en 2014) (voir figure 3.18). C'est aussi le cas dans les pays d'Asie de l'Est et du Pacifique, où la situation est relativement bonne, sauf en matière d'assainissement (23 pour cent de la population en étant privée). En Asie du Sud, cette proportion augmente fortement à 55 pour cent, et le défaut d'alimentation électrique atteint 20 pour cent. C'est en Afrique subsaharienne que les manques sont les plus graves, avec 32 pour cent de la population sans source améliorée d'alimentation en eau, 63 pour cent sans électricité et 70 pour cent sans moyens d'assainissement.

Figure 3.18. Population privée d'infrastructures de base, selon la région, 2014-15



Note: Les données sur l'électricité sont de 2015; sur l'assainissement et l'eau, de 2014. Les pays sont regroupés selon les catégories régionales de la Banque mondiale; 212 pays.

Source: Banque mondiale, 2018a.

Les différences tiennent aussi à la richesse des ménages, les plus fortes disparités concernant les services d'assainissement de base¹⁹⁷. En outre, on observe des disparités claires dans l'accès aux infrastructures de base selon que les gens vivent en milieu rural ou urbain, même si l'on constate de légères améliorations en zone rurale, par exemple en Afrique subsaharienne entre 1990 et 2010¹⁹⁸.

Lorsque l'on en vient à l'accès universel et équitable à l'eau potable ainsi qu'à des services d'assainissement et d'hygiène adéquats, que mentionne l'ODD 6, les lacunes sont encore plus criantes, surtout pour les populations des zones rurales¹⁹⁹. En 2015, dans 96 pays pour lesquels on disposait de données et qui appartenaient à quatre régions du monde, on a estimé que 85 pour cent de la population urbaine bénéficiait d'une alimentation sûre en eau potable, contre 55 pour cent seulement de la population rurale. Quant aux services d'assainissement adéquats, seulement 43 pour cent de la population urbaine et 35 pour cent de la population rurale en bénéficiaient.

Conséquences du manque d'infrastructures

Les lacunes en matière d'assainissement et d'eau potable ont des effets préjudiciables sur la santé. Diarrhées et infections respiratoires aiguës sont les deux premières causes de mortalité infantile, qui peuvent être sensiblement réduites par le lavage des mains²⁰⁰. Les personnes qui vivent avec le VIH peuvent rester en bonne santé et actives si elles ont accès à des installations d'hygiène. Comme les femmes et les filles sont en général chargées du travail de soin à autrui non rémunéré (voir chapitre 2), l'amélioration de l'alimentation en eau et de l'assainissement peuvent avoir un effet bénéfique sensible sur leurs conditions de vie, en réduisant les risques de harcèlement ou de viol liés à la défécation en plein air ou aux déplacements loin des villages pour puiser de l'eau ou ramasser du bois. Les personnes handicapées sont aussi particulièrement vulnérables face au manque de toilettes et du fait des longues distances qu'elles doivent parcourir pour trouver des installations communes²⁰¹.

Le défaut d'alimentation électrique a aussi des conséquences néfastes en matière de santé, d'éducation et de travail. L'électrification et l'amélioration des services d'électricité ont des effets positifs sur le bien-être, surtout des ménages pauvres, des filles et des femmes. L'examen de 50 études sur les effets de l'électrification, portant sur l'Afrique, les Amériques et l'Asie, fait apparaître un accroissement de 7 pour cent du taux de scolarisation, les filles en bénéficiant plus que les garçons²⁰². On relève aussi des accroissements de 15 pour cent du taux d'activité des femmes et de 30 pour cent du revenu des ménages. Le recours à l'électricité libère du temps, ce qui permet aux femmes de s'engager dans des activités professionnelles. Une étude portant sur la République démocratique du Congo montre que les femmes qui utilisent des fours traditionnels travaillent jusqu'à 52 heures par semaine, bien plus que ce qui serait nécessaire avec des fours modernes²⁰³. On observe des effets positifs sur la santé lorsque l'on réduit l'usage de moyens d'éclairage polluants et de mauvaise qualité comme les lampes à kérosène ou les bougies. Ces améliorations bénéficient surtout aux femmes et aux enfants, qui passent plus de temps à l'intérieur des habitations.

Du fait de lacunes en matière d'assainissement, d'eau et d'électricité, les femmes rurales employées dans l'agriculture ont à leur charge des tâches ménagères encore plus

pénibles, ce qui perpétue les inégalités entre hommes et femmes²⁰⁴. Les femmes représentent une part croissante de la main-d'œuvre agricole dans le monde: 43 pour cent en 2010, et même plus de 60 pour cent en Afrique subsaharienne, en Océanie et en Asie du Sud²⁰⁵. Les techniques innovantes et qui économisent de la main-d'œuvre peuvent bénéficier aux femmes rurales et venir en soutien de leurs activités rémunératrices²⁰⁶. Ainsi, au Kenya, il est possible de produire à faible coût une énergie renouvelable, le biogaz, par fermentation anaérobie de biomasse et de déchets organiques solides.

Les femmes des peuples autochtones sont aussi particulièrement affectées par le manque d'infrastructures en rapport avec le soin à autrui, surtout à cause du changement climatique, et elles sont exposées à de multiples formes de discrimination et d'exploitation. En Amérique latine, des programmes de travaux publics visant à améliorer les infrastructures, lancés au Nicaragua et au Panama, s'adressent à ces femmes en vue de résoudre ces problèmes²⁰⁷. Selon la convention (n° 169) relative aux peuples indigènes et tribaux, 1989, il est essentiel que ces peuples participent à la prise de décisions dans les institutions qui sont responsables des politiques et des programmes qui les concernent.

Le développement durable et l'amélioration de l'accès aux infrastructures de base des femmes des populations rurales et autochtones peuvent aller de pair avec l'amélioration de leurs moyens d'existence et de leurs conditions de vie par la création d'«emplois verts»²⁰⁸. Des domaines comme ceux des entreprises vertes, de la gestion et du recyclage des déchets ou des énergies renouvelables, qui sont mis en avant dans le programme de l'OIT en faveur des emplois verts (The Green Jobs Programme), sont essentiels pour que les femmes et les hommes des populations rurales et autochtones réalisent leur potentiel en tant qu'agents du changement en faveur de la durabilité. La transition vers une économie à faible intensité de carbone et vers le travail décent présente aussi le potentiel de réduire le travail de soin à autrui non rémunéré et domestique effectué par les femmes, notamment en favorisant l'investissement social dans les infrastructures et les services en rapport avec les activités de soin à autrui (voir chapitre 6)²⁰⁹.

3.3.6. Les politiques du soin à autrui dans la perspective des employeurs

Afin de compenser le manque de services de protection et d'éducation de la petite enfance, de plus en plus d'entreprises installent, à l'intention de leurs salariés, des crèches ou des garderies sur le lieu de travail, y compris dans les pays en développement et émergents²¹⁰. Les entreprises ont pris conscience des avantages que présentent ces services, à savoir une diminution de l'absentéisme, de la rotation du personnel et des accidents du travail, ainsi qu'une augmentation du rendement des travailleuses (voir encadré 3.3). Dans les pays à revenu faible et intermédiaire, on rencontre, parmi les formes les plus courantes de prise en charge des enfants, des services informels, de proximité ou coopératifs. Deux récents rapports du BIT abordent le rôle des coopératives dans les activités de soin à autrui, montrant que les entreprises coopératives sont de nouveaux prestataires innovants, notamment lorsque les secteurs public et privé sont défaillants (voir chapitre 6)²¹¹.

Parce qu'elles aident les femmes et les hommes à trouver un équilibre entre activité professionnelle et responsabilités familiales, les mesures prises en matière de congés, de prise en charge des enfants et d'aménagements permettant de concilier travail et vie

de famille ont un retour sur investissement à long terme pour les employeurs en réduisant les taux de rotation et d'absentéisme, en augmentant les taux d'activité et en stimulant la motivation et la productivité des travailleurs. Si le principe de responsabilité principale et générale de l'État dans la conception et l'application des politiques ainsi que celui qui consiste à ne pas faire peser sur les employeurs le coût des services de soin à autrui sont essentiels pour garantir l'égalité au travail, il reste que certaines mesures relatives au soin à autrui peuvent figurer en bonne place à l'ordre du jour des employeurs, qu'il s'agisse de la gestion des ressources humaines ou de la responsabilité sociale des entreprises. Ces dernières peuvent décider d'aller au-delà de leurs obligations légales et d'améliorer ainsi leur réputation en tant que partenaires commerciaux fiables et en tant qu'employeurs attractifs. Des études de cas menées dans divers secteurs et différentes régions du monde – par exemple en Afrique du Sud, au Brésil, en Inde, en Jordanie, au Kenya et en Turquie – montrent les avantages que retirent les entreprises, en termes de résultats et de productivité, de l'installation de services de garde des enfants sur le lieu de travail.

Toutefois, les coûts d'installation et de gestion des mesures et services peuvent être problématiques pour les employeurs. Une étude réalisée par la Chambre de commerce britannique auprès de 408 entreprises montre que 21 pour cent des employeurs associaient la flexibilité des horaires à une charge administrative. Par exemple, les demandes de congé parental ou de travail à temps partiel peuvent imposer aux entreprises de former et de superviser les remplaçants. Selon le contexte et la conception des dispositions, les demandes d'aménagements peuvent être plus problématiques pour les petites et moyennes entreprises que pour les grandes, surtout lorsqu'elles emploient des travailleurs très qualifiés qui ne sont pas faciles à remplacer. Ces difficultés peuvent être en partie levées par des préavis suffisants quant aux dates de départ et de retour, ce qui permet aux employeurs de planifier les absences.

Une étude du BIT menée en 2013 auprès d'environ 1 300 grandes, moyennes et petites entreprises de 39 pays donne des informations sur le point de vue de ces dernières quant à leurs besoins afin de mieux soutenir les femmes et les hommes qui ont des responsabilités familiales, y compris dans leur progression professionnelle. Parmi les suggestions figurent: le partage des bonnes pratiques entre entreprises; la mise au point de stratégies, de dispositions et d'activités de formation spécifiques; la mise en réseau avec des associations de femmes chefs d'entreprise; l'amélioration des capacités par l'intermédiaire des organisations d'employeurs. Les résultats d'une étude de la Société financière internationale montrent aussi qu'il faut promouvoir des solutions adaptées à la situation des entreprises. Dans le cas de la prise en charge des enfants, il existe diverses possibilités selon les besoins et les capacités de financement des entreprises: horaires flexibles; informations sur les services existants; accueil d'urgence; garderies ou crèches sur le lieu de travail²¹².

CONCLUSIONS: ACCÉLÉRER LA MISE EN ŒUVRE DE POLITIQUES DU SOIN À AUTRUI TRANSFORMATRICES ET GLOBALES

Nous avons vu dans ce chapitre qu'il existe de considérables variations à l'échelle mondiale dans la couverture des besoins en matière de soin à autrui. Dans de nombreuses régions, notamment celles de l'Afrique, de l'Asie et du Pacifique et des États arabes, les manques sont patents. En Amérique latine et aux Caraïbes, malgré une attention politique croissante, de sérieuses lacunes persistent, notamment en termes de services de soin à autrui. Même les pays à revenu élevé d'Europe et d'Amérique du Nord, où les infrastructures et la protection sociale sont plus développées, les politiques du soin à autrui ne s'attaquent pas toujours aux inégalités sociales et entre hommes et femmes relatives aux activités de soin à autrui non rémunérées comme à l'activité professionnelle.

Ces manques ont des conséquences préjudiciables sur la sécurité économique et sociale des individus, leur santé et leur bien-être. Les catégories les plus défavorisées sont celles qui sont le plus exposées à certains risques et éventualités impliquant des activités de soin à autrui, notamment les femmes; celles aussi qui ont de plus forts besoins de soin d'autrui, en particulier les personnes âgées, handicapées ou vivant avec le VIH; celles enfin qui présentent le plus fort risque d'exclusion du système de protection sociale, comme les peuples autochtones, les populations rurales, les travailleurs en situation d'emploi atypique ou informel.

Inversement, lorsque les politiques du soin à autrui sont conçues et mises en œuvre en prenant en compte les principes fondamentaux qui leur confèrent leur potentiel transformateur, elles peuvent sensiblement améliorer la vie tant des bénéficiaires que des prestataires de soin à autrui non rémunérés, qu'ils aient ou non une activité professionnelle par ailleurs²¹³. Pour être complète, la combinaison des mesures doit comprendre: des aménagements permettant de concilier travail et vie de famille, des services d'éducation et de protection de la petite enfance qui soient abordables, de qualité et appropriés aux besoins; des services de soins de longue durée accessibles à tous, ainsi que des services et prestations à l'intention des personnes handicapées; des régimes de congés propices à l'égalité hommes-femmes à l'intention des parents; une protection effective de la maternité; des prestations de protection sociale en espèces qui prennent en compte les éventualités auxquelles sont exposés les individus; des infrastructures de base adéquates, surtout dans les pays à faible revenu.

Ces politiques peuvent contribuer efficacement à ce que le travail de soin à autrui non rémunéré soit reconnu, réduit et redistribué²¹⁴. Elles peuvent aussi améliorer la santé et le développement des enfants, contribuer à un allongement de la vie avec le maintien des capacités fonctionnelles et favoriser une répartition plus égale du travail rémunéré et non rémunéré entre femmes et hommes. Des politiques du soin à autrui transformatrices ont aussi des effets sur les attentes des individus en ce qui concerne les responsabilités de soin à autrui et les rôles assignés aux femmes et aux hommes, et qui influencent la division du travail dans la famille et la réalisation concrète de l'égalité entre hommes et femmes dans le monde du travail²¹⁵.

Pour mener des politiques du soin à autrui transformatrices, les pays sont limités, dans leur grande majorité, par des problèmes de capacité financière ou de mise en œuvre à cause du contexte de restrictions des ressources disponibles. Toutefois, nous avons vu dans ce chapitre que des pays qui ont des structures socio-économiques similaires et des PIB du même ordre de grandeur mènent des politiques différentes avec des résultats en rapport. Cela confirme l'importance d'établir clairement des priorités politiques et d'affirmer une volonté d'élargir les marges de manœuvre budgétaires pour dégager les ressources suffisantes à l'expansion de politiques du soin à autrui et pour en retirer les bénéfices, ce qui fait l'objet du chapitre 5.

NOTES

- 1 UNRISD, 2016.
- 2 Standing, 2001; voir aussi chapitre 5.
- 3 Esquivel et Kaufman, 2017.
- 4 Esquivel et Kaufman, 2017.
- 5 Les politiques du soin à autrui devraient aussi garantir que les prestataires bénéficient de conditions de travail décentes et sont représentés de façon appropriée dans les processus de prise de décisions (voir chapitre 4).
- 6 Voir chapitre 2, ainsi que Esquivel et Kaufman, 2017.
- 7 UNRISD, 2016.
- 8 Esquivel et Kaufman, 2017.
- 9 UNRISD, 2016; voir aussi chapitres 1 et 6.
- 10 Nations Unies, 1979.
- 11 UNRISD, 2016; Goldblatt, 2016.
- 12 Razavi, 2007; BIT, 2016e; Esquivel et Kaufman, 2017.
- 13 Blofield et Martínez Franzoni, 2015.
- 14 BIT, 2012b; Martínez Franzoni et Sánchez-Ancochea, 2016.
- 15 Addati, Cassirer et Gilchrist, 2014.
- 16 BIT, 2012b; Martínez Franzoni et Sánchez-Ancochea, 2016.
- 17 Sepúlveda Carmona, Nyst et Hautala, 2012.
- 18 Levto et coll., 2015; Heilman et coll., 2017.
- 19 Il s'agit des travailleurs de l'éducation et de la santé, des travailleurs domestiques, du personnel de l'éducation et de la protection de la petite enfance et du personnel des soins de longue durée.
- 20 BIT, 2016e.
- 21 Molyneux, Jones et Samuels, 2016.
- 22 UNICEF, 2013b; UNESCO, 2016b.
- 23 OCDE, 2017b.
- 24 Heymann et coll., 2017; O'Brien, 2009; Nandi et coll., 2016.
- 25 Adema, Clarke et Frey, 2015; Levto et coll., 2015.
- 26 UNESCO, 2007 et 2016b; OCDE, 2017b.
- 27 UNICEF, 2013b.
- 28 OCDE, 2017b.
- 29 UNESCO, 2016b.
- 30 Addati, Cassirer et Gilchrist, 2014.
- 31 Ahmed, 2017.
- 32 Thévenon et Solaz, 2013; Kunze, 2016.
- 33 Lalive et Zweimüller, 2009.
- 34 Kluge et Schmitz, 2018.
- 35 Voir aussi OCDE, 2017c; Gasparini et Marchionni, 2015.
- 36 Addati, Cassirer et Gilchrist, 2014.
- 37 Huerta et coll., 2013.
- 38 Büning, 2015.
- 39 Duvander et Jans, 2009; Rege et Solli, 2010.
- 40 O'Brien et Wall, 2017; Nepomnyaschy et Waldfogel, 2007; Rehel, 2014.
- 41 Meil, 2013.
- 42 Boll, Leppin et Reich, 2014.
- 43 Hook, 2006; Levto et coll., 2015.
- 44 HelpAge, 2017.
- 45 Voir, par exemple, Igel et Szydluk, 2011.
- 46 HelpAge, 2017.
- 47 La multimorbidité est définie comme la cooccurrence de plusieurs maladies ou problèmes de santé chroniques (deux ou plus) chez un même individu.
- 48 Selon l'OMS, la fragilité est un syndrome associé à l'âge et au déclin progressif des systèmes physiologiques, qui aboutit à la perte des réserves de capacités intrinsèques et à l'augmentation de l'exposition au stress et aux problèmes de santé.
- 49 OMS, 2015.
- 50 Voir, par exemple, Chan et Kamala Devi, 2015.
- 51 OMS, 2015.
- 52 BIT, 2014a; OMS et Banque mondiale, 2011.
- 53 Anand et Sevak, 2017; OMS et Banque mondiale, 2011.
- 54 Il s'agit des femmes qui vivent avec au moins un enfant de moins de 15 ans et/ou une personne âgée dont l'âge est égal ou supérieur à l'espérance de vie en bonne santé, mesurée à 60 ans, dans le pays.
- 55 Addati, Cassirer et Gilchrist, 2014; BIT, 2016e et 2017c.
- 56 BIT, 2016e.
- 57 BIT, 2017b.
- 58 Si les employeurs sont tenus par la loi de supporter complètement ou partiellement le coût de la protection de la maternité, ils risquent d'être dissuadés d'embaucher des femmes.
- 59 Addati, Cassirer et Gilchrist, 2014.
- 60 Levto et coll., 2015; OMS, 2004.
- 61 Castro-García et Pazos-Moran, 2016; Ray, Gornick et Schmitt, 2010; Heilman et coll., 2017.
- 62 Huerta et coll., 2013; Nepomnyaschy et Waldfogel, 2007; Meil, 2013; Büning, 2015; Boll, Leppin et Reich, 2014.
- 63 Gatenio Gabel et Kaufman, 2017.
- 64 Martínez Franzoni et coll., 2018.
- 65 Centre d'analyse des politiques mondiales, base de données sur la famille, consultable à l'adresse <https://www.worldpolicycenter.org/topics/family/policies>.
- 66 Rodrigues, Huber et Lamura, 2012.
- 67 *Ibid.*
- 68 Schmidt, Fuchs et Rodrigues, 2016.
- 69 Ikeda, 2017.
- 70 Inamori, 2017.
- 71 Voir le glossaire dans UNESCO, 2016b.
- 72 UNESCO, 2007, 2011 et 2018.
- 73 *Ibid.*
- 74 OCDE, 2017b.
- 75 *Ibid.*
- 76 *Ibid.*
- 77 UNESCO, 2015b, 2016b et 2017.
- 78 La comparaison internationale des taux de scolarisation présente des difficultés qui tiennent aux données et à la méthodologie. Les taux bruts de scolarisation dans le développement éducatif de la petite enfance et dans l'enseignement préprimaire présentés ici ont été calculés par le BIT à partir des dernières statistiques (2010 à 2015) de l'UNESCO

- sur la scolarisation et de la Banque mondiale sur la population. Les données de l'UNESCO manquant pour quelques pays, nous avons utilisé les taux nets de scolarisation de l'OCDE. Pour établir ses statistiques, l'UNESCO ne comptabilise que les enfants inscrits dans des établissements ou services satisfaisant aux critères de la CITE. On observe des différences entre pays concernant la décision d'intégrer ou non certains programmes de développement éducatif de la petite enfance au niveau CITE 01. Il en va différemment avec l'OCDE, dont les taux de scolarisation prennent en compte les enfants inscrits dans des établissements ou services satisfaisant aux critères de la CITE, mais aussi dans d'autres établissements de l'éducation et de la protection de la petite enfance. Les taux de scolarisation ne prennent pas en compte le nombre d'heures de présence des enfants et incluent la fréquentation à temps partiel comme à plein temps.
- 79 Le taux brut de scolarisation peut dépasser 100 pour cent du fait de la comptabilisation d'enfants n'ayant pas encore atteint ou ayant dépassé l'âge officiel de fréquentation par une entrée précoce ou tardive, ou un redoublement.
 - 80 UNESCO, 2015b.
 - 81 La couverture universelle correspond à un taux brut de scolarisation supérieur à 90 pour cent. Selon l'UNESCO, «quand le taux de scolarisation brut dépasse 90 pour cent pour un niveau d'enseignement, le nombre total des places pour les élèves approche le nombre requis pour que le groupe d'âge officiel soit scolarisé en totalité. Toutefois, pour que l'universalisation de l'enseignement soit effectivement réalisée, il faudrait que le nombre des élèves n'ayant pas encore atteint ou ayant déjà dépassé l'âge officiel diminue afin de libérer des places pour les élèves faisant partie du groupe d'âge officiel de fréquentation de ce niveau d'enseignement». Voir <http://uis.unesco.org/fr/node/334661>.
 - 82 UNESCO, 2015b.
 - 83 UNESCO, 2016b.
 - 84 UNICEF, 2013a; OMS et Banque mondiale, 2011.
 - 85 UNESCO, 2015b.
 - 86 UNICEF, 2013b.
 - 87 OMS et UNICEF, 2013.
 - 88 Devecchi et coll., 2012.
 - 89 UNESCO, 2015b.
 - 90 *Ibid.*
 - 91 UNESCO, 2017; les données sont celles de 2015 ou de l'année la plus récente.
 - 92 *Ibid.*, p. xvi; voir aussi pp. 144-145.
 - 93 Voir le glossaire dans UNESCO, 2016b.
 - 94 UNESCO, 2015a.
 - 95 UNESCO, 2015b.
 - 96 *Ibid.*
 - 97 OCDE, 2017b.
 - 98 Drake et Woolnough, 2016.
 - 99 PAM, 2013.
 - 100 *Ibid.*
 - 101 BIT, 2015g.
 - 102 OCDE, 2017b.
 - 103 *Ibid.*
 - 104 UNESCO, 2016b.
 - 105 UNESCO, 2017.
 - 106 UNESCO, 2015b.
 - 107 *Ibid.*
 - 108 UNESCO, 2016b, pp. 212-213.
 - 109 OCDE, 2017b.
 - 110 BIT, 2012a.
 - 111 OCDE, 2017b.
 - 112 Pour les enfants de moins de 3 ans, la fréquentation à temps partiel est très répandue dans des pays comme les Pays-Bas (18 heures en moyenne), le Royaume-Uni (17 heures) et la Suisse (20 heures) (OCDE, 2017b).
 - 113 Colombo et coll., 2011; Brodsky, Habib et Hirschfeld, 2003.
 - 114 OCDE, 2017a.
 - 115 Colombo et coll., 2011.
 - 116 Shakespeare et Williams, à paraître.
 - 117 OMS et Banque mondiale, 2011; Shakespeare et Williams, à paraître.
 - 118 Selon l'OIT, les services de soins de longue durée assurés à domicile peuvent être considérés comme une forme de travail domestique.
 - 119 OMS, 2015; Klaver et coll., 2013.
 - 120 Nations Unies, 2006.
 - 121 BIT, 2017b; Scheil-Adlung, 2015.
 - 122 OCDE, 2017a.
 - 123 Scheil-Adlung, 2015.
 - 124 Patel, 2009.
 - 125 Colombo et coll., 2011; OMS, 2015.
 - 126 Hoffmann, Huber et Rodrigues, 2013.
 - 127 Colombo et coll., 2011.
 - 128 BIT, 2017b.
 - 129 OMS, 2015.
 - 130 *Ibid.*
 - 131 Scheil-Adlung, 2015.
 - 132 Voir, par exemple, Selwyn et coll., 2000.
 - 133 Selon le droit international relatif aux droits de l'homme, le droit à la sécurité sociale et le droit à la protection sociale sont synonymes et interchangeables. Voir Sepúlveda Carmona, 2017.
 - 134 BIT, 2017b.
 - 135 Un *régime d'assurance sociale* est un régime de protection sociale contributif dont la protection est fondée sur le versement préalable de cotisations et la mutualisation de ces contributions pour couvrir les dépenses induites par la survenance d'éventualités telles que la maladie ou le chômage.
 - 136 Les *régimes non contributifs* ne posent pas le versement préalable de contribution directe de la part des bénéficiaires ou de leurs employeurs comme condition préalable à l'ouverture des droits aux prestations. Cette dénomination recouvre toute une série de régimes, dont des régimes universels à l'intention de tous les résidents du pays ou des régimes spécifiques à l'intention de certaines catégories de la population (par exemple, les enfants au-dessous d'un certain âge ou les personnes âgées au-dessus d'un âge donné); le versement des prestations peut être soumis à des conditions de ressources. Dans ce

- cas, les régimes versent les prestations sur présentation de preuves du besoin de celles-ci et ciblent certaines catégories de personnes ou de ménages dont les moyens se situent au-dessous d'un certain seuil; ils sont souvent désignés comme des régimes d'assistance sociale.
- 137 BIT, 2016e; Esquivel et Kaufman, 2017.
- 138 Cichon et coll., 2004.
- 139 Fultz, 2011.
- 140 Voir, par exemple, BIT, 2016a.
- 141 Cet indicateur ne permet pas de savoir si les pays octroient des allocations aux parents non impossibles afin qu'ils puissent rémunérer des services pour s'occuper des enfants. Les 32 pays où existent des allègements fiscaux en rapport avec la présence d'enfants sont les suivants: **Afrique:** Maurice. **Amériques:** Argentine, Brésil, Canada, Chili, République dominicaine, El Salvador, Équateur, États-Unis, Mexique, Paraguay, Porto Rico, Uruguay. **Asie et Pacifique:** Bhoutan, République de Corée, Malaisie, Nouvelle-Zélande, Thaïlande. **Europe et Asie centrale:** Allemagne, Autriche, Belgique, Espagne, France, Italie, Luxembourg, Malte, Norvège, Portugal, Royaume-Uni, Fédération de Russie, Suisse, République tchèque.
- 142 OCDE, 2016b.
- 143 BIT, 2017b.
- 144 Ungerson et Yeandle, 2007.
- 145 Kamerman et Gatenio Gabel, 2010, p. 11.
- 146 Hein et Cassirer, 2010.
- 147 *Ibid.*
- 148 Selon le revenu du ménage, l'allocation versée par la sécurité sociale va de 175 à 463 euros pour un enfant de moins de 3 ans et de 88 à 231 euros pour un enfant de 3 à 6 ans.
- 149 Hein et Cassirer, 2010; CAF, 2018.
- 150 Da Roit et Le Bihan, 2010.
- 151 BIT, 2017b.
- 152 Kamerman et Gatenio Gabel, 2010.
- 153 BIT, 2017b. Il faut noter que tous les programmes ne sont pas explicitement tournés vers les activités de soin à autrui, certains se rapportent au coût général du handicap ou apportent un revenu de soutien.
- 154 *Ibid.*; Shakespeare et Williams, à paraître.
- 155 Yeandle et Kröger, 2014.
- 156 Shakespeare et Williams, à paraître.
- 157 Sipilä, Repo et Rissanen, 2010.
- 158 Muir, 2017.
- 159 Banque mondiale, 2015a.
- 160 Chopra, Wanjiku Kelbert et Iyer, 2013.
- 161 Holmes et Jones, 2010; Fultz et Francis, 2013.
- 162 Martínez Franzoni et Voorend, 2012.
- 163 Initialement dénommé Progres, ce programme s'est ensuite appelé Oportunidades, puis, en 2014, Prospera.
- 164 Orozco Corona et Gammage, 2017.
- 165 Holmes et Jones, 2010.
- 166 BIT, 2018c.
- 167 BIT, 2016b.
- 168 *Ibid.*
- 169 Yeandle et Kröger, 2014.
- 170 *Ibid.*, p. 229.
- 171 BIT, 2016b.
- 172 *Ibid.*
- 173 BIT, 2016e.
- 174 OCDE, 2010.
- 175 BIT, 2017b.
- 176 Fagan et coll., 2014.
- 177 BIT, 2016e.
- 178 *Ibid.*
- 179 Blum, Koslowski et Moss, 2017.
- 180 Australie, Bulgarie, Irlande, Islande, Italie, Malte, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Portugal et Royaume-Uni.
- 181 Blum, Koslowski et Moss, 2017.
- 182 Selon l'Enquête européenne sur les conditions de travail de 2015.
- 183 Eurofound, 2017.
- 184 BIT, 2016b.
- 185 Pillinger, Schmidt et Wintour, 2016.
- 186 Pillinger, 2014.
- 187 Eurofound et BIT, 2017.
- 188 *Ibid.*
- 189 *Ibid.*
- 190 *Ibid.*
- 191 *Ibid.*
- 192 BIT, 2016c.
- 193 Anand et Sevak, 2017.
- 194 D'autres types d'aménagements existent: services d'un conseiller pour l'emploi, formation spécifique, aide des collègues, adaptation des tâches requises après la survenance d'un handicap, installation d'un équipement spécial et adaptation du poste de travail, aide pour assumer les responsabilités familiales.
- 195 Tel est le cas en Australie avec le Programme d'adaptation des lieux de travail qui octroie une subvention pouvant aller jusqu'à 10 000 dollars australiens pour de tels travaux. Voir OMS et Banque mondiale, 2011.
- 196 BIT, 2014a.
- 197 OMS et UNICEF, 2017.
- 198 Esquivel et Kaufman, 2017.
- 199 OMS et UNICEF, 2017.
- 200 Banque mondiale, FAO et FIDA, 2008.
- 201 OMS et Banque mondiale, 2011.
- 202 Jimenez, 2017.
- 203 Nations Unies, 2013.
- 204 Sexsmith, Smaller et Speller, 2017; Banque mondiale, FAO et FIDA, 2008.
- 205 FIDA, 2016b.
- 206 FIDA, 2016a.
- 207 Tanzarn et Gutierrez, 2015.
- 208 BIT, 2015a.
- 209 BIT, 2009.
- 210 SFI, 2017; Hein et Cassirer, 2010.
- 211 BIT, 2016d; BIT, 2017a.
- 212 SFI, 2017; BIT, 2015c; Smeaton, Ray et Knight, 2014.
- 213 UNRISD, 2016.
- 214 Esquivel et Kaufman, 2017.
- 215 Sjöberg, 2004.

CHAPITRE 4

Les travailleurs et les emplois dans les activités de soin à autrui

POINTS CLÉS

- Les travailleurs du soin à autrui s'occupent des besoins les plus élémentaires de l'être humain et du bien-être de personnes qui sont dans une position de relative dépendance. Leur travail suppose en général un certain degré d'implication affective vis-à-vis des personnes dont ils s'occupent.
- La main-d'œuvre des activités de soin à autrui comprend: les travailleurs des activités de soin à autrui (éducation, santé et travail social); les travailleurs du soin à autrui appartenant à d'autres branches d'activité; les travailleurs domestiques qui sont employés par les ménages. Elle comprend aussi, dans la branche des activités de soin à autrui, des travailleurs qui ne sont pas des prestataires de soin à autrui, mais du personnel de soutien. Si l'on considère ces diverses catégories, la main-d'œuvre du soin totalise 381 millions de travailleurs, soit 11,5 pour cent de l'emploi total à l'échelle mondiale.
- Cette main-d'œuvre comprend 248,9 millions de femmes et 132,1 millions d'hommes. Dans la plupart des cas, plus le personnel des activités de soin représente une proportion élevée de l'emploi total, plus il est féminisé. Les femmes constituent environ les deux tiers de cette main-d'œuvre, proportion qui augmente jusqu'à plus de trois quarts dans les Amériques et en Europe et Asie centrale.
- Nombre des métiers du soin à autrui sont considérés comme un prolongement des activités de soin assurées par les femmes dans leur famille et leur communauté locale. En conséquence, y sont transposés leur statut inférieur, un manque de reconnaissance sociale et de faibles rémunérations.
- Certaines caractéristiques des activités de soin à autrui rémunérées affaiblissent la capacité de négociation des travailleurs concernés, ce qui aggrave la faiblesse de leur rémunération et induit une forte rotation de la main-d'œuvre. Nombre d'entre eux sont victimes d'une pénalisation associée au travail de soin à autrui, allant de 4 à 40 pour cent du salaire horaire.
- Le secteur de la santé et du travail social est une source d'emplois de première importance. On y dénombre 130,2 millions d'emplois, soit 3,9 pour cent de l'emploi mondial total, et pas moins de 7 pour cent de toutes les femmes employées occupent des emplois dans ce secteur, proportion qui est de 2 pour cent pour les hommes.
- Les infirmières et les sages-femmes constituent la première catégorie professionnelle dans les soins de santé, dont le personnel infirmier constitue la profession la plus féminisée. Les travailleurs de l'aide à la personne, dont la plupart travaillent au domicile des bénéficiaires, perçoivent de faibles salaires, connaissent de rudes conditions de travail et sont exposés au risque de pratiques discriminatoires. Les agents de santé des communautés locales

sont souvent insuffisamment formés, privés de ressources, sous-payés, voire non rémunérés, et souvent recrutés pour faire face à un manque de personnel de santé.

- Suscitées par les différences de revenus et de conditions de travail d'un pays à l'autre, les migrations des travailleurs de la santé sont caractéristiques du marché mondial du travail dans ce secteur. La reconnaissance et la certification des qualifications constituent les principaux obstacles auxquels se heurtent les infirmières migrantes.
- Le secteur de l'éducation compte 157 millions d'emplois, soit 4,8 pour cent de l'emploi mondial total; on y trouve 7,4 pour cent de la main-d'œuvre féminine et 3,1 pour cent de la main-d'œuvre masculine.
- Les salaires annuels des enseignants sont en rapport avec le PIB par tête, légèrement inférieurs dans les pays à revenu élevé, mais supérieurs dans les pays à faible revenu. Toutefois, le secteur de l'éducation a connu une multiplication des emplois temporaires et à temps partiel au cours des dernières décennies.
- On dénombre 70,1 millions de travailleurs domestiques employés par des ménages – 49,2 millions de femmes et 20,9 millions d'hommes, ce qui représente 2,1 pour cent de l'emploi total et 3,8 pour cent de l'emploi féminin à l'échelle mondiale.
- Les conditions de travail des travailleurs domestiques – particulièrement vulnérables face à l'exploitation – sont parmi les pires que l'on rencontre dans les activités de soin à autrui. Il est notoire que leur travail est occasionnel et imprévisible, et ils ne sont guère protégés par la sécurité sociale ou par le droit du travail. En outre, la violence est omniprésente dans le travail domestique.
- À l'échelle nationale, le nombre de travailleurs du soin à autrui, leurs conditions de travail et leur niveau de rémunération sont étroitement associés à la couverture et à la qualité des services de soin, ainsi qu'à la mesure dans laquelle le travail domestique compense la pénurie de ces services. Corrélativement, les conditions de travail du personnel des activités de soin à autrui ont une influence sur la qualité des services.
- Activité informelle, durée de travail excessive et formes atypiques d'emploi prennent des tournures spécifiques pour la main-d'œuvre du soin à autrui.
- Quel que soit le niveau de revenu du pays, la prestation publique des services de soin à autrui tend à améliorer les conditions de travail et de rémunération des travailleurs du soin, tandis qu'une prestation privée non réglementée tend à les détériorer.
- L'existence et la représentativité d'organisations de travailleurs du soin à autrui, combinées à la portée des mécanismes de dialogue social, comme la négociation collective, sont aussi d'importants déterminants des conditions de travail et de rémunération des travailleurs de ce secteur, ainsi que de leur capacité de faire entendre leur voix à propos des décisions qui les touchent.
- Les activités de soin à autrui ne pourront suivre le scénario optimal sans travail décent pour les travailleurs du soin.

Les travailleurs du soin à autrui s'occupent des besoins les plus élémentaires de l'être humain et du bien-être de personnes qui sont dans une position de relative dépendance, comme les enfants et les personnes âgées ou handicapées. La main-d'œuvre du soin à autrui est l'incarnation de la prestation rémunérée de services de soin à autrui: infirmières, enseignants, médecins, puéricultrices et aides à la personne, pour ne citer que quelques-unes des professions concernées. Mais, aussi, toutes les difficultés que rencontrent les femmes en général dans le monde du travail se cristallisent dans la situation

du personnel des activités de soin à autrui: ségrégation, mauvaises conditions de travail et de rémunération, écarts salariaux avec les hommes, violence et harcèlement.

Avec les travailleurs du soin à autrui se boucle le cercle des répercussions entre travail de soin à autrui non rémunéré, travail rémunéré et travail de soin à autrui rémunéré. Nombre des métiers du soin à autrui sont considérés comme un prolongement des activités de soin assurées par les femmes dans leur famille et leur communauté locale. En conséquence, y sont transposés leur statut inférieur et un manque de reconnaissance sociale. De fait, certains métiers sont à tel point associés à ce qui est considéré comme des capacités ou dispositions «naturelles» des femmes qu'ils sont présumés ne nécessiter que de faibles qualifications, simplement pour justifier de moindres rémunérations. Une part disproportionnée de ces emplois est occupée par des femmes qui, de surcroît, peuvent aussi être marginalisées du fait de leur couleur, de leur origine ethnique ou de leur situation de migrantes¹.

Les effectifs, les conditions de travail et le niveau de rémunération du personnel sont étroitement liés à la couverture et à la qualité des services de soin à autrui dans l'éducation, la santé et le travail social, y compris l'éducation et la protection de la petite enfance ainsi que les soins de longue durée (voir chapitre 3). L'ampleur des dispositions d'ordre public, les pressions à la réduction des dépenses publiques dans les pays touchés par la crise et le degré de rigueur de la réglementation applicable aux prestataires privés sont des déterminants des salaires, des conditions de travail et du statut professionnel du personnel². D'autres politiques déterminent la position des travailleurs du soin sur le marché du travail: bien entendu les politiques du travail, en particulier sectorielles, qui concernent directement les travailleurs des activités de soin à autrui et les travailleurs domestiques, mais aussi les politiques relatives aux migrations et à la protection sociale. L'existence et la représentativité d'organisations de travailleurs qui portent la voix du personnel des activités de soin à autrui, ainsi que la couverture des mécanismes de dialogue social, comme la négociation collective, sont aussi des déterminants importants de leur rémunération et leurs conditions de travail, ainsi que de leur capacité de se faire entendre lorsque les décisions les concernent.

Le présent chapitre se divise en trois sections. Dans la première, nous définissons la main-d'œuvre des activités de soin à autrui et les différentes catégories qui la composent et nous présentons un certain nombre d'estimations mondiales et régionales sur l'emploi dans ce secteur d'activité en 2018. Nous y mettons aussi en évidence les points communs entre les différentes catégories de travailleurs. Dans la deuxième section, nous nous concentrons sur les travailleurs domestiques et un certain nombre d'autres professions des activités de soin. Dans la troisième section, nous présentons, en vue de procéder à une comparaison transnationale, une typologie des modèles d'emploi dans les activités de soin à autrui fondée sur une analyse, par regroupement, des effectifs et de la composition de la main-d'œuvre du soin dans 99 pays. Il en ressort huit modèles d'emploi déterminés par la couverture des services, la façon dont les prestations sont organisées et les dispositions applicables en matière de travail et de migration. Avec cette analyse, le présent chapitre vient en complément du chapitre 3, en se plaçant dans la perspective des travailleurs du soin à autrui, et boucle le cercle, ouvert au chapitre 2, des répercussions entre travail de soin à autrui non rémunéré, travail rémunéré et travail de soin à autrui rémunéré. Les lacunes dans les prestations, le manque de personnel et la médiocrité des

conditions de travail qui ne sont traités ni dans le présent chapitre ni dans le précédent le seront dans le suivant, le chapitre 5, afin de jeter les bases de l'élaboration de deux scénarios pour l'activité de soin à autrui: un scénario du statu quo et un scénario optimal.

4.1. L'EMPLOI DANS LES ACTIVITÉS DE SOIN À AUTRUI À L'ÉCHELLE MONDIALE

La main-d'œuvre des activités de soin à autrui comprend: les travailleurs des activités de soin à autrui (éducation, santé et travail social); les travailleurs du soin à autrui appartenant à d'autres branches d'activité; les travailleurs domestiques qui sont employés par les ménages. Elle comprend aussi, dans la branche des activités de soin à autrui, des travailleurs qui ne sont pas des prestataires de soin à autrui, mais du personnel de soutien. Si l'on considère ces diverses catégories, la main-d'œuvre du soin totalise 381 millions de travailleurs. Ces activités constituent donc une source majeure d'emploi à l'échelle mondiale et, comme on le verra au chapitre 5, cet emploi pourrait augmenter considérablement si l'on s'attache à la réalisation des objectifs de développement durable (ODD).

Les *travailleurs du soin*, salariés ou indépendants³, occupent des professions qui supposent une prestation de services en tête-à-tête avec le bénéficiaire et dont l'objet est de développer les capacités humaines de ce dernier⁴: on parle d'activités personnelles ou relationnelles⁵. Cela comprend le travail des médecins et infirmières, éducateurs et enseignants de la petite enfance et de l'instruction primaire et secondaire, thérapeutes et personnel de l'aide à la personne. Lorsqu'ils sont *employés dans des branches d'activité du soin à la personne*, ils livrent leurs services dans des hôpitaux, des cliniques, des maisons de retraite ou des écoles (voir encadré 4.1). On dénombre aujourd'hui 215 millions de travailleurs du soin dans les branches du soin, ce qui représente 6,5 pour cent de l'emploi total dans le monde. On y compte 142,8 millions de femmes et 72,5 millions d'hommes. Autrement dit, les deux tiers de cette main-d'œuvre sont des femmes, et un tiers seulement des hommes. Ce phénomène est évident partout dans le monde et pour toutes les catégories de travailleurs du soin: le travail rémunéré dans les activités de soin à autrui est très majoritairement effectué par les femmes.

Il faut ajouter les *travailleurs du soin employés dans d'autres branches d'activité*: une infirmière dans une usine, une puéricultrice dans une crèche d'entreprise. Ils assurent toujours des activités de soin, mais dans d'autres secteurs d'activité. Ils sont au nombre de 23,5 millions – soit 0,7 pour cent de l'emploi total – dans le monde, dont 13,8 millions de femmes et 9,7 millions d'hommes.

La main-d'œuvre des activités de soin à autrui comprend aussi les travailleurs domestiques. Selon la définition de la convention (n° 189) sur les travailleuses et travailleurs domestiques, 2011, le travail domestique est un «travail effectué au sein de ou pour un ou plusieurs ménages», à titre professionnel, et est un travailleur domestique «toute personne de genre féminin ou masculin exécutant un travail domestique dans le cadre d'une relation de travail»⁶. Cette définition fait du lieu de travail – le domicile du ménage – une caractéristique déterminante du secteur d'activité. Tandis que la convention ne définit pas le travail domestique en fonction des tâches effectuées, il est sous-entendu que celles-ci consistent à s'occuper des enfants, des personnes âgées ou handicapées à leur domicile, ainsi qu'à faire la cuisine, le ménage ou le repassage. L'inclusion des

Encadré 4.1. Définition de la main-d'œuvre des activités de soin à autrui

Dans le présent rapport, nous identifions les travailleurs du soin à autrui en utilisant deux classifications: la Classification internationale type des professions (CTIP) (CITP 08 ou versions antérieures)^a et la Classification internationale type, par industrie, de toutes les branches d'activité économique (CITI) (Révision 4 ou versions antérieures, codes à deux chiffres)^b. Selon la CITP 08, les travailleurs du soin à autrui sont ceux qui sont classés dans les professions suivantes: 22 – Spécialistes de la santé; 23 – Spécialistes de l'enseignement; 32 – Professions intermédiaires de la santé; et 53 – Personnel soignant. D'autres professions du soin à autrui entrent dans les catégories suivantes: 13 – Directeurs et cadres de direction, production et services spécialisés; 26 – Spécialistes de la justice, des sciences sociales et de la culture; 34 – Professions intermédiaires des services juridiques, des services sociaux et assimilés; 51 – Personnel des services directs aux particuliers; 91 – Aides de ménage. Ces derniers sont classés indirectement en combinant les codes de la CITP et de la CITI.

Selon la CITI (Révision 4), les activités du soin à autrui sont les suivantes: 85 – Éducation; 86 – Activités relatives à la santé; 87 – Activités de soins de santé dispensés en établissements; 88 – Activités d'action sociale sans hébergement. Il faut noter que les prestataires privés et publics opérant dans ces branches sont inclus dans cette classification. En combinant les professions du soin et les branches du soin, il est possible d'identifier les travailleurs du soin travaillant dans les branches du soin ou dans d'autres branches, de même que les travailleurs n'effectuant pas un travail de soin, mais appartenant à une branche du soin (personnel de soutien).

Les travailleurs domestiques ont leur activité classée dans la division 97 de la CITI (Activités des ménages privés employant du personnel domestique), sans différenciation des professions à l'intérieur de cette division^c.

Note: Pour plus de précisions, voir l'annexe A.4.1.

^a Recommandation (n° 202) sur les socles de protection sociale, 2012, de l'OIT. ^b Nations Unies, 2009. ^c Une limite de cette méthode est que les travailleurs domestiques embauchés par une entreprise de prestation de services ne sont pas comptabilisés comme travailleurs domestiques. Cela est particulièrement important dans certaines régions d'Europe où les arrangements contractuels multipartites sont chose courante, notamment pour les activités de soin à autrui. Dans ce cas, les travailleurs domestiques assurant des services auprès des ménages mais n'étant pas employés par ces derniers seront comptabilisés comme des travailleurs des secteurs de la santé et du travail social ou de l'éducation.

Source: Recommandation (n° 202) sur les socles de protection sociale, 2012; Nations Unies, 2009.

travailleurs domestiques dans la main-d'œuvre du soin à autrui constitue donc une reconnaissance du fait que les activités de soin à autrui ne sont pas seulement des activités de soin directes, personnelles, mais aussi indirectes, non relationnelles, comme le ménage ou la cuisine, ces dernières étant des conditions préalables aux premières.

Adoptant une perspective sectorielle, nous utilisons dans le présent rapport une définition statistique des travailleurs domestiques plus étroite que celle qui figure dans la convention n° 189. Aux fins du présent rapport, les travailleurs domestiques sont ceux qui sont employés par des ménages (voir encadré 4.1), ce qui exclut certains travailleurs domestiques employés par des prestataires de services domestiques, publics ou privés⁷. Compte tenu des données disponibles (limitées du fait de la définition de la population en âge de travailler), ce rapport ne prend pas en compte les enfants de moins de 15 ans qui sont travailleurs domestiques et dont les conditions sont celles du travail des enfants⁸. Cela signifie que le nombre de travailleurs domestiques présenté ici est sous-estimé. Cette réserve étant faite, on dénombre 70,1 millions de travailleurs

domestiques employés dans des ménages dans le monde: 49,2 millions de femmes et 20,9 millions d'hommes. Cela représente 2,1 pour cent de l'emploi total et 3,8 pour cent de l'emploi féminin.

Par ailleurs, le personnel de soutien, c'est-à-dire les travailleurs qui ne sont pas des travailleurs du soin à autrui, mais qui travaillent dans les secteurs de la santé, de l'éducation et du travail social – personnel administratif et de direction, de nettoyage de cuisine, par exemple –, contribue à l'activité du secteur du soin. Ces professions n'appartiennent pas à celles des activités de soin, mais participent aux prestations et font donc, à ce titre, partie de l'économie du soin telle que définie à la section 1.1.1. Cela représente 72 millions de travailleurs dans le monde, soit 2,2 pour cent de l'emploi total, dont 43 millions de femmes et 28,9 millions d'hommes.

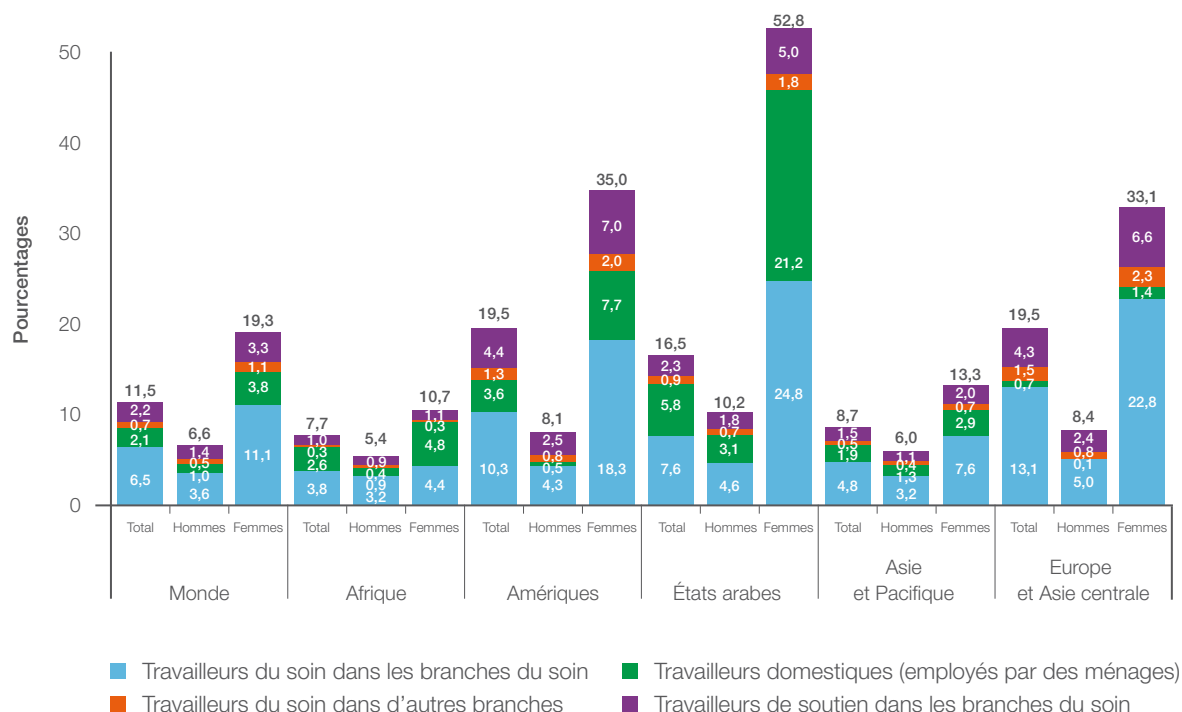
Au total, la main-d'œuvre mondiale des activités de soin à autrui, qui rassemble 381 millions de personnes, est constituée de 248,9 millions de femmes et de 132,1 millions d'hommes. Son taux de féminisation est de 65,3 pour cent. Cela donne 11,5 pour cent de l'emploi total dans le monde, 19,3 pour cent de l'emploi féminin et 6,6 pour cent de l'emploi masculin. Les activités de soin à autrui constituent donc, partout dans le monde, une source significative d'emplois, surtout pour les femmes.

4.1.1. L'emploi dans les activités de soin à autrui: estimations mondiales et régionales

D'une région à l'autre, on observe des variations significatives de la structure de l'emploi dans les activités de soin à autrui (voir figure 4.1). À l'exception des États arabes, la main-d'œuvre des activités de soin à autrui est d'autant plus féminisée qu'elle représente une proportion importante de l'emploi total. Dans d'autres régions, les Amériques et l'Europe et Asie centrale, la main-d'œuvre du soin représente presque un cinquième de l'emploi total et plus d'un tiers de l'emploi féminin, avec un taux de féminisation supérieur à 76 pour cent. Toutefois, ces deux régions diffèrent sur un point important: alors qu'en Europe et Asie centrale les travailleurs du soin à autrui dans les branches du soin représentent 13,1 pour cent de l'emploi total, et les travailleurs domestiques, 0,7 pour cent, dans les Amériques, ces proportions sont respectivement de 10,3 pour cent et 3,6 pour cent. Dans les Amériques, notamment en Amérique latine, les travailleurs domestiques sont employés directement par les ménages. En Europe et Asie centrale, ils sont plus souvent employés par l'État ou des prestataires privés qui fournissent des services personnels à domicile. Dans les Amériques, les travailleuses du soin à autrui dans les branches du soin représentent 18,3 pour cent de l'emploi féminin total, et les travailleuses domestiques, 7,7 pour cent, alors qu'en Europe et Asie centrale, ces proportions sont respectivement de 22,8 pour cent et de 1,4 pour cent. Les caractéristiques de la main-d'œuvre masculine sont identiques dans les activités de soin à autrui: les travailleurs du soin représentent 4,3 et 5 pour cent, et les travailleurs domestiques, 0,5 et 0,1 pour cent de l'emploi masculin total respectivement dans les Amériques et en Europe et Asie centrale.

En Afrique et en Asie et Pacifique, le personnel des activités de soin représente environ 8 pour cent de l'emploi total (7,7 et 8,7 pour cent respectivement), moins dans le cas des hommes (5,4 et 6 pour cent respectivement) que dans celui des femmes (10,7 et

Figure 4.1. Emploi dans les activités de soin à autrui en proportion de l'emploi total, selon la région et le sexe



Note: Pourcentages de la population active occupée (et nombre de pays): monde: 88 pour cent (99); Afrique: 64 pour cent (22); Amériques: 87 pour cent (14); États arabes: 82 pour cent (8); Asie et Pacifique: 96 pour cent (19); Europe et Asie centrale: 83 pour cent (36). Pour les précisions méthodologiques, voir l'annexe A.4.2 et, pour les chiffres de la main-d'œuvre des activités de soin aux niveaux mondial et régional, voir le tableau A.4.1.

Source: Calculs du BIT à partir des microdonnées d'enquêtes sur la main-d'œuvre et auprès des ménages.

13,3 pour cent respectivement). C'est l'Afrique qui présente la plus faible proportion de travailleurs du soin dans l'emploi total, mais aussi dans les branches du soin à autrui (3,8 pour cent). En outre, un tiers de la main-d'œuvre du soin y est constitué de travailleurs domestiques, ce qui dénote un sérieux manque de personnel dans les services de soin à autrui, comme nous le verrons à la section 4.3. En Asie et Pacifique, la proportion de travailleurs du soin dans les activités de soin à autrui est légèrement supérieure (4,8 pour cent), mais elle reste inférieure de moitié à celle des Amériques, ce qui là aussi indique un manque de personnel dans la prestation de services.

La région des États arabes présente un tableau différent de celui de toutes les autres: c'est celle où la proportion de travailleurs domestiques dans l'emploi total est la plus élevée (5,8 pour cent) et où la main-d'œuvre du soin, féminine comme masculine, constitue la plus forte part des actifs occupés. Plus de la moitié de toutes les femmes employées (52,8 pour cent) travaille dans l'économie du soin, qui se trouve être par là même la première source d'emplois féminins; près de la moitié de ces femmes (soit 21,2 pour cent de l'emploi féminin total) sont des travailleuses domestiques. Parallèlement, c'est la région où la main-d'œuvre du soin à autrui est la moins féminisée (47 pour cent). Le paradoxe s'explique par le très faible taux d'emploi des femmes (15,8 pour cent)⁹. En d'autres

termes, très peu de femmes ont une activité économique dans les États arabes, mais lorsqu'elles ont une, c'est à 50 pour cent dans l'économie du soin.

4.1.2. Caractéristiques communes aux travailleurs du soin à autrui

Le travail du soin est étendu et varié, ce qui fait des travailleurs du soin une catégorie très hétérogène. Les caractéristiques de la situation des travailleurs du soin varient en fonction de toute une série de facteurs: type de travail, environnement dans lequel il est effectué, niveau de qualification, contexte réglementaire, etc. Toutefois, on peut identifier certaines caractéristiques communes à la plupart des travailleurs du soin, qui font l'objet de la présente section. Les caractéristiques spécifiques à des catégories différentes de travailleurs sont traitées aux sections 4.2 et 4.3.

L'activité de soin en tant que travail rémunéré

Par la satisfaction de besoins de soin à autrui, le travail effectué par le personnel du soin implique en général un certain degré d'implication affective vis-à-vis des bénéficiaires, ce qui est difficile à mesurer¹⁰. Cela fait que la prestation ne peut être séparée du prestataire: caractéristique qui constitue une différence fondamentale avec la plupart des autres activités économiques.

De par son caractère relationnel, même sous ses formes les moins qualifiées, le travail dans les activités de soin à autrui est moins routinier que les autres: il se prête donc moins à l'automatisation et à l'externalisation¹¹, même si la technique peut contribuer à fragmenter les opérations et à séparer tâches routinières et tâches non routinières.

Cette nature relationnelle signifie aussi que la demande de travail de soin à autrui rémunéré est difficile à satisfaire et peut ne pas l'être dans certains cas. Cela peut être vrai dans le temps ou du fait de la nature de l'activité de soin requise. S'occuper des enfants qui sont dans une crèche ne peut être remis à plus tard. Les personnes âgées dont la mobilité est réduite ou bien celles qui ont des maladies particulières ont besoin d'assistance au quotidien pour pouvoir mener leur vie. En matière d'activités de soin à autrui, la demande n'est pas sensible aux variations de prix. Ce qui varie avec les prix ce sont les qualifications, les salaires et les conditions de travail, ainsi que la satisfaction ou non de la demande.

Violence et harcèlement

Les relations entre les prestataires et les bénéficiaires apportent souvent des satisfactions, mais elles peuvent être astreignantes et marquées par une forte charge affective. Il arrive que les travailleurs du soin à autrui soient victimes de violence et de harcèlement. Le personnel de santé, notamment, connaît des niveaux de violence supérieurs à ceux des autres branches d'activité¹². Aux États-Unis, le taux de violence de la part des bénéficiaires à l'encontre du personnel de santé est 16 fois supérieur à celui de toute autre activité de service¹³. Au Rwanda, 39 pour cent des travailleurs de la santé indiquent avoir fait l'objet d'une forme ou l'autre de violence au cours de l'année écoulée¹⁴. Dans l'Union européenne, la santé est le secteur qui présente le plus fort degré d'exposition à la violence et au harcèlement: selon la sixième Enquête européenne sur les conditions de

travail, menée en 2016 par Eurofound, 2 pour cent des travailleurs de 28 pays d'Europe avaient été exposés à la violence physique au cours des douze mois précédant l'enquête, mais ce taux était de 7 pour cent dans le secteur de la santé¹⁵.

Dans le travail domestique, la violence est omniprésente. Souvent, les travailleurs domestiques sont exclus de la protection du droit du travail et, lorsqu'ils sont protégés par les textes, ils ne le sont guère dans les faits, car leur emploi est souvent informel¹⁶. Une étude récente menée au Portugal montre, par exemple, que les travailleurs domestiques en situation informelle sont plus souvent victimes d'abus, tandis que les migrants, notamment les femmes brésiliennes, sont plus exposés à toutes sortes d'abus et de harcèlement¹⁷.

La féminisation de la main-d'œuvre du soin à autrui

La féminisation est l'une des caractéristiques les plus frappantes de la main-d'œuvre du soin à autrui dans pratiquement toutes les régions, tous les types d'activité et toutes les professions. Ainsi, en Europe et Asie centrale, 79 pour cent la main-d'œuvre des activités de soin et 89 pour cent des travailleurs domestiques sont des femmes; dans les Amériques, ces proportions sont respectivement de 76 et 92 pour cent. Le plus faible taux de féminisation se situe dans les États arabes et en Afrique, où seulement la moitié environ de cette main-d'œuvre est féminine (48 et 51 pour cent respectivement). C'est dans les États arabes et en Asie et Pacifique que la proportion de femmes parmi les travailleurs domestiques est la plus faible (54 et 57 pour cent respectivement), alors qu'en Afrique elle atteint 80 pour cent.

La préférence des femmes pour ces activités peut en partie expliquer cette féminisation car, dans la société, la propension à s'occuper d'autrui est associée à la féminité. Mais cette préférence peut aussi provenir de l'activité de soin elle-même, car les interactions avec les bénéficiaires induisent souvent un attachement affectif¹⁸. Les normes sexuées sont donc renforcées par le fait que les prestataires non rémunérés se retrouvent à travailler dans les activités de soin.

La prévalence des femmes dans les activités de soin ne signifie pas qu'elles sont toutes à égalité dans ces métiers et ces activités. Il existe de profondes divisions entre les travailleuses du soin, qui reproduisent les inégalités entre les diverses catégories de femmes. Des études menées aux États-Unis ont montré que les femmes blanches se trouvent de façon disproportionnée dans les professions supérieures et d'encadrement, tandis que celles qui ont d'autres origines ethniques effectuent du travail de soin indirect ou des tâches pénibles¹⁹. Ces divisions se retrouvent aussi en fonction du statut social – et même de l'autorité morale – associé aux diverses professions, établissant une hiérarchie entre travailleurs du soin²⁰.

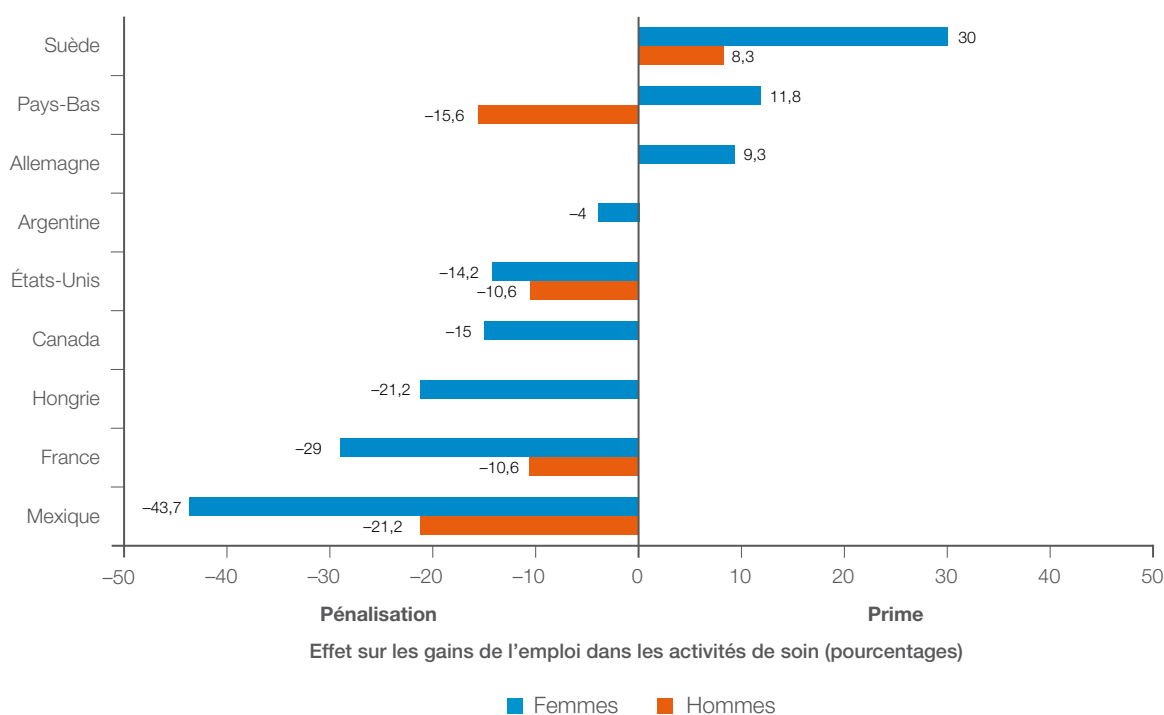
En outre, les professions du soin à autrui n'ont pas toutes été toujours l'apanage des femmes ou bien sont considérées comme des prolongements des activités de soin à autrui non rémunérées²¹. Certaines professions à prédominance masculine dans les pays à revenu élevé, comme celle de médecin, se sont féminisées avec le temps et avec l'élévation du niveau d'instruction des femmes. Toutefois, certaines autres, comme celles d'enseignant ou d'infirmière, sont restées féminisées dans la plupart des pays²². Les stéréotypes sexistes et le manque de diplômes spécifiques peuvent expliquer la moindre

fréquence des hommes au sein de ces professions dans les pays à revenu élevé²³. Dans les pays à faible revenu, l'emploi dans les activités de soin apparaît comme une porte d'entrée dans le travail salarié, notamment dans l'éducation. L'emploi dans les activités de soin à autrui suit l'évolution des normes relatives aux rôles des femmes et des hommes, ainsi que les conceptions quant à la nature des activités de soin.

La pénalisation salariale des activités de soin à autrui

Dans la plupart des cas et en termes relatifs, les travailleurs des activités de soin à autrui sont faiblement rémunérés. Dans bien des situations, on a identifié une pénalisation salariale des activités de soin, c'est-à-dire un écart de salaire horaire qui ne peut être attribué à des différences de qualifications, d'expérience ou de diplômes²⁴. Une récente estimation montre qu'aux États-Unis cette pénalisation est de 14,2 pour cent pour les femmes et 10,6 pour cent pour les hommes²⁵. Après avoir contrôlé les effets d'autres facteurs, comme le degré de féminisation de la branche ou du métier, la proportion de l'emploi public dans la profession, la pénalisation des femmes atteint 29 pour cent en France et 21,2 pour cent en Hongrie, alors que celles-ci bénéficient d'une prime de 30 pour cent en Suède (voir aussi section 4.3). Pénalités et primes apparaissent aussi pour les hommes,

Figure 4.2. Pénalisation ou prime salariale dans les activités de soin à autrui, selon le sexe



Sources: Budig et Misra, 2010, sauf pour les États-Unis et l'Argentine. Pour les États-Unis, Budig, Hodges et England, 2018. Seuls les effets statistiquement significatifs ($p \leq 0,05$, test bilatéral) sont indiqués. Le modèle comprend les variables suivantes: structure familiale, caractéristiques démographiques, capital humain, caractéristiques de l'emploi, y compris le degré de féminisation dans le métier ou la branche, et pourcentage de l'emploi public dans l'éducation. Pour l'Argentine, le modèle d'Esquivel et Pereyra (2017) comprend les caractéristiques personnelles et de l'emploi, y compris l'emploi dans le secteur public, mais non le degré de féminisation du métier ou de la branche.

mais leur ordre de grandeur est moindre. Au Mexique, la pénalisation est de 43,7 pour cent pour les femmes et de 21,2 pour cent pour les hommes²⁶. En Argentine, seules les femmes sont victimes d'une pénalisation (de 4 pour cent), provenant du secteur de la santé²⁷ (voir figure 4.2). La pénalisation est extrême dans le cas des travailleurs domestiques en Afrique du Sud²⁸ et aux Philippines²⁹.

Parmi les raisons qui expliquent cette pénalisation on trouve le manque de reconnaissance du travail de soin à autrui non rémunéré, dont la dévalorisation se répercute sur le travail de soin à autrui rémunéré, ce qui contribue à faire baisser les salaires³⁰. Cela est particulièrement vrai pour les travailleurs domestiques³¹.

Certaines caractéristiques inhérentes au travail de soin à autrui rémunéré affaiblissent la position des travailleurs face à l'employeur, ce qui contribue à faire baisser leurs salaires. Dans certaines activités, en particulier les soins à domicile et le travail domestique, les travailleurs sont isolés et, le plus souvent, ne sont affiliés ni à un syndicat ni à une autre organisation de travailleurs. L'absence de représentation collective rend la négociation plus difficile. En outre, le caractère relationnel du travail fait que les travailleurs ne peuvent menacer de mettre fin à leurs prestations: par exemple, ils ne peuvent laisser le bénéficiaire sans personne pour s'en occuper s'ils ne sont pas remplacés ou encore se mettre en grève si leur prestation est essentielle. Il est aussi difficile d'évaluer la qualité de la prestation; les bénéficiaires peuvent quelquefois être dans l'incapacité d'en juger. La rémunération peut aussi ne pas être versée par le bénéficiaire lui-même. Ainsi, la difficulté de mesurer le produit du travail et le fait que la qualité de la prestation dépend de l'organisation d'un travail d'équipe expliquent la résistance des enseignants des États-Unis face à la restauration de la rémunération aux résultats. Les activités de soin à autrui sont un «bien public»³², qui présente des externalités positives, ce qui signifie que la valeur des prestations dépasse le prix fixé par les prestataires privés. Cela réduit les marges du secteur privé et l'incite à adopter des stratégies de rotation élevée de la main-d'œuvre, synonyme de qualité médiocre des prestations et de faibles salaires pour les travailleurs³³.

D'autres explications de cette pénalisation tiennent aux caractéristiques des services de soin, dont la productivité est inférieure à celle d'autres branches d'activité. Les pressions concurrentielles peuvent donc se traduire par de moindres salaires relatifs, un abaissement des normes, une déqualification du personnel, une segmentation de la main-d'œuvre³⁴ et une augmentation du coût relatif des services³⁵. D'autres explications portent sur les spécificités du marché du travail et des conditions d'emploi, y compris les dispositions contractuelles et le degré de protection par le droit du travail, ainsi que sur les possibilités d'organisation, de représentation et d'action collective des travailleurs. Ainsi, l'offre de main-d'œuvre immigrée peut contribuer à maintenir les salaires à un niveau relativement bas sur certains segments des activités de soin, surtout si les travailleurs immigrés sont dans une situation précaire. Sur un marché du travail présentant de fortes inégalités de rémunération ou des degrés élevés de chômage, certains travailleurs du soin se situent au bas de l'échelle des salaires des activités de soin, ce qui exerce une pression sur l'ensemble de cette échelle³⁶.

Toutefois, tous les travailleurs du soin ne sont pas faiblement rémunérés. Selon leurs qualifications et leurs diplômes, ceux qui ont un statut élevé peuvent voir leur rémunération progresser³⁷. Un certain degré de fermeture de la profession – constituée par les

obstacles juridiques ou sociaux établis par une profession pour en limiter l'accès – permet de réduire l'offre de travail sur des critères de certification, de niveau d'instruction ou de syndicalisation³⁸. La description des tâches de certaines professions qualifiées des activités de soin – infirmières, enseignants, travailleurs sociaux – s'est toutefois accompagnée de la définition parallèle d'autres catégories de travailleurs moins qualifiés et moins rémunérés: aides-soignants, assistants d'enseignement, travailleurs des organisations caritatives³⁹.

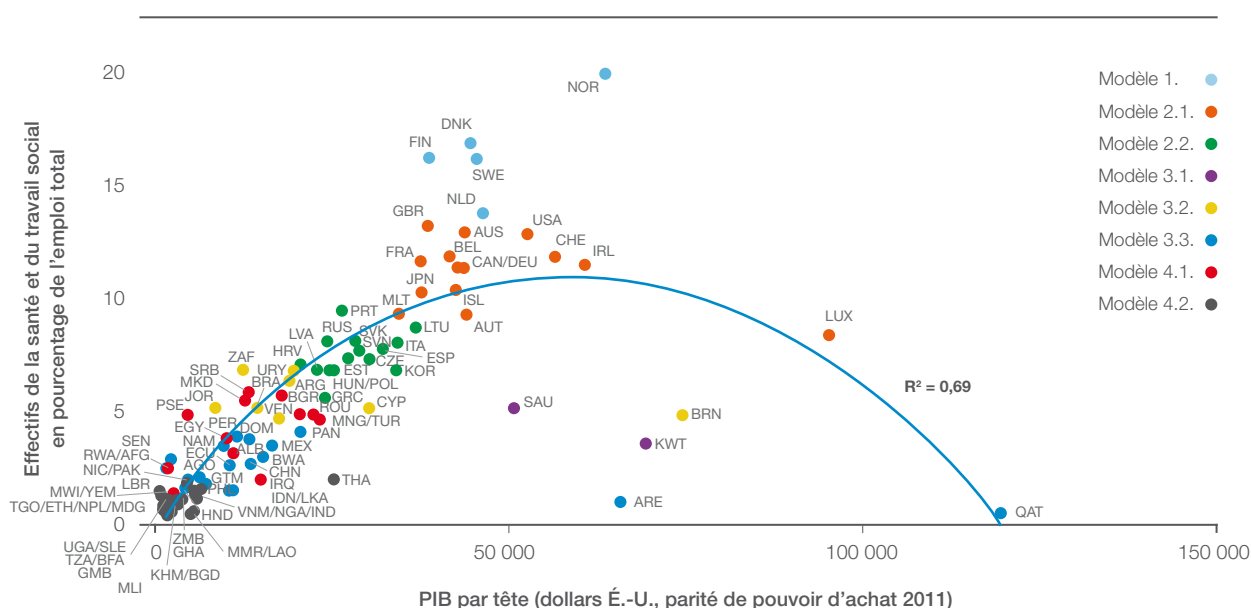
4.2. LA MAIN-D'ŒUVRE DU SOIN PAR BRANCHE D'ACTIVITÉ

4.2.1. Santé et travail social⁴⁰

Le secteur de la santé et du travail social est une source majeure d'emplois. En 2018, il comptait 130,2 millions d'emplois de par le monde, soit 3,9 pour cent de l'emploi total. Plus des deux tiers de ces travailleurs, soit 90,6 millions, sont des femmes, les hommes étant 39,6 millions. Le niveau d'emploi dans ce secteur est en corrélation positive avec le développement économique. La figure 4.3 fait apparaître que les quatre pays nordiques (Danemark, Finlande, Norvège et Suède) ont des effectifs dans ce secteur supérieurs à ce que laisserait attendre le niveau de leur PIB⁴¹, alors que dans les pays arabes ils sont nettement inférieurs.

À l'échelle régionale, la part de l'emploi dans la santé et le travail social, exprimée en pourcentage de l'emploi total, est la plus faible en Afrique (1,5 pour cent), puis elle

Figure 4.3. Effectifs de la santé et du travail social en pourcentage de l'emploi total et PIB par tête



Note: Les modèles d'emploi sont présentés à la section 4.2. et à la figure 4.10. Pour les codes des pays, voir l'annexe A.6.

Source: Calculs du BIT à partir des microdonnées d'enquêtes sur la main-d'œuvre et auprès des ménages; Banque mondiale, 2018a.

Tableau 4.1. Personnel de la santé et du travail social selon la région et le sexe: effectifs en pourcentage de l'emploi total et taux de féminisation

	Main-d'œuvre de la santé et du travail social	Main-d'œuvre de la santé et du travail social Hommes	Main-d'œuvre de la santé et du travail social Femmes	Taux de féminisation (%)
<i>Monde</i>	3,9	2,0	7,0	69,6
<i>Afrique</i>	1,5	1,0	2,0	59,5
<i>Amériques</i>	7,6	3,1	13,8	76,7
<i>États arabes</i>	2,8	2,1	7,2	37,8
<i>Asie et Pacifique</i>	2,5	1,6	4,0	58,8
<i>Europe et Asie centrale</i>	9,6	3,7	16,8	78,9

Source: Calculs du BIT à partir des microdonnées d'enquêtes sur la main-d'œuvre et auprès des ménages.

s'élève dans l'Asie et le Pacifique (2,5 pour cent) et dans les États arabes (2,8 pour cent), pour atteindre ses niveaux les plus élevés dans les régions de l'Europe et Asie centrale (9,6 pour cent) et les Amériques (7,6 pour cent) (voir tableau 4.1).

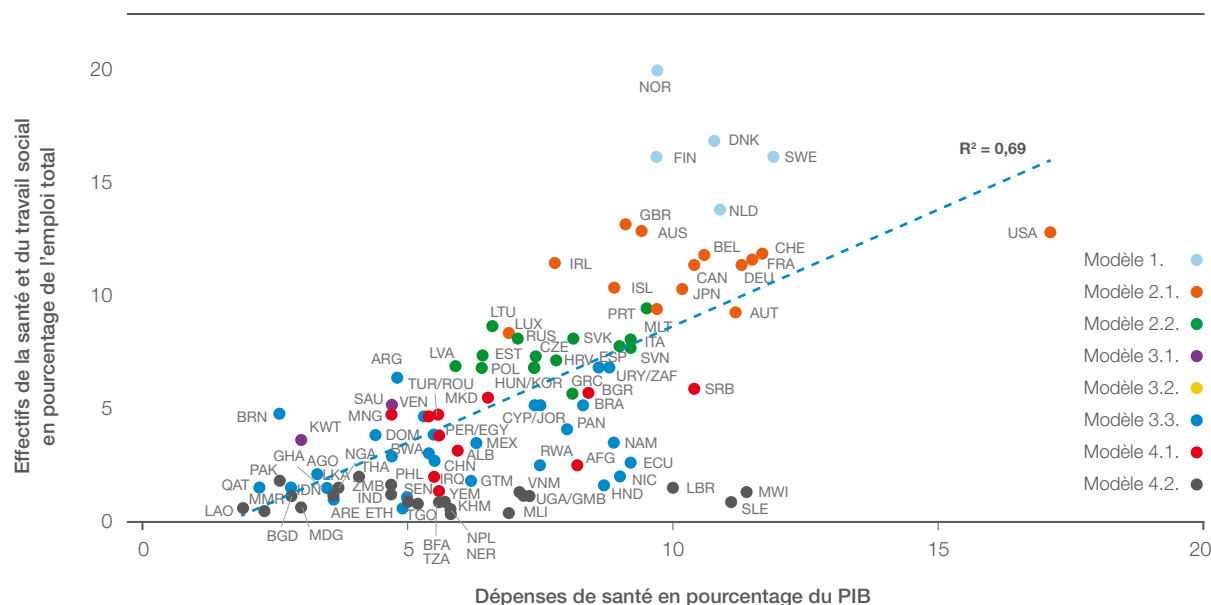
Le secteur de la santé et du travail social est une source d'emplois plus importante pour les femmes que pour les hommes: il emploie 7 pour cent des actifs occupés dans le monde. Cela est particulièrement vrai dans les régions où la part de ce secteur dans l'emploi total est la plus forte: l'Europe et Asie centrale (où ce secteur représente 16,8 pour cent de l'emploi féminin total, contre 3,7 pour cent de l'emploi masculin) et les Amériques (où ces chiffres sont respectivement de 13,8 et 3,1 pour cent). Dans ces deux régions, près de 80 pour cent des travailleurs de la santé et du travail social sont des femmes. Comme pour d'autres branches des activités de soin à autrui, les femmes sont sous-représentées dans les postes de direction et de décision, y compris dans les institutions multilatérales et mondiales qui financent la santé⁴², ainsi que dans le monde universitaire⁴³.

Les données nationales font apparaître des variations liées au niveau de dépenses dans les soins de santé et les soins de longue durée (voir figure 4.4). Deux points méritent d'être relevés. Premièrement, les quatre pays nordiques mentionnés ci-dessus se situent bien au-dessus de la moyenne, ce qui dénote que leurs dépenses dans la santé présentent un plus fort contenu d'emploi; ils sont suivis par les autres pays d'Europe. Inversement, les États-Unis se situent au-dessous de la moyenne alors que leurs dépenses exprimées en proportion du PIB sont les plus élevées de toutes. Deuxièmement, certains pays à faible revenu ont des dépenses de santé élevées au regard de leur PIB, sans pour autant atteindre un niveau suffisant d'emploi, ce qui s'explique par un niveau élevé de dépenses à la charge des bénéficiaires.

Conditions de travail et de rémunération

Comme le BIT⁴⁴ et l'Organisation mondiale de la santé (OMS)⁴⁵ le relèvent régulièrement, pratiquement tous les pays connaissent des difficultés pour recruter, affecter et

Figure 4.4. Effectifs de la santé et du travail social en pourcentage de l'emploi total et dépenses de santé en pourcentage du PIB



Note: Les modèles d'emploi sont présentés à la section 4. 2. et à la figure 4.10. Pour les codes des pays, voir l'annexe A.6.

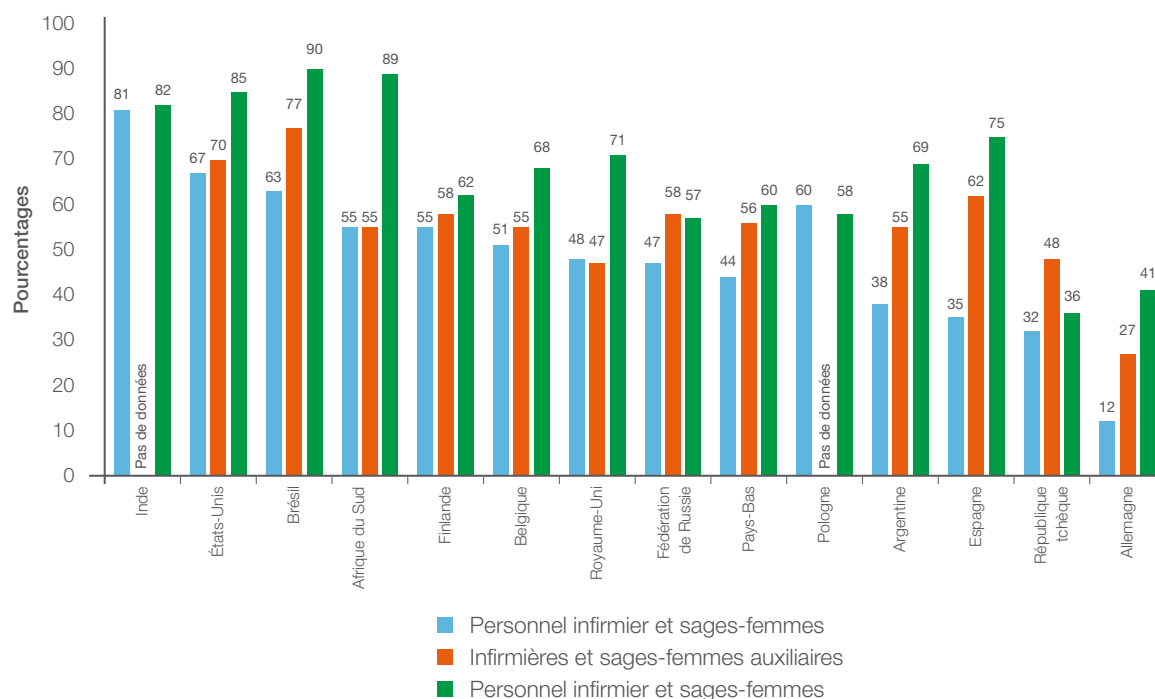
Source: Calculs du BIT à partir des microdonnées d'enquêtes sur la main-d'œuvre et auprès des ménages; OMS, 2018a.

conserver en nombre suffisant des personnels de santé bien formés là où le besoin s'en fait sentir. Les taux élevés de rotation et de départ que connaissent de nombreux pays sont principalement dus à des conditions de travail insatisfaisantes, qu'il s'agisse de la faiblesse des salaires, de la surcharge de travail, d'horaires excessifs ou de la médiocrité des perspectives de carrière.

La rémunération constitue un élément essentiel pour recruter, conserver et motiver les travailleurs de la santé et du travail social. Pour les travailleurs de la santé, la rémunération exprime la reconnaissance et la valeur accordées à leur travail. Le niveau de rémunération doit être concurrentiel et comparable avec celui de catégories professionnelles de niveau équivalent dans d'autres secteurs d'activité; il doit correspondre aux qualifications, aux responsabilités, aux fonctions et à l'expérience requises, comme cela est spécifié, par exemple, dans la recommandation (n° 157) sur le personnel infirmier, 1977, de l'OIT. Le revenu a aussi son importance pour l'indépendance des travailleurs de la santé dans la conduite de leurs activités en accord avec leur déontologie.

La figure 4.5. donne les salaires horaires de certaines professions exprimés en proportion de la rémunération des médecins. Le niveau des salaires varie considérablement: sur 16 professions de santé de 20 pays, les médecins sont les mieux rémunérés, les aides-soignants et aides à la personne se situent au bas de l'échelle, et les infirmières et sages-femmes occupent une situation intermédiaire⁴⁶. La figure fait aussi apparaître le degré de concentration de la répartition des rémunérations, la République tchèque et l'Allemagne étant les plus égalitaires, tandis que la prime au diplôme est la plus forte en Afrique du Sud, au Brésil, aux États-Unis et en Inde. Les aides-soignants sont particulièrement peu

Figure 4.5. Écarts de rémunération avec les médecins, 2011



Source: Calculs des auteurs à partir de Tijdens, de Vries et Steinmetz, 2013.

rémunérés en Afrique du Sud, au Brésil et en Inde, pays qui ont les répartitions les moins concentrées, ainsi qu'aux États-Unis, où les conditions de travail et de rémunération de cette catégorie de personnel sont proches de celles des travailleurs domestiques.

Souvent, les travailleurs de la santé et du travail social sont employés sous des formes atypiques d'emploi: travail temporaire et contrats de durée déterminée, travail intérimaire ou relation d'emploi multipartite, emploi indépendant économiquement dépendant, travail à temps partiel. Même si ces formes d'emploi, à condition d'être bien conçues et réglementées, peuvent aider les fournisseurs de services de soins de santé à réagir aux fluctuations de la demande et faciliter le remplacement de travailleurs absents, les travailleurs qui y sont engagés sont plus exposés à des déficits de travail décent: insécurité de l'emploi, rémunérations inférieures, lacunes dans la protection sociale, risques plus élevés en matière de sécurité et de santé, moindre capacité d'organisation et de négociation collective⁴⁷. Dans certains pays, on observe aussi une tendance à remplacer le personnel permanent des services publics de santé par des travailleurs sous contrat de durée déterminée et à externaliser certaines tâches⁴⁸. Si cette redistribution de l'emploi se fait par l'intermédiaire d'agences de placement, les travailleurs n'ont souvent aucune sécurité de l'emploi, sont exclus de la négociation collective et n'ont pas la même rémunération que leurs collègues salariés réguliers.

Dans le secteur de la santé, les conditions de travail ont une influence sur la qualité des soins. Les indicateurs comme les taux de morbidité et de mortalité sont étroitement associés au niveau des effectifs, à leur stabilité et à leur niveau d'instruction. Les recherches menées sur 9 pays d'Europe montrent qu'une augmentation de la charge de travail des

infirmières par patient accroît le risque de mortalité des patients de 7 pour cent dans les hôpitaux. Inversement, toute augmentation de 10 pour cent de la proportion d'infirmières diplômées est associée à une diminution de 7 pour cent de la mortalité des patients⁴⁹. Des études menées en République de Corée ont aussi établi une association entre le faible niveau des effectifs et un risque plus élevé de mortalité des patients⁵⁰. Ainsi, le travail décent dans le secteur de la santé a un rôle double, essentiel en termes de résultats: garantir une main-d'œuvre stable et des soins de qualité. Améliorer les emplois et les conditions de travail permet d'attirer et de conserver les travailleurs de la santé tout en faisant que ceux-ci assurent les soins avec plus d'efficacité.

Migrations du personnel de santé

Les migrations du personnel de santé sont caractéristiques du marché du travail mondial dans le secteur de la santé. Dans les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), la proportion moyenne de migrants est de 22 pour cent chez les médecins et de 14,5 pour cent chez les infirmières. Leur nombre a augmenté de 60 pour cent entre 2000 et 2010⁵¹. Au-delà de l'OCDE, les migrations des travailleurs de la santé présentent des modalités complexes, avec: des mouvements Sud-Sud (par exemple, des médecins cubains émigrent en Afrique du Sud, tandis qu'à Trinité-et-Tobago des médecins viennent d'Inde, de Jamaïque et du Nigéria); des mouvements intrarégionaux, tant en Afrique qu'en Amérique latine; et même des mouvements Nord-Sud, le Royaume-Uni étant le deuxième pourvoyeur de médecins en Afrique du Sud⁵².

Au niveau individuel, les différences de conditions de travail et de revenus restent les principaux motifs d'émigration des travailleurs de la santé. Ainsi, une corrélation a été observée entre le niveau de revenu dans le pays d'origine dans 17 pays d'Europe dont les professionnels de santé étaient attirés par des pays offrant des revenus supérieurs, les sorties diminuant lorsque les salaires augmentaient dans les pays d'origine⁵³. D'autres facteurs poussent le personnel de santé à quitter un pays, comme une insatisfaction générale des conditions de travail ou la recherche d'une progression professionnelle⁵⁴.

Pour compenser les effets néfastes de l'émigration dans les pays d'origine, tous les pays doivent s'assurer qu'ils peuvent conserver une main-d'œuvre autochtone afin de réduire leur dépendance à l'immigration. À cette fin, ils doivent aussi combler les déficits de travail décent dans le secteur afin de recruter et de conserver plus de travail. Suite à l'adoption en 2010 du Code de pratique mondial de l'OMS⁵⁵, 70 pays ont pris des mesures pour satisfaire eux-mêmes leurs besoins de personnel de santé en créant des emplois et en améliorant les conditions de travail et de rémunération⁵⁶. Certaines faiblesses de ce code ont aussi été relevées, comme l'absence de méthodes et de mécanismes clairs pour assurer et contrôler son application⁵⁷.

Dans les pays de destination, la situation précaire des travailleurs migrants fait que leurs conditions de travail sont souvent mauvaises. Cela est particulièrement vrai pour les aides à la personne résidant chez le bénéficiaire (voir ci-après). Les travailleurs migrants qui sont en situation irrégulière ne sont pas à même de faire valoir leurs droits par crainte de perdre leur emploi et d'être expulsés. L'isolement et le manque d'informations sur leurs droits de travailleurs expliquent aussi leurs mauvaises conditions de travail⁵⁸.

Catégories particulières de travailleurs de la santé

Personnel infirmier et sages-femmes

Dans toutes les régions, les infirmières et les sages-femmes constituent la première catégorie professionnelle des soins de santé. La convention (n° 149) et la recommandation (n° 157) sur le personnel infirmier, 1977, établissent les normes du travail de base de ce personnel: éducation et formation appropriées pour l'exercice de ses fonctions; conditions d'exercice de la profession; dispositions législatives en matière d'hygiène et de sécurité du travail; durée du travail, congés et sécurité sociale; participation à la planification et aux décisions concernant la politique nationale de santé en général et celles concernant la profession en particulier.

De toutes les professions de santé, le personnel infirmier est le plus féminisé, avec un taux pouvant aller jusqu'à 90 pour cent dans certains pays⁵⁹. À l'origine, la profession était exercée par des femmes dans des hôpitaux où les infirmières étaient subordonnées aux médecins et n'avaient guère de formation. L'acquisition de qualifications formelles s'est faite progressivement avec l'apparition des écoles d'infirmières au milieu du XX^e siècle, parallèlement à l'établissement de critères de certification. La féminisation de la profession (comme sa respectabilité) a été maintenue par l'accent mis sur des traits de caractère identifiés comme féminins – sacrifice de soi, altruisme, intégrité morale et soumission – et essentiels pour une infirmière compétente⁶⁰. Aussi bien les stéréotypes qui associent la capacité d'assurer des soins à des compétences et des propensions «intrinsèquement» féminines que la hiérarchie hospitalière restent en vigueur aujourd'hui, malgré les avancées de la professionnalisation⁶¹. La sous-estimation du statut des infirmières au sein du personnel de santé et dans la société en général a été documentée dans plusieurs pays comme l'Argentine⁶², l'Australie⁶³ ou les États-Unis⁶⁴.

Parallèlement à la professionnalisation, on constate un processus de déqualification pour réduire les coûts en transférant certaines tâches à des personnels moins rémunérés: aides-soignants, auxiliaires, infirmières moins formées⁶⁵, agents de santé des communautés locales⁶⁶.

Comme le montre la figure 4.5, la rémunération des infirmières et des sages-femmes diplômées est environ de moitié inférieure à celle des médecins, et celle des auxiliaires équivaut à 40 pour cent de cette dernière⁶⁷. Le salaire des infirmières variera selon qu'elles travaillent dans les soins de santé ou dans les soins de longue durée, la rémunération étant inférieure dans ces derniers en Allemagne, aux États-Unis et en Nouvelle-Zélande⁶⁸. Il existe aussi un écart salarial entre hommes et femmes: aux États-Unis, les femmes constituent environ 70 pour cent du personnel infirmier, mais elles gagnent moins que leurs collègues masculins, y compris dans la même spécialité⁶⁹.

Pour compenser la faiblesse de leurs salaires, les infirmières et les infirmières auxiliaires ont souvent recours aux emplois multiples, aux heures supplémentaires ou à la multiplication des équipes qu'elles assurent⁷⁰, pratiques qui ont des effets négatifs sur la qualité des soins⁷¹, l'équilibre entre travail et vie de famille, ainsi que le maintien dans l'emploi⁷². Le manque de personnel et la surcharge de travail sont aussi des problèmes, comme l'ont montré des études sur les hôpitaux en El Salvador⁷³ et au Canada⁷⁴ et sur les soins de longue durée aux États-Unis⁷⁵. Des violences, verbales et physiques, à

l'encontre des infirmières et des sages-femmes ont été observées dans nombre de situations, souvent associées avec un manque de personnel et des «exigences» de la part de patients du secteur privé⁷⁶.

Il existe des exemples d'évolutions positives dans certains pays. Ainsi, en Finlande, le syndicat des infirmières a réussi à négocier des modifications de la structure des équipes – horaires prévisibles, période de repos minimal entre deux services, garantie de deux jours consécutifs de congés –, ce qui a débouché sur une plus forte motivation, un taux plus élevé de maintien dans l'emploi et une amélioration de la qualité des soins infirmiers⁷⁷. Aux États-Unis, les hôpitaux ont adapté leur roulement (et les écoles d'infirmières, leurs emplois du temps) pour accentuer la professionnalisation des infirmières, avec toutefois un coût pour celles qui doivent cumuler formation et travail⁷⁸.

Selon le cadre institutionnel du pays de destination, les conditions de travail des infirmières migrantes peuvent plus ou moins différer de celles de leurs collègues autochtones. Au Royaume-Uni, par exemple, les infirmières philippines et indiennes jouissent des mêmes conditions de travail que leurs collègues nationales, mais on observe des différences évidentes en matière de sécurité de l'emploi, d'identité professionnelle et de reconnaissance. Les infirmières migrantes se voient plus souvent affectées aux équipes de nuit, en situation de surcharge de travail ou victimes de discriminations ou d'inégalités de traitement en raison de leur origine ethnique⁷⁹.

Il est particulièrement difficile pour les infirmières migrantes de faire reconnaître et certifier leurs qualifications. Ainsi, les infirmières qualifiées non originaires de l'Union européenne qui souhaitent pratiquer au Royaume-Uni en tant qu'infirmières diplômées doivent obtenir leur qualification auprès du Conseil du personnel infirmier et des sages-femmes et passer un test de compétence auprès du Programme pour le personnel infirmier étranger (ONP), qui vérifie leur aptitude à pratiquer dans le milieu des soins de santé du Royaume-Uni. Durant la procédure⁸⁰, les employeurs peuvent offrir aux infirmières migrantes des emplois d'«auxiliaires formées à l'étranger» ou d'«assistantes de soins de santé», mais cela revient à employer du personnel qualifié à moindre coût⁸¹. En Australie, les infirmières et les sages-femmes qualifiées immigrées travaillent comme «assistantes de soins infirmiers», parce que leurs qualifications ne sont pas reconnues⁸².

Personnel de l'aide à la personne

Le personnel de l'aide à la personne apporte une assistance directe dans les activités quotidiennes d'alimentation, de toilette et de contrôles de santé élémentaires⁸³. Ces travailleurs sont particulièrement présents dans les soins de longue durée, que ce soit en institution, à domicile ou dans des établissements de proximité⁸⁴. Dans les pays de l'OCDE, ils constituent plus de 60 pour cent de l'emploi dans les soins de longue durée⁸⁵. La plupart d'entre eux (56 pour cent)⁸⁶ assurent des soins à domicile, avec des conditions de travail, des avantages sociaux et des salaires inférieurs à ceux de leurs homologues qui travaillent en institution. Équipes de nuit ou fragmentées, durées de travail très courtes, contrats de durée déterminée ou précaires sont très fréquents dans les soins à domicile, de même que le manque de compensation des dépenses et du temps de trajet. L'isolement de ces travailleurs peut être synonyme d'insécurité, et des

Encadré 4.2. Personnes handicapées: assistance à la personne et autonomie

Les assistants personnels sont des travailleurs de soutien soit employés directement par une personne handicapée ou âgée, soit mis à son service. Bien que le présent rapport définisse toutes ces fonctions comme des activités de soin, il existe au sein du mouvement des personnes handicapées un rejet du terme «soin», jugé paternaliste, et une préférence pour les termes «assistance» et «soutien», voire «aide». Le mouvement des personnes handicapées souhaite que les activités de soin consistent en un ensemble de tâches contractuelles et neutres.

Les personnes handicapées sont en général libres d'employer qui elles veulent, d'organiser le soutien dont elles bénéficient de la façon qu'elles souhaitent et d'établir à cet effet une relation sans la supervision d'organismes publics, professionnels ou du tiers secteur. Cette liberté est très gratifiante: lorsque les personnes handicapées ont la maîtrise des modalités de soutien, cela donne de meilleurs résultats et présente des avantages pour les deux parties. Mais cela peut aussi être source de problèmes et de risques. Du fait que les assistants personnels sont en général hors réglementation et non syndiqués, il existe des risques d'abus ou d'exploitation soit de l'employeur handicapé – qui est souvent vulnérable –, soit du salarié, qui peut être une femme, nouvellement arrivée dans le pays et incapable d'échapper à sa situation, surtout si elle vit au domicile de son employeur. Ces relations et les résultats qu'elles donnent peuvent être améliorés par de la formation, tant à l'intention des personnes handicapées en tant qu'employeurs qu'à celle des travailleurs, quant à ce qu'on peut exiger d'un assistant personnel.

Source: Shakespeare et Williams, à paraître.

conflits d'intérêts peuvent éclater entre les bénéficiaires, les membres de la famille et le personnel de soin à propos des connaissances, du comportement ou des responsabilités de ce dernier⁸⁷.

Au Royaume-Uni, les assistants personnels (voir encadré 4.2) perçoivent en général un salaire horaire supérieur à celui des autres travailleurs du soin. La flexibilité et de bonnes conditions de travail rendent ce type d'emploi attractif pour certains travailleurs⁸⁸. Toutefois, la plupart des travailleurs de l'aide à la personne perçoivent des salaires inférieurs à ceux des autres professions de santé. Comme on le voit à la figure 4.5, ils peuvent gagner à peine 10 pour cent de ce que gagne un médecin (au Brésil) ou 40 pour cent dans les pays où la répartition des salaires est la plus concentrée (Allemagne)⁸⁹. Dans certains pays, les aides à la personne perçoivent des salaires qui se situent en moyenne 1 pour cent au-dessus du seuil de pauvreté⁹⁰.

Tant la surqualification que le manque de qualifications caractérisent le personnel de l'aide à la personne. Nombre de travailleurs n'ont que peu de formation formelle, et même lorsqu'une certification est requise la majorité d'entre eux n'a pas les qualifications appropriées⁹¹. La surqualification est aussi courante, notamment dans le cas des travailleurs migrants qualifiés (comme les infirmières), qui ne peuvent faire valoir leur certification et sont victimes de pratiques de recrutement injustes ou abusives⁹². Les travailleurs migrants qui vivent au domicile du bénéficiaire et sont présents vingt-quatre heures sur vingt-quatre sont exposés à l'exploitation personnelle et financière, car ils sont souvent dans l'impossibilité de mettre fin à la relation de travail⁹³. Leur isolement les

Encadré 4.3. Une association coopérative de soins à domicile

L'association coopérative de soins à domicile Cooperative Home Care Associates (CHCA) est à la fois le premier prestataire de services de soins à domicile et la plus importante coopérative de travailleurs des États-Unis. Basée à New York et fondée en 1985, elle propose des soins à domicile de qualité aux patients tout en garantissant un travail décent aux prestataires. Ses effectifs se montent aujourd'hui à plus de 2 050 personnes, presque toutes latino-américaines ou afro-américaines. Chaque année, elle offre une formation gratuite à 600 femmes au chômage et ayant de faibles revenus. Elle est une source significative d'emplois dans le Bronx.

Ses salariés bénéficient d'un travail à plein temps, de salaires concurrentiels, de la rémunération des heures supplémentaires à 150 pour cent du taux de base, de la propriété de l'entreprise, d'un mentorat par les pairs, de cours d'éducation financière et d'une supervision qui équilibre conseil, soutien et responsabilité.

Source: CHCA, 2018.

empêche de se syndiquer ou s'affilier à d'autres organisations, comme des coopératives de travailleurs, bien que l'on rencontre des exemples contraires (voir encadré 4.3). En outre, bien que les aides à la personne travaillant pour des ménages privés soient censés bénéficier des dispositions de la convention (n° 189) sur les travailleuses et travailleurs domestiques, 2011, ils sont souvent privés de toute protection effective. Pourtant, dans la plupart des pays développés, ils sont de plus en plus indispensables à la prestation des soins de santé et des soins de longue durée⁹⁴.

Des études qualitatives récentes ont été menées à Londres, Madrid et Paris sur les travailleurs de l'aide à la personne, migrants ou issus des minorités ethniques et exerçant principalement dans des institutions pour personnes âgées ayant des besoins importants. Elles mettent en évidence le racisme et le sexisme auxquels ces travailleurs sont en butte, y compris de la part des personnes dont ils s'occupent. Les travailleurs avaient le sentiment que ces manifestations de racisme étaient ignorées ou du moins passaient après la vulnérabilité des résidents âgés ou handicapés. Le racisme et le sexisme étaient tellement répandus que les directions des établissements considéraient que le fait d'être capable de faire avec faisait partie des compétences émotionnelles requises des travailleurs⁹⁵. Toutefois, les syndicats ont remis en cause cette manière de voir. La Fédération syndicale européenne des services publics (FSESP) s'est vigoureusement opposée à la proposition émise par les autorités publiques suédoises de donner aux personnes âgées le droit de refuser le personnel de l'aide à la personne au motif de sa couleur de peau ou de sa condition d'immigré⁹⁶.

Le manque de reconnaissance de l'apport social du personnel de l'aide à la personne, de la part des membres de la famille des bénéficiaires, des directions et de la collectivité dans son ensemble, a des conséquences sur l'estime de soi, les salaires et les conditions d'emploi de ce personnel. Les valeurs culturelles relatives au vieillissement et au contact avec le corps humain sont d'importants facteurs de ce manque de reconnaissance, le travail de l'aide à la personne étant considéré comme un «sale boulot», au statut inférieur

Tableau 4.2. Agents de santé des communautés locales: densité, âge moyen et proportion de femmes

Pays / région	Densité (pour 1 000 habitants)	Âge moyen	Proportion de femmes
Afrique subsaharienne	0,34	32	68
Libéria	2,15	25	38
Ouganda	0,74	30	70
République-Unie de Tanzanie	0,47	29	51
Zambie	3,13	32	57

Source: Montefiori, Cattaneo et Licata, à paraître.

et mal rémunéré⁹⁷. Parallèlement, toute une rhétorique sur l'amour, la vertu et le soin à autrui, selon laquelle la demande d'argent est fondamentalement opposée à la notion de dévouement et d'altruisme, sert de prétexte pour ignorer ou rejeter les demandes d'augmentation de salaire⁹⁸.

Toutefois, les normes culturelles ne sont pas seules à déterminer les conditions de travail et de rémunération des travailleurs de l'aide à la personne. S'y ajoutent la marchandisation et l'externalisation des services de soins de longue durée en vue d'abaisser leur coût. Les coupes dans les dépenses publiques se traduisent par une rémunération moindre des prestataires privés, qui se répercute sur les salariés par une dégradation de leurs conditions de travail et de rémunération⁹⁹.

Agents de santé des communautés locales et bénévoles

Les agents de santé des communautés locales assurent un travail d'éducation et de conseils sanitaires relatifs à toute une série de services, de même qu'ils apportent un soutien et une assistance aux collectivités, aux familles et aux individus, qu'il s'agisse de prévention ou de conseils pour avoir accès aux traitements et aux services sociaux appropriés. Ils servent d'intermédiaires entre les prestataires des services de santé ou sociaux et la population qui, sans eux, aurait du mal à accéder à ces services¹⁰⁰. Souvent, ils manquent de formation et de ressources, sont sous-payés ou non rémunérés et recrutés pour pallier un manque de personnel de santé¹⁰¹. En Afrique subsaharienne, 68 pour cent de ces agents sont des femmes, pour la plupart jeunes (voir tableau 4.2), et 59 pour cent n'ont qu'un niveau d'instruction primaire. Dans leur très grande majorité, ils ne sont pas rémunérés; 43 pour cent d'entre eux bénéficient de compensations non monétaires; et 23 pour cent, d'indemnités. En outre, ils supportent des coûts, de transport notamment, pour lesquels ils sont rarement indemnisés¹⁰². Le faible niveau d'indemnisation a pour conséquence un fort taux de départ qui sape l'efficacité des programmes axés sur les communautés locales¹⁰³.

Dans les pays à faible revenu, les agents de santé des communautés locales ont un statut inférieur et des conditions de travail insatisfaisantes. Ils activent leurs liens avec le secteur de la santé pour ce qui est des recommandations, des médicaments, de l'équipement, de la formation et de la supervision, mais ils manquent souvent de soutien lorsque les systèmes de santé sont défaillants¹⁰⁴. En outre, ces travailleurs n'ont pas de perspectives

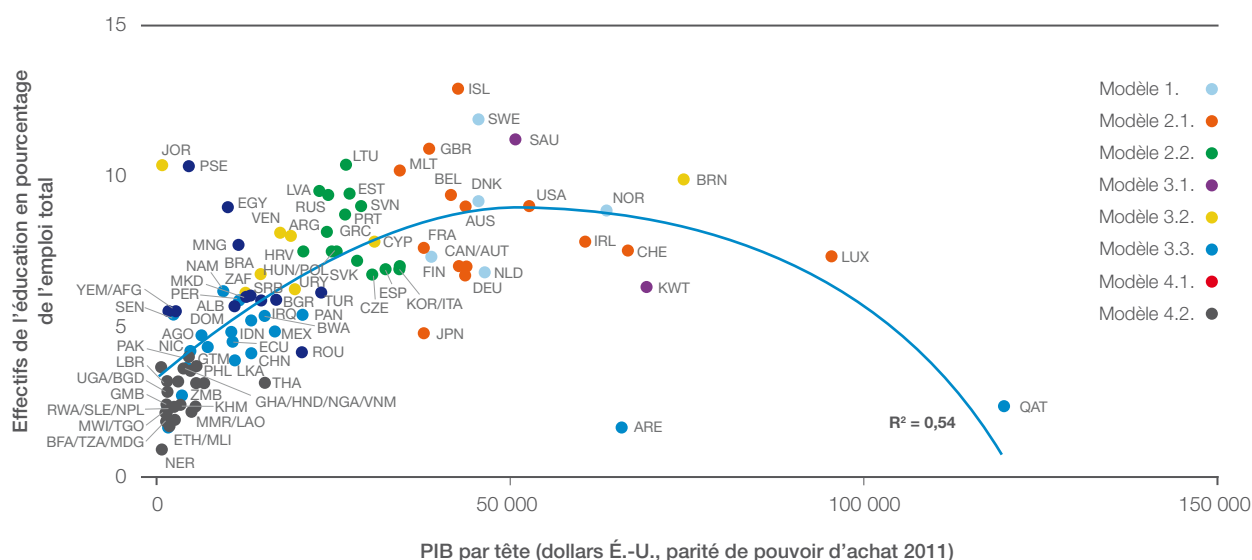
de carrière, ce qui est une source d'insatisfaction. En Afrique subsaharienne, les prestataires à domicile qui travaillent au sein de la communauté locale pour atténuer les conséquences du VIH et du sida, en général dans le cadre d'une organisation locale¹⁰⁵, n'ont pas les fournitures adéquates et sont isolés sur le plan professionnel¹⁰⁶.

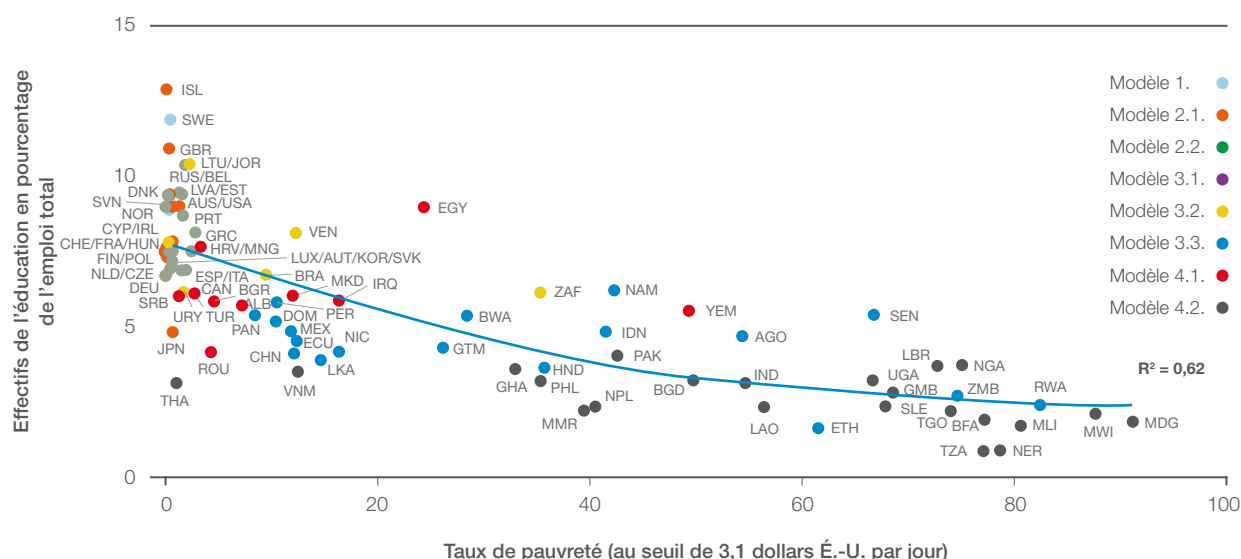
Dans les pays à revenu élevé, des travailleurs bénévoles fournissent une aide importante dans le secteur de la santé et du travail social, quelquefois en remplacement du personnel de santé. Aux Pays-Bas, environ 1 million de volontaires travaillaient dans le secteur de la santé et du travail social en 2003. Un sixième d'entre eux déclaraient effectuer des tâches dont ils pensaient qu'elles auraient dû être exécutées par des professionnels, et 17 pour cent déclaraient n'être pas au clair quant à leurs tâches¹⁰⁷. En Australie, sur 5,8 millions de bénévoles, 10 pour cent déployaient leur activité dans le secteur de la santé en 2014. Les trois quarts des bénévoles dans les services de santé sont des femmes¹⁰⁸.

4.2.2. Éducation

En 2018, l'éducation occupait 157 millions de personnes, soit 4,8 pour cent de l'emploi total à l'échelle mondiale. On observe une expansion de cet emploi dans l'éducation de base depuis 2000. Il existe une corrélation positive entre les effectifs de l'éducation et le développement économique, mais moins forte que dans le cas de la santé et du travail social, ce qui indique des résultats relativement bons dans les pays à revenu faible et intermédiaire. La figure 4.6 montre que plusieurs pays, d'Europe et d'Asie centrale pour la plupart, se situent au-dessus de la moyenne. Dans la même logique, le taux de pauvreté est fortement corrélé avec un faible taux d'emploi dans l'éducation, ce qui touche surtout les pays d'Afrique.

Figure 4.6. Relations entre les effectifs de l'éducation, le PIB par tête et le taux de pauvreté





Note: Les modèles d'emploi sont présentés à la section 4.2 et à la figure 4.10. Pour les codes des pays, voir l'annexe A.6.

Source: Calculs du BIT à partir des microdonnées d'enquêtes sur la main-d'œuvre et auprès des ménages; Banque mondiale, 2018a.

Au niveau régional, c'est en Afrique que les effectifs de l'éducation exprimés en pourcentage de l'emploi total sont les plus faibles, avec 3,3 pour cent; vient ensuite la région de l'Asie et du Pacifique, avec 3,8 pour cent. Cette proportion est à peu près égale dans les autres régions, avec 7,8 pour cent en Europe et Asie centrale, 7,1 pour cent dans les Amériques et 7 pour cent dans les États arabes (voir tableau 4.3).

Le secteur de l'éducation est une source d'emplois plus importante pour les femmes que pour les hommes: il occupe 7,4 pour cent de toutes les femmes qui ont un emploi, pourcentage qui est de 3,1 pour les hommes. Toutefois, le taux de féminisation dans l'éducation (60,6 pour cent) n'est pas aussi fort que dans la santé et le travail social

Tableau 4.3. Personnel de l'éducation, selon la région et le sexe: effectifs en pourcentage de l'emploi total et taux de féminisation

	Effectifs de l'éducation	Effectifs de l'éducation Hommes	Effectifs de l'éducation Femmes	Taux de féminisation (%)
<i>Monde</i>	4,8	3,1	7,4	60,6
<i>Afrique</i>	3,3	3,1	3,6	46,4
<i>Amériques</i>	7,1	3,7	11,6	69,6
<i>États arabes</i>	7,0	4,3	22,6	47,4
<i>Asie et Pacifique</i>	3,8	2,8	5,7	54,4
<i>Europe et Asie centrale</i>	7,8	3,7	12,7	73,8

Source: Calculs du BIT à partir des microdonnées d'enquêtes sur la main-d'œuvre et auprès des ménages.

(69,6 pour cent). Ici aussi, ce taux est d'autant plus fort que le niveau d'emploi dans le secteur est élevé. Par exemple, en Europe et Asie centrale, l'emploi dans l'éducation représente 12,7 pour cent de l'emploi féminin, contre 3,7 pour cent de l'emploi masculin, tandis que dans les Amériques ces pourcentages sont respectivement de 11,6 et 3,7. La main-d'œuvre de l'éducation est plus masculine dans les pays d'Afrique à forte population rurale. Dans les États arabes, le schéma identifié pour la santé et le travail social se répète, avec une différence notable: la région présente la plus forte proportion d'hommes employés dans l'éducation, en pourcentage de l'emploi masculin total, avec 4,3 pour cent.

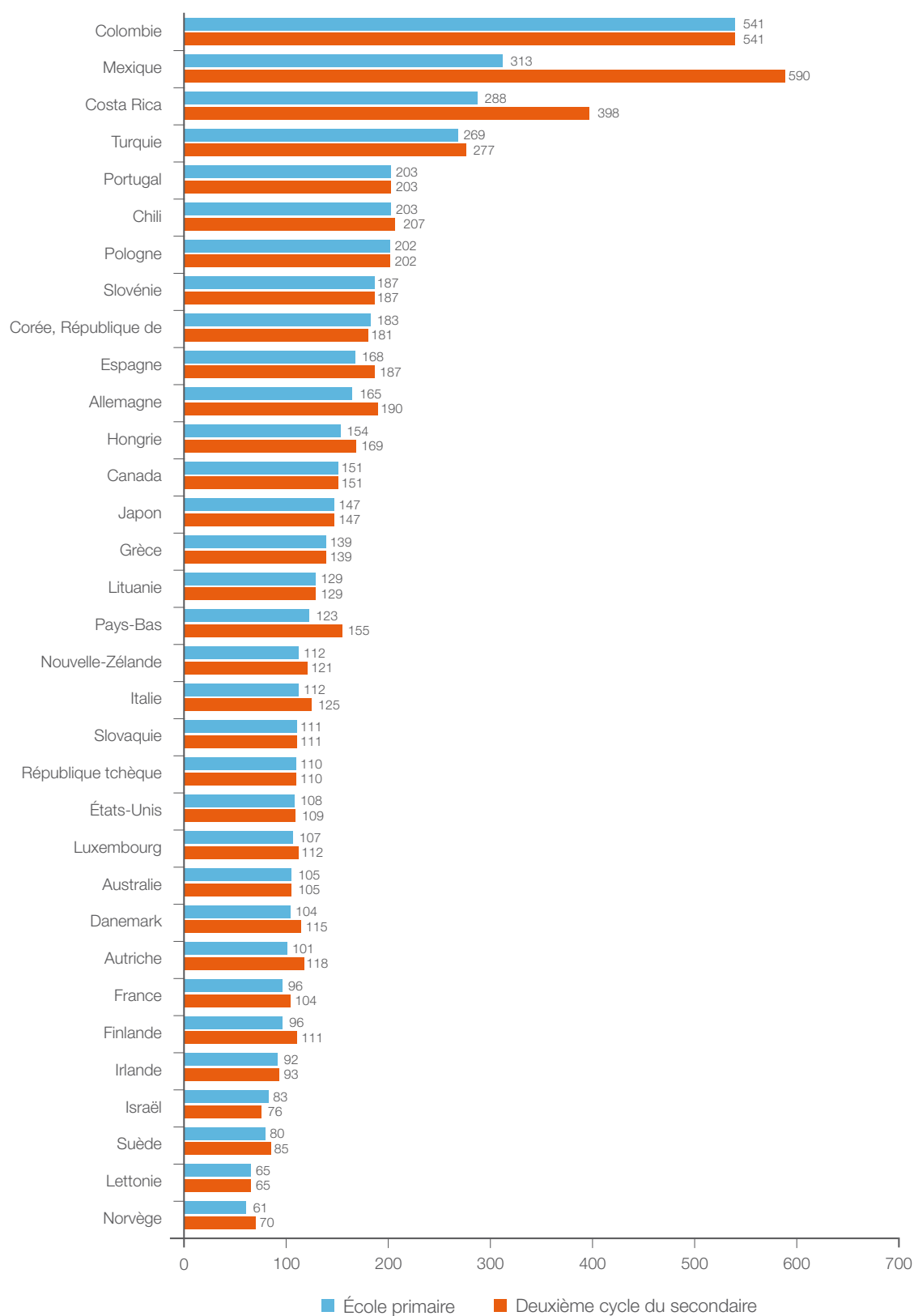
Conditions de travail et de rémunération

Les salaires des enseignants constituent le poste de dépenses le plus important dans le secteur de l'éducation. Dans la plupart des pays de l'OCDE, ce salaire augmente avec le niveau d'enseignement: les enseignants du deuxième cycle de l'enseignement secondaire sont payés environ 25 pour cent de plus que ceux de l'école primaire. La figure 4.7 montre que le salaire annuel des enseignants ayant quinze ans d'ancienneté dépend du PIB par tête, légèrement inférieur dans les pays à revenu élevé et relativement supérieur dans les pays à faible revenu. Les données sur le Costa Rica et le Mexique montrent aussi des différences sensibles entre les enseignants du deuxième cycle de l'enseignement secondaire et ceux de l'école primaire, mais ailleurs ils sont le plus souvent similaires.

Avec le creusement des dettes nationales et les mesures prises en réaction à la crise financière de 2008, les dirigeants des pays de l'OCDE ont cherché à réduire les dépenses publiques dans l'éducation, notamment la masse salariale¹⁰⁹. La crise économique de 2008 a eu des conséquences directes sur le salaire des enseignants, qui a été gelé, voire réduit, dans certains pays. Entre 2005 et 2015, le salaire de base des enseignants a diminué d'environ un tiers en termes réels dans les pays pour lesquels on dispose de données. Cette diminution, dans l'enseignement primaire et secondaire, est allée d'environ 10 pour cent au Royaume-Uni et au Portugal jusqu'à 28 pour cent en Grèce¹¹⁰. Dans les pays de l'OCDE, le salaire des enseignants est en moyenne inférieur à celui des travailleurs à plein temps âgé de 25 à 64 ans qui ont un niveau d'instruction supérieur. En outre, par comparaison avec les autres travailleurs, la progression liée à l'ancienneté est plus lente¹¹¹.

Ces dernières décennies, on constate une augmentation de l'emploi temporaire et à temps partiel dans l'éducation. L'emploi temporaire représente plus de 20 pour cent de l'emploi dans l'éducation dans les pays tels que l'Espagne, la Finlande, la Grèce et le Portugal. On observe aussi que les femmes sont surreprésentées dans ces formes atypiques d'emploi. Ainsi, en Allemagne et au Royaume-Uni, sur la période 2009-2011, la proportion d'enseignantes employées à temps partiel était supérieure à 30 pour cent, proportion de 10 pour cent environ chez hommes¹¹². On observe une différence du même ordre entre hommes et femmes pour ce qui est des contrats de durée déterminée dans pratiquement tous les pays de l'Union européenne étudiés; le phénomène est particulièrement marqué en Irlande, en Norvège et aux Pays-Bas, où la proportion de femmes ayant des contrats de durée déterminée était deux fois supérieure à celle des hommes sur cette même période.

Figure 4.7. Salaire annuel des enseignants ayant quinze ans d'ancienneté en pourcentage du PIB par tête, 2015



Sources: OCDE, 2018c; Banque mondiale, 2018a.

Migrations des travailleurs de l'éducation

On observe des migrations de travailleurs de l'éducation dans toutes les régions du monde. Une analyse de la base de données sur les immigrants dans les pays de l'OCDE, qui ne porte que sur les années 2000, montre qu'aux États-Unis et dans les autres pays développés les enseignants étrangers provenaient pour la plupart d'autres pays de l'OCDE (migrations Nord-Nord et internes à l'OCDE), de pays ayant une histoire coloniale partagée (c'est-à-dire du Commonwealth) et de pays de même langue (c'est-à-dire anglophones)¹¹³. Les migrations d'enseignants sont particulièrement fréquentes entre les pays ayant des systèmes éducatifs de langue anglaise: Afrique du Sud, Australie, Canada, États-Unis, Inde, Jamaïque, Malaisie et Royaume-Uni¹¹⁴. Lorsque l'anglais n'est pas la première langue d'instruction, des migrations se produisent, mais à un degré nettement moindre.

Les migrations des enseignants présentent un potentiel de «retour des cerveaux», par lequel les pays d'origine tirent avantage des connaissances et qualifications acquises à l'étranger par les travailleurs qui ont émigré. Toutefois, on manque de données sur l'ampleur de ce phénomène, sur les catégories de travailleurs auxquelles il s'applique, ainsi que sur les pays de destination et d'origine¹¹⁵. En revanche, on dispose de données sur les enseignants indiens ayant émigré aux États-Unis¹¹⁶ et au Royaume-Uni, ainsi que sur les participants à des échanges d'enseignants en Espagne, en France et aux États-Unis¹¹⁷, qui mettent en évidence les bénéfices des migrations en termes de développement et d'enrichissement. C'est en partie grâce à l'analyse de ces données que les avantages des migrations temporaires et circulaires ont été mis en évidence. Les échanges d'enseignants garantissent que ceux-ci retourneront dans leur pays soit à l'issue d'une période déterminée, soit périodiquement selon un calendrier établi, ce qui permet à la fois de satisfaire les besoins du pays de destination et d'assurer au pays d'origine le retour ou la circulation des cerveaux, c'est-à-dire de prévenir la fuite des cerveaux¹¹⁸. Malgré ces avantages, les migrations circulaires des travailleurs peuvent avoir des conséquences négatives sur les droits de ces derniers, avec entre autres des risques de déqualification ou de surqualification¹¹⁹.

Catégories particulières de travailleurs de l'éducation

Personnel de l'éducation et de la protection de la petite enfance

Tant dans les pays développés que dans les pays en développement, le statut, la rémunération et les avantages sociaux du personnel de la petite enfance sont inférieurs à ceux des enseignants de l'école primaire, avec pour conséquence un faible niveau aussi bien de satisfaction au travail que de maintien dans l'emploi¹²⁰.

Ainsi, si les heures de présence en classe peuvent être identiques à celles des enseignants de l'école primaire, peu de pays en développement rémunèrent le temps de préparation hors de la classe. Le personnel du secteur privé, que ce soit dans les pays de l'OCDE ou dans les pays à revenu inférieur et intermédiaire, est en général moins bien rémunéré, car ce secteur ne garantit pas les mêmes salaires et avantages sociaux que l'enseignement public¹²¹. L'Argentine fait exception à cette règle, car les institutions de fixation des salaires sont les mêmes pour la petite enfance et le primaire, ainsi que pour le public et le privé, ce qui peut aussi s'expliquer par un degré élevé de syndicalisation¹²².

Dans les pays de l'OCDE, bien que les enseignants du niveau préprimaire doivent en général être titulaires d'une licence, ils perçoivent un salaire équivalent à seulement 78 pour cent de la rémunération moyenne d'un travailleur de 25 à 64 ans ayant un niveau d'instruction supérieur et travaillant à plein temps, et inférieur à celui de leurs collègues de l'enseignement primaire ou secondaire¹²³. Cela s'explique aussi par le peu de valeur et de reconnaissance accordé à cette profession très fortement féminisée et très peu syndiquée. Une étude sur les systèmes de protection et d'éducation de la petite enfance de 17 pays, appartenant à presque toutes les régions du monde, concluait que «le personnel de la petite enfance reste pour la plupart non syndiqué, notamment dans le secteur privé»¹²⁴. Ce faible taux de syndicalisation a pour conséquence un manque de dialogue social. Cela est surtout vrai dans les pays en développement. En outre, les associations ou syndicats sont souvent dominés par les enseignants des degrés supérieurs et ne s'intéressent guère au personnel d'un secteur jugé subalterne, mais considéré comme un concurrent dans l'obtention des financements publics¹²⁵.

Dans les pays de l'OCDE, on peut ajouter une distinction au sein du personnel selon qu'il s'occupe des enfants de moins de 3 ans ou des enfants de 3 à 6 ans (ou bien jusqu'à l'âge d'entrée à l'école primaire). Les enseignants de l'école préprimaire ont en général une formation initiale plus avancée et de meilleures conditions d'emploi que le personnel des services qui accueillent les enfants les plus jeunes, surtout si ces services ne sont pas intégrés au système éducatif. Lorsque les systèmes sont intégrés, les qualifications et niveau d'instruction requis sont plus homogènes et les conditions de travail meilleures pour tout le personnel de la petite enfance¹²⁶.

Enseignants de l'école primaire

Les enseignants de l'école primaire des pays développés sont en général mieux lotis que leurs collègues des pays en développement pour ce qui est des conditions de travail, du salaire et du statut¹²⁷. Toutefois, certains membres du personnel de l'enseignement primaire ont une moins bonne situation, y compris dans les pays développés, notamment le personnel auxiliaire et les personnes recrutées pour s'occuper d'enfants ayant des handicaps ou des besoins particuliers. Au Royaume-Uni, le nombre d'enseignants auxiliaires a été multiplié par trois au cours des vingt dernières années dans le cadre d'une réorganisation du personnel de l'éducation et de programmes d'intégration sociale. Toutefois, une étude menée au Royaume-Uni et en Italie montre que ces enseignants sont souvent isolés dans certaines classes et que leurs rôles et responsabilités sont moins bien définis que ceux des autres enseignants¹²⁸. En général, ils sont aussi défavorisés en ce qui concerne leur contrat et leur rémunération, de même que leur niveau et leurs possibilités en matière de formation et de qualification¹²⁹.

En Afrique, les enseignants du primaire, surtout en zones rurales, connaissent des conditions de travail très difficiles, en particulier des classes surchargées avec un nombre d'élèves par enseignant pouvant atteindre 70 à 80¹³⁰. Pour pallier le manque d'enseignants, certains gouvernements d'Afrique ont recruté des jeunes en tant que contractuels ou agents des communautés locales, avec une période de formation très courte. Tel était le cas, en 2008, de la grande majorité des enseignants du primaire au Mali, avec 48 pour cent de jeunes contractuels et 31 pour cent d'agents des communautés locales, contre 21 pour cent seulement d'enseignants appartenant à la fonction publique¹³¹. La

rémunération et le statut inférieurs des contractuels, par comparaison avec la situation sûre et stable des fonctionnaires, expliquent en partie leur manque de motivation et de satisfaction au travail, donc une qualité de l'enseignement médiocre et des taux élevés de départ.

Un autre sujet de préoccupation pour la qualité de l'enseignement primaire des pays à faible revenu est le fait que les enseignants prennent un deuxième emploi à cause du faible niveau et des retards de versement de leur rémunération¹³². Il s'ensuit un fort taux d'absentéisme. Les données sur l'Afrique montrent qu'entre 23 pour cent (en Mauritanie) et plus de 70 cent (au Tchad) des enseignants ont une autre activité rémunératrice qui souvent empiète sur le temps de préparation, voire la présence en classe¹³³.

Personnel universitaire

Par personnel universitaire on entend les professeurs de l'enseignement supérieur et les chercheurs à plein temps. L'expansion et la mondialisation de l'enseignement supérieur, ainsi que la diminution des financements publics, ont des conséquences significatives pour le personnel universitaire. On observe un accroissement de l'emploi atypique, avec un recours croissant aux contrats de durée déterminée, ainsi qu'une tendance à moins de sécurité dans les conditions d'emploi et à l'exercice de plus fortes pressions, qu'il s'agisse des résultats exigés ou de la concurrence entre les jeunes universitaires¹³⁴. La diversification de la profession a aussi multiplié les possibilités d'emploi offertes par divers établissements universitaires ou par des universités associées à des entreprises. On observe également une accentuation des inégalités entre hommes et femmes dans l'accès aux situations les plus stables¹³⁵.

En 2011, 64 pour cent de tous les enseignants et chercheurs des universités publiques d'Espagne étaient titulaires de contrats temporaires. Cette proportion augmente régulièrement depuis le milieu des années 1990 et elle dépasse même celle que l'on observe dans les universités privées (53 pour cent)¹³⁶. Toujours en 2011, 33 pour cent des professeurs d'université travaillaient à temps partiel. En Allemagne, le nombre de salariés des universités a pratiquement doublé entre 1992 et 2009, alors que le nombre de professeurs restait stable. Au cours de la même période, la proportion d'assistants recrutés sous contrat de durée déterminée est passée de 63 à 83 pour cent. Les jeunes universitaires se voient souvent proposer des postes à temps partiel, bien que de fait ils travaillent à plein temps, avec des conséquences préjudiciables sur leurs revenus¹³⁷. Les facteurs qui expliquent cette augmentation des emplois atypiques sont la surabondance de l'offre de diplômés de l'université et d'enseignants, des qualifications plus aisément transférables d'une profession à l'autre et des différences de régimes contractuels entre le secteur public et le secteur privé, ainsi que des coupes dans les dépenses publiques d'éducation¹³⁸. En outre, les fonds publics de la recherche sont souvent alloués à des projets extérieurs plutôt que directement aux universités, ce qui favorise la multiplication des contrats liés à des projets spécifiques. Aux États-Unis, la précarité croissante s'explique par le déclin du taux d'inscription dans l'enseignement supérieur et une moindre demande d'enseignants. Dans un contexte de diminution du nombre d'emplois, les employeurs sont en position de force pour fixer les conditions d'emploi d'un personnel sans ancienneté¹³⁹.

Encadré 4.4. Comparabilité des données entre les estimations de 2013, 2016 et actuelles

En 2013, le Bureau international du Travail (BIT) a publié les premières estimations mondiales et régionales sur le travail domestique^a. À l'époque, le BIT a estimé que le nombre de travailleurs domestiques était de 52,6 millions en 2010, après une augmentation de plus de 19 millions sur une période de quinze ans. Le BIT a ensuite publié une deuxième estimation, en 2016, qui prenait aussi en compte les travailleurs domestiques migrants^b. À l'époque, l'estimation était de 68 millions. Toutefois, la méthodologie était similaire à celle du premier rapport, mais n'autorisait pas les comparaisons. Les estimations actuelles sont fondées sur une méthodologie similaire à celle de 2013, utilisant des données nationales et sans ajustements pour les migrations. Elle a été choisie pour permettre de mesurer le nombre de travailleurs domestiques en des termes qui autorisent la comparaison avec les autres secteurs de l'économie du soin à autrui.

^a BIT, 2013a. ^b BIT, 2015c.

Source: BIT, 2013a; BIT, 2015c.

4.2.3. Travailleurs domestiques

On dénombre 70,1 millions de travailleurs domestiques, femmes et hommes, dans le monde, soit 18 pour cent de la main-d'œuvre des activités de soin à autrui. Leur rôle dans ces activités ne doit pas être sous-estimé.

Il s'agit d'une activité encore très fortement féminisée: 49,2 millions de travailleurs domestiques, soit 70,2 pour cent, sont des femmes. Toutefois, en valeur absolue, le nombre d'hommes, 20,9 millions, n'est pas négligeable. La majorité de ces hommes se situe en Asie et dans le Pacifique (15,5 millions)¹⁴⁰, les chiffres étant bien inférieurs dans les autres régions, allant de 320 000 en Europe à 2,3 millions en Afrique (voir encadré 4.4). Il reste que le nombre de femmes occupant des emplois de travailleurs domestiques surpasse largement celui des hommes dans toutes les régions. Elles constituent la quasi-totalité (92,1 pour cent) des travailleurs domestiques des Amériques et sont 88,7 pour cent en Europe et Asie centrale et 80,3 pour cent en Afrique (voir tableau 4.4).

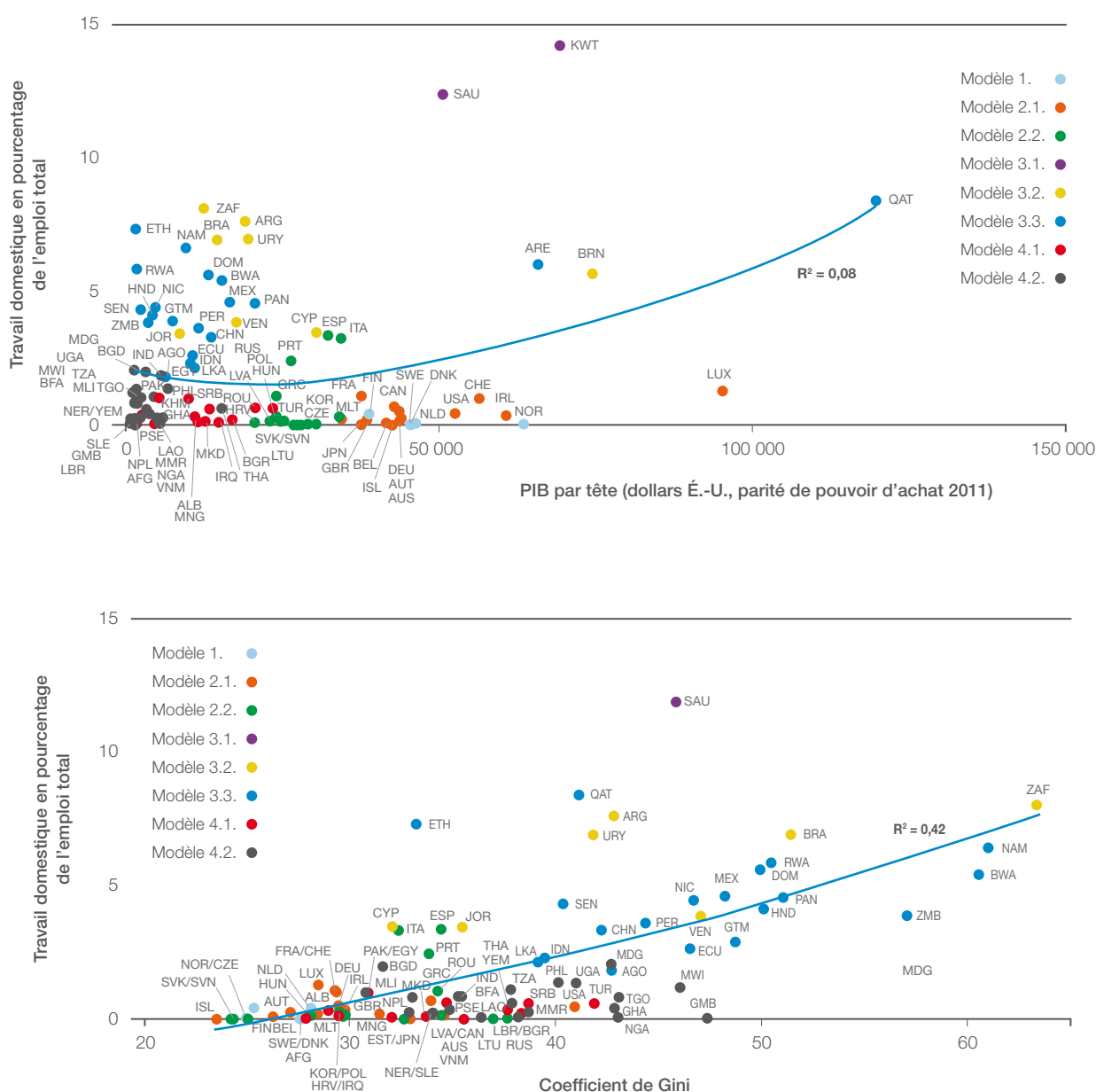
Tableau 4.4. Travailleurs domestiques (employés par des ménages) selon la région et le sexe: effectifs en pourcentage de l'emploi total et taux de féminisation

	Travailleurs domestiques	Travailleurs domestiques Hommes	Travailleurs domestiques Femmes	Taux de féminisation (%)
<i>Monde</i>	2,1	1,0	3,8	70,2
<i>Afrique</i>	2,6	0,9	4,8	80,3
<i>Amériques</i>	3,6	0,5	7,7	92,1
<i>États arabes</i>	5,8	3,1	21,2	54,1
<i>Asie et Pacifique</i>	1,9	1,3	2,9	56,8
<i>Europe et Asie centrale</i>	0,7	0,1	1,4	88,7

Source: Calculs du BIT à partir des microdonnées d'enquêtes sur la main-d'œuvre et auprès des ménages.

Au niveau national, la corrélation simple la plus significative s'observe entre la proportion de travailleurs domestiques et le coefficient de Gini qui mesure les inégalités de revenus¹⁴¹. Plus un pays sera inégalitaire, plus le travail domestique y occupera une part importante de l'emploi total (voir figure 4.8). Cela se comprend dans la mesure où, pour que les ménages aient les moyens d'employer des travailleurs domestiques, il faut

Figure 4.8. Relation entre les effectifs du travail domestique en pourcentage de l'emploi total, le PIB par tête et le coefficient de Gini



Note: Les modèles d'emploi sont présentés à la section 4.2 et à la figure 4.10. Pour les codes des pays, voir l'annexe A.6.

Sources: Calculs du BIT à partir des microdonnées d'enquêtes sur la main-d'œuvre et auprès des ménages; Banque mondiale, 2018a.

un écart suffisamment grand entre leurs propres revenus et le salaire qu'ils verseront en tant qu'employeurs. Toutefois, une demande importante de travailleurs domestiques ne peut s'expliquer seulement par les ménages les plus riches. On observe une proportion de travail domestique supérieure à la moyenne dans les États arabes, dans certains pays d'Amérique latine et en Afrique du Sud. Le fait qu'il n'existe pas de forte corrélation entre le PIB par tête et le travail domestique montre que le recours à celui-ci ne se répartit pas en fonction du niveau du revenu national.

Conditions de travail des travailleurs domestiques

Les travailleurs domestiques connaissent des conditions de travail parmi les pires que l'on peut trouver dans l'économie du soin à autrui et sont particulièrement vulnérables face à l'exploitation. Cette situation découle de la conjonction de plusieurs facteurs: le travail domestique a lieu à huis clos, souvent sans la protection du droit du travail et de la sécurité sociale et sans que la relation de travail soit formellement établie. La conjugaison du caractère privé du domicile, du manque de protection effective et de normes sociales discriminatoires laisse ces travailleurs particulièrement exposés à subir une durée de travail excessive pour une faible rémunération, ainsi qu'aux abus et à la violence. Du fait de la composition de la main-d'œuvre, cette situation touche les femmes de façon disproportionnée, surtout celles qui appartiennent à des catégories déjà victimes de discriminations: migrants, peuples autochtones, populations affectées par la pauvreté de génération en génération.

Les conditions de travail des travailleurs domestiques dépendent aussi d'une série de dispositions, ou d'absence de dispositions, en matière de marché du travail, de migration et de soin à autrui. En particulier, le coût et la complexité des possibilités existantes en matière de soin à autrui dépendront des choix à la disposition des ménages. Lorsque, en matière d'activités de soin à autrui, certaines options sont inabordables, les ménages seront tentés de recourir aux solutions les plus faciles et les moins coûteuses qui se présentent sur le marché.

Dans cette activité du travail domestique, l'emploi est notoirement imprévisible, précaire et sans droits. Une récente étude a montré que, en Allemagne, en Espagne, aux États-Unis, en Italie et au Luxembourg, plus de la moitié des travailleurs domestiques sont à temps partiel et connaissent de fréquentes périodes de chômage, une proportion statistiquement supérieure à celle que l'on observe dans les autres activités de soin à autrui et dans les autres secteurs économiques¹⁴².

Le plus souvent sous l'effet de la pauvreté, les travailleurs et travailleuses domestiques sont contraints d'accepter des conditions de travail et de vie en contradiction avec les droits de l'homme. Ils sont parmi les travailleurs les plus mal rémunérés, gagnant bien moins que la moyenne des autres travailleurs et tout juste un peu plus que le seuil de pauvreté du pays. Les estimations du BIT indiquent que, quel que soit le pays, les travailleurs domestiques gagnent en règle générale moins de la moitié du salaire moyen, et quelquefois pas plus de 20 pour cent de ce dernier¹⁴³. Cet écart est dû à la dévalorisation du travail domestique, aux discriminations salariales et à un rapport de force défavorable aux travailleurs domestiques¹⁴⁴. On observe aussi d'importants écarts de salaires entre travailleurs domestiques nationaux et travailleurs domestiques immigrés, et même

quelquefois entre ces derniers selon leur nationalité, écarts qui ne peuvent être attribués à des différences d'instruction ou d'expérience du travail.

La faiblesse des salaires pousse souvent les travailleurs domestiques à la limite de leurs capacités physiques et mentales pour pouvoir joindre les deux bouts. En particulier, pour ceux qui vivent au domicile de l'employeur, travailler douze heures par jour, voire plus, sans guère de périodes de repos, quotidiennes ou hebdomadaires, a des effets préjudiciables sur leur santé et ne leur laisse pas assez de temps pour prendre soin d'eux-mêmes et de leur famille¹⁴⁵.

Lorsque les travailleurs domestiques acceptent de travailler au domicile de quelqu'un d'autre, ils prennent des risques pour leur sécurité et leur intimité. Ce faisant, ils s'exposent à la violence et au harcèlement, choses fréquentes dans cette activité. Les études font état de violences d'ordre psychologique, verbal, physique et sexuel¹⁴⁶. La forme d'abus la plus fréquente est verbale, avec des insultes ou des menaces. Nombre de travailleurs domestiques sont victimes de harcèlement sexuel¹⁴⁷. Parmi les autres formes de violence, on note les accusations de vol, une alimentation insuffisante, un logement inhumain et une durée de travail excessive sans répit. Cette situation est souvent aggravée par le confinement au domicile de l'employeur, ce qui peut quelquefois aller jusqu'au travail forcé¹⁴⁸.

Des estimations récentes montrent que 90 pour cent des travailleurs domestiques sont privés de sécurité sociale¹⁴⁹. Ce défaut de protection affecte les femmes de façon disproportionnée, plus d'un tiers des travailleuses domestiques étant exclues de la protection de la maternité. Lorsqu'elles sont enceintes, cela se traduit par une perte de revenu, voire de leur emploi (voir encadré 4.5). Nombre de travailleurs domestiques sont explicitement exclus de la protection du droit du travail. Ainsi, seulement 10 pour cent d'entre eux jouissent d'une protection équivalente à celle des autres travailleurs. Plus de la moitié des travailleurs domestiques ont une durée de travail hebdomadaire sans aucune limite fixée par la loi, et environ 45 pour cent d'entre eux n'ont pas droit à un repos hebdomadaire; il s'ensuit des violations généralisées du droit au repos. En outre, seulement la moitié de tous les travailleurs domestiques sont protégés par la législation sur le salaire minimum à égalité avec les autres travailleurs¹⁵⁰. Même lorsque les travailleurs domestiques sont protégés par le droit du travail, les difficultés d'application et de contrôle font que le non-respect de ce droit est général dans de nombreux pays. En conséquence, rares sont les ménages qui emploient des travailleurs domestiques avec des contrats formellement établis¹⁵¹.

Les mauvaises conditions de travail des travailleurs domestiques sont aussi dues à leur manque de représentation et de moyens d'expression. Ils sont souvent exclus du droit d'association et de négociation collective. Même s'il existe des organisations dans divers pays du monde, les obstacles juridiques et pratiques à la constitution de syndicats ou à l'adhésion à ceux-ci sont souvent très difficiles à surmonter. Les travailleurs migrants en particulier sont fréquemment privés de la possibilité de former des syndicats et d'y adhérer, ainsi que d'être élus à des fonctions syndicales. Les employeurs de travailleurs domestiques se considèrent rarement comme tels et ne constituent guère d'organisations censées les représenter, mais il en existe quelques-unes¹⁵².

Encadré 4.5. Travailleurs domestiques recrutés par des intermédiaires

Comme l'indique la convention n° 189, les travailleurs domestiques peuvent être recrutés directement par les ménages ou bien par des intermédiaires. Ces derniers peuvent être des organismes publics ou privés, à but lucratif ou non, et prendre la forme de coopératives de plates-formes numériques. Leur entrée en jeu a des incidences sur la relation d'emploi^a. Dans certains cas, le travailleur domestique est recruté directement par un intermédiaire qui le place auprès d'un ménage; dans d'autres circonstances le travailleur est placé par l'intermédiaire, mais le contrat est conclu directement avec le ménage, et il existe une convention de services entre l'intermédiaire et ce ménage. Dans tous les cas, il peut y avoir financement public ou non. Ainsi, en Californie, l'État finance les prestations d'aide à domicile, que le recrutement se fasse directement ou par un intermédiaire^b. Il s'ensuit qu'il existe toute une diversité de modèles de relations d'emploi, avec de fortes incidences sur la protection des travailleurs.

Parallèlement, on observe ces dernières années la montée du recours aux plates-formes numériques pour le recrutement de travailleurs domestiques par les ménages. Tel est le cas aux États-Unis, en Europe, au Moyen-Orient, ainsi que, plus récemment, en Afrique du Sud, en Inde et au Mexique. Même si le phénomène est encore marginal, des préoccupations ont été exprimées sur ses conséquences pour la protection des travailleurs. Actuellement, la plupart de ces plates-formes se situent en dehors du champ d'application des réglementations qui garantissent les droits des travailleurs domestiques^c. En effet, si cette façon de trouver du travail est attirante par sa souplesse, les travailleurs peuvent se retrouver sans aucune protection étant donné que les plates-formes les considèrent comme des travailleurs indépendants^d.

Les intermédiaires ont aussi une activité transfrontalière, certains travailleurs migrants entrant dans les pays de destination par l'intermédiaire d'agences officielles de placement. Le fait que les coûts de recrutement sont élevés expose les travailleurs migrants à l'endettement et aux abus, même si dans le cadre juridique international il est clairement établi que les frais de recrutement ne peuvent être à la charge du travailleur (convention (n° 181) sur les agences d'emploi privées, 1997). Aux Philippines par exemple, où il est illégal de mettre les frais de recrutement à la charge des travailleurs, certaines agences demandent à ces derniers de suivre des formations préalables à leur départ, pour lesquelles elles demandent une rémunération très élevée, alors que la formation en question n'a aucun rapport avec le travail ultérieur. Il est avéré que, pour couvrir les frais de recrutement et d'autres coûts, les migrants potentiels et leurs familles s'endettent souvent de façon considérable, ce qui les rend particulièrement vulnérables face à l'exploitation ou, dans les pires des cas, à la servitude pour dettes ou au travail forcé^e.

En 2014, le BIT a lancé l'Initiative sur le recrutement équitable avec pour objectif de prévenir la traite des êtres humains et le travail forcé, ainsi que de protéger les travailleurs, y compris les travailleurs migrants, contre les pratiques abusives et frauduleuses lors de la procédure de recrutement, qui comprend la présélection, la sélection, le transport, le placement et un rapatriement en toute sécurité. L'initiative a aussi pour but de réduire le coût des migrations de main-d'œuvre et d'améliorer la situation des travailleurs migrants et de leur famille. Aux termes des *Principes généraux et directives opérationnelles concernant le recrutement équitable* publiés par le BIT en 2016, «[l]e recrutement devrait être effectué d'une manière qui respecte, protège et met en œuvre les droits de l'homme reconnus sur le plan international, y compris ceux exprimés dans les normes internationales du travail, et en particulier le droit à la liberté syndicale et à la négociation collective, ainsi que les droits liés à la prévention et à l'élimination du travail forcé, du travail des enfants et de la discrimination en matière d'emploi et de profession»^f.

^a Fudge et Hobden, 2018. ^b Boris, Uden et Kulick, 2017. ^c Hunt et Machingura, 2016. ^d Berg, 2016. ^e Gallotti, 2015. ^f BIT, 2016b, p. 8.

Sources: Berg, 2016; Boris, Uden et Kulick, 2017; Fudge et Hobden, 2018; Gallotti, 2015; Hunt et Machingura, 2016; BIT, 2016b.

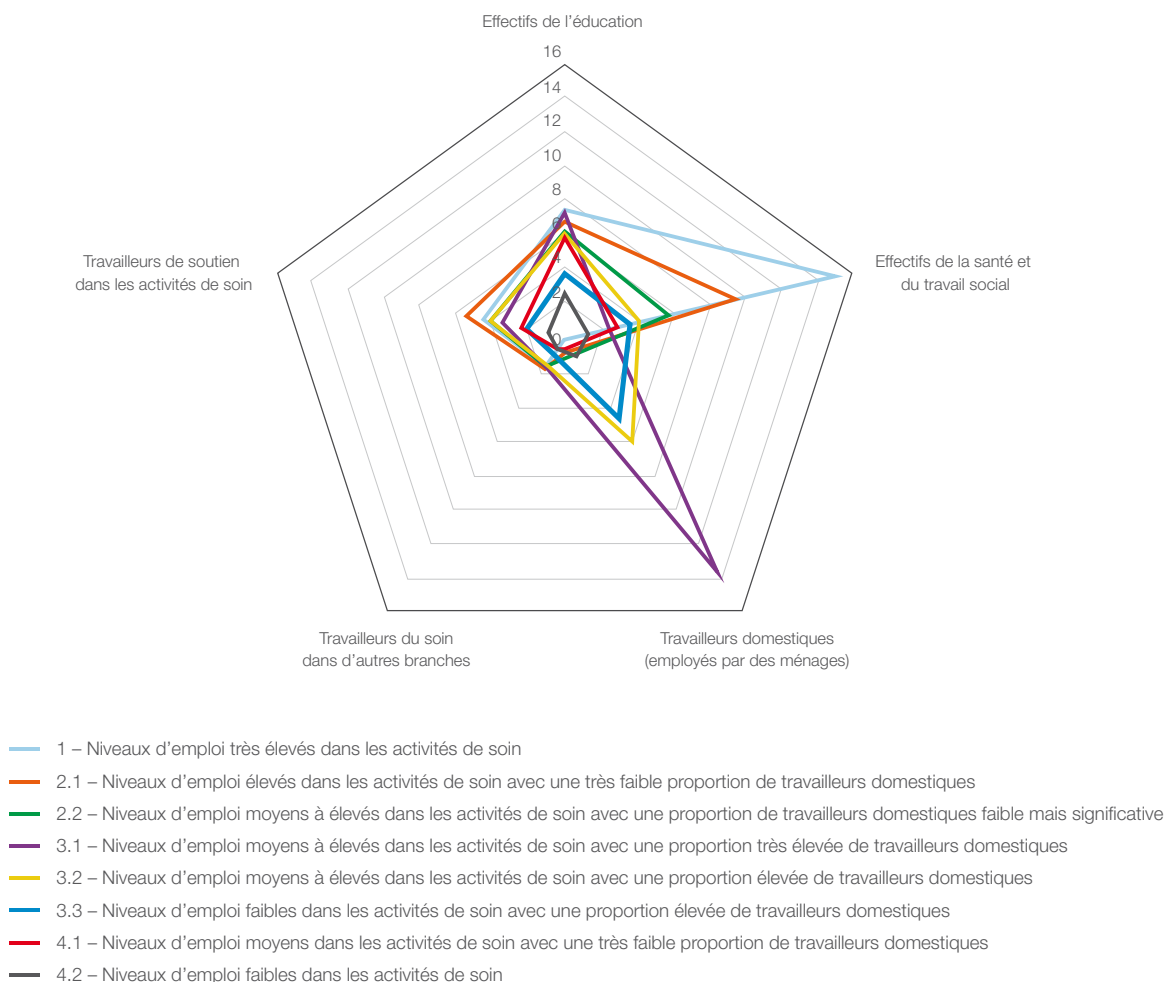
4.3. EXPLIQUER LE NIVEAU ET LA COMPOSITION DE L'EMPLOI DANS LES ACTIVITÉS DE SOIN À AUTRUI

Les estimations régionales sur la main-d'œuvre du soin à autrui qui sont présentées à la section 4.1 sont riches d'informations, mais masquent des variations intrarégionales considérables. Il existe de grandes différences entre les pays quant à leur taille et leur niveau de développement, mais aussi quant à leur marché du travail, leur politique migratoire et l'étendue de leurs services de santé, d'éducation et de soin à autrui en général. Nous analysons ici les variations, entre pays, du niveau et de la composition de l'emploi dans les activités de soin à autrui, que nous mettons en rapport avec les conditions de travail de la main-d'œuvre concernée.

Huit modèles d'emploi dans les activités de soin à autrui, répartis en quatre groupes, ont été mis en évidence à partir d'une analyse par regroupement de la répartition des travailleurs de l'éducation, de la santé et du travail social, ainsi que des travailleurs domestiques (employés par des ménages) et des travailleurs de soutien dans les activités de soin à autrui. En fonction de cette répartition, nous avons regroupé 99 pays selon les modèles suivants¹⁵³: 1) niveaux d'emploi très élevés dans les activités de soin; 2) niveaux d'emploi élevés dans les activités de soin avec deux subdivisions (2.1 – niveaux d'emploi élevés dans les activités de soin avec une très faible proportion de travailleurs domestiques; et 2.2 – niveaux d'emploi moyens à élevés dans les activités de soin avec une proportion de travailleurs domestiques faible mais significative); 3) recours important au travail domestique avec trois subdivisions (3.1 – niveaux d'emploi moyens à élevés dans les activités de soin avec une proportion très élevée de travailleurs domestiques; 3.2 – niveaux d'emploi moyens à élevés dans les activités de soin avec une proportion élevée de travailleurs domestiques; et 3.3 – niveaux d'emploi faibles dans les activités de soin avec une proportion élevée de travailleurs domestiques); 4) niveaux d'emploi moyens à faibles dans les activités de soin avec deux subdivisions (4.1 – niveaux d'emplois moyens dans les activités de soin avec une très faible proportion de travailleurs domestiques; et 4.2 – niveaux d'emploi faibles dans les activités de soin).

La figure 4.9 montre comment ces modèles ont été établis à partir des cinq dimensions de l'analyse. Les aires délimitées par les lignes sont proportionnelles au niveau de l'emploi dans les activités de soin à autrui. Le premier groupe – modèle 1, niveaux très élevés d'emploi dans les activités de soin – est le plus important, avec 27,7 pour cent de l'emploi total, tandis que le modèle 4.2 – niveaux d'emploi faibles dans les activités de soin – est le plus petit, avec 4,7 pour cent de l'emploi total.

La figure 4.9 met en évidence les deux principales causes de variation entre les modèles: 1) la proportion de l'emploi dans la santé et le travail social, qui dépend de la couverture des services de soins de santé et de soins de longue durée; 2) la proportion de l'emploi dans le travail domestique, qui comprend souvent un nombre disproportionné de migrants. L'emploi dans l'éducation présente moins de variations du fait que la scolarisation au niveau primaire (quasiment universelle) et le taux de fréquentation des services de la petite enfance sont à peu près similaires, sauf pour le modèle 1. Les variations du nombre de travailleurs de soutien suivent celles des effectifs de ces activités, et le nombre de travailleurs du soin dans les autres branches est en général faible.

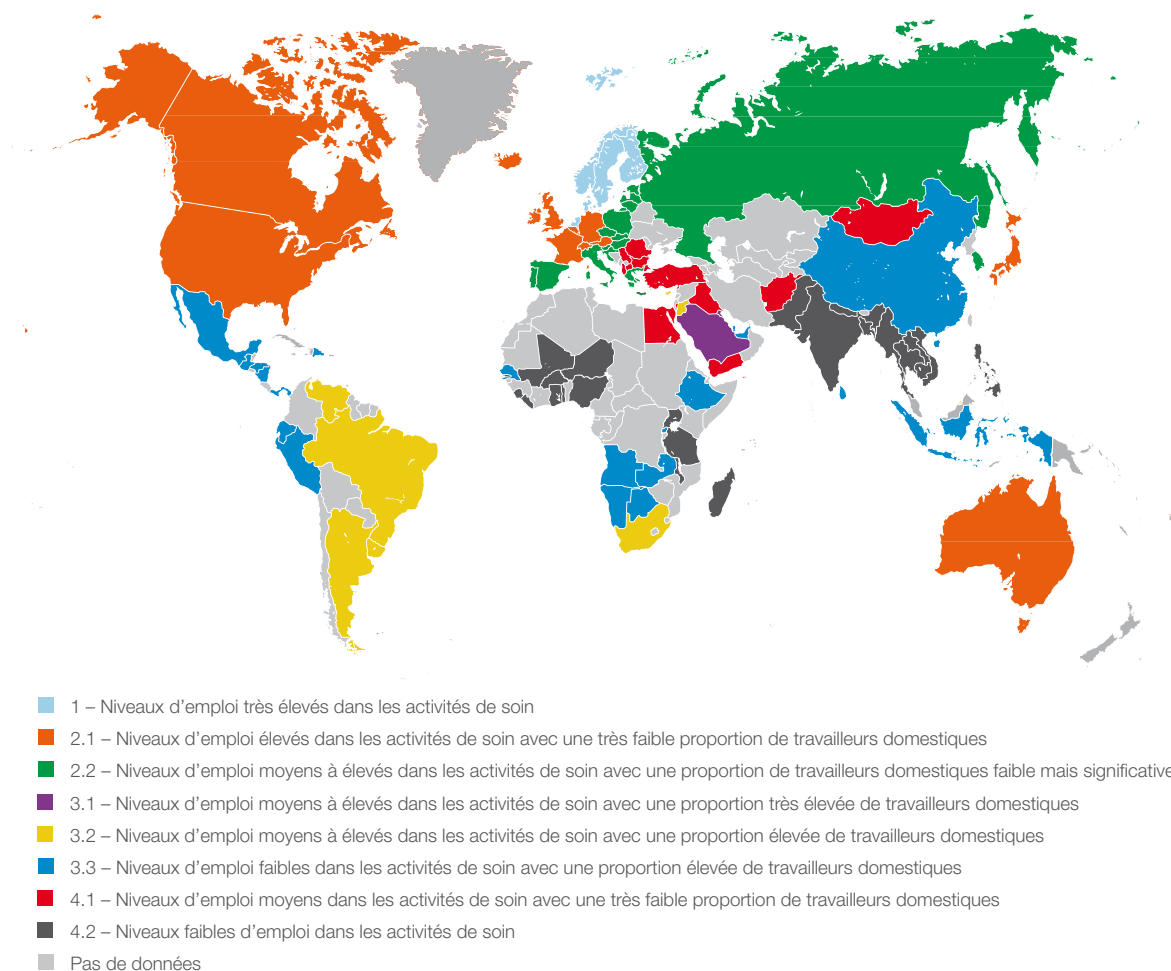
Figure 4.9. Effectifs des activités de soin à autrui en pourcentage de l'emploi total, selon la région et le sexe

Source: Calculs du BIT à partir de microdonnées d'enquêtes auprès des ménages ou sur la main-d'œuvre.

La schématisation de l'analyse de regroupement présentée à la figure 4.9 donne déjà une idée de l'importance des politiques en matière d'éducation, de santé et d'activités de soin en général dans l'explication du volume de l'emploi dans ses activités et du rôle de substitution que joue le travail domestique lorsque ces politiques sont insuffisantes ou inexistantes.

Il ne fait pas de doute que le regroupement de 99 pays selon huit modèles relève d'une certaine généralisation, car aucun pays n'est exactement semblable à un autre. Certains pays de la même région et ayant le même niveau de développement se retrouvent au sein du même modèle, mais on constate aussi que plusieurs modèles sont présents dans diverses régions, ce qui montre combien le niveau et la composition de l'emploi dans les activités de soin peuvent être variables, car ils s'expliquent dans une certaine mesure par les choix politiques nationaux (voir figure 4.10).

Figure 4.10. Typologie de l'emploi dans les activités de soin à autrui



Source: Calculs du BIT à partir de microdonnées d'enquêtes auprès des ménages ou sur la main-d'œuvre.

4.3.1. Modèle 1 – Niveaux d'emploi très élevés dans les activités de soin à autrui

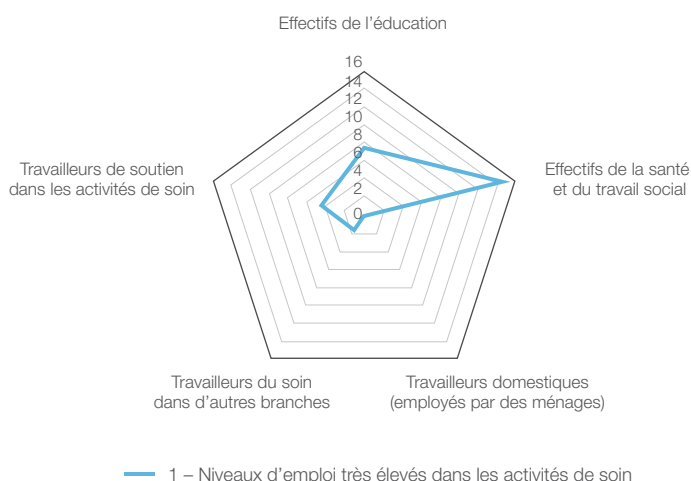
Ce modèle prévaut dans les pays nordiques – Danemark, Finlande, Norvège et Suède –, auxquels s'ajoutent les Pays-Bas. Les effectifs des activités de soin à autrui y constituent environ un tiers de tous les actifs occupés, proportion qui atteint 40 pour cent pour les femmes. À cela s'ajoute une proportion très élevée de travailleurs du soin dans les activités de soin à autrui, totalisant environ 20 pour cent de l'emploi total, et même de 25 pour cent en Norvège. Environ deux tiers de ces travailleurs sont employés dans la santé et le travail social, et un tiers, dans l'éducation (voir figure 4.9.a). Ces proportions s'expliquent par des droits universels à l'accès aux services de soin à autrui et par l'évolution démographique avec des différences de besoins entre les enfants et les personnes âgées.

Les services de soin

Le niveau très élevé de l'emploi tient pour beaucoup à la couverture des services de soin à autrui, en particulier à l'intention de la petite enfance et des personnes âgées, qui relèvent

de droits universels fondés sur la citoyenneté et ne dépendent pas des revenus ou de l'activité professionnelle. Dans ces pays, le taux de fréquentation des services de la petite enfance est d'environ 50 pour cent, avec un maximum au Danemark (64 pour cent) et un minimum en Finlande (28 pour cent)¹⁵⁴. Les services d'éducation et de protection de la petite enfance fonctionnent à plein temps, c'est-à-dire plus de 30 heures par semaine, sauf aux Pays-Bas (20 heures)¹⁵⁵. De plus, le niveau élevé de l'emploi dans l'éducation fait que le nombre d'élèves par enseignant est inférieur à 15 aux niveaux préprimaire et primaire¹⁵⁶, et la fréquentation, quasi universelle aux niveaux préprimaire, primaire et secondaire¹⁵⁷, à l'exception de la Finlande, où le taux de fréquentation au niveau préprimaire est de 79 pour cent.

Figure 4.9.a. Modèle 1



Note: En pourcentage de l'emploi total.

Ces pays ont aussi une expérience commune de soins de longue durée de qualité élevée et financés par l'impôt. Ce sont les autorités locales qui ont, de longue date, la responsabilité d'appliquer la législation nationale, de financer les services de soins aux personnes âgées et d'assurer la grande majorité de ces services¹⁵⁸. En Suède, environ 4,5 pour cent de la population de plus de 65 ans fait l'objet de soins de longue durée en institutions, et 12 pour cent, à domicile. Les chiffres sont comparables au Danemark, en Finlande et en Norvège. C'est en Finlande que la proportion de personnes bénéficiant de soins de longue durée à domicile est la plus basse, avec 6,8 pour cent¹⁵⁹. Depuis l'an 2000, les services à domicile ont triplé (en termes d'heures ouvrées), alors que le nombre de personnes prises en charge par des institutions n'a augmenté que de 50 pour cent¹⁶⁰. L'expansion des soins de longue durée à domicile et en institution résidentielle a été parallèle à la croissance des services à but non lucratif¹⁶¹, qui a eu des effets significatifs sur l'augmentation du nombre de travailleurs assurant des prestations d'aide et de soins à domicile, qu'ils soient employés par des organismes privés ou publics¹⁶².

Ces pays sont de ceux qui ont la plus forte densité de personnel de soins de santé tel que les médecins ou les infirmières. Ainsi, en Norvège, le nombre d'infirmières rapporté à la population (17 pour 1 000) est le double de la moyenne de l'OCDE, celui des médecins (32 pour 1 000) supérieur d'un tiers à la moyenne de l'OCDE¹⁶³.

La couverture étendue des services de soin à autrui dans ces pays est associée au fait que le secteur public joue un rôle prépondérant dans la gestion de ces activités, ce qui se traduit par un niveau élevé de dépenses publiques, financées par l'impôt, dans l'éducation (plus de 7 pour cent du PIB)¹⁶⁴, ainsi que dans la santé et les services sociaux (près de 10 pour cent du PIB)¹⁶⁵. S'agissant de la santé et des services sociaux, les dépenses dans les soins de longue durée, exprimées en proportion du PIB, atteignent 3,6 pour cent en Suède, 2,4 pour cent au Danemark et en Norvège et 2,1 pour cent en Finlande¹⁶⁶. Ces pays ont aussi un niveau élevé de dépenses dans les politiques du handicap¹⁶⁷ non

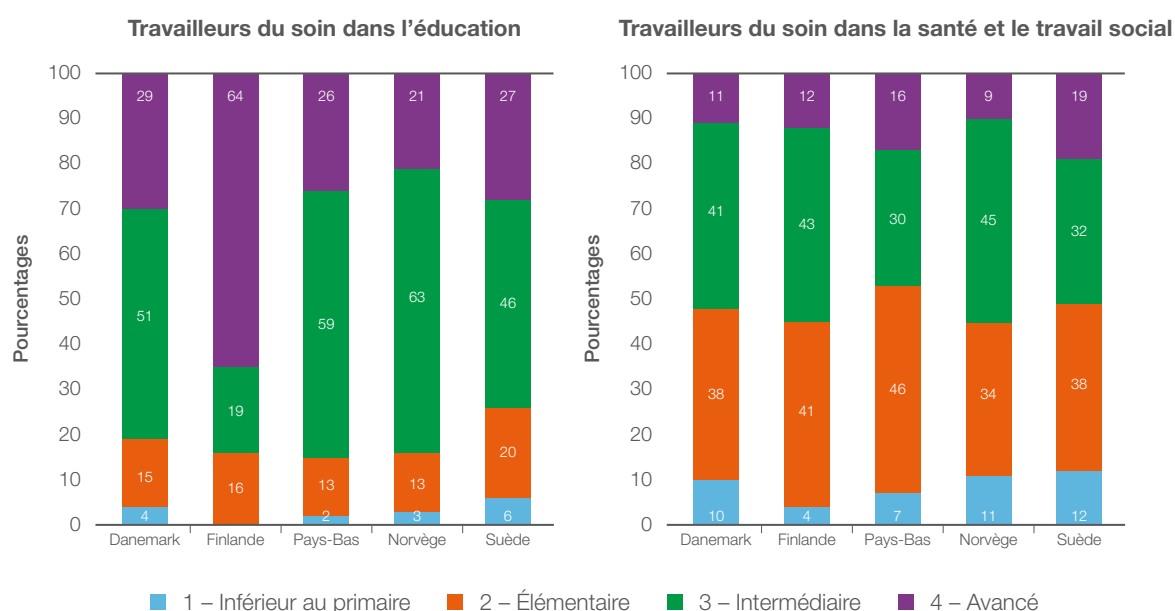
seulement pour la protection sociale, mais aussi pour l'intégration au marché du travail, dont le degré est supérieur à celui des autres pays d'Europe¹⁶⁸.

Niveau de qualification du personnel

En Suède, nombre de travailleurs de la petite enfance sont des enseignants qui ont des diplômes et une rémunération comparables à celles de leurs collègues du primaire¹⁶⁹. Le personnel de l'école préprimaire est composé d'enseignants et de puéricultrices. En Suède, les enseignants du niveau préprimaire ont fait trois ans et demi d'études universitaires, tandis que les puéricultrices doivent avoir achevé un cycle de trois ans de l'enseignement secondaire au cours duquel elles sont formées pour s'occuper de jeunes enfants. Les crèches familiales constituent une option moins coûteuse, puisqu'elles emploient un personnel moins qualifié et moins rémunéré que celui des services d'accueil formels, car on n'exige pas qu'il ait une formation universitaire ou spécialisée dans la petite enfance, bien qu'il doive tout de même suivre une formation organisée par les municipalités. Ces différentes exigences se reflètent dans la proportion relativement élevée de travailleurs de la petite enfance (de l'éducation) ayant des diplômes intermédiaires en Suède, ainsi que dans les autres pays relevant de ce modèle, sauf la Finlande (voir figure 4.11).

L'importance des soins de longue durée dans ces pays explique la conjonction d'une forte densité de personnel des soins de santé et d'une proportion relativement faible (20 pour cent) de travailleurs de la santé ayant des diplômes élevés (voir figure 4.11).

Figure 4.11. Niveau d'instruction des travailleurs du soin dans l'éducation et dans la santé et le travail social



Note: Personnel de soutien exclu. Les niveaux d'instruction sont ceux de la Classification internationale type de l'éducation (CITE-11). Inférieur au primaire: aucune scolarité ou éducation de la petite enfance. Élémentaire: enseignement primaire ou premier cycle de l'enseignement secondaire. Intermédiaire: deuxième cycle de l'enseignement secondaire et enseignement postsecondaire non supérieur. Avancé: enseignement supérieur de cycle court, licence, maîtrise, doctorat ou niveaux équivalents.

Source: Calculs du BIT à partir de microdonnées d'enquêtes sur la main-d'œuvre et auprès des ménages.

Travail domestique

L'emploi de travailleurs domestiques par les ménages (plutôt aisés) a été rendu plus abordable par des abattements fiscaux, ce qui a élargi le marché des services à la personne et domestiques dans ces pays. Ces abattements sont plus généreux en Finlande et en Suède, où ils sont de 45 ou 50 pour cent du coût des services dont la prestation a lieu au domicile du contribuable ou de ses parents et dont le prestataire est une entreprise ou un travailleur indépendant¹⁷⁰. Ces abattements ont été un moyen d'obtenir la déclaration d'activités auparavant non déclarées, ainsi que de créer des emplois, notamment pour les chômeurs et les personnes peu qualifiées¹⁷¹. Aux Pays-Bas, il existe, à l'intention des personnes âgées, un régime relativement généreux de prestations en espèces réservées aux activités de soin à autrui, dont les bénéficiaires doivent justifier l'utilisation, qui a permis de dissuader le recours à une main-d'œuvre, souvent immigrée, non déclarée et mal rémunérée¹⁷².

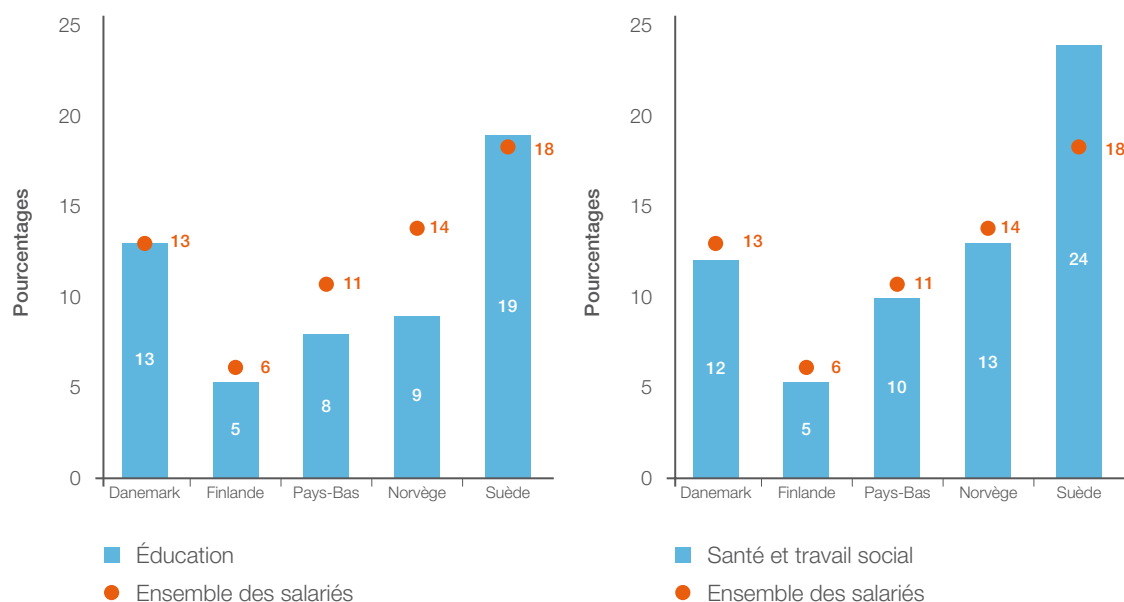
Le secteur est dominé par des entreprises qui emploient des travailleurs et fournissent des services aux ménages, l'emploi direct par les ménages étant très rare (statistiquement proche de 0). Toutefois, l'expansion du secteur privé a induit une plus forte stratification de la main-d'œuvre. En Suède, par exemple, le travail domestique est divisé en plusieurs niveaux¹⁷³. Tout en haut, on trouve les travailleurs domestiques travaillant pour des personnes âgées et employées par les collectivités locales, c'est-à-dire le secteur public, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un organisme lui aussi public. Ce personnel a de meilleures conditions de travail et de rémunération que celui du secteur privé. On y trouve aussi la plus faible proportion de travailleurs d'origine étrangère. Au deuxième niveau, on trouve des entreprises privées qui emploient principalement des travailleurs migrants, s'acquittant auprès de personnes âgées des mêmes tâches que les précédents, mais avec une rémunération et une sécurité de l'emploi moindres. Au dernier niveau se situent les travailleurs non déclarés – pour la majorité, des immigrés sans-papiers – avec les pires conditions d'emploi du secteur et des rémunérations inférieures de moitié, ou plus faibles encore. Ils sont en général employés par de petites entreprises, dont la proportion est importante dans cette activité¹⁷⁴.

Travailleurs migrants

La part des travailleurs migrants dans l'éducation ou la santé et le travail social est inférieure à celle qu'ils occupent dans l'ensemble des activités de soin à autrui, sauf en Suède, où ils représentent presque le quart de tout le personnel de la santé et du travail social (voir figure 4.12). Au Danemark, la proportion de travailleurs migrants dans ce secteur est de 12 pour cent (21 pour cent dans les soins de longue durée), la plupart venant des autres pays nordiques. Les travailleurs migrants sont en général occupés dans les métiers qui demandent le moins de qualifications. Toutefois, ils bénéficient des mêmes droits et de la même protection sociale que les nationaux¹⁷⁵. Une part notable de la main-d'œuvre est composée de migrants de la deuxième ou troisième génération, nés dans le pays et ayant un niveau d'instruction relativement faible.

On observe aussi un important recours à des personnes au pair¹⁷⁶. Ces dernières ne sont en général pas considérées comme salariées et ne bénéficient donc pas de la protection du droit social. Au Danemark et en Norvège, elles viennent majoritairement des Philippines¹⁷⁷. Au Danemark, certaines viennent aussi des régions les plus pauvres

Figure 4.12. Proportion de travailleurs nés à l'étranger dans l'éducation et dans la santé et le travail social



Source: Calculs du BIT à partir de microdonnées d'enquêtes sur la main-d'œuvre et auprès des ménages.

d'Europe. Le gouvernement des Philippines encourage pourtant ses ressortissants à émigrer pour occuper des emplois de travailleurs domestiques et ne les autorise pas à signer des contrats au pair¹⁷⁸. L'emploi au pair est en général soumis à des limitations strictes quant au type de tâches qui peuvent être exécutées et au nombre d'heures effectuées. On constate pourtant que des ménages emploient à ce titre des travailleurs domestiques à plein temps¹⁷⁹.

Conditions de travail

Dans ces pays, une immense majorité des travailleurs des activités de soin à autrui est en situation d'emploi formel et bénéficie de la sécurité sociale. C'est chose certaine dans l'éducation ou la santé et le travail social, où la proportion de ceux qui ne sont pas protégés est inférieure à 2 pour cent. Les hommes semblent bénéficier de moindres protections que la moyenne, car leur taux de travail informel dans la santé et le travail social atteint 5 et 6 pour cent respectivement en Norvège et en Suède, la proportion étant de 5 pour cent dans l'éducation aux Pays-Bas. Les travailleurs domestiques sont théoriquement protégés par le droit social, soit pleinement, soit partiellement, dans tous les pays relevant de ce modèle, mais l'application laisse souvent à désirer, surtout pour les travailleurs domestiques immigrés en situation irrégulière (voir encadré 4.6).

Le degré de protection des travailleurs dépend du rôle des syndicats. Ainsi, le taux de syndicalisation est inférieur dans les activités de soin par rapport à d'autres branches d'activité, mais il est supérieur à celui d'autres pays. Par ailleurs, les syndicats sont à même d'étendre la protection à des travailleurs qui occupent des emplois non couverts et

Encadré 4.6. Les travailleurs domestiques immigrés à Stockholm

En Suède, l'épée de Damoclès de l'expulsion et l'impossibilité qui en découle de se plaindre à la police font que les travailleurs immigrés en situation irrégulière peuvent être facilement exploités. Les travailleurs domestiques sans titre de séjour rapportent qu'ils font l'objet de harcèlement sexuel au travail ou se voient refuser toute rémunération après avoir exécuté leurs tâches. La différence de salaires entre les travailleurs avec et sans papiers est frappante. Les sans-papiers sont payés entre la moitié et le tiers de ceux qui ont des permis de séjour. Les travailleurs employés à l'heure n'ont aucune sécurité de l'emploi, avec des horaires et une durée du travail imprévisibles. Une pratique habituelle consiste à ne pas payer le temps de trajet, qui peut être fort long. Les horaires de travail peuvent être très malcommodes, ce qui met ces travailleurs, surtout ceux dont la survie dépend de leur revenu, dans une situation de grande précarité.

Source: Hobson, Hellgren et Bede, 2015.

de contrecarrer les conséquences préjudiciables du mouvement de privatisation. Ainsi, en 2016, le syndicat suédois du secteur public, Kommunal, a obtenu une augmentation de salaire pour les 40 000 aides à la personne travaillant dans des entreprises privées afin d'aligner leurs rémunérations sur celles du secteur public¹⁸⁰.

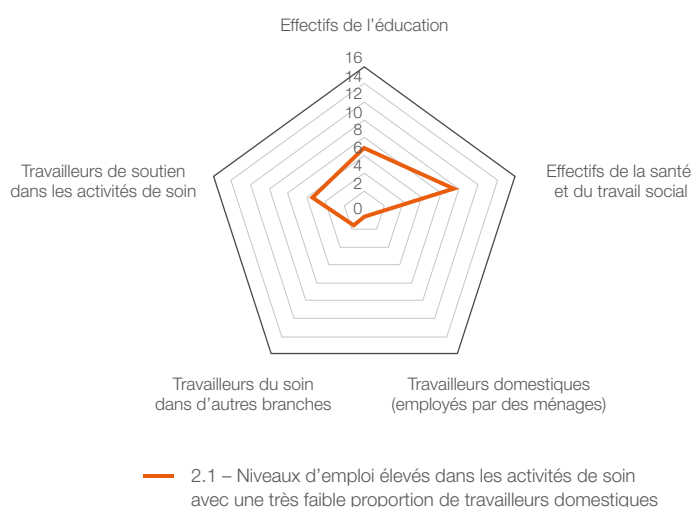
4.3.2. Modèle 2 – Niveaux d'emploi élevés dans les activités de soin

Modèle 2.1. Niveaux d'emploi élevés dans les activités de soin avec une très faible proportion de travailleurs domestiques

Ce modèle ne comprend que des pays à revenu élevé, surtout anglophones (Australie, Canada, États-Unis, Irlande, Malte et Royaume-Uni) et d'Europe occidentale (Allemagne, Autriche, Belgique, France, Luxembourg et Suisse), auxquels s'ajoutent l'Islande (un pays nordique) et le Japon. Dans ces pays, la main-d'œuvre des activités de soin à autrui représente entre 20 et 25 pour cent de l'emploi total, la proportion étant de 35 à 40 pour cent pour les femmes. Ce sont des niveaux élevés à l'échelle mondiale, même s'ils sont inférieurs à ceux du modèle précédent.

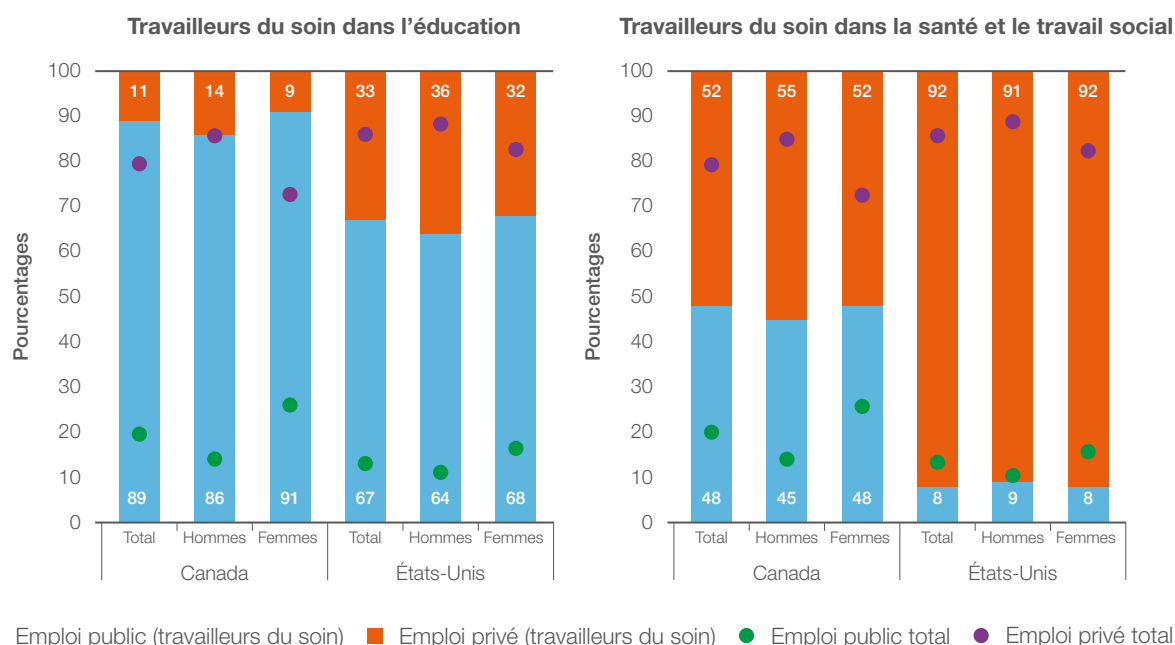
Les travailleurs du soin dans les activités de soin à autrui représentent en moyenne 15 à 17 pour cent de l'emploi total, les plus fortes proportions se trouvant en Australie, en Belgique et en Islande. Environ 6 pour cent sont dans l'éducation, soit la même

Figure 4.9.b. Modèle 2.1.



Note: En pourcentage de l'emploi total.

Figure 4.13. Proportion de l'emploi public et privé dans l'éducation et dans la santé et le travail social, Canada et États-Unis



Source: Calculs du BIT à partir de microdonnées d'enquêtes sur la main-d'œuvre et auprès des ménages.

proportion que le modèle précédent, avec un maximum en Islande de 11,5 pour cent de l'emploi total et de 19 pour cent de l'emploi féminin. Dans tous les pays, les travailleurs du soin dans la santé et le travail social représentent environ 10 pour cent de l'emploi total. C'est 4 points de pourcentage de moins que dans le modèle précédent, différence qui s'explique par l'étendue du service public des soins de santé et de longue durée. Dans presque tous ces pays, la protection de la santé est universelle¹⁸¹, et tant le taux de dépendance¹⁸² que celui des personnes bénéficiant de soins de longue durée, soit en institution soit à domicile¹⁸³, sont très proches de ceux du modèle précédent, à l'exception notable des États-Unis. En fait, ce dernier pays est le seul des deux premiers modèles où la protection de la santé n'est pas universelle, ne couvrant que 84 pour cent de la population¹⁸⁴, alors que, dans le même temps, les dépenses totales de santé en proportion du PIB y sont les plus élevées, à 17 pour cent¹⁸⁵, soit environ 7 points de pourcentage de plus que dans les autres pays du modèle 2.1. C'est aussi le seul pays où pratiquement tous les travailleurs de la santé et du travail social (92 pour cent) sont employés dans le secteur privé (voir figure 4.13).

Les services de soin

Les pays qui suivent ce modèle associent financements privés et publics, avec des dosages variables, mais selon le pays et le domaine du soin à autrui on observe deux configurations. Une première catégorie de pays tend à s'en remettre aux mécanismes du marché pour fournir des services, avec pour conséquence une couverture inférieure. Le financement public passe par les familles, sous forme d'allocations sous condition de ressources

qui complètent le paiement direct par les bénéficiaires. Ce financement public est regardé de près en raison des pressions pour faire baisser les dépenses publiques. Dans une deuxième catégorie de pays, les prestations publiques universelles sont plus importantes, mais avec de possibles problèmes de qualité des services fournis et de conditions de travail du personnel.

Dans la seconde catégorie, la fréquentation des services d'éducation et de protection de la petite enfance est élevée. Ainsi, en Allemagne, le taux de 33 pour cent s'explique par un ensemble de mesures prises depuis 2013 qui ont eu pour effet de doubler le nombre de places d'accueil bénéficiant d'un subventionnement public au cours de la dernière décennie¹⁸⁶. Un mouvement similaire a eu lieu au Japon à partir de 1990, et en 2008 le nombre d'enfants d'âge préscolaire pris en charge avait doublé¹⁸⁷. Parmi les pays qui suivent ce modèle, l'Autriche et le Royaume-Uni ont les taux de fréquentation les plus faibles dans l'éducation et la protection de la petite enfance, avec 15 et 18 pour cent respectivement¹⁸⁸. Toutefois, l'Autriche commence à investir dans de nouvelles structures¹⁸⁹, à l'image du Canada¹⁹⁰. Dans la première sous-catégorie, tant au Royaume-Uni¹⁹¹ qu'aux États-Unis, les faibles taux de couverture (28 pour cent)¹⁹² sont associés à des difficultés d'accès pour les parents ayant de faibles revenus.

Plusieurs des pays qui suivent ce modèle ont mis en place des services d'accueil à domicile réglementés et subventionnés, qui ne relèvent pas directement de l'éducation et de la protection de la petite enfance, mais lui sont complémentaires. En Australie, par exemple, il existe des services d'accueil de jour (avec du personnel agréé) et des services d'accueil à domicile (celui de l'assistante maternelle)¹⁹³, cofinancés par des allocations sous condition de ressources versées directement aux prestataires¹⁹⁴. Au Canada, le Québec accorde des subventions publiques aux «services de garde en milieu familial», tandis qu'en France et au Royaume-Uni des chèques financés par l'employeur ou des crédits d'impôts allègent le coût des frais de garde au domicile des parents¹⁹⁵. De même, la garde des enfants à leur domicile par des «assistant(e)s maternel(le)s» en France¹⁹⁶ et des «accueillantes d'enfants» en Belgique bénéficie d'allègements fiscaux. Toutes ces dispositions diffèrent du recours exclusif à des institutions d'éducation et de protection de la petite enfance, et les exigences en termes de qualification sont moins élevées¹⁹⁷. D'un autre côté, elles incitent à ce que les personnes qui assurent la garde des enfants concernés soient déclarées et protégées par la législation du travail. Les États-Unis constituent une exception de taille à cette règle¹⁹⁸.

Les taux d'encadrement – inférieurs à 15 enfants pour 1 adulte dans l'éducation préscolaire, à l'exception du Royaume-Uni (20:1) et du Japon (25:1), et encore inférieurs à l'école primaire (18:1 en France et au Japon) – dénotent une qualité élevée des services¹⁹⁹.

Dans ce modèle, on observe une situation semblable à celle de l'éducation et de la protection de la petite enfance pour les services aux personnes âgées, les pays ayant soit une couverture universelle fondée sur les besoins, soit des dispositifs mixtes ou un subventionnement sous condition de ressources avec une couverture plus limitée (États-Unis). Le Japon constitue un cas à part avec une couverture étendue des allocations spécifiquement réservées aux activités de soin. En matière de soins de longue durée, l'Allemagne fournit l'exemple d'un système de soutien universel, fondé sur les besoins, avec pour résultat une couverture relativement étendue tant pour les services à domicile (4 pour cent) qu'en institution (9 pour cent), couverture équivalente à celle de la France²⁰⁰. L'Angleterre

(Royaume-Uni) combine des allocations destinées aux activités de soin fondées sur les besoins qui touchent 23 pour cent des personnes âgées de 65 ans ou plus ayant un accès restreint et soumis à condition de ressources aux soins de longue durée, ce qui donne une couverture inférieure à 2 pour cent en institution et à 3 pour cent à domicile²⁰¹. Aux États-Unis, il existe seulement un subventionnement sous condition de ressources s'adressant aux personnes ayant de faibles revenus et peu d'épargne ou bien qui ont épuisé leurs ressources financières pour payer leurs soins de santé ou de longue durée²⁰². En conséquence, la couverture est limitée: seulement 2,5 pour cent des personnes de 65 ans ou plus bénéficient d'aide de soins à domicile, la proportion étant équivalente en institution. Le tableau est similaire au Canada: les soins de longue durée ne sont pas couverts par l'assurance-maladie, et tous les frais sont à la charge des intéressés; la prestation des services et leur subventionnement éventuel varient d'une province à l'autre²⁰³.

La population du Japon vieillit rapidement, et l'effectif des personnes de plus de 65 ans atteint la moitié de celui de la population en âge de travailler²⁰⁴, ce qui fait des soins de longue durée une priorité (voir encadré 4.7). Les personnes de plus de 65 ans sont

Encadré 4.7. Japon: des robots à l'appui des activités de soin à autrui

Étant donné le vieillissement rapide de la société japonaise, le ministre de l'Économie, du Commerce et de l'Industrie a mis sur pied une stratégie en vue de l'utilisation de robots pour satisfaire les besoins d'activités de soin à l'horizon 2020. L'objectif n'est pas de voir les robots assurer l'essentiel du travail de soin, mais de les voir alléger la charge de travail et de créer un meilleur environnement pour les travailleurs grâce à l'utilisation d'équipements automatisés. Étant donné les pressions pour accroître l'efficacité du travail et réduire le nombre de travailleurs du soin, il est important de maintenir une qualité élevée de services qui ne peuvent être fournis que par des êtres humains. En plus de créer un milieu de travail sûr et stable, le ministère veut aider les personnes âgées qui ont besoin que l'on s'occupe d'elles à mener une vie autonome dans un environnement familial.

Selon une étude menée par le ministère de la Santé, du Travail et du Bien-être en 2011*, les robots peuvent aider à alléger la charge de travail physique lorsqu'il s'agit d'assurer le déplacement des patients; les systèmes de surveillance peuvent aider les personnes atteintes de démence sénile; et les aides à la mobilité peuvent aider les personnes à sortir seules en toute sécurité.

La capacité de substituer des robots aux travailleurs du soin est moins évidente. Dans les débats sur l'émergence des robots, on cite souvent PARO comme exemple de moyens techniques suffisamment avancés pour remplacer un être humain dans des activités de soin à autrui. PARO est un «robot social» mis au point au Japon. C'est un animal en peluche de l'apparence d'un bébé phoque, muni de capteurs et d'un microphone qui le dotent du toucher et de l'ouïe et lui permettent de répondre à des signaux. Il est utilisé dans les maisons de retraite pour assurer la stimulation cognitive des personnes âgées atteintes de démence sénile. On a vanté la capacité de PARO d'améliorer de façon autonome le moral des patients, de réduire leur stress, mais un examen plus attentif de la façon dont il est utilisé met en évidence le rôle essentiel des travailleurs du soin en tant qu'intermédiaires dans les interactions entre le patient et le robot, ce qui est souvent omis dans les évaluations de son efficacité.

* L'étude, intitulée «Projet de mise en pratique des équipements de bien-être et des robots d'aide à la personne» (Project for Helping Putting Welfare Equipment and Nursing Robots into Practice), a porté sur 220 dirigeants et travailleurs d'établissements de soins.

Sources: Berg, 2017; Gouvernement du Japon, 2015.

couvertes à plus de 10 pour cent par des activités de soins à domicile, et presque 5 pour cent d'entre elles sont en institution²⁰⁵. Le bénéfice est strictement fondé sur les besoins, et ni le revenu ni le soutien éventuel de la famille ne font partie des critères d'octroi. Le système japonais de soins de longue durée ne comporte pas d'allocations en espèces, car celles-ci seraient considérées comme une pression sociale sur les belles-filles pour s'occuper de leurs beaux-parents²⁰⁶.

Dans les pays qui relèvent de ce modèle, les dispositions relatives au handicap ont les mêmes caractéristiques que celles des autres activités de soin: niveau de dépenses relativement élevé, octroi des prestations sous condition de ressources et préférence pour les subventions ou allocations en espèces plutôt que pour la prestation directe de services²⁰⁷. Le Royaume-Uni, dont le niveau de dépenses se situe au milieu de l'échelle, privilégie l'intégration sur le marché du travail²⁰⁸ et les mesures permettant une «vie indépendante», ce qui implique des allocations directes aux handicapés afin qu'ils puissent engager eux-mêmes les personnes qui les assistent. Avec des contrôles rigoureux de la capacité de travailler, le système de prestations est fondé sur l'incitation à rechercher l'autonomie par l'emploi rémunéré²⁰⁹.

Niveau de qualification du personnel

Dans la santé et le travail social, la proportion de travailleurs ayant des qualifications élevées (médecins, infirmières et infirmières auxiliaires) est relativement basse – environ 20 pour cent –, ce qui s'explique par le niveau de qualification relativement moindre de la main-d'œuvre des soins de longue durée. Dans l'éducation, la proportion de travailleurs ayant des qualifications avancées est supérieure, se situant entre 30 et 40 pour cent dans la plupart des pays, avec un minimum de 20 pour cent en Australie. Ici encore, cela s'explique par un personnel ayant un niveau d'instruction moindre dans l'accueil des enfants à domicile et par le nombre d'auxiliaires enseignements (voir figure 4.14).

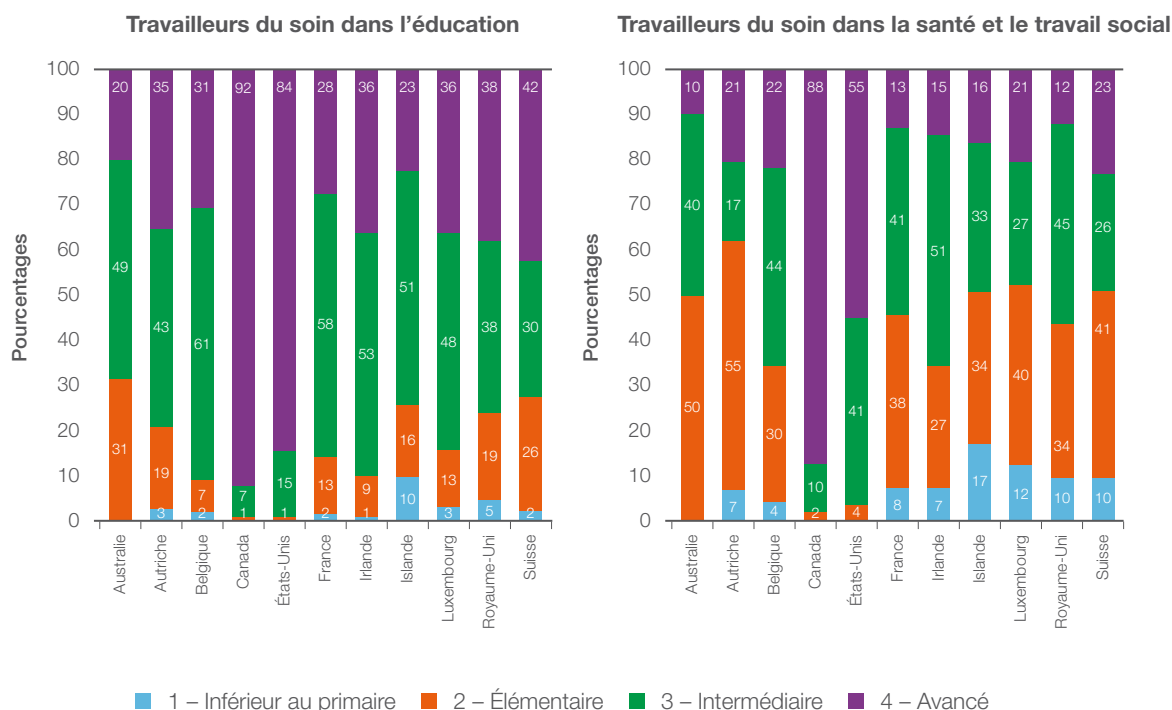
Le tableau est différent aux États-Unis et au Canada: le personnel doté d'un niveau d'instruction supérieur constitue plus de la moitié des effectifs de la santé et du travail social aux États-Unis, mais plus de 90 pour cent au Canada, chiffre qui s'explique par la faible couverture des services de soins de longue durée dans les deux pays.

Travailleurs domestiques

Les travailleurs domestiques employés directement par les ménages représentent environ 1 pour cent de l'emploi total et 2 pour cent de l'emploi féminin en France, au Luxembourg et en Suisse. Dans les autres pays, la proportion est encore inférieure.

Aux États-Unis, les travailleurs domestiques employés par les ménages représentent 0,5 pour cent de la population active occupée, un nombre stable après une augmentation à la fin de la dernière décennie²¹⁰. La plupart d'entre eux sont des femmes (95 pour cent), et une majorité a des origines ethniques minoritaires (54 pour cent)²¹¹; 44 pour cent sont nés à l'étranger, et 31 pour cent ne sont pas citoyens du pays. Au Canada, le Programme des aides familiaux résidents (1992-2011) promouvait explicitement le recrutement de travailleurs domestiques migrants, en particulier pour s'occuper des enfants. Le programme était tourné vers l'emploi et établissait un lien entre les droits du travailleur

Figure 4.14. Niveau d'instruction dans l'éducation et dans la santé et le travail social



Note: Personnel de soutien exclu. Les niveaux d'instruction sont ceux de la CITE-11. Inférieur au primaire: aucune scolarité ou éducation de la petite enfance. Élémentaire: enseignement primaire ou premier cycle de l'enseignement secondaire. Intermédiaire: deuxième cycle de l'enseignement secondaire et enseignement postsecondaire non supérieur. Avancé: enseignement supérieur de cycle court, licence, master, doctorat ou niveaux équivalents.

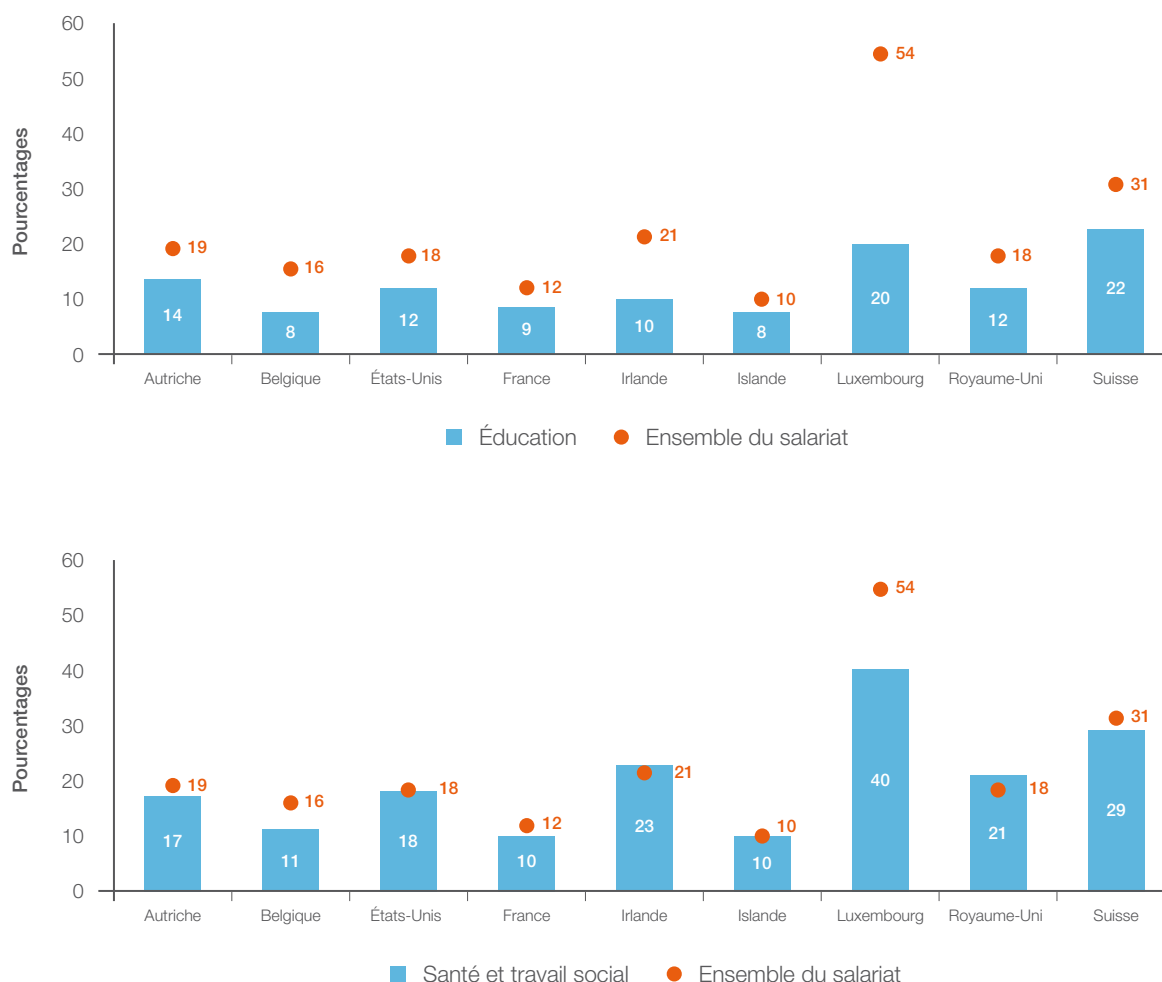
Source: Calculs du BIT à partir de microdonnées d'enquêtes sur la main-d'œuvre et auprès des ménages.

migrant et sa relation de travail avec un employeur donné. Des changements ultérieurs (voir ci-dessous) montrent une transition des tâches domestiques vers les activités directes de soin à autrui²¹².

Travailleurs migrants

Deux des caractéristiques de ce modèle – part des prestations privées et développement des soins de longue durée à domicile, y compris par des travailleurs résidant chez le bénéficiaire – sont associées à une surreprésentation des travailleurs migrants, en particulier dans les emplois les moins recherchés²¹³. Ainsi, en Autriche et en Allemagne, le fort recours aux travailleurs migrants employés par les ménages s'explique par l'octroi non réglementé d'allocations spécifiques pour activités de soin et une forte proportion de travailleurs migrants dans les emplois peu qualifiés²¹⁴. En Allemagne, ces allocations peuvent être utilisées pour employer vingt-quatre heures sur vingt-quatre des travailleurs en provenance d'autres pays de l'Union européenne, recrutés par l'intermédiaire d'agences basées à l'étranger, au titre de contrats temporaires (24 mois maximum) et avec des conditions de travail difficiles²¹⁵.

Figure 4.15. Proportion de travailleurs d'origine étrangère dans l'éducation et dans la santé et le travail social



Source: Calculs du BIT à partir de microdonnées d'enquêtes sur la main-d'œuvre et auprès des ménages.

Au Royaume-Uni, les travailleurs migrants sont employés par des institutions de soins. L'ouverture de l'Union européenne en 2004 a entraîné un afflux de personnes venant d'Europe orientale à la recherche d'emplois de garde d'enfants à domicile, au pair²¹⁶ ou dans les soins de longue durée²¹⁷. S'ajoutant au recours traditionnel à des médecins et infirmières d'origine étrangère, cet afflux a entraîné une surreprésentation des travailleurs migrants au sein de la main-d'œuvre du soin à autrui²¹⁸, par comparaison avec les salariés en général (voir figure 4.15)²¹⁹. Une situation qui se retrouve en Irlande, bien que ce pays connaisse aussi une émigration de sa main-d'œuvre du soin²²⁰. Les politiques migratoires qui favorisent l'entrée de travailleurs qualifiés ont débouché sur une rétrogradation de nombreux travailleurs qualifiés pour les activités sanitaires dans la main-d'œuvre non qualifiée, avec moins de droits et de mauvaises conditions de travail²²¹.

Les États-Unis sont aussi et depuis longtemps un pays de destination majeur pour les travailleurs du soin ayant une instruction élevée, malgré la rigueur des règles d'entrée.

Dans la santé et le travail social, quelque 18 pour cent des travailleurs du soin sont nés à l'étranger (voir figure 4.15). Aux États-Unis, en 2010, 27 pour cent des médecins et chirurgiens et 22 pour cent du personnel infirmier et de l'aide à domicile étaient d'origine étrangère²²². Il en va de même pour le personnel qui s'occupe des personnes âgées, avec 24 pour cent, dont la moitié a la nationalité états-unienne et un tiers réside dans le pays depuis plus de vingt-cinq ans. La proportion est également élevée pour les travailleurs employés par des ménages (28 pour cent) et ceux qui travaillent dans les maisons de retraite (20 pour cent)²²³.

La proportion de personnes d'origine étrangère est inférieure à la moyenne dans les autres pays représentés à la figure 4.15, même dans ceux où elle est relativement élevée, comme le Luxembourg et la Suisse. Elle est encore inférieure dans l'éducation, où les exigences de diplômes et de connaissance de la langue constituent des obstacles. Il reste que la proportion est tout de même d'environ 10 pour cent pour tous les travailleurs de soin du secteur.

La réglementation des migrations se combine avec les politiques du soin à autrui pour faciliter ou dissuader la venue de travailleurs étrangers, avec des conséquences sur leurs effectifs et leurs conditions de travail. En Australie, par exemple, la politique migratoire favorise le travail qualifié (défini en fonction du niveau du salaire) et n'encourage pas la venue des gardes d'enfants. Les familles qui ont recours au travail au pair (au titre d'un visa vacances-travail) n'ont pas droit aux allocations de soutien²²⁴. Au Japon, la politique migratoire restrictive ne permet l'entrée d'infirmières et de personnel de soins de longue durée que dans le cadre d'accords bilatéraux avec l'Indonésie, les Philippines et le Viet Nam²²⁵. À l'autre extrémité du spectre, au Canada, le Programme des aides familiaux résidents (anciennement Programme concernant les employés de maison étrangers) permet à ces travailleurs (y compris les professionnels de santé, les assistantes maternelles et les aides-soignants) d'entrer au Canada pour s'y occuper d'enfants ou de personnes ayant un fort besoin de soins, soit à domicile, soit selon d'autres dispositions. Les travailleurs migrants qui font partie de ce programme ont le droit de devenir résidents permanents du Canada après y avoir travaillé au moins deux ans²²⁶.

Conditions de travail

Selon le type d'activité, le degré de privatisation des services, le régime migratoire et la rigueur de la réglementation, les travailleurs connaissent toute une diversité de situations. Dans les pays qui suivent ce modèle, les points communs sont la précarité de la situation contractuelle et la difficulté des conditions de travail, surtout là où une plus forte proportion des services relève du marché.

Aux États-Unis, par exemple, le médecin est le premier professionnel de la santé dans les soins de courte durée, il supervise aussi la prestation institutionnelle de soins de longue durée et assure avec les infirmières l'essentiel du travail qualifié. Les écarts de rémunération entre travailleurs qualifiés et travailleurs non qualifiés sont particulièrement importants, comme on le voit à la figure 4.5. Toutefois, la grande majorité de la main-d'œuvre rémunérée des soins de longue durée est constituée de travailleurs²²⁷ assurant des soins, une aide et un soutien directs à la vie quotidienne soit dans des établissements, soit à domicile, et quelquefois comme travailleurs domestiques²²⁸. Cette main-d'œuvre

Encadré 4.8. Les contrats zéro heure au Royaume-Uni

Les contrats zéro heure, c'est-à-dire sans garantie d'un nombre minimal d'heures de travail*, sont la norme pour les activités de soin à domicile au Royaume-Uni. Ces contrats ont pour caractéristiques un nombre d'heures de travail à la fois insuffisant et imprévisible, des gains réduits et une protection de l'emploi limitée. Mais ils ont aussi d'autres caractéristiques en lien avec la prestation à domicile: la rémunération se limite au temps passé au contact du bénéficiaire, et la durée des visites est le plus souvent d'un quart d'heure, voire moins, ce qui est insuffisant pour réaliser les tâches assignées. Le temps de trajet entre deux visites n'est pas rémunéré. Les horaires sont stricts et ne laissent souvent pas le temps nécessaire pour prodiguer les soins, qui varie selon le bénéficiaire. Dans ce cas, la mauvaise qualité de l'emploi se traduit par une mauvaise qualité des soins.

* BIT, 2016d.

Sources: Hayes, 2016; BIT, 2016d.

se caractérise par un faible niveau de formation²²⁹, de salaires et de prestations sociales, ainsi qu'une forte rotation²³⁰.

Au Royaume-Uni, les travailleurs de la petite enfance se situent au bas de l'échelle des salaires, avec une rémunération inférieure de 40 pour cent à celle des autres travailleurs, après contrôle des effets des caractéristiques des individus et des institutions. Cet écart est en partie comblé pour ceux qui travaillent dans des institutions publiques, qui gagnent 27 pour cent de plus que les autres²³¹. Comme les subventions publiques ne sont pas liées au niveau de qualification du personnel, les prestataires du secteur à but lucratif qui opèrent sur un marché du travail assoupli sont incités à maintenir les coûts à un faible niveau tout en bénéficiant du financement public, même si le personnel travaillant dans les crèches et l'enseignement préprimaire est censé avoir «toutes les qualifications appropriées»²³². Moins de 40 pour cent des travailleurs de l'éducation ont des qualifications avancées, proportion inférieure encore dans d'autres pays de ce modèle, ainsi qu'en Australie (voir figure 4.14).

Au Royaume-Uni, le passage à des prestations privées et à but lucratif, que ce soit en institution ou à domicile, même financées par les collectivités locales, a des effets négatifs sur les salaires moyens, par comparaison avec ceux du secteur public²³³. Les méthodes de gestion du temps, qui limitent la durée des contacts en tête-à-tête, et le recours aux contrats zéro heure (voir encadré 4.8) sont sources d'imprévisibilité et d'insécurité, ce qui demande un fort niveau d'engagement dans le travail de la part du personnel²³⁴. Les systèmes d'allocations spécifiques pour activités de soin aux personnes âgées ou handicapées ont augmenté l'emploi privé d'aides à la personne, emplois souvent non protégés, sans syndicat et assortis de conditions de travail difficiles. Aux États-Unis, le développement des subventions aux soins à domicile a suscité l'expansion du nombre d'aides à domicile ayant un statut d'indépendant²³⁵, alors qu'il s'agit, en fait, de salariés²³⁶. En Allemagne, les travailleurs, des femmes pour la plupart, qui s'occupent des personnes âgées à domicile font état de salaires extrêmement bas pour une durée du travail supérieure à 48 heures par semaine, avec l'exigence d'être présente cinq jours par semaine, sans droit ni aux congés payés, ni aux congés de maladie, ni même parfois à l'assurance-maladie²³⁷.

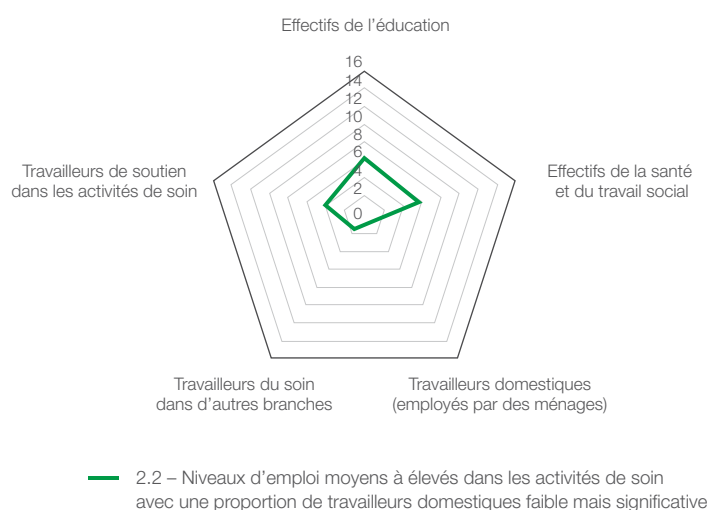
Ces conditions de travail insatisfaisantes sont aussi le lot des travailleurs domestiques directement employés par des ménages. Ainsi, aux États-Unis, les taux de salaires sont bas, le travail est souvent risqué pour la sécurité et la santé, et les moyens d'obtenir une amélioration des conditions de travail sont inexistants, étant donné que ce personnel est exclu de la législation fédérale du travail. La faiblesse ou l'insuffisance des droits et protections les livrent aux abus et à l'exploitation. Inversement, au Canada, certains des droits et protections conférés par la législation fédérale ou provinciale sont étendus aux travailleurs domestiques²³⁸.

Modèle 2.2. Niveaux d'emploi moyens à élevés dans les activités de soin, avec une proportion de travailleurs domestiques faible mais significative

Ce modèle comprend des pays d'Europe occidentale (Croatie, Estonie, Lettonie, Lituanie, Slovaquie), d'Europe orientale (Hongrie, Pologne, Fédération de Russie, République tchèque), d'Europe méridionale (Espagne, Grèce, Italie, Portugal) et la République de Corée. Dans la plupart d'entre eux, la main-d'œuvre des activités de soin à autrui représente environ 15 pour cent de l'emploi total, proportion en général inférieure à celle de pays ayant un niveau de revenu similaire. L'Espagne, l'Italie et le Portugal font exception, avec une proportion d'environ 20 pour cent de l'emploi total, qui s'explique par le nombre de travailleurs domestiques employés par les ménages (à hauteur d'environ 3 pour cent de l'emploi total). Dans ces pays, le personnel de l'éducation représente environ 6 pour cent de l'emploi total; celui de la santé et du travail social, à peu près 5 pour cent (voir figure 4.9c). Ces pays présentent une similitude remarquable quant à leur taux de dépendance et quant à la proportion de jeunes (0-19 ans) et de personnes en âge de travailler (24-64 ans) (environ 30 pour cent), même

si l'Italie se distingue par son pourcentage de personnes âgées²³⁹. Une autre caractéristique commune à ces pays est le fort degré de féminisation de la main-d'œuvre des activités de soin à autrui: environ 80 pour cent.

Figure 4.9.c. Modèle 2.2.



Note: En pourcentage de l'emploi total.

Le niveau d'emploi de ces pays dans les activités de soin indique ce que les auteurs ont appelé le «familialisme» des régimes de soin à autrui, c'est-à-dire la primauté de la responsabilité familiale sur celles de l'État, quelquefois même consacré par la loi, comme en Hongrie²⁴⁰. Le recours au travail domestique – majoritairement effectué par des travailleurs migrants dans les pays d'Europe du Sud de ce modèle – et le degré comparativement élevé de féminisation sont symptomatiques de conditions de travail moins que satisfaisantes dans la prestation des services, comme on le verra ci-dessous.

Les services de soin

Les pays d'Europe occidentale et orientale qui suivent ce modèle ont connu plusieurs séries de réformes orientées vers le marché et la libéralisation. L'enseignement public de base reste gratuit et ouvert à tous, mais l'éducation postsecondaire est privatisée et payante, et les services subventionnés d'accueil des enfants ont subi des réductions et leur accès est limité²⁴¹, ce qui se traduit par un faible taux de fréquentation, sauf en Slovénie, où il atteint presque 40 pour cent²⁴².

Les pays d'Europe méridionale ont aussi connu des réformes à la fin des années 1990: extension des politiques familiales, investissement dans l'éducation de la petite enfance (sauf en Grèce) et orientation vers des systèmes de santé publics universels²⁴³. Lorsque ces pays ont été frappés par la crise économique et financière de 2008, l'austérité budgétaire a mis un terme à ces réformes alors même que la préférence pour la responsabilité familiale en matière de soin à autrui restait prévalente, ce qui a induit une détérioration des conditions de travail du personnel des activités de soin et accentué la pression sur les prestataires non rémunérés²⁴⁴. La République de Corée a substantiellement étendu la couverture de ses services d'éducation et de protection de la petite enfance à partir de 2003, et ses services de soins aux personnes âgées sont devenus universels en 2008²⁴⁵, en s'appuyant sur des prestataires privés avec un financement combinant assurance sociale et ressources budgétaires²⁴⁶. En général, les pays de ce modèle ont connu récemment de profondes réformes allant dans le sens de la primauté du marché et qui ont connu des résultats mitigés.

Le taux de fréquentation des services d'éducation et de protection de la petite enfance est variable: moyen en Espagne et Slovénie (entre 30 et 40 pour cent), il dépasse 50 pour cent en République de Corée²⁴⁷ et atteint 48 pour cent au Portugal avec une forte amplitude horaire (plus de 35 heures par semaine); mais il est inférieur à 20 pour cent, quoique avec des horaires longs, en Grèce, Hongrie, Pologne et République tchèque²⁴⁸. En Hongrie et en République tchèque, le faible taux de fréquentation s'explique par des congés parentaux bien rémunérés, tandis qu'en Grèce et en Pologne l'explication tient au faible soutien public²⁴⁹. Les ratios élèves-enseignant sont bas (égaux ou inférieurs à 17:1) dans l'enseignement primaire et préprimaire²⁵⁰.

Dans la plupart des pays de ce modèle, le rapport du nombre de personnes âgées à la population est égal ou supérieur à 30 pour cent, et c'est en Grèce et en Italie qu'il est le plus élevé²⁵¹. Toutefois, le taux de couverture des soins aux personnes âgées, tant en institution qu'à domicile, est faible du fait du recours aux membres de la famille. En République de Corée, en Hongrie et en République tchèque, cette couverture est universelle de par la loi, alors qu'elle présente de grosses lacunes dans tous les autres pays du modèle²⁵². Le cas de la Hongrie est parlant: le taux élevé de services à domicile (10,7 pour cent) s'explique par des allocations attribuées aux membres de la famille qui sont prestataires à plein temps et par le nombre insuffisant de maisons de retraite, auquel s'ajoutent des restrictions d'accès²⁵³.

Les pays d'Europe méridionale ont aussi étendu la couverture des soins de longue durée au cours de la dernière décennie, notamment l'Espagne et l'Italie²⁵⁴. L'Estonie et la Pologne connaissent un déclin²⁵⁵. L'expansion s'est surtout portée sur les services à domicile par l'attribution d'allocations spécifiques pour activités de soin et la réduction

des services en institution. Cela a contribué à l'extension des prestations privées de services à domicile, le plus souvent assurées par des travailleurs domestiques migrants²⁵⁶. Ainsi, la Slovénie n'a que lentement étendu les prestations publiques à domicile, et dans un contexte de chômage élevé les familles qui en ont les moyens embauchent des travailleurs, en situation formelle ou informelle, pour satisfaire la demande. Cela entraîne une segmentation de la main-d'œuvre des services à domicile (voir ci-dessous, encadré 4.9)²⁵⁷.

Dans ce modèle, la République de Corée se distingue par son régime de soins de longue durée financé par une assurance universelle. Mis en œuvre en 2008, le régime associe des prestations publiques dans les zones reculées et une forte participation du secteur privé. De même qu'au Japon, les prestations en espèces sont limitées afin d'éviter l'emploi de membres de la famille²⁵⁸.

La préférence pour les allocations destinées aux activités de soin se manifeste aussi en matière de handicap. Comme c'est le cas pour les soins aux personnes âgées, l'Italie et le Portugal ont choisi les transferts monétaires sous conditions strictes de ressources. En Espagne, la loi de 2007 relative à la promotion de l'autonomie personnelle et au soutien des personnes en situation de dépendance assure un soutien public aux personnes qui ont besoin de soins et d'assistance. Les pays d'Europe centrale et orientale, où la couverture est limitée, mettent l'accent sur les transferts fondés sur les besoins²⁵⁹. Dans la logique de sa méfiance pour les allocations monétaires pour activités de soin, la République de Corée préfère la mise à disposition publique d'aides à la personne pour apporter l'assistance à la vie quotidienne²⁶⁰.

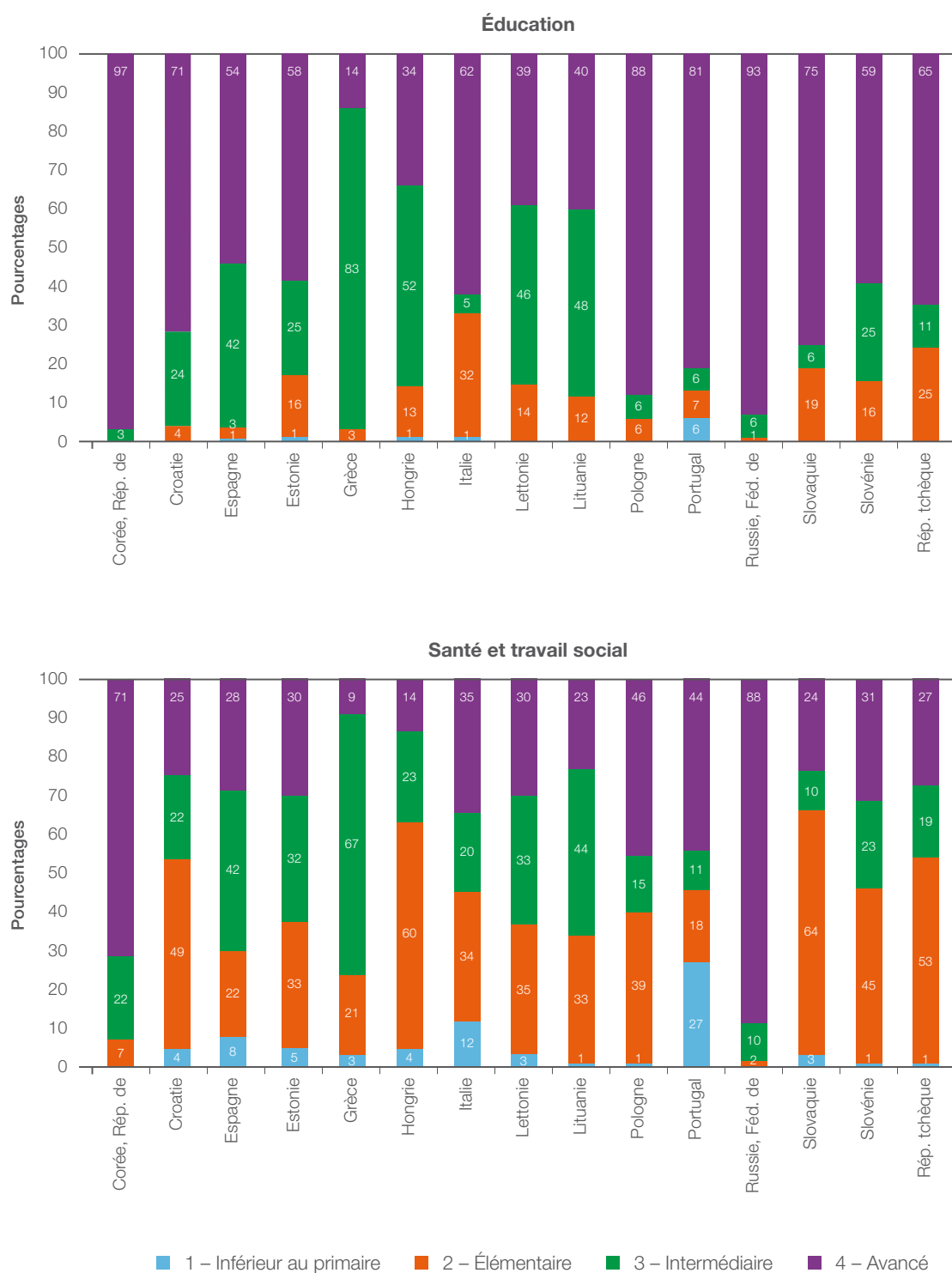
Niveau de qualification du personnel

La figure 4.16 fait apparaître des niveaux d'instruction supérieurs à ceux des deux modèles précédents dans la santé, ce qui s'explique par la moindre proportion de travailleurs dans les soins de longue durée. La situation est similaire dans l'éducation, où les niveaux supérieurs d'instruction prévalent plus encore, notamment en République de Corée, en Pologne et en Fédération de Russie. La Grèce fait exception, où moins de 20 pour cent du personnel de l'éducation a un niveau avancé.

Travailleurs domestiques et travailleurs migrants

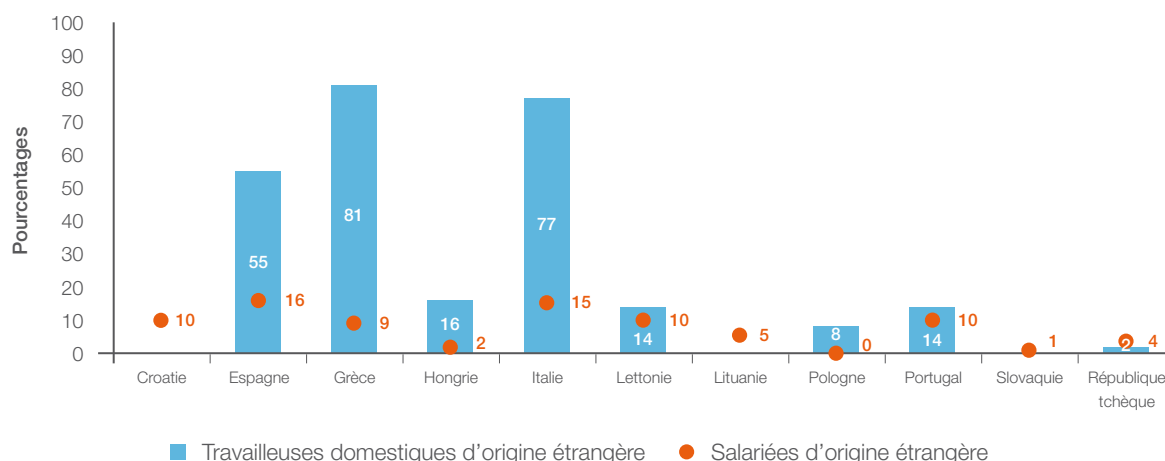
En Europe méridionale, la combinaison de faibles dépenses publiques dans les soins de longue durée, d'allocations spécifiques pour activités de soin peu réglementées et d'une forte présence de travailleurs migrants en situation irrégulière a conduit à ce que l'on a appelé le modèle de la «migrante de la famille», c'est-à-dire l'emploi de travailleurs domestiques migrants, souvent des femmes, et résidant au domicile du ménage pour s'occuper des personnes âgées avec la «femme à la maison»²⁶¹. En Italie, le nombre de travailleurs domestiques assurant toute une série de services à la personne et dans le ménage a triplé entre 1998 et 2008. Dix ans plus tard, les travailleurs domestiques représentent presque 7 pour cent de l'emploi féminin (contre 0,7 pour cent de l'emploi masculin), et 77 pour cent sont nés à l'étranger (voir figure 4.17). Un grand nombre d'autres sont des migrants en situation irrégulière qui ne figurent donc pas dans les statistiques²⁶².

Figure 4.16. Niveau d'instruction dans l'éducation et dans la santé et le travail social



Note: Personnel de soutien exclu. Les niveaux d'instruction sont ceux de la CITE-11. Inférieur au primaire: aucune scolarité ou éducation de la petite enfance. Élémentaire: enseignement primaire ou premier cycle de l'enseignement secondaire. Intermédiaire: deuxième cycle de l'enseignement secondaire et enseignement postsecondaire non supérieur. Avancé: enseignement supérieur de cycle court, licence, master, doctorat ou niveaux équivalents.

Source: Calculs du BIT à partir de microdonnées d'enquêtes sur la main-d'œuvre et auprès des ménages.

Figure 4.17. Proportion de travailleuses domestiques (employées par des ménages) d'origine étrangère

Source: Calculs du BIT à partir de microdonnées d'enquêtes sur la main-d'œuvre et auprès des ménages.

Les chiffres sont similaires pour l'Espagne, où les travailleurs domestiques représentent 6,5 pour cent de l'emploi féminin (et 0,7 pour cent de l'emploi masculin), et 55 pour cent sont nés à l'étranger. Si la proportion de travailleurs domestiques est inférieure au Portugal et en Grèce (respectivement 4,8 et 2,4 pour cent de l'emploi féminin), la part des migrants y reste considérable, notamment en Grèce (voir figure 4.17)²⁶³.

Pour la plupart, les travailleurs domestiques d'Europe méridionale viennent d'Europe orientale²⁶⁴. L'élargissement de l'Union européenne depuis 2004 a débouché sur le ciblage des travailleurs domestiques par l'établissement de contingents et concessions autorisant les travailleurs de ces pays à émigrer vers l'Italie. Toutefois, les migrations irrégulières dominent le secteur: les entrées et séjours irréguliers au titre de visas de touristes ou d'étudiants sont les principales voies d'accès aux marchés du travail italien. Bien que l'Italie ait pris des mesures plus restrictives et punitives à l'encontre de l'immigration clandestine depuis 2008, les travailleurs domestiques ont toujours un traitement d'exception et ont bénéficié de campagnes de régularisation en 2009 et 2012. Toutefois, la régularisation dépendait de la volonté des employeurs de normaliser la situation de leurs salariés. Tous n'étaient pas prêts à le faire en raison des coûts induits: paiement des cotisations sociales et de salaires plus élevés, respect des dispositions sur la durée du travail et des congés figurant dans la convention collective du travail domestique²⁶⁵.

En Espagne, la loi sur les soins aux personnes dépendantes constitue aussi une tentative de régulariser les travailleurs concernés, dont 63 pour cent étaient des migrants au moment où ce texte est entré en vigueur en 2007. Toutefois, après la crise de 2008, le chômage s'est élevé à 27 pour cent, ce qui a entraîné des restrictions à l'entrée des migrants (hors Union européenne) et à leurs droits sociaux. Ces mesures n'ont pas entraîné le départ de migrants mais, pour ce qui est des activités de soin à autrui, une diminution de leur temps de travail et de leur rémunération, et par conséquent de leurs envois de fonds au pays²⁶⁶.

Inversement, dans plusieurs pays d'Europe orientale, l'émigration, en conjonction avec le démantèlement des services publics, a engendré des manques dans la prestation d'activités de soin à autrui, manques qui ont eux-mêmes stimulé la demande de travailleurs domestiques²⁶⁷. En Slovaquie, cette demande est satisfaite par des étudiants et des retraitées qui ont pris une retraite anticipée et qui, pour échapper à la pauvreté, gardent des enfants de façon informelle²⁶⁸. En Fédération de Russie, la demande de travailleurs domestiques provient des classes moyennes et supérieures urbaines et est satisfaite par des résidents locaux, des migrants internes et, dans une moindre mesure, par des émigrés en provenance des anciennes républiques soviétiques²⁶⁹. On observe des tendances similaires en Lettonie²⁷⁰. Bien que l'on dispose de peu de données quantitatives, les observations montrent que les travailleurs domestiques de ces pays connaissent de mauvaises conditions de travail, car ils sont la plupart du temps en situation informelle. En particulier, les travailleuses domestiques résidant chez l'employeur subissent surcharge de travail, sous-rémunération et harcèlement sexuel²⁷¹.

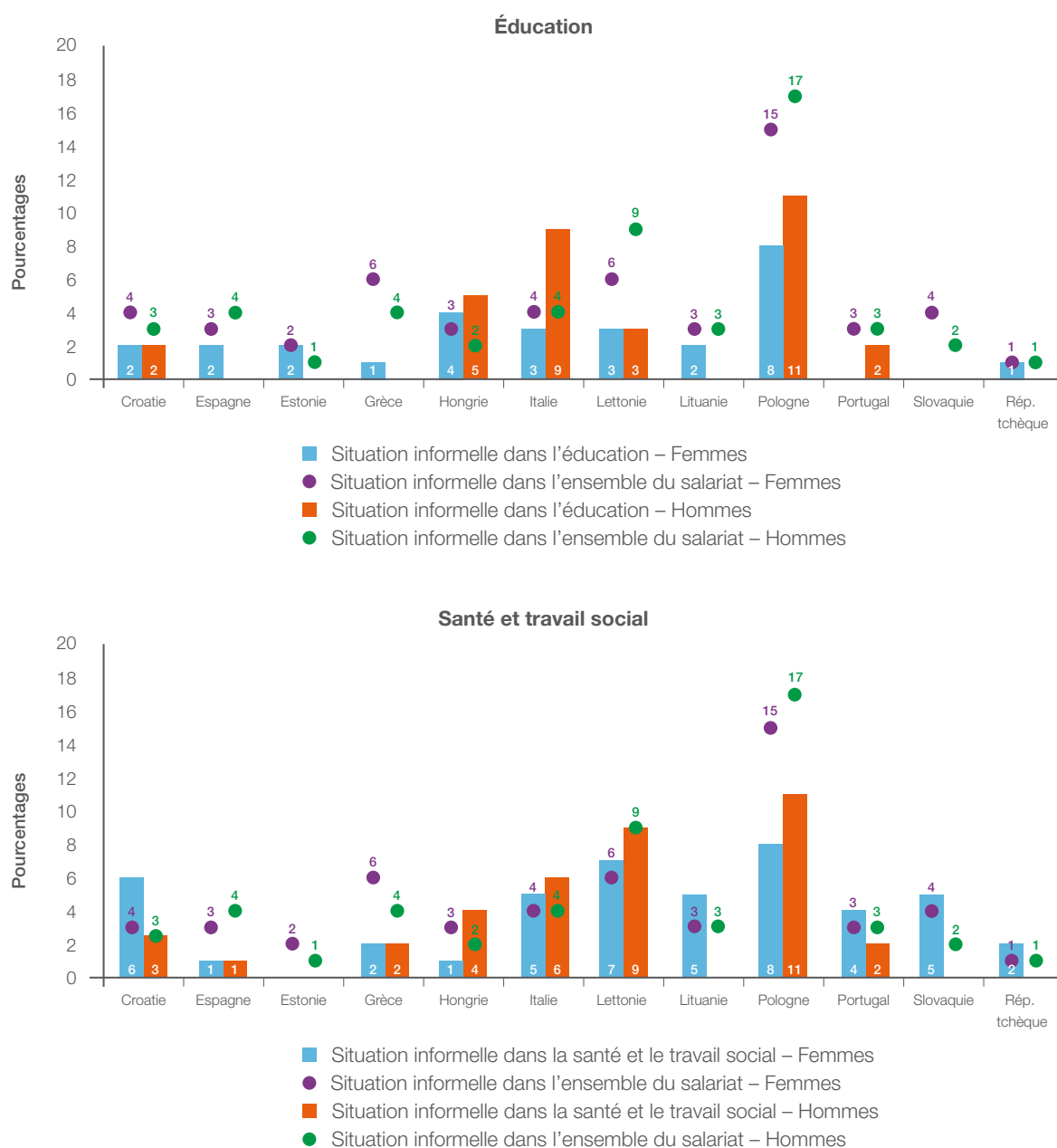
En République de Corée, la politique migratoire a évolué en réaction à la demande de soins de longue durée, avec la création de visas temporaires pour «services d'aide à la personne», mais seulement à l'intention de Chinois et de Russes ayant des liens ethniques avec le pays et qui sont employés dans des services institutionnels de soin aux personnes âgées. À la différence des pays d'Europe méridionale, la République de Corée a maintenu une politique migratoire très restrictive vis-à-vis des travailleurs migrants étrangers²⁷², malgré de sérieux manques de personnel de soin à autrui.

Conditions de travail

Dans la plupart des pays qui relèvent de ce modèle, le travail informel affecte les travailleurs des activités de soin à autrui dans une proportion moindre que les autres travailleurs, ce qui s'explique, entre autres, par l'importance relative des prestations publiques. En Croatie, en Lettonie, au Portugal et en Slovaquie, les travailleurs de la santé et du travail social se trouvent, plus que la moyenne, en situation de travail informel, tandis qu'en Italie il n'y a pas de différences. Dans l'éducation, c'est seulement en Hongrie que les salariés ont une probabilité supérieure à la moyenne d'être employés de façon informelle. En particulier, les rares hommes qui travaillent dans les activités de soin ont un risque supérieur à celui des femmes d'avoir un travail informel, surtout dans l'éducation (voir figure 4.18).

Il est avéré que la prestation publique des services d'éducation et de protection de la petite enfance améliore les conditions de travail du personnel. Tel est le cas en Slovénie, où la plupart des enseignants ont des contrats permanents et à plein temps, sont syndiqués et ont des salaires qui se situent dans la moyenne de l'économie²⁷³. Par ailleurs, dans les soins de longue durée, un moindre niveau de prestations publiques, la préférence donnée aux allocations spécifiques pour activités de soin et l'immigration irrégulière sont associés à de mauvaises conditions de travail (voir encadré 4.9). En République de Corée, l'expansion rapide des services de soins de longue durée s'est traduite par un manque de main-d'œuvre qualifiée, de réglementation et de supervision²⁷⁴ qui, s'ajoutant à l'approche marchande adoptée pour la prestation des services, a conduit à une précarisation de l'emploi, les travailleurs étant employés par des entreprises motivées par le profit. La durée du travail est imprévisible, les contrats sont précaires, le taux de

Figure 4.18. Proportion de salariés en situation d'emploi informel dans l'éducation et dans la santé et le travail social, selon le sexe



Source: Calculs du BIT à partir de microdonnées d'enquêtes sur la main-d'œuvre et auprès des ménages.

rotation du personnel est élevé. Celui-ci est en effet privé de la protection de l'assurance sociale, ainsi que d'autres droits comme les congés payés, la rémunération des heures supplémentaires et les indemnités de licenciement²⁷⁵. Parallèlement, la combinaison de faibles rémunérations et de médiocres perspectives de carrière induit un manque d'attraction de travailleurs dans les activités de soin à autrui, en particulier chez les jeunes²⁷⁶.

Encadré 4.9. Stratification du personnel des soins de longue durée en Slovénie

Une récente étude menée en Slovénie met en évidence la différence de situation du personnel des soins de longue durée dans les secteurs public et privé, dans un contexte de faible proportion des prestations publiques et de chômage élevé^a. Les travailleurs des soins de longue durée du secteur public et ceux qui sont employés par des organismes privés bénéficiant de subventions publiques sont employés de façon formelle avec des contrats à plein temps. Toutefois, ils sont payés au salaire minimum, ont des horaires atypiques et voient leur charge de travail augmenter du fait de contrôles accrus et de la division des tâches, phénomène commun dans les soins de longue durée à domicile. Du fait que les subventions – couvrant 50 pour cent du coût – sont versées aux organismes privés et non aux bénéficiaires, les travailleurs indépendants non subventionnés et titulaires d'un permis de travail entrent en compétition avec les organismes susmentionnés, ce qui se traduit par une pression sur leurs revenus. Ils sont aussi en concurrence avec les travailleurs en situation informelle, qui ne paient ni impôts ni charges sociales. La concurrence entre les travailleurs en situation informelle et leurs conditions de travail désastreuses constituent le revers de la médaille d'une couverture relativement étendue des soins de longue durée en Slovénie^b.

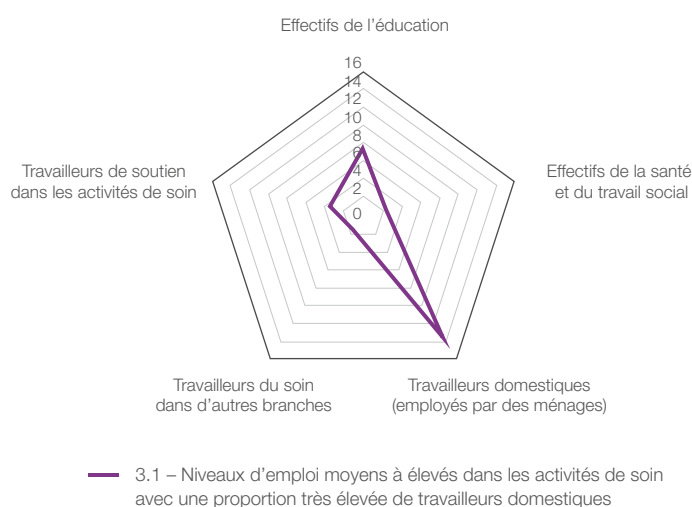
^a Hrženjak, 2017. ^b OCDE, 2018a.

Sources: Hrženjak, 2017; OCDE, 2018a.

4.3.3. Modèle 3 – Fort recours au travail domestique**Modèle 3.1: Niveaux d'emploi moyens à élevés dans les activités de soin avec une proportion très élevée de travailleurs domestiques**

Ce modèle comprend deux États arabes, l'Arabie saoudite et le Koweït. Leur principale caractéristique est la proportion de travailleurs domestiques dans l'emploi total, qui atteint 12 pour cent en Arabie saoudite et 14 pour cent au Koweït. Les travailleurs du soin dans les activités de soin à autrui constituent aussi une proportion significative de l'emploi total, concentrée dans l'éducation (voir figure 4.9.d). Au contraire, le personnel de l'éducation représente 5 pour cent de l'emploi total; celui de la santé et du travail social, 2,4 pour cent. La caractéristique la plus frappante de l'Arabie saoudite, partagée par les autres États arabes, est que les activités de soin à autrui occupent 90 pour cent de l'ensemble de la main-d'œuvre féminine et que les femmes représentent la moitié du personnel des activités de soin, autrement dit le taux de féminisation est de 46 pour cent. Tout cela s'explique par le faible taux d'activité des femmes en général: 20 pour cent

Figure 4.9.d. Modèle 3.1.



Note: En pourcentage de l'emploi total.

seulement. De fait, pratiquement la moitié des femmes employées à des activités de soin à autrui sont des travailleuses domestiques, presque toutes migrantes.

Les services de soin

Le fort recours au travail domestique et l'existence de secteurs de la santé et de l'éducation relativement bien développés expliquent la combinaison particulière de l'emploi dans ce modèle. En Arabie saoudite, les services de santé sont gratuits pour les nationaux, dans les établissements aussi bien publics que privés, et pour les migrants un régime d'assurance sociale obligatoire a été institué afin de couvrir une partie des coûts. L'éducation est gratuite jusqu'au niveau secondaire. Au Koweït, les jardins d'enfants et l'enseignement supérieur sont aussi gratuits. D'autres services, en particulier touchant au développement de la petite enfance et aux soins de longue durée, sont rares.

Travailleurs domestiques migrants

L'Arabie saoudite et le Koweït, de même que les autres pays du Conseil de coopération du Golfe (CCG)²⁷⁷, accueillent la plus vaste population de travailleurs migrants temporaires du monde, employés pour la plupart dans la construction et le travail domestique. Entre 1990 et 2015, le nombre d'immigrants accueillis par les États arabes a été multiplié par trois, passant de 9,8 millions à 35 millions²⁷⁸. C'est dans les pays du CCG que l'on trouve, et de loin, la plus forte population immigrée de la région des États arabes, et l'une des plus importantes du monde, avec un total de 25,4 millions d'immigrés. C'est en Arabie saoudite qu'ils sont le plus nombreux, celle-ci constituant la quatrième destination dans le monde. Les migrants constituent 73 pour cent de la population du Koweït²⁷⁹. Ils proviennent surtout d'Asie, en particulier d'Asie du Sud, mais aussi, de plus en plus, d'Afrique. Ces pays se distinguent dans les migrations internationales comme la région de destination accueillant la plus faible proportion de femmes. En 2015, leur proportion moyenne était de 33 pour cent²⁸⁰.

Le travail domestique est l'activité principale des migrantes dans les pays du CCG, même si les autres activités de soin à autrui leur fournissent aussi des emplois. La forte demande de travailleurs domestiques dans la région s'explique par l'aisance matérielle des populations autochtones et des normes sociales qui associent la «migrante de la famille» et la «femme à la maison»²⁸¹. En l'absence de prestations publiques, les travailleurs domestiques migrants constituent une solution bon marché pour s'occuper des jeunes enfants ou de membres de la famille malades, handicapés ou âgés.

Conditions de travail des travailleurs domestiques migrants

Les relations de travail entre employeurs et travailleurs migrants (désignés comme «travailleurs expatriés temporaires» dans les pays du CCG) sont régies par des réglementations, normes et coutumes inscrites dans le cadre du système de parrainage par l'employeur, la *kafala* (voir encadré 4.10). En vertu de la *kafala*, le travailleur est juridiquement lié à l'employeur et ne peut mettre unilatéralement fin à la relation de travail.

Encadré 4.10. Pays du CCG: les travailleurs domestiques migrants et le système de la *kafala*

Le système de la *kafala*, mot qui en arabe classique a pour connotations «garantir», «fournir», «pourvoir» et «prendre soin de», est un système de parrainage qui permet l'emploi temporaire de non-nationaux dans les pays du CCG. En vertu de la *kafala*, l'entrée du travailleur migrant et son séjour régulier sont liés à un parrain individuel, tout au long de la durée de son contrat, de telle sorte que le travailleur ne peut entrer dans le pays, démissionner ou changer d'emploi ni quitter le pays sans en obtenir la permission explicite de son employeur.

La *kafala* expose le travailleur migrant à l'exploitation et le prive de possibilités de négocier avec l'employeur étant donné le déséquilibre du rapport de force dans la relation de travail. Du fait du lien avec les permis de séjour et de travail, la situation du travailleur migrant dépend de sa relation contractuelle avec le parrain. Lorsque celle-ci prend fin, il n'existe plus de base juridique au séjour du migrant dans le pays. En tant que «propriétaire» du permis, le parrain exerce un contrôle absolu sur la vie des travailleurs migrants qu'il emploie, dans une relation employeur-travailleur encore plus asymétrique qu'à l'accoutumée.

La Commission d'experts pour l'application des conventions et recommandations de l'OIT, dans ses observations relatives à la convention (n° 29) sur le travail forcé, 1930, a noté que le système de la *kafala* «peut conduire à l'imposition de travail forcé» et a instamment prié les gouvernements «de prendre les mesures nécessaires, en droit et en pratique, pour assurer que les travailleurs domestiques migrants sont pleinement protégés contre des pratiques et conditions abusives qui pourraient relever du travail forcé»*.

* BIT, 2016l.

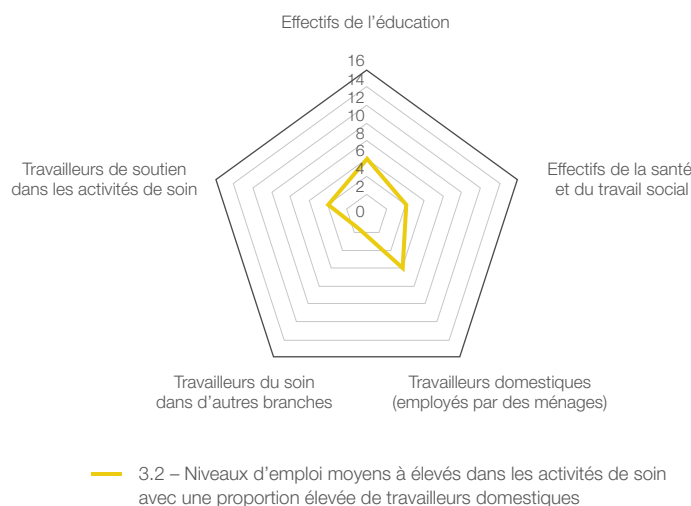
Sources: BIT, 2016l et 2017p.

Ce système limite gravement la capacité de quitter un employeur et multiplie les risques d'exploitation et de violation des droits de l'homme²⁸².

Ces dernières années, on observe une tendance à légiférer pour protéger les droits des travailleurs domestiques, y compris par la réglementation des aspects de la *kafala* qui facilitent l'exploitation. Ainsi, le Koweït a adopté en 2015 la loi n° 68/2015 sur l'emploi des travailleurs domestiques, qui établit les obligations respectives de l'employeur et du travailleur, notamment en ce qui concerne la durée du travail, la rémunération, les périodes de repos et les congés. La loi prohibe explicitement la confiscation du passeport par l'employeur, prévoit que le contrat est conclu entre l'employeur et le travailleur domestique pour une période de deux ans, renouvelable à moins que l'une des deux parties ne notifie sa cessation au moins deux mois avant son terme, et donne aux travailleurs domestiques le droit de déposer une plainte pour demander réparation auprès du Département du travail domestique.

Les accords bilatéraux signés par les pays du CCG mettent en général l'accent sur les conditions préalables au départ, la réglementation du recrutement, les modalités de paiement des salaires, le contenu et la forme du contrat de travail, les méthodes de résolution des différends et le cadre de contrôle de l'application de l'accord²⁸³. Ces accords peuvent constituer une amélioration par rapport au statu quo, mais, de même que les contrats de travail types, ils n'offrent guère plus de protection que les législations nationales, et leurs mécanismes de contrôle ainsi que les pénalités ne sont pas clairement établis.

Figure 4.9.e. Modèle 3.2.



Note: En pourcentage de l'emploi total.

Modèle 3.2. Niveaux d'emploi moyens à élevés dans les activités de soin avec une proportion élevée de travailleurs domestiques

On trouve des pays qui suivent ce modèle en Amérique latine (Argentine, Brésil, Uruguay, République bolivarienne du Venezuela), en Afrique subsaharienne (Afrique du Sud), en Asie et dans le Pacifique (Brunéi Darussalam), en Asie centrale et occidentale (Chypre) et parmi les États arabes (Jordanie). Il présente deux caractéristiques saillantes: 1) une forte proportion de travailleurs domestiques, de l'ordre de 4 à 8 pour cent de l'emploi total, même si elle est inférieure à celle du modèle précédent, celui des États arabes; 2) une proportion de 8 à 10 pour cent de l'emploi total qui est constituée par le personnel du soin (hors personnel de soutien) dans les activités de soin à autrui. Le personnel de l'éducation représente environ 6 pour cent de l'emploi total; celui de la san-

té du travail social, autour de 4 pour cent (voir figure 4.9.e). C'est à peine moins que dans les pays d'Europe centrale, méridionale et orientale, qui sont des pays à revenu élevé, et cela dénote un développement historiquement fort, même si ce n'est pas suffisant, tant de l'éducation que de la santé dans ces pays. Quant au recours important au travail domestique, il révèle l'insuffisance des politiques en matière de soin à autrui – comme on va le voir ci-après –, de très fortes inégalités de revenus – comme en Afrique du Sud et au Brésil – ou encore un degré élevé de pauvreté – en Afrique du Sud et en République bolivarienne du Venezuela²⁸⁴.

Il faut noter que, par rapport à l'Europe, ces pays sont jeunes: les enfants et les adolescents (de 0 à 19 ans) représentent 50 à 60 pour cent de la population en âge de travailler; les personnes âgées (65 ans et plus), 20 pour cent, voire moins^{285, 286}. Toutefois, cette structure démographique va changer du fait d'une augmentation relative de la population âgée, donc des besoins de services de soins de longue durée.

Le marché du travail est segmenté, avec d'importantes catégories de salariés privés de protection sociale. Ainsi, la proportion de salariés en situation informelle est de 32 pour cent en Argentine, de 21 pour cent au Brésil et de 28 pour cent en Afrique du Sud²⁸⁷.

Les services de soin

Les inégalités de revenus et celles qui s'observent sur le marché du travail se traduisent par des différences dans le bénéfice des dispositions et des services en matière de santé, d'éducation, d'éducation et de protection de la petite enfance, ainsi que de soins de longue durée. Ces pays associent prestataires privés et publics dans des systèmes de santé dont la couverture est universelle – à l'image du régime national d'assurance-santé

récemment établi en Afrique du Sud²⁸⁸ –, même si les différences de prestataires et de financement débouchent sur des différences de qualité et de conditions de travail pour le personnel, comme on va le voir.

Dans les pays d'Amérique latine qui relèvent de ce modèle, l'enseignement public est gratuit, mais ce n'est pas le cas en Afrique du Sud, où le financement public est complété par le paiement de frais de scolarité. Les pays d'Amérique latine ont réalisé des progrès en matière d'éducation de la petite enfance ces dernières années. Ainsi, le taux de fréquentation des services d'éducation et de protection de la petite enfance est de 36 pour cent en Uruguay et de 24 pour cent au Brésil²⁸⁹. Le taux de scolarisation, qui est obligatoire, dans l'éducation préprimaire se situe entre 70 et 88 pour cent dans ces pays²⁹⁰. En Afrique du Sud, la couverture des services d'éducation et de protection de la petite enfance est faible (4 pour cent), mais la fréquentation de l'enseignement préprimaire est de 80 pour cent. À Chypre et en Jordanie, la fréquentation est quasi universelle, mais seulement à l'école primaire; elle reste faible dans l'enseignement préprimaire²⁹¹.

En Argentine, il existe des prestations publiques, en institution ou par des aides à la personne, mais uniquement à l'intention des retraités, et leur couverture est limitée. Un modeste programme d'allocations spécifiques pour activités de soin vient aussi en soutien des prestations à domicile; il existe aussi des programmes de formation pour les prestataires à domicile déclarés²⁹². On estime que 2,9 pour cent des personnes âgées vivent dans des maisons de retraite, en général à leurs frais, car le nombre d'établissements à financement public est extrêmement limité²⁹³. En Uruguay, les services à l'intention des personnes âgées, de même que des personnes handicapées, sont des éléments centraux du Système national intégré de soins. Il s'agit d'un système fondé sur les besoins, qui propose des aides à la personne, de l'assistance à distance et des soins de longue durée en institution. Comme en République de Corée et au Japon, les prestations directes de services sont préférées aux allocations spécifiques pour activités de soin²⁹⁴. Actuellement, 3 pour cent des personnes âgées de 65 ans et plus font l'objet de soins en institution en Uruguay²⁹⁵.

En Afrique du Sud, il existe un programme limité d'allocations spécifiques pour activités de soin à l'intention des personnes qui perçoivent déjà des prestations en espèces sous condition de ressources, afin qu'elles puissent rémunérer une aide à la personne à plein temps; dans les autres cas, les frais sont à la charge des bénéficiaires. Étant donné le niveau de pauvreté du pays, on estime que 70 pour cent des personnes de plus de 65 ans ne peuvent payer ni prestations à domicile ni prise en charge en institution. Au Brésil, il n'existe pas de couverture des soins de longue durée établie par la loi, et on estime que seulement 1 pour cent des personnes de 65 ans et plus vivent dans des établissements de soins de longue durée²⁹⁶.

Le système de soins de santé du Brésil combine institutions publiques et privées, ces dernières prenant en charge 25 pour cent de la population. Bien que la couverture universelle des soins de santé soit inscrite dans la Constitution, la réduction des investissements publics, la répartition géographique déséquilibrée des institutions et le manque général de personnel qualifié font que la qualité des prestations est très inégale. Cela est évident lorsque l'on compare la répartition des patients à celle du personnel: 43,5 pour cent de ce dernier travaille dans des établissements privés, et 56,5 pour cent, dans le secteur public²⁹⁷. De même, en Argentine, la santé est organisée en trois segments: le secteur

public, gratuit, auquel recourent les familles pauvres; le secteur privé à la disposition des personnes ayant les moyens de le rémunérer; le secteur «de la sécurité sociale», administré par les syndicats et qui offre des soins dont la qualité varie selon le secteur d'activité et la juridiction ainsi que les inégalités de revenu associées²⁹⁸. Le système de santé de l'Uruguay était semblable à ceux de l'Argentine et du Brésil jusqu'aux réformes de 2007 et 2016 qui ont créé le Système national intégré de santé (SNIS) et le Régime national d'assurance-maladie. Il s'agit de mécanismes de financement fondés sur la solidarité en vue d'une couverture universelle par le financement de prestataires tant privés que publics, avec une normalisation de la qualité des prestations²⁹⁹.

De même qu'au Brésil et en Argentine, le système de soins de santé de l'Afrique du Sud associe institutions publiques et privées, dont la répartition est inégale selon les provinces, le secteur public couvrant les segments les plus pauvres de la population, et les établissements privés, les catégories les plus aisées. Et ce, malgré une initiative nationale de grande ampleur en vue de réaliser une couverture sanitaire universelle: celle-ci est encore lacunaire³⁰⁰.

Travailleurs domestiques

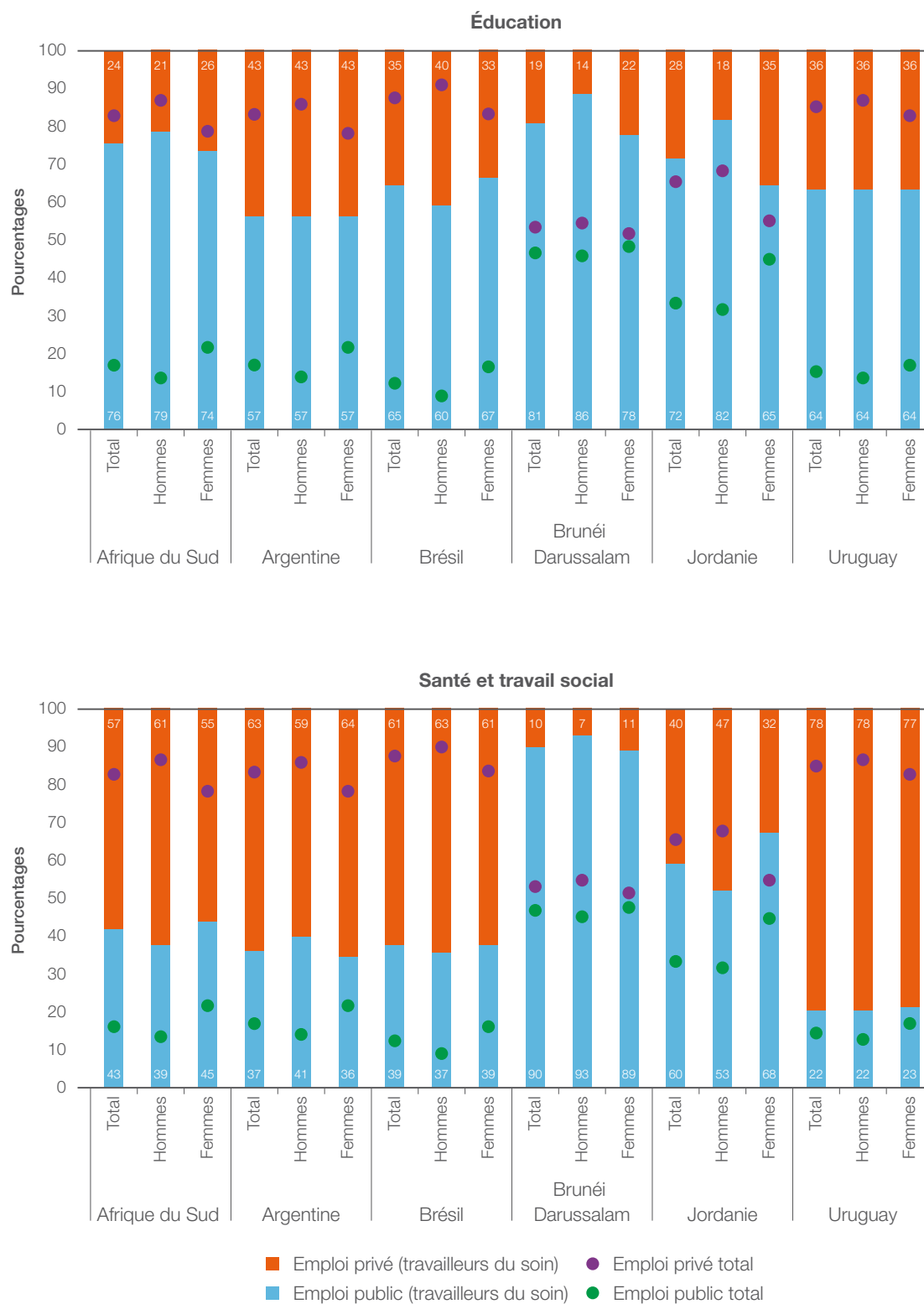
En Amérique latine, ce sont les pays qui relèvent de ce modèle qui présentent la plus forte proportion de travailleurs domestiques dans l'emploi total. Le degré très élevé de féminisation implique aussi que le travail domestique occupe une proportion significative de l'emploi féminin: 14 pour cent en moyenne, et jusqu'à 17 pour cent en Argentine. Ces proportions sont semblables au Brunéi Darussalam et en Jordanie. Au Brunéi Darussalam, pratiquement tous les travailleurs domestiques sont d'origine étrangère, la proportion étant des trois quarts en Jordanie, équivalant à celle des États arabes relevant du modèle 3.1. Dans le cas de l'Argentine et de l'Uruguay, la proportion d'immigrés dans le travail domestique est faible³⁰¹ relativement aux chiffres régionaux³⁰².

Conditions de travail

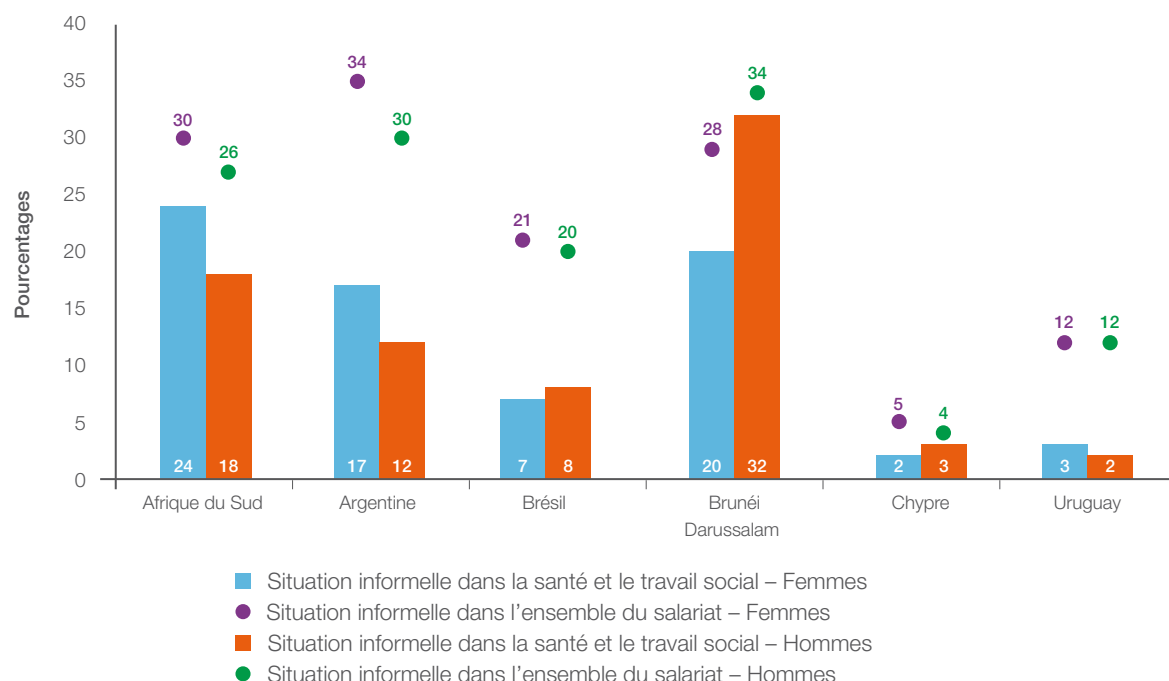
Le caractère fragmenté et inégalitaire des prestations se reflète dans les conditions de travail du personnel, qui varient en fonction du type d'activité, du degré de privatisation des services et de la législation du travail. Ce n'est pas une coïncidence s'il s'agit des mêmes aspects que pour le modèle 2.1: aux différents niveaux de couverture des services et de proportion de travailleurs domestiques, le choix de services privés renforce les inégalités dans l'accès aux prestations et dans leur qualité et se fait au détriment du personnel.

Le dosage entre public et privé dans la prestation et le financement des services de santé se répercute sur la proportion de travailleurs à statut public ou privé. En Uruguay, en Argentine et au Brésil, respectivement 78, 63 et 61 pour cent du personnel de la santé et du travail social relèvent du secteur privé³⁰³. En Afrique du Sud, cette proportion est de 57 pour cent dans la santé. Dans la logique d'une prestation publique des soins, 90 pour cent du personnel sanitaire a un statut public au Brunéi Darussalam. En Jordanie, cette proportion est de 60 pour cent. Dans tous ces pays, la couverture scolaire se retrouve dans la proportion du personnel éducatif à statut public, qui est de 57 pour cent ou plus. Elle atteint 76 pour cent en Afrique du Sud et 81 pour cent au Brunéi Darussalam (voir figure 4.19).

Figure 4.19. Proportion de l'emploi public et privé dans l'éducation et dans la santé et le travail social, selon le sexe



Source: Calculs du BIT à partir de microdonnées d'enquêtes sur la main-d'œuvre et auprès des ménages.

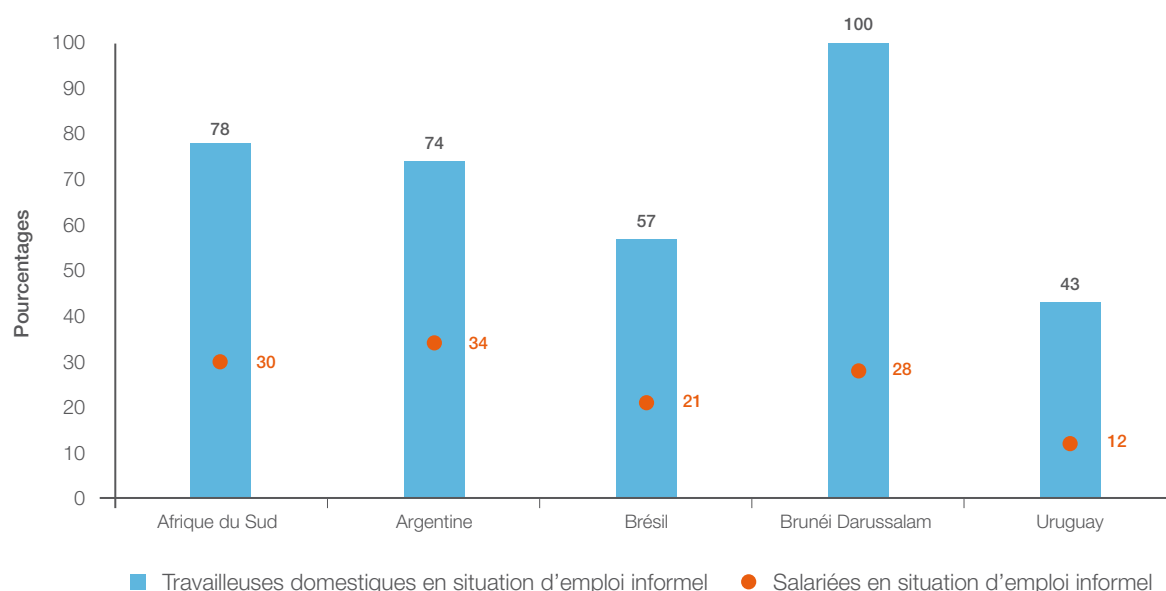
Figure 4.20. Proportion de salariés en situation d'emploi informel dans la santé et le travail social, selon le sexe

Source: Calculs du BIT à partir de microdonnées d'enquêtes sur la main-d'œuvre et auprès des ménages.

Les systèmes à trois segments de l'Argentine et du Brésil font que les conditions de travail sont très inégales. Charges de travail et horaires excessifs caractérisent le secteur privé, la réglementation protégeant mieux les travailleurs du secteur public³⁰⁴.

Dans le cas de l'Argentine, le secteur public offre une garantie d'emploi formel et stable, ce qui n'est pas toujours le cas dans le secteur privé, en particulier pour les infirmières dans les institutions de soins de longue durée³⁰⁵. Tant dans le secteur public que dans le secteur privé, la faiblesse des revenus du personnel infirmier a pour conséquences une surcharge de travail ou l'enchaînement d'équipes successives dans des institutions différentes engendrant l'absentéisme, un travail plus intense (mesuré par le ratio patient-infirmières), le surmenage et, en fin de compte, une dégradation de la qualité du service³⁰⁶. En Afrique du Sud, le secteur public de la santé perd son personnel infirmier, qui se tourne vers le secteur privé, où les conditions de travail sont meilleures, ou bien qui émigre pour être, à son tour, remplacé par du personnel infirmier immigré³⁰⁷. Dans ce pays, les différences entre les secteurs privé et public aggravent aussi le manque de médecins, dont la densité est relativement faible (0,77 pour cent), même si elle est supérieure à celle des pays voisins³⁰⁸.

Le personnel des secteurs de la santé et du travail social connaît des taux considérables d'emploi informel en Argentine, au Brunéi Darussalam et en Afrique du Sud (16, 23 et 23 pour cent respectivement), emploi informel qui touche plus les femmes en Argentine et en Afrique du Sud (17 et 24 pour cent respectivement) (voir figure 4.20). Au Brésil et en Uruguay, les taux d'emploi informel sont inférieurs, avec 7 et 3 pour cent respectivement.

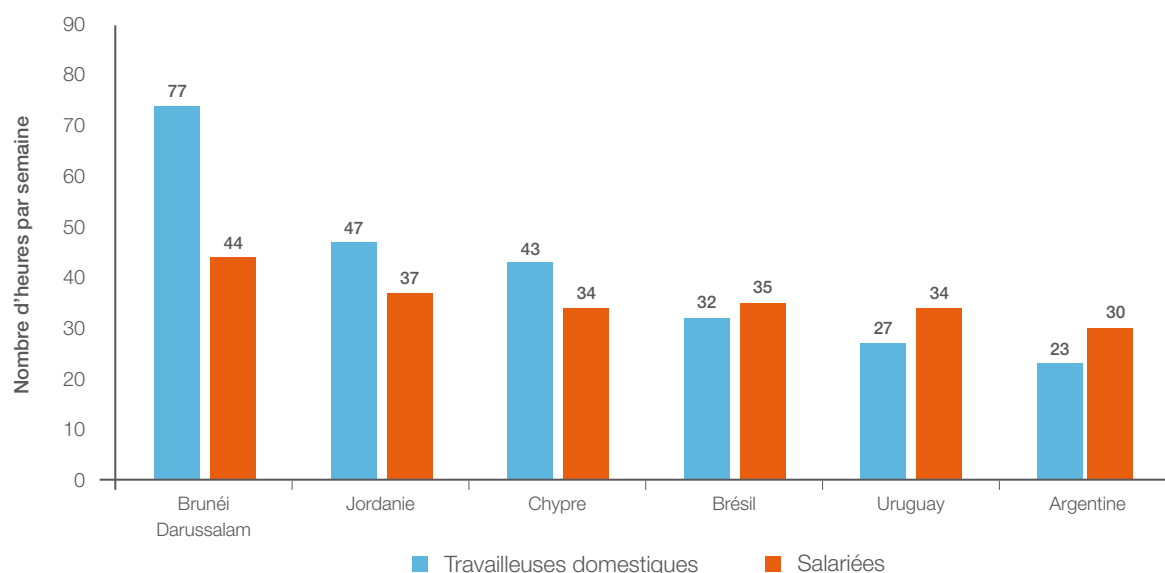
Figure 4.21. Proportion de travailleuses domestiques (employées par des ménages) en situation d'emploi informel

Source: Calculs du BIT à partir de microdonnées d'enquêtes sur la main-d'œuvre et auprès des ménages.

Le travail informel est très répandu chez les indépendants: il les touche presque tous en Argentine, aux deux tiers en Afrique du Sud, pour la moitié au Brésil et un tiers en Uruguay. Par rapport à la santé et au travail social, l'éducation présente un moindre taux de travail informel: entre 1 et 6 pour cent dans les pays d'Amérique latine qui suivent ce modèle, 14 pour cent en Afrique du Sud et 16 pour cent au Brunéi Darussalam.

En Argentine, la syndicalisation et les institutions de négociation collective ont joué un rôle essentiel pour améliorer les conditions de travail dans l'éducation. Pour contrecarrer la fragmentation, la négociation collective à l'échelle nationale a permis d'appliquer des taux de salaire uniformes dans tout le pays. En conséquence, tous les enseignants, y compris ceux de la petite enfance, du secteur privé comme public, négocient ensemble, et le gouvernement central couvre les déficits éventuels qu'engendre le paiement des salaires dans les régions pauvres, afin de contrebalancer les inégalités de revenus³⁰⁹. Le personnel infirmier est dans une position plus faible, car il ne peut négocier ses conditions de salaire à côté des médecins et autres professionnels des équipes médicales³¹⁰.

L'emploi informel, exprimé par l'absence de couverture par la sécurité sociale, est fréquent parmi les travailleurs domestiques des pays d'Amérique latine de ce modèle (voir figure 4.21). L'Uruguay est le pays qui a les meilleurs résultats dans la région en matière de déclaration et de couverture par la sécurité sociale des travailleurs domestiques, avec près de 60 pour cent. Le taux est inférieur au Brésil (43 pour cent) et en Argentine (25 pour cent)³¹¹. La montée des taux de déclaration en Uruguay et en Argentine³¹² s'explique par des améliorations de la législation, en 2006 et en 2013

Figure 4.22. Durée hebdomadaire du travail des travailleuses domestiques (employées par des ménages)

Source: Calculs du BIT à partir de microdonnées d'enquêtes sur la main-d'œuvre et auprès des ménages.

respectivement, pour aligner les droits des travailleurs domestiques sur ceux des autres salariés, ainsi que par une série de mesures en vue d'assurer la transition vers l'emploi formel (voir aussi section 4.2.3). Un élément remarquable des nouvelles législations de l'Uruguay et de l'Argentine est l'établissement de mécanismes de négociation collective pour fixer les salaires des travailleurs domestiques³¹³. En 2015, le Brésil a modifié sa Constitution afin de reconnaître aux travailleurs domestiques des droits égaux à ceux des autres travailleurs.

En Afrique du Sud, où un peu plus de 20 pour cent des travailleurs domestiques ont un emploi formel, les taux de salaire minimum ont été établis en 2002 (puis révisés en 2011-12 et 2017-18), de même qu'ont été prises plusieurs mesures relatives, entre autres, à la durée du travail, aux congés de maladie et aux indemnités de licenciement. Les travailleurs domestiques bénéficient aussi de la protection de la maternité et de l'assurance-chômage³¹⁴.

Le nombre moyen d'heures de travail effectuées par les travailleuses domestiques est inférieur à celui de l'ensemble des salariées (voir figure 4.22), ce qui peut s'expliquer par le fait que les taux horaires sont inférieurs aux taux horaires de branche établis de la même façon, comme ceux du personnel de nettoyage en sous-traitance ou des chauffeurs de taxi³¹⁵.

Les travailleurs domestiques du Brunéi Darussalam sont presque tous en situation informelle et effectuent des horaires extrêmement longs, en moyenne 77 heures par semaine, ce qui équivaut à travailler toute la journée (voir figure 4.22).

Modèle 3.3. Niveaux d'emploi faibles dans les activités de soin avec une proportion élevée de travailleurs domestiques

La plupart des pays qui suivent ce modèle se situent en Amérique latine (République dominicaine, Équateur, Guatemala, Honduras, Mexique, Nicaragua, Panama, Pérou) et sont, en termes relatifs, plus pauvres que ceux des modèles précédents. Plusieurs pays sont africains (Angola, Botswana, Éthiopie, Namibie, Rwanda, Sénégal, Zambie). Pour l'Asie et le Pacifique, ce modèle comprend la Chine, l'Indonésie et le Sri Lanka. Viennent ensuite deux pays arabes relativement riches, les Émirats arabes unis et le Qatar.

Des situations et des contextes très variés se retrouvent dans ce modèle, qui comprend des pays très peuplés et d'autres très petits. Deux caractéristiques différencient ce modèle des deux précédents: 1) une forte proportion de travailleurs domestiques, d'environ 4 à 6 pour cent, avec un maximum dans les pays arabes; 2) une faible proportion de travailleurs dans les activités de soin, basse dans l'éducation (autour de 3 pour cent) et très basse dans la santé et le travail social (2 pour cent ou moins) (voir figure 4.9.f). Par comparaison avec le modèle précédent, l'éducation a une couverture inférieure, et les systèmes de santé sont sous-développés, notamment en Afrique. Si on compare avec le Koweït ou l'Arabie saoudite, les pays arabes qui suivent ce modèle ont, malgré leur PIB par tête élevé, des secteurs de la santé et de l'éducation moins développés, se situant à des niveaux équivalant à ceux des pays d'Amérique latine figurant dans ce même modèle.

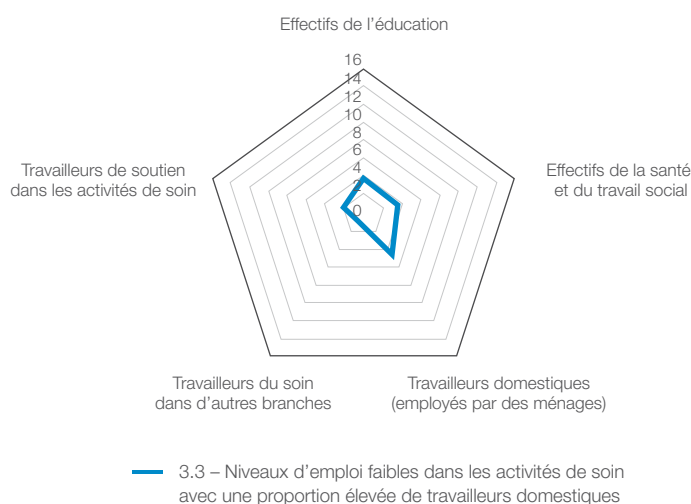
À l'exception des Émirats arabes unis et du Qatar, la pauvreté caractérise les pays de ce modèle³¹⁶. Ceux d'Amérique latine sont plus pauvres que leurs voisins figurant dans le modèle précédent; il en va de même pour les pays d'Afrique par rapport à l'Afrique du Sud.

Une caractéristique saillante du marché du travail de ces pays, à l'instar de ceux du modèle précédent, est la forte fréquence de l'emploi informel chez les salariés: entre 40 et 49 pour cent en Angola, en Équateur et au Mexique; entre 50 et 59 pour cent en Chine et au Sri Lanka; au moins 60 pour cent au Guatemala, au Honduras, en Namibie et au Sénégal.

Les services de soin

Les taux de fréquentation des services de l'éducation de la petite enfance et de l'enseignement préprimaire sont très bas dans ces pays³¹⁷, où seul le taux de scolarisation dans le primaire est satisfaisant³¹⁸. La Chine fait exception, avec des taux de fréquentation de l'éducation de la petite enfance et de l'enseignement préprimaire de 60 et 80 pour cent respectivement, du fait d'une politique délibérée d'extension des services à la petite enfance. Toutefois, les services publics ont été réduits par les réformes d'orientation

Figure 4.9.f. Modèle 3.3.



Note: En pourcentage de l'emploi total.

néolibérale³¹⁹, et aujourd'hui 69 pour cent des établissements destinés à la petite enfance sont privés et bénéficient à des familles dont les revenus sont élevés ou moyens³²⁰.

Les taux de scolarisation dans l'enseignement primaire sont satisfaisants. Celui-ci est public et gratuit dans la majorité des pays du modèle, sauf au Pérou, qui a connu une augmentation significative des services privés³²¹. Les taux de scolarisation dans le secondaire sont nettement plus bas non seulement dans les pays africains, mais aussi au Guatemala, au Honduras et au Nicaragua³²².

La plupart des pays qui suivent ce modèle ont de faibles densités de médecins et autres personnels de santé. Seuls ceux qui ont le revenu le plus élevé – Chine, Émirats arabes unis, Équateur, Mexique, Nicaragua, Panama et Qatar – ont des densités de médecins, d'infirmières et de sages-femmes supérieures à 4,45 pour 1 000 habitants³²³, ce qui était considéré comme la norme minimale en 2013³²⁴.

De même que l'Afrique du Sud et le Brésil dans le modèle précédent, et à un rythme plus élevé, la Chine s'achemine vers une couverture sanitaire universelle³²⁵. Actuellement, cette couverture est de 97 pour cent de la population. L'assurance-maladie relève de trois régimes principaux: celui des travailleurs urbains, celui des résidents urbains et celui des résidents ruraux. Le premier sert des prestations complètes couvrant 81 pour cent des coûts assurables. Les deux autres sont des régimes volontaires couvrant plus de 50 pour cent des coûts assurables au bénéfice de 1,1 milliard de personnes. En règle générale, les pouvoirs publics prennent en charge le ticket modérateur des familles pauvres³²⁶. Malgré la rapide extension de la couverture, de fortes disparités persistent entre les travailleurs qui ont un emploi formel et les autres, selon les prestations auxquelles ils ont droit, et entre résidents urbains et résidents ruraux³²⁷. Bien que l'emploi salarié soit à 40 pour cent rural, seulement 13 pour cent du personnel de santé se situent en zone rurale. De même, l'Indonésie a établi en 2015 une assurance-maladie universelle sous forme de régimes contributifs et non contributifs, qui couvrent 60 pour cent de la population³²⁸.

En Chine, la prise en charge des personnes âgées et handicapées est organisée de façon traditionnelle dans la logique confucéenne de la piété filiale. Plusieurs lois renforcent l'obligation morale qu'ont les enfants, c'est-à-dire les filles et les belles-filles, de s'occuper de leurs parents âgés³²⁹. Les autorités locales assurent une prise en charge partielle, sous condition de ressources, des soins de longue durée, mais seulement à l'intention des personnes qui n'ont ni enfants ni parents et à un niveau qui n'est pas nécessairement à la hauteur de leurs besoins. Les dépenses publiques dans les établissements de soins de longue durée sont limitées et il existe des régimes d'assurance privée qui ne sont à la portée que de familles à revenu élevé ou moyen. En conséquence, seulement 10 pour cent de la population de plus de 65 ans sont couverts, et il s'agit exclusivement des segments les plus aisés de la population. Les institutions privées ou semi-privées ne sont régies que par des normes minimales³³⁰.

Travailleurs domestiques

Selon les estimations calculées pour le présent rapport, les travailleurs domestiques sont au nombre de 25 millions³³¹ en Chine, soit 3,3 pour cent de l'emploi total, dont un tiers se situe en zone rurale. Certains domestiques sont exclus de ce calcul, car ils sont salariés d'entreprises et ne sont pas directement recrutés par les ménages, mais leur proportion

est faible. Les travailleurs domestiques employés par des entreprises sont reconnus comme salariés par la législation du travail, tandis que ceux qui sont recrutés par les ménages, directement ou par l'intermédiaire d'agences de placement, ne le sont pas et sont donc moins bien protégés³³². En Chine, les travailleurs domestiques sont le plus souvent des migrants intérieurs venant des régions rurales, en particulier des femmes ayant de faibles niveaux d'instruction qui migrent vers les villes pour échapper à la pauvreté³³³.

Alors qu'en Chine, comme au Botswana et en Zambie, le travail domestique est une source significative d'emplois pour les hommes (environ 3 pour cent), il est plus fondamentalement une source d'emplois pour les femmes dans la plupart des pays de ce modèle. Dans ceux d'Amérique latine, les travailleuses domestiques constituent entre 5,9 pour cent (en Équateur) et 14,4 pour cent (en République dominicaine) de l'emploi féminin. De même, au Botswana, en Éthiopie, au Rwanda et au Sénégal, le travail domestique représente environ 10 pour cent de l'emploi féminin. Pour les deux pays arabes, cette proportion est d'au moins 30 pour cent, ordre de grandeur comparable à celui des pays arabes du modèle 3.1.

Les Émirats arabes unis et le Qatar ont tous deux adopté en 2017 une législation spécifique étendant la protection des travailleurs domestiques. Celle des Émirats arabes unis élargit les droits des travailleurs domestiques – accès aux mécanismes de résolution des différends, congés payés annuels, nombre minimal d'heures de repos par jour – et réglemente les relations entre employeurs, salariés et recruteurs³³⁴.

Travailleurs du soin migrants

Si les Émirats arabes unis et le Qatar sont des pays de destination, plusieurs pays figurant dans ce modèle sont des pays d'origine que quittent des travailleurs des activités de soin à autrui pour les contrées plus riches: travailleurs domestiques d'Indonésie et du Sri Lanka migrant vers d'autres pays d'Asie et les pays arabes, d'Éthiopie vers les pays arabes, d'Équateur et du Pérou vers l'Espagne, d'Amérique centrale vers le Mexique, et du Mexique vers les États-Unis. Ces pays sont aussi des sources de main-d'œuvre qualifiée: les infirmières indonésiennes vont travailler dans des hôpitaux et maisons de retraite au Japon; les enseignants chinois et mexicains, aux États-Unis; et les médecins chinois, dans les pays de l'OCDE³³⁵. Les conditions de vie et de travail insatisfaisantes sont les facteurs qui poussent à prendre la décision d'émigrer, décision difficile s'il faut laisser sa famille derrière soi (voir encadré 4.11).

Conditions de travail

L'extension du service public de l'éducation implique que plus de travailleurs de ce secteur auront un statut public. La proportion du personnel travaillant dans le secteur public est plus forte dans les activités de soin à autrui que dans le reste de l'économie et va de 61 pour cent en République dominicaine à 87 pour cent en Chine, seul le Pérou présentant une majorité du personnel éducatif dans le secteur privé (70 pour cent). Le caractère mixte des systèmes de santé des pays d'Amérique latine figurant dans ce modèle fait que les travailleurs du secteur privé sont plus présents dans la santé et le travail social, entre 40 et 50 pour cent, le Pérou faisant là encore exception, le privé y étant majoritaire avec 55 pour cent (voir figure 4.23).

Encadré 4.11. Familles transnationales

On appelle familles transnationales celles dont les membres vivent, partiellement ou la plupart du temps, séparés les uns des autres par des frontières nationales. L'immense quantité de femmes qui émigrent d'elles-mêmes pour trouver un emploi dans les activités de soin à autrui du pays de destination signifie que nombre de ces familles ont été «laissées derrière elles» par les personnes traditionnellement chargées d'en prendre soin en premier lieu: mères, épouses, ou filles. Les familles transnationales sont associées à la parentalité transnationale, à l'éducation transnationale des enfants, au soin transnational à autrui – autant de stratégies pour s'occuper d'enfants, de personnes âgées ou de conjoints par-delà les frontières. Les études montrent les évolutions opérées et les difficultés surmontées par les mères, ou les pères, pour remplir leurs rôles, dans des situations nouvelles et au moyen de stratégies complexes et diversifiées pour assurer et partager les activités de soin à autrui^a.

Ces stratégies transnationales reflètent des idéologies et pratiques sexospécifiques du soin à autrui au sein de la famille, tout en remettant en question la division traditionnelle de ces activités entre hommes et femmes, entre pères et mères. Toutefois, certaines études indiquent que les migrations internationales des femmes et le pouvoir associé au fait qu'elles deviennent soutien de famille n'ont pas modifié sensiblement la division du travail entre les parents. On attend des grands-mères, filles et autres parentes qu'elles s'occupent des enfants, tandis que l'implication des époux «restés au pays» reste limitée ou occasionnelle. Souvent, ces derniers ne sont pas disposés à s'occuper des enfants, parce que cela contredirait ou menacerait leur vision traditionnelle de la maternité et de la masculinité^b. Par ailleurs, des études menées en Chine et au Mexique montrent une implication croissante des hommes auprès des enfants en tant que pères soit émigrés, soit «restés au pays»^c. Les femmes migrantes ont donc fait la preuve de leur capacité d'agir et de réinterpréter leur rôle et le partage des responsabilités familiales avec leur conjoint, tandis que les hommes ont démontré leur capacité de s'adapter à de nouveaux rôles parentaux.

^a Peng et Wong, 2016. ^b Parreñas, 2010. ^c Peng et Wong, 2016.

Sources: Parreñas, 2010; Peng et Wong, 2016; King-Dejardin, à paraître.

La forte proportion d'emplois publics dans le personnel des activités de soin protège ce dernier contre l'emploi informel par ailleurs très fréquent dans ces pays. Dans la plupart des cas, le taux de travail informel est moitié moindre parmi le personnel des activités de soin à autrui que dans le salariat en général. L'Équateur est un modèle en la matière: alors que le taux général de travail informel se situe à 43 pour cent, il n'est que de 10 pour cent dans les activités de soin à autrui. Au Sénégal, 65 pour cent du personnel de la santé et du travail social est en situation informelle. En Chine, le taux de travail informel est inférieur à 20 pour cent dans l'éducation (voir figure 4.24). S'agissant de l'éducation et de la protection de la petite enfance en Chine, les institutions publiques ont un personnel qualifié et permanent en plus grand nombre que les établissements privés, mais elles ne représentent que 30 pour cent de l'ensemble³³⁶.

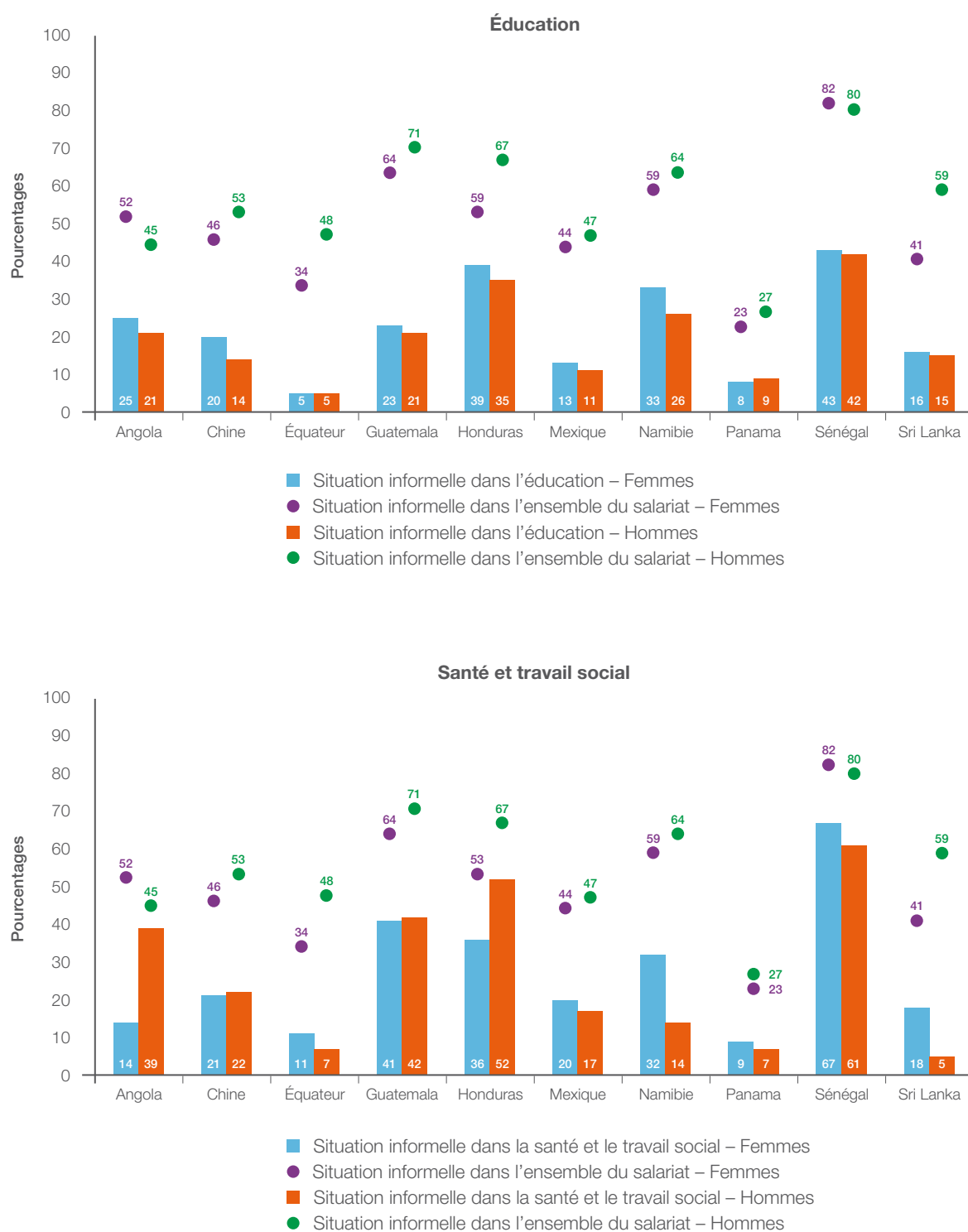
Le taux de travail informel chez les travailleurs domestiques est particulièrement élevé dans les pays qui suivent ce modèle: au moins 90 pour cent des travailleuses domestiques sont en situation d'emploi informel au Guatemala, au Honduras et au Mexique en Amérique latine, ainsi qu'en Angola, en Namibie et au Sénégal en Afrique, et au Sri Lanka en Asie (voir figure 4.25). En Équateur, 60 pour cent des travailleuses domestiques sont en situation informelle, proportion équivalente à celle de la Chine (56 pour cent).

Figure 4.23. Proportion de l'emploi public et privé dans l'éducation et dans la santé et le travail social, selon le sexe



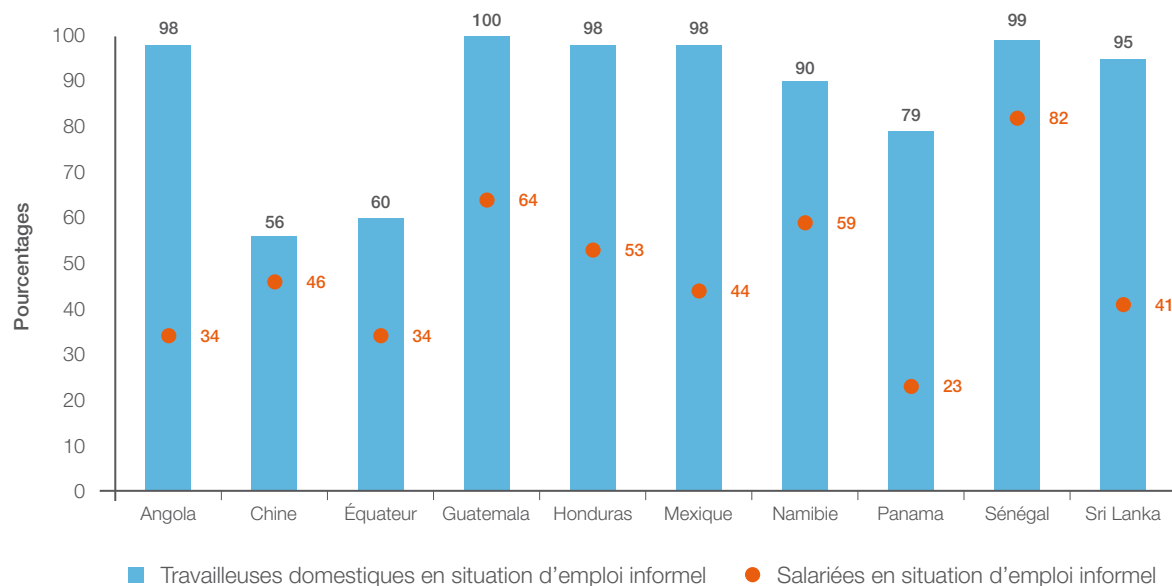
Source: Calculs du BIT à partir de microdonnées d'enquêtes sur la main-d'œuvre et auprès des ménages.

Figure 4.24. Proportion de salariés en situation d'emploi informel dans l'éducation et dans la santé et le travail social, selon le sexe



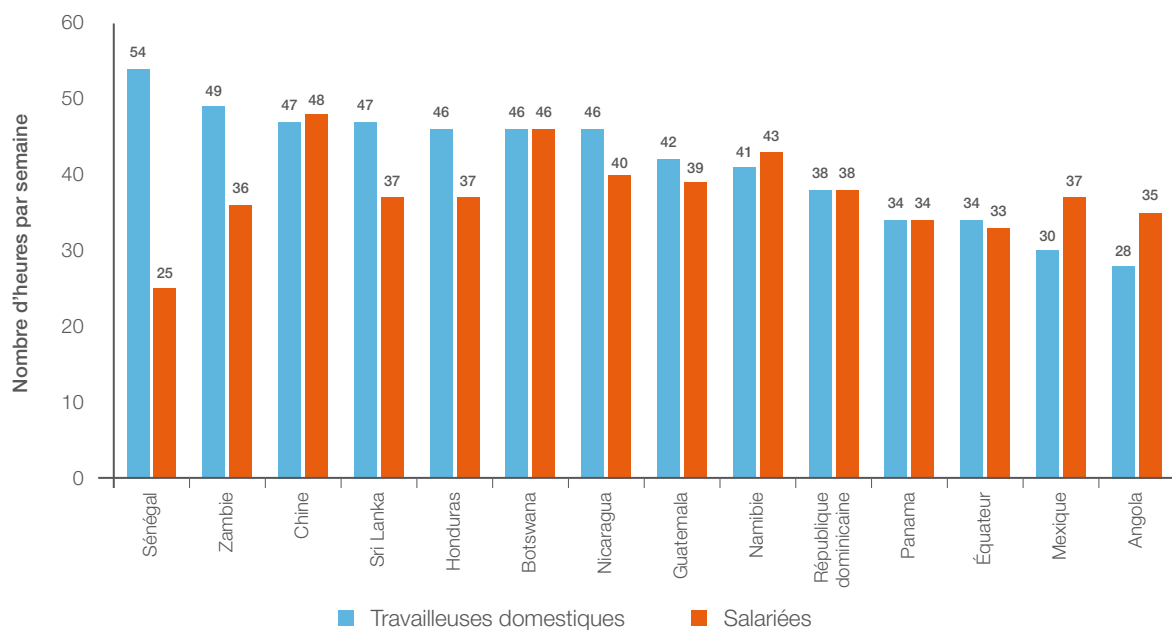
Source: Calculs du BIT à partir de microdonnées d'enquêtes sur la main-d'œuvre et auprès des ménages.

Figure 4.25. Proportion de travailleuses domestiques (employées par des ménages) en situation d'emploi informel



Source: Calculs du BIT à partir de microdonnées d'enquêtes sur la main-d'œuvre et auprès des ménages.

Figure 4.26. Durée hebdomadaire du travail des travailleuses domestiques (employées par des ménages)



Source: Calculs du BIT à partir de microdonnées d'enquêtes sur la main-d'œuvre et auprès des ménages.

Ces taux exceptionnellement élevés de travail informel sont associés à une durée du travail très longue au Sénégal et en Zambie, ainsi qu'en Chine, sachant que dans ce dernier pays cette longueur du travail est un phénomène général. Ce n'est qu'en Angola, en Chine, au Mexique et en Namibie que les travailleuses domestiques ont une durée du travail inférieure à celles de l'ensemble des salariées (voir figure 4.26).

En Chine, la longueur de la durée du travail est associée à des risques physiques, à l'isolement et à de faibles rémunérations, souvent inférieures au salaire minimum. Les mauvaises conditions de travail sont courantes, que les travailleurs domestiques résident ou non chez l'employeur, ainsi que pour les activités d'aide ou de soins aux personnes âgées, et cela s'explique en partie par le statut – ambigu – de travailleur domestique³³⁷. Une récente étude sur les aides aux personnes âgées à domicile à Shanghai montre que leur faible rémunération est associée au statut inférieur et à la dévalorisation du travail domestique, au fait que les travailleurs concernés proviennent des catégories les plus marginalisés de la main-d'œuvre et que les bénéficiaires sont relativement pauvres³³⁸.

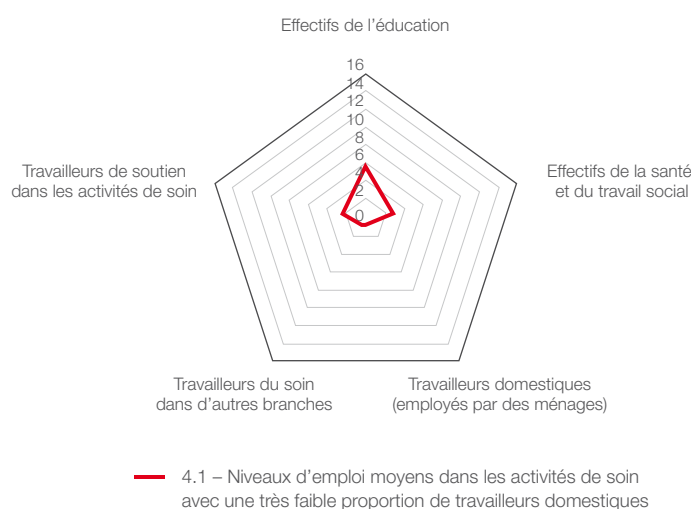
4.3.4. Modèle 4 – Niveaux d'emploi moyens à faibles dans les activités de soin

Modèle 4.1. Niveaux d'emploi moyens dans les activités de soin avec une très faible proportion de travailleurs domestiques

Ce modèle comprend des États arabes (Iraq, territoire palestinien occupé, Yémen), un pays d'Afrique du Nord (Égypte), un pays d'Asie du Sud (Afghanistan), un pays d'Asie de l'Est (Mongolie), un pays d'Asie centrale et occidentale (Turquie), des pays d'Europe méridionale (Albanie, Ex-République yougoslave de Macédoine, Serbie) et des pays d'Europe orientale (Bulgarie, Roumanie). Ces pays présentent la combinaison d'une proportion significative de travailleurs du soin dans l'éducation (entre 5 et 8 pour cent

de l'emploi total), d'un faible niveau d'emploi dans la santé et le travail social (entre 2 et 4 pour cent de l'emploi total) et une quasi-absence de travailleurs domestiques (moins de 1 pour cent de l'emploi total (voir figure 4.9.g).

Figure 4.9.g. Modèle 4.1.



Note: En pourcentage de l'emploi total.

Les services de soin

Le taux de fréquentation des services d'éducation de la petite enfance est bas dans les pays pour lesquels on dispose de données: 3 pour cent en Roumanie et environ 10 pour cent en Bulgarie, Ex-République yougoslave de Macédoine, Mongolie et Serbie³³⁹. Dans l'enseignement préprimaire, le taux de scolarisation est d'environ 80 pour cent dans les pays d'Europe orientale (sauf en Serbie), où il s'agit d'un service public,

mais très faible dans les autres pays du modèle³⁴⁰. En Turquie, il se situe à 33 pour cent dans l'enseignement préprimaire, et à 45 pour cent pour les enfants de 4 et 5 ans, même si le dixième Plan de développement (2014-2018) a pour objectif un taux de scolarisation de 70 pour cent³⁴¹. Dans ces pays, l'enseignement primaire est public et gratuit, avec un taux de scolarisation qui n'atteint pas toujours 100 pour cent, alors que dans le secondaire il est proche de 90 pour cent dans la plupart des pays du modèle (l'Afghanistan et le Yémen faisant exception).

Dans la plupart de ces pays, notamment en Europe orientale, les services de santé sont publics, centralisés et financés par l'assurance sociale. Le niveau des dépenses de santé (exprimé en pourcentage du PIB) et la densité du personnel de santé sont inférieurs à ce que l'on observe dans les autres pays d'Europe, et la qualité des services est préoccupante³⁴². La Turquie a un système mixte qui associe prestataires publics et privés, avec une assurance-maladie universelle. L'Afghanistan et l'Iraq présentent des densités de professionnels de la santé inférieures à la norme recommandée (qui est de 4,45 travailleurs pour 1 000 habitants)³⁴³.

Conditions de travail

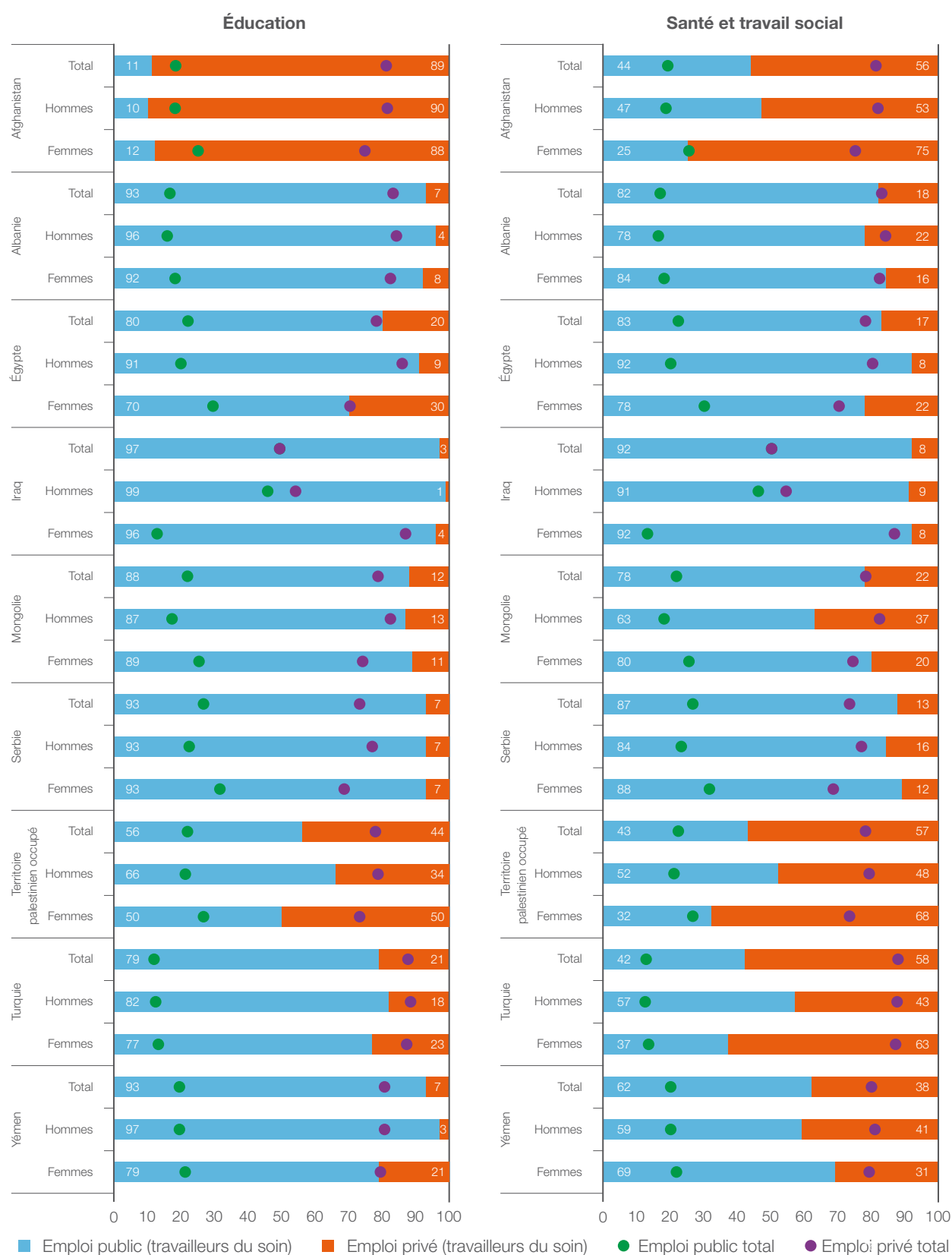
Compte tenu de l'importance des services publics de santé et d'éducation, le niveau de l'emploi public est élevé dans ces deux secteurs. La grande majorité du personnel éducatif a un emploi public et formel, avec une durée du travail d'environ 35 heures par semaine. C'est seulement en Afghanistan que l'emploi privé prédomine (89 pour cent); il est relativement important dans le territoire palestinien occupé (44 pour cent) (voir figure 4.27). Les chiffres sont du même ordre de grandeur dans la santé, avec un secteur privé prédominant en Afghanistan, dans le territoire palestinien occupé et en Turquie. Comme pour l'éducation, la plupart du personnel de santé a un emploi formel, une durée du travail qui se situe autour de 40 heures par semaine et des niveaux d'instruction moyens à élevés.

Toutefois, dans le territoire palestinien occupé, en Turquie et au Yémen, le temps de travail informel est relativement élevé parmi le personnel de la santé et du travail social, proche de la moyenne générale, voire supérieur dans le cas de la Turquie. Le taux de travail informel est particulièrement élevé chez les travailleuses de la santé et du travail social (28, 41 et 48 pour cent respectivement), phénomène qui semble lié à la faiblesse du secteur public (voir figure 4.28).

Modèle 4.2. Niveaux d'emploi faibles dans les activités de soin

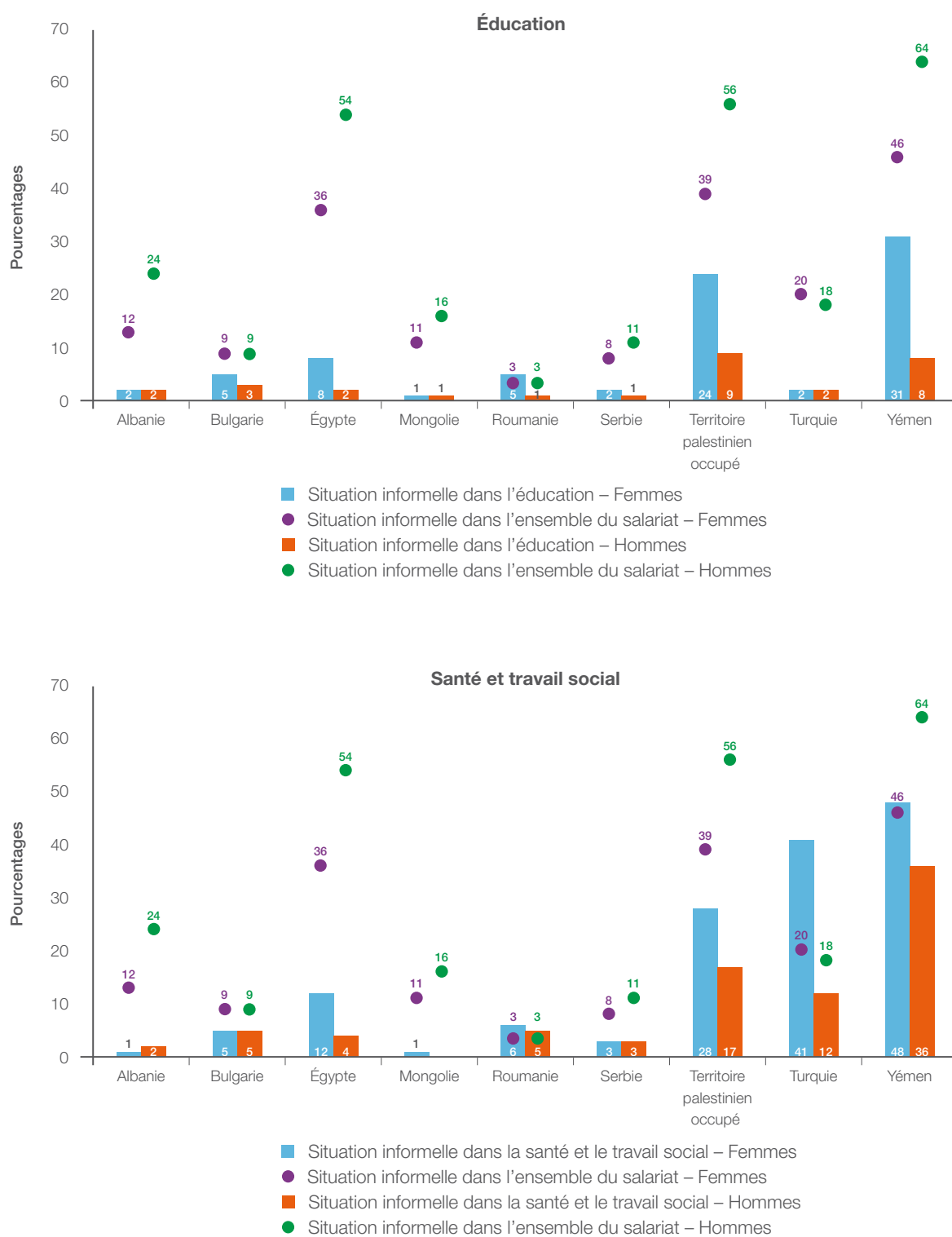
Ce modèle réunit des pays d'Afrique subsaharienne (Burkina Faso, Gambie, Ghana, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Niger, Nigéria, Ouganda, Sierra Leone, République-Unie de Tanzanie, Togo) et de la région Asie et Pacifique (Cambodge, Inde, Indonésie, République démocratique populaire lao, Népal, Pakistan, Philippines, Thaïlande, Viet Nam). Hormis la Thaïlande, ce sont des pays à faible revenu, et à l'exception de la Thaïlande et du Viet Nam leur taux de pauvreté est d'au moins 32 pour cent, et même supérieur ou égal à 69 pour cent dans plusieurs d'entre eux: Ghana, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Niger, Nigéria, Ouganda, Sierra Leone, République-Unie de Tanzanie, Togo³⁴⁴. La majorité de la population vit dans un milieu rural. Le ratio entre le nombre

Figure 4.27. Proportion de l'emploi public et privé dans l'éducation et dans la santé et le travail social, selon le sexe



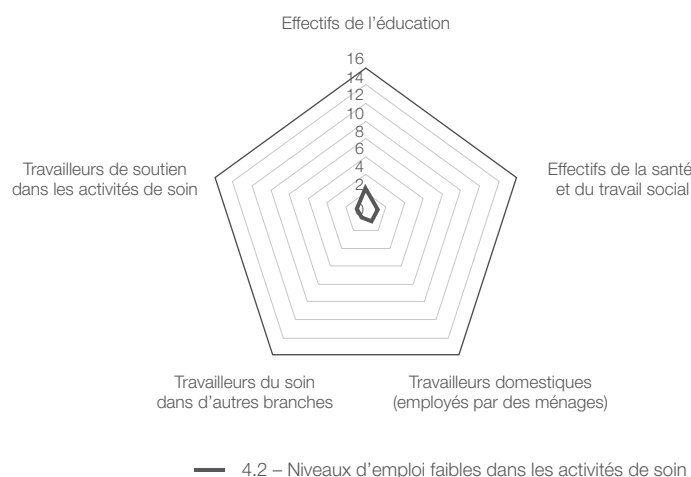
Source: Calculs du BIT à partir de microdonnées d'enquêtes sur la main-d'œuvre et auprès des ménages.

Figure 4.28. Proportion de salariés en situation d'emploi informel dans l'éducation et dans la santé et le travail social, selon le sexe



Source: Calculs du BIT à partir de microdonnées d'enquêtes sur la main-d'œuvre et auprès des ménages.

Figure 4.9.h. Modèle 4.2.



Note: En pourcentage de l'emploi total.

d'enfants (0-14 ans) et la population en âge de travailler (20-64 ans) est élevé, surpassant 100 pour cent dans la plupart des cas, tandis que pour les personnes âgées il ne dépasse pas 11 pour cent³⁴⁵.

Le personnel éducatif occupe 2 pour cent de l'emploi total et ne dépasse jamais 3,3 pour cent. Celui de la santé et du travail social est encore inférieur, à moins de 1 pour cent. Il faut noter que les dépenses publiques dans la santé, rapportées au PIB, ne sont pas exceptionnellement basses, se situant autour de 5 pour cent dans la plupart des cas, avec des pointes à 10 pour cent au Libéria, au Malawi et en Sierra Leone. Il en va de même des dépenses dans l'éducation, de 3 à 4 pour cent du PIB, avec toutefois des taux inférieurs au Bangladesh, au Cambodge, à Madagascar et en Ouganda (2 pour cent). C'est la faiblesse

de leur PIB, et non la seule part des dépenses de santé et d'éducation dans celui-ci, qui explique le faible taux d'emploi dans les activités de soin à autrui.

La main-d'œuvre n'est pas seulement réduite, elle est aussi à prédominance masculine dans tous ces pays à l'exception du Malawi, des Philippines, de la Thaïlande et du Viet Nam. En Inde et au Pakistan, les activités de soin à autrui sont une source significative d'emplois pour les femmes, représentant 10 pour cent de l'emploi féminin. Aux Philippines, cette proportion est de 13 pour cent, dont 3 pour cent pour le travail domestique.

L'emploi informel caractérise le marché du travail de ces pays, où il touche au moins 80 pour cent de la main-d'œuvre de la plupart des pays de ce modèle, et plus encore les femmes que les hommes³⁴⁶.

Les services de soin

Comme on l'a vu au chapitre 3, ces pays présentent les plus faibles taux de fréquentation des services d'éducation et de protection de la petite enfance et de l'enseignement préprimaire. Il n'existe guère de services de soins de longue durée, et la charge des personnes âgées revient pour l'essentiel aux membres de la famille³⁴⁷. La couverture de l'enseignement préprimaire est en général réduite, et celle de l'école primaire est inférieure à 80 pour cent au Mali et au Niger³⁴⁸.

La couverture sanitaire est aussi déficiente. Seule la Gambie présente une couverture universelle; au Ghana, elle est de 75 pour cent³⁴⁹. La faible proportion des travailleurs du soin dans l'emploi dans le secteur de la santé reflète la faible densité des professionnels des soins de santé dans tous ces pays, inférieure à la norme recommandée (4,45 travailleurs pour 1 000 habitants)³⁵⁰. Cette densité est particulièrement basse au Libéria et en

République-Unie de Tanzanie. Ces lacunes sont partiellement comblées par les agents de santé des communautés locales (voir section 4.2.1)³⁵¹.

Les déficiences sont particulièrement marquées dans les régions rurales, car le personnel qualifié se concentre dans les villes; elles le sont aussi dans les pays où une forte proportion de la population vit avec le VIH. En Inde et au Cambodge, la proportion de l'emploi total qui se situe dans les zones rurales est de 66 et 75 pour cent respectivement, mais la proportion de travailleurs des activités de soin à autrui dans ces zones n'est que de 37 et 41 pour cent respectivement. Au Cambodge, les dépenses de santé à la charge des patients sont trois fois supérieures dans les zones rurales à celles des zones urbaines³⁵². En Inde, le service public couvre essentiellement les zones rurales, tandis que les services privés s'adressent de plus en plus aux segments urbains et aisés de la population. Les dépenses de santé, qui représentent 4,7 pour cent du PIB, sont essentiellement assumées par les patients, le financement public n'étant que de 1,04 pour cent du PIB³⁵³.

Les faibles effectifs du personnel éducatif rapportés à l'emploi total se traduisent par un ratio élèves-enseignant supérieur à 30:1 dans la plupart de ces pays³⁵⁴. Il s'agit là d'une moyenne qui masque la situation des zones rurales, typiquement moins bien servies que les villes. On note aussi que, au moins au Malawi et en République-Unie de Tanzanie, les enseignantes sont concentrées dans les zones urbaines³⁵⁵.

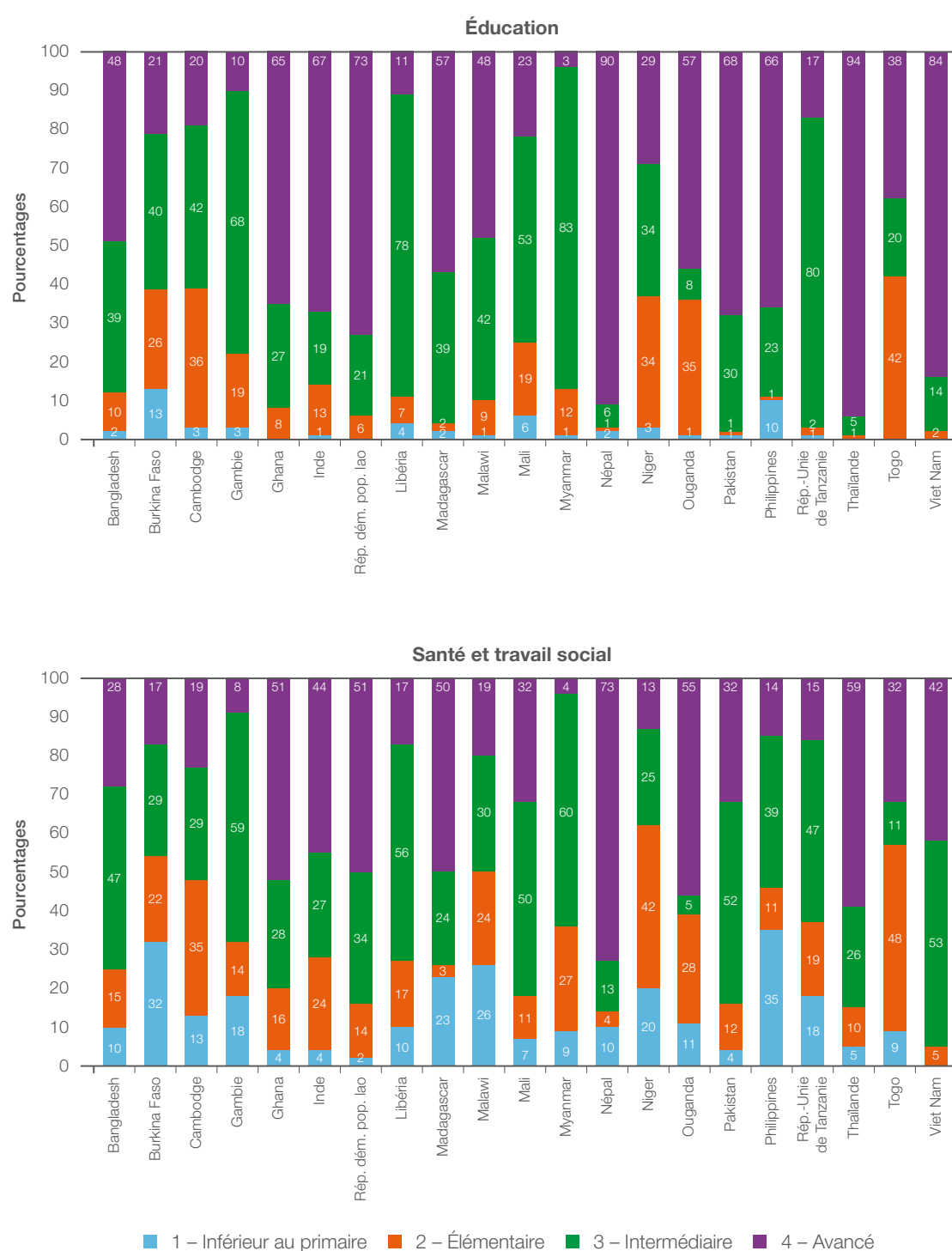
Le programme d'éducation et de protection de la petite enfance de l'Inde est combiné avec celui de santé et de nutrition des *Anganwadi*, établissements qui proposent crèches et repas quotidiens. Les centres du service intégré de développement de l'enfance (Integrated Child Development Service) sont situés près des écoles primaires, ce qui constitue un bon moyen d'améliorer la fréquentation scolaire des filles et de faciliter leur passage des centres à la classe du premier niveau³⁵⁶. Toutefois, les évaluations indiquent que les parents présument que ces centres sont de moins bonne qualité que les établissements privés³⁵⁷, qu'ils choisissent s'ils en ont les moyens, alors que cette présomption n'est pas confirmée par les indicateurs de qualité³⁵⁸.

Niveau de qualification du personnel

Dans les pays africains de ce modèle, la volonté d'étendre la couverture de l'école primaire n'a pas souvent été accompagnée des moyens financiers nécessaires. Cela a conduit ces pays à mener des politiques visant à réduire les coûts de main-d'œuvre au moyen de formes d'emploi déguisées (enseignants «bénévoles» ou «communautaires»), assorties de quelques semaines seulement de formation³⁵⁹. En conséquence, au Burkina Faso, au Cambodge, au Niger, en Ouganda et au Togo, par exemple, environ 40 pour cent du personnel éducatif n'a qu'un niveau de qualification de base (inférieur au secondaire) (voir figure 4.29).

La pénurie de personnel de santé qualifié est aussi évidente si l'on considère le niveau de formation des travailleurs du soin employés dans les secteurs de la santé et du travail social: les travailleurs ayant des niveaux intermédiaires (équivalents à l'enseignement secondaire) prédominent dans la plupart de ces pays, mais au Burkina Faso, au Cambodge, au Niger et au Togo plus de la moitié de tous les travailleurs du soin du secteur de la santé n'ont qu'un niveau d'instruction élémentaire.

Figure 4.29. Niveau d'instruction dans l'éducation et dans la santé et le travail social



Note: Personnel de soutien exclu. Les niveaux d'instruction sont ceux de la CITE-11. Inférieur au primaire: aucune scolarité ou éducation de la petite enfance. Élémentaire: enseignement primaire ou premier cycle de l'enseignement secondaire. Intermédiaire: deuxième cycle de l'enseignement secondaire et enseignement postsecondaire non supérieur. Avancé: enseignement supérieur de cycle court, licence, master, doctorat ou niveaux équivalents.

Source: Calculs du BIT à partir de microdonnées d'enquêtes sur la main-d'œuvre et auprès des ménages.

Travailleurs migrants

Le faible niveau d'emploi dans les activités de soin à autrui, en particulier dans la santé, est associé depuis longtemps à une émigration du personnel qualifié. Au Malawi, par exemple, autour de l'an 2000, 60 pour cent des infirmières certifiées quittaient les hôpitaux tertiaires pour émigrer. En 2005, 11,3 pour cent des infirmières malawiennes travaillaient dans les pays de l'OCDE. Les personnels de santé qui restent au pays subissent des salaires inférieurs et des surcharges de travail: 64 pour cent des postes sont vacants, et de nombreux centres médicaux fonctionnent sans infirmières ou avec un personnel ayant tout juste dix semaines de formation. Le gouvernement malawien fait les efforts pour augmenter les ressources et les salaires, mais il ne peut entrer en concurrence avec les offres étrangères³⁶⁰.

Les données émanant du Conseil ghanéen des infirmières et sages-femmes indiquent que 71 pour cent des infirmières qui ont quitté le pays entre 2002 et 2005 sont parties au Royaume-Uni, et 22 pour cent, aux États-Unis. La migration a atteint un pic en 2000, a sensiblement chuté en 2006 et s'est stabilisée ensuite. Le personnel de santé féminin, infirmier en particulier, n'est pas satisfait de son emploi actuel à cause du manque de possibilités de perfectionnement professionnel, du manque de moral et de motivation, de la longueur des horaires et de l'insuffisance de la rémunération³⁶¹.

Paradoxalement, certains pays de départ forment des enseignants, des infirmières et des médecins en excès alors que certaines de leurs régions sont déficitaires. Ainsi, le Népal dispose d'un surplus de médecins et d'infirmières, qui se traduit par sa proportion de personnel de santé fortement instruits. Cela découle d'une distribution libérale des autorisations d'exercer à de nouvelles institutions de formation, en vue de disposer d'un nombre suffisant de personnel de santé dans les zones rurales³⁶². Cependant, peu de nouveaux diplômés choisissent d'exercer dans ces zones rurales, et beaucoup préfèrent émigrer. De même, beaucoup de femmes philippines qui suivent des formations d'infirmière ou de personnel de soin le font en vue de trouver du travail à l'étranger. Les Philippines disposent d'un nombre important d'agences de recrutement et de programmes de formation tournés vers le marché du travail extérieur³⁶³.

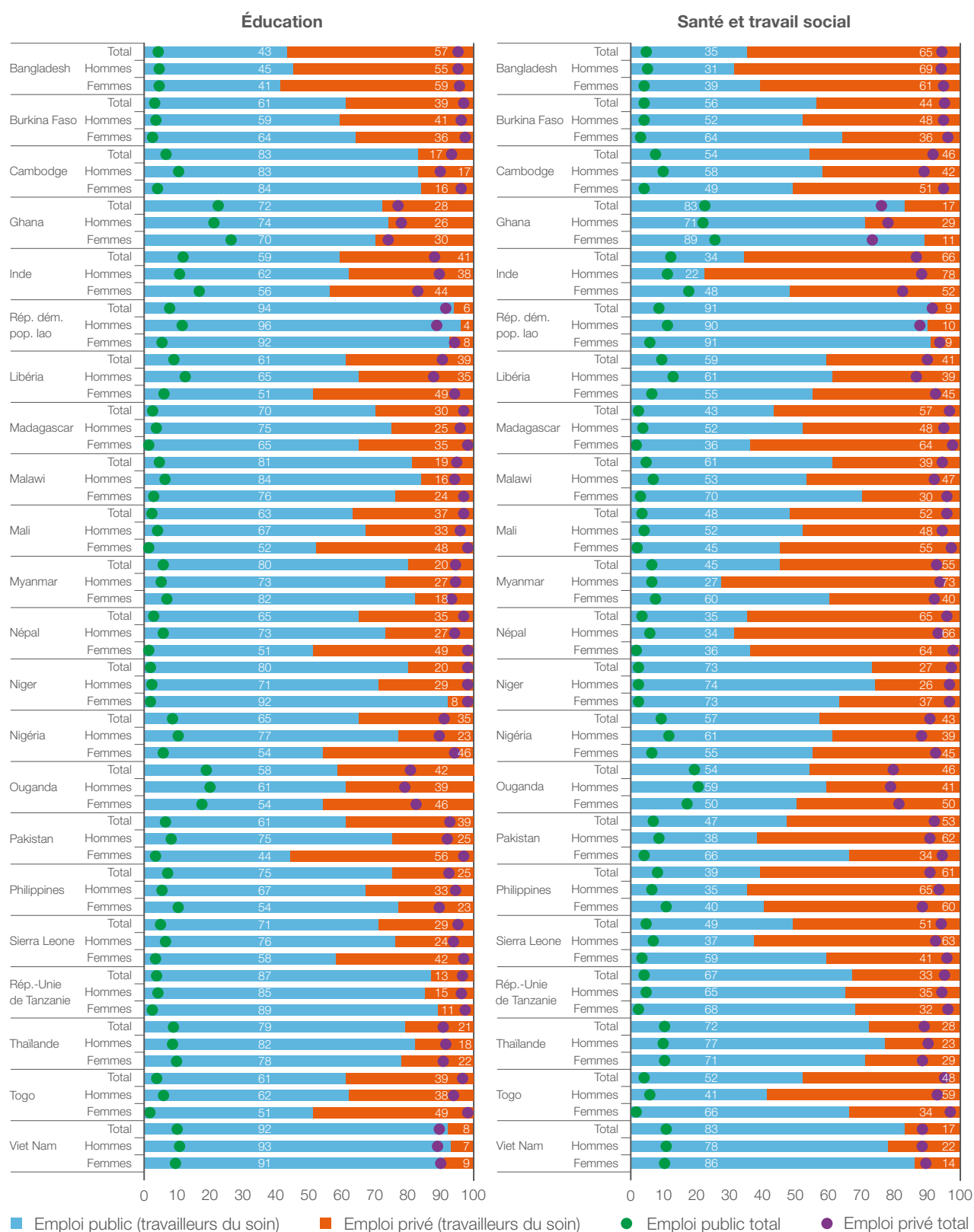
Conditions de travail

La figure 4.30 fait apparaître le très faible niveau de l'emploi public dans la plupart de ces pays, dans la logique de la faiblesse de l'emploi dans les activités de soin à autrui. Autrement dit, bien que la plupart des travailleurs du soin soient employés dans le secteur public, ils ne représentent qu'une petite proportion de l'emploi total.

Une part importante du personnel éducatif, hommes et femmes, est en situation d'emploi informel. Au Cambodge, au Libéria, au Mali et en Ouganda, tel est le cas de 79 pour cent des salariées et 70 pour cent des salariés, bien qu'il s'agisse d'emplois publics dans 60 à 80 pour cent des cas (voir figures 4.30 et 4.31). Dans d'autres pays de ce modèle, comme le Ghana, le Myanmar, le Pakistan ou le Viet Nam, travailler dans l'éducation signifie avoir plus de chances d'avoir un emploi formel (par comparaison avec les autres salariées) du fait de la forte proportion de l'emploi public dans cette activité.

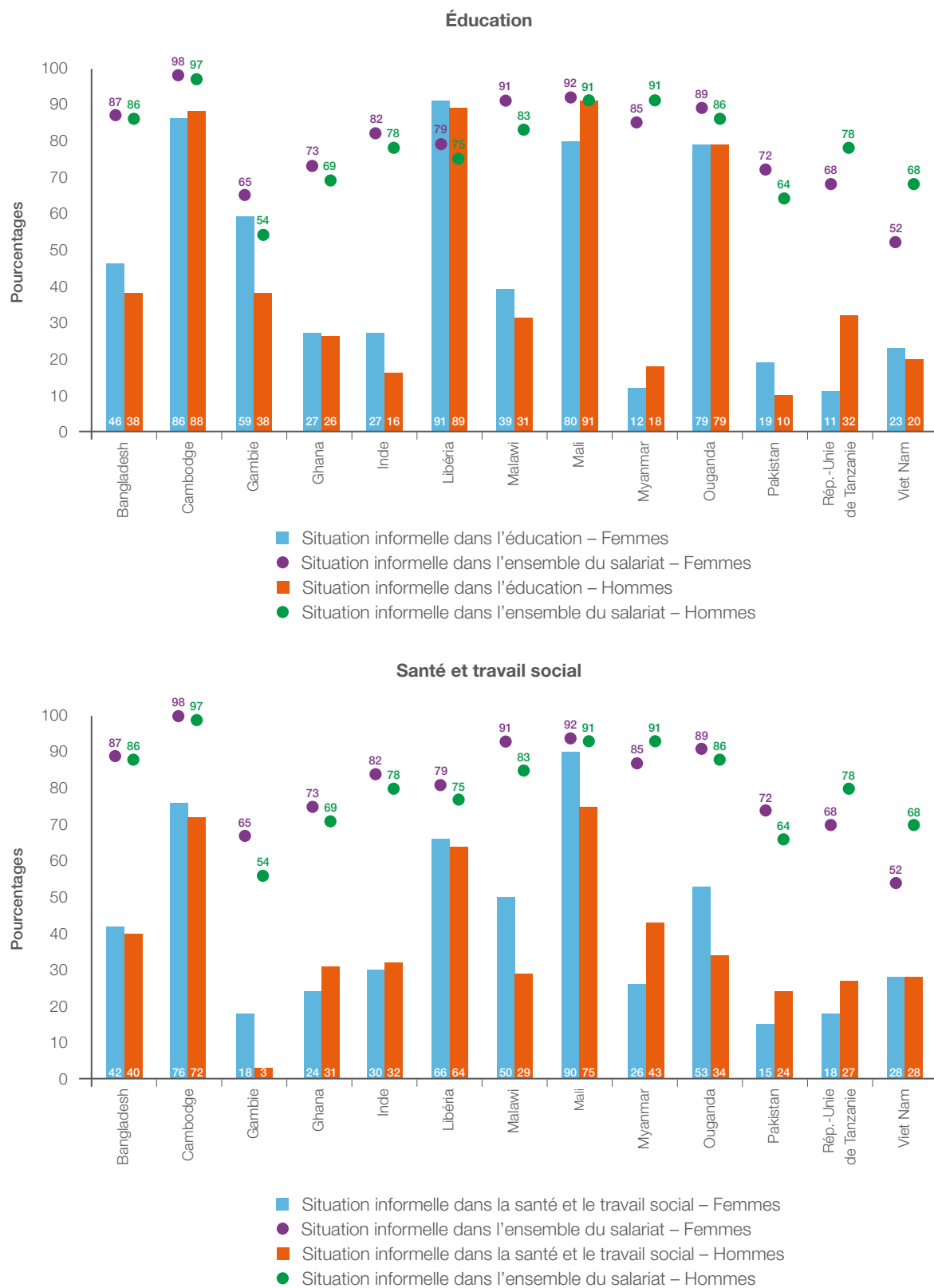
Dans le cas de l'Inde, 27 pour cent du personnel éducatif féminin est en situation d'emploi informel, proportion nettement inférieure à celle de l'ensemble des salariées (82 pour

Figure 4.30. Proportion de l'emploi public et privé dans l'éducation et dans la santé et le travail social, selon le sexe



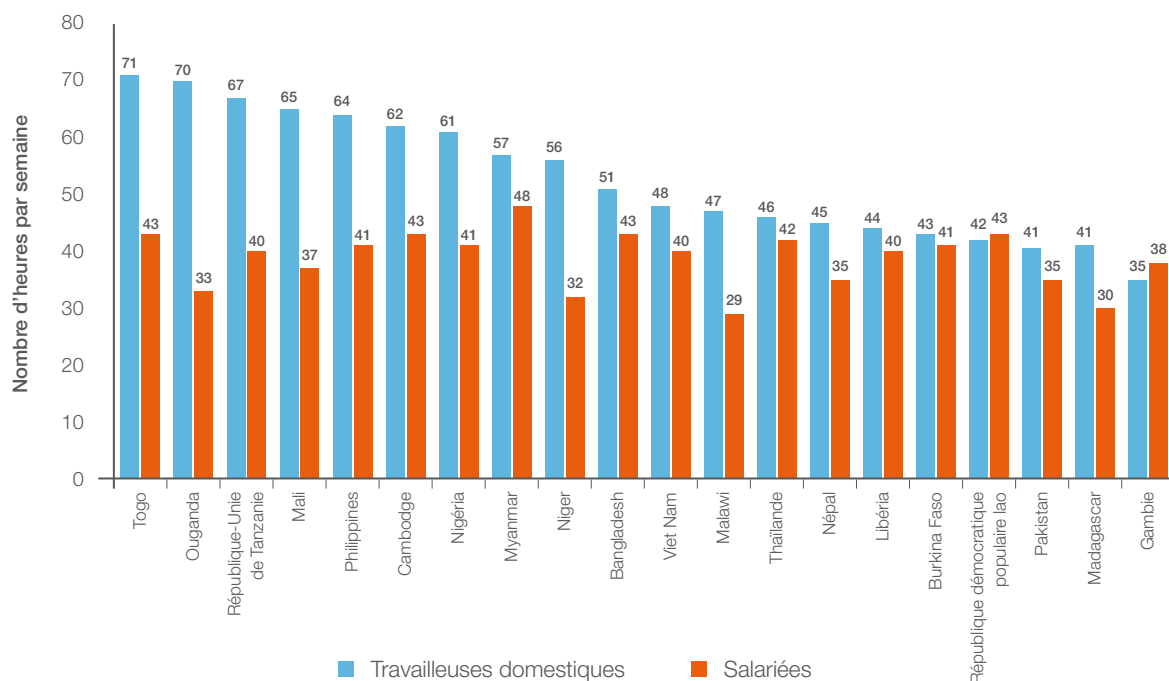
Source: Calculs du BIT à partir de microdonnées d'enquêtes sur la main-d'œuvre et auprès des ménages.

Figure 4.31. Proportion de salariés en situation d'emploi informel dans l'éducation et dans la santé et le travail social, selon le sexe



Source: Calculs du BIT à partir de microdonnées d'enquêtes sur la main-d'œuvre et auprès des ménages.

Figure 4.32. Durée hebdomadaire du travail des travailleuses domestiques (employées par des ménages)



Source: Calculs du BIT à partir de microdonnées d'enquêtes sur la main-d'œuvre et auprès des ménages.

cent). Ce chiffre ne comprend pas les travailleuses et les aides des *Angawadi*, qui perçoivent des indemnités plutôt que des salaires, car elles sont considérées comme bénévoles. L'indemnité est inférieure au salaire minimum, bien qu'elles assument de grandes responsabilités en matière d'éducation, de nutrition et de santé. Elles sont syndiquées et se sont mises en grève pour revendiquer l'amélioration de leur rémunération et de leurs conditions de travail³⁶⁴.

Paradoxalement, dans ces pays le salaire des enseignants équivaut à plusieurs fois le PIB par tête, mais il reste faible en termes de maintien du niveau de vie. Cette faiblesse des salaires a pour effet une perte de prestige du corps enseignant, avec des conséquences sur la qualité du travail, l'absentéisme et les résultats³⁶⁵.

Comme dans l'éducation, les travailleurs de la santé peuvent, pour la plupart, obtenir un emploi formel, à la différence des salariés en général. Dans plusieurs pays, le taux de travail informel parmi le personnel de santé est inférieur à celui de l'éducation. Toutefois, dans les pays où le système de santé repose excessivement sur les agents de santé des communautés locales, le taux de travail informel est supérieur à celui de l'éducation; tel est le cas en Inde, au Malawi et au Myanmar.

Selon les statistiques officielles, les travailleurs domestiques employés par les ménages sont relativement peu nombreux au regard de l'emploi total. Il est toutefois important de rappeler qu'il est particulièrement difficile de dénombrer les travailleurs domestiques dans la plupart de ces pays et que les chiffres ne comprennent pas les enfants travailleurs

domestiques³⁶⁶. Dans ces pays, les conditions de travail des travailleurs domestiques sont rudes. Au Ghana, en Inde et au Pakistan, 80 à 90 pour cent des travailleuses domestiques sont en situation d'emploi informel. Dans les autres pays de ce modèle, toutes les travailleuses domestiques le sont. Une durée du travail excessive, supérieur à 48 heures par semaine, est généralisée. Elle excède 60 heures par semaine dans plusieurs pays: Cambodge, Mali, Nigéria, Ouganda, Philippines, République-Unie de Tanzanie et Togo (voir figure 4.32).

CONCLUSIONS: PRENDRE AUSSI SOIN DU PERSONNEL DU SOIN

Les travailleurs des activités de soin à autrui ont en commun des caractéristiques spécifiques: de par leur activité, ils s'engagent auprès des bénéficiaires, et souvent dans des relations durables; ils disposent de toute une gamme de qualifications, bien que celles-ci ne soient pas reconnues ni rémunérées à leur juste valeur; ils font souvent l'expérience de tensions entre les personnes dont ils s'occupent et leurs conditions de travail; ce sont la plupart du temps des femmes. Pourtant, ils ne constituent pas un groupe homogène: il existe des hiérarchies, en termes de rémunération, de situation et de statut. Les travailleurs de l'aide à la personne, les agents de santé des communautés locales, le personnel de la petite enfance et les travailleurs domestiques connaissent souvent des situations moins bonnes que celles des autres travailleurs des activités de soin à autrui.

Ce chapitre renforce la conviction selon laquelle la législation et les politiques menées sont déterminantes du niveau de l'emploi, des conditions de travail et de rémunération, ainsi que du statut du personnel. Les politiques en matière de migration et de travail, la couverture et la conception des politiques dans les domaines de la santé, de l'éducation et du soin à autrui conditionnent la situation du personnel des activités de soin au regard de celle des autres travailleurs. Le droit de constituer des organisations de travailleurs et d'y adhérer ainsi que la puissance de ces organisations sont des éléments essentiels. Étroitement associées au droit de s'organiser, il y a l'existence et la couverture des institutions de dialogue social, comme la négociation collective, par lesquelles les travailleurs des activités de soin ont voix au chapitre sur les questions qui les touchent.

Un résultat particulièrement marquant qui ressort du présent chapitre est que les insuffisances des services de soin à autrui sont souvent étroitement associées à un recours massif au travail domestique. Comme le montre la typologie et l'analyse des modèles, les travailleurs domestiques (qui sont dans bien des cas immigrés) ont une place importante dans plusieurs situations: lorsque les populations les plus aisées ont les moyens de sous-traiter les activités de soin à autrui non rémunérées à une autre catégorie de la population ayant moins de moyens; lorsque des programmes spécifiques facilitent le recrutement et l'emploi de personnel de soin étranger par des ménages; lorsque les politiques publiques facilitent par des incitations et des subventions le recrutement individuel de travailleurs du soin, comme avec les allocations spécifiques pour activités de soin; et enfin lorsque les relations d'emploi auprès des ménages, ainsi que les conditions de travail, de jure ou de facto, sont peu réglementées, voire pas du tout³⁶⁷.

Lorsque les prestations de services sont publiques, les conditions de travail du personnel sont en général meilleures, tandis que des prestations privées non réglementées les dégradent, quel que soit le niveau de revenu du pays. Le présent chapitre montre aussi que les réglementations qui garantissent les droits des travailleurs des activités de soin à autrui sont essentielles, car les

rémunérations faibles et inégales, le travail informel, la durée excessive du travail et l'emploi atypique prennent des formes particulières pour les travailleurs du soin à autrui.

Se préoccuper aussi des travailleurs du soin à autrui suppose de renverser toutes ces tendances en étendant la protection à tous ces travailleurs, notamment les migrants, en favorisant leur professionnalisation et en prévenant leur déqualification, en garantissant leur représentation et leur expression collective, en évitant tant dans le secteur privé que dans le secteur public les stratégies de réduction des coûts, qui se traduisent par des diminutions de salaire ou par le raccourcissement du temps consacré aux bénéficiaires. Les conditions de travail du personnel doivent être améliorées pour des raisons d'équité, mais aussi parce qu'elles sont directement liées à la qualité des prestations. La mauvaise qualité de l'emploi se répercute sur la qualité des activités de soin à autrui, au détriment des bénéficiaires et du personnel, mais aussi des prestataires non rémunérés auxquels s'offrent moins de possibilités³⁶⁸. Il est impossible d'élaborer un scénario optimal des activités de soin à autrui sans garantir un travail décent au personnel qui les assure.

NOTES

- 1 Duffy, Albelda et Hammonds, 2013; BIT, 2016a.
- 2 Yeandle et coll., 2017.
- 3 Selon la Classification internationale d'après la situation dans la profession (CISP), cela correspond aux salariés, aux personnes travaillant pour leur propre compte et aux membres de coopératives de producteurs.
- 4 England, Budig et Folbre, 2002.
- 5 Duffy, 2011.
- 6 BIT, 2016a.
- 7 Lorsque des organismes publics ou privés emploient des travailleurs domestiques pour les affecter à des tâches spécifiques auprès de ménages privés, ces travailleurs seront comptabilisés dans la branche d'activité du soin à autrui si leurs tâches relèvent, entièrement ou partiellement, d'activités de soin directes à la personne. Mais, s'il s'agit uniquement de tâches ménagères, ils ne seront pas comptabilisés dans la main-d'œuvre du soin à autrui, car leurs employeurs relèveront d'autres branches d'activité.
- 8 BIT, 2017c.
- 9 BIT, 2017l.
- 10 Wright, 2012.
- 11 Manyika et coll., 2017.
- 12 Lippel, 2016.
- 13 BIT, 2017b.
- 14 *Ibid.*
- 15 Parent-Thirion et coll., 2017; BIT, 2017b; Eurofound, 2015.
- 16 BIT, 2013a.
- 17 Figueiredo, Suleman et do Carmo Botelho, 2018.
- 18 Wright, 2012.
- 19 Glenn, 1992; Duffy, 2011.
- 20 Lightman, 2017.
- 21 En effet, dans le présent rapport, la définition des activités de soin à autrui rémunérées va au-delà du travail de soin rémunéré en tant que pendant du travail de soin à autrui non rémunéré, pour englober des activités et des professions qui ont toujours été associées avec un niveau élevé de connaissances et de compétences, comme les médecins ou les professeurs d'université.
- 22 Duffy, 2011; Molinier, 2012.
- 23 Landivar, 2013; Munnich et Wozniak, 2017.
- 24 England, Budig et Folbre, 2002; Folbre, 2017.
- 25 Budig, Hodges et England, 2018.
- 26 *Ibid.*; Budig et Misra, 2010; Esquivel, 2010; Folbre et Smith, 2017.
- 27 Esquivel, 2010.
- 28 Budlender, 2011.
- 29 BIT, 2011b.
- 30 England, Budig et Folbre, 2002.
- 31 Windebank, 2010.
- 32 Folbre, 2017.
- 33 Folbre et Smith, 2017.
- 34 Vosko et coll., 2009, cité dans Yeandle et coll., 2017.
- 35 Himmelweit, 2006; Folbre, 2006a.
- 36 Folbre, 2006a.
- 37 Lightman, 2017.
- 38 Budig, Hodges et England, 2018.
- 39 Duffy, 2011.
- 40 Cette section est largement inspirée de BIT, 2017c.
- 41 L'Islande se situe sur la courbe, c'est-à-dire exactement dans la moyenne.
- 42 Magar et coll., 2016.
- 43 Schwalbe, 2017.
- 44 BIT, 2017c.
- 45 OMS, 2016b.
- 46 Tijdens, de Vries et Steinmetz, 2013.
- 47 BIT, 2017c.
- 48 Szebehely et Meagher, 2017.
- 49 Aiken et coll., 2012.
- 50 Cho et coll., 2015.
- 51 OCDE, 2015; Dumont et Lafortune, 2016.
- 52 OMS, 2016a.
- 53 Wismar et coll., 2011.
- 54 Humphries et coll., 2015.
- 55 OMS, 2010a.
- 56 OMS, 2016c.
- 57 Dhillon, 2015.
- 58 King-Dejardin, à paraître.
- 59 Langer et coll., 2015.
- 60 Duffy, 2011.
- 61 Austen et coll., 2016; Nelson et Folbre, 2006.
- 62 Esquivel et Pereyra, 2018.
- 63 Austen et coll., 2016.
- 64 Duffy, 2011.
- 65 *Ibid.*
- 66 Lund, 2010.
- 67 Tijdens, de Vries et Steinmetz, 2013.
- 68 Colombo et Muir, 2015.
- 69 Landivar, 2013.
- 70 Messenger et Vidal, 2015.
- 71 Griffiths et coll., 2014.
- 72 Une étude menée au Royaume-Uni montre que les conditions de travail sont un déterminant de l'offre des heures de travail infirmier plus important que le salaire. Voir Eberth, Elliott et Skåtun, 2016.
- 73 Kowalchuk, 2016.
- 74 Armstrong et Pederson, 2015.
- 75 Colombo et Muir, 2015.
- 76 Messenger et Vidal, 2015; Speroni et coll., 2014; Brophy, Keith et Hurley, 2017; Shi et coll., 2017.
- 77 Langer et coll., 2015.
- 78 Trotter, 2017.
- 79 Calenda, 2016.
- 80 *Ibid.*
- 81 Shutes et Chiatti, 2012.
- 82 Yeates et Pillinger, 2013.
- 83 Austen et coll., 2016.
- 84 Colombo et Muir, 2015.
- 85 Colombo et coll., 2011.
- 86 OCDE, 2018a.
- 87 Colombo et coll., 2011.
- 88 Shakespeare et Williams, à paraître.
- 89 Tijdens, de Vries et Steinmetz, 2013.
- 90 BIT, 2014e.
- 91 Colombo et coll., 2011.
- 92 *Ibid.*

- 93 Cangiano, 2009.
- 94 Shakespeare et Williams, à paraître.
- 95 *Ibid.*
- 96 *Ibid.*
- 97 Molinier, 2012; Austen et coll., 2016.
- 98 Nelson et Folbre, 2006; Hussein, 2017; Duffy, Al-belda et Hammonds, 2013.
- 99 Hussein, 2017.
- 100 BIT, 2012b.
- 101 Langer et coll., 2015.
- 102 Budlender, 2010.
- 103 Langer et coll., 2015.
- 104 OMS, 2010b.
- 105 Budlender, 2010.
- 106 Langer et coll., 2015.
- 107 Klerk et coll., 2015.
- 108 Fondé sur Postic, 2013.
- 109 OCDE, 2017a.
- 110 *Ibid.*
- 111 *Ibid.*
- 112 BIT, 2016d.
- 113 Caravatti et coll., 2014.
- 114 Sharma, 2012.
- 115 Appleton, Morgan et Sives, 2006; King-Dejardin, à paraître.
- 116 Sharma, 2012.
- 117 Caravatti et coll., 2014.
- 118 McLoughlin et Münz, 2011; Hugo, 2013.
- 119 Castles et Ozkul, 2014; Wickramasekara, 2015; OCDE, 2007.
- 120 Neuman, Josephson et Chua, 2015; OCDE, 2017a.
- 121 Neuman, Josephson et Chua, 2015.
- 122 Esquivel et Pereyra, 2018.
- 123 OCDE, 2017a et 2017e.
- 124 Internationale de l'éducation, 2010, p. 29.
- 125 Shaeffer, 2015.
- 126 OCDE, 2017e.
- 127 *Ibid.*
- 128 Devecchi et coll., 2012.
- 129 Voir aussi Bach, Kessler et Heron, 2006.
- 130 BIT, 2016g; UNESCO, 2014.
- 131 BIT, 2016g.
- 132 Les comptes rendus de récentes manifestations d'enseignants revendiquant de meilleurs salaires en Oklahoma et Virginie (États-Unis) signalaient que de nombreux enseignants avaient un deuxième emploi afin de pouvoir payer leurs factures. Voir <https://www.usatoday.com/story/news/2018/04/03/oklahoma-teachers-strike-second-day/480951002/> [2 mai 2018].
- 133 UNESCO, 2009b.
- 134 Fumasoli, Goastellec et Kehm, 2015.
- 135 Le Feuvre, 2015.
- 136 Molina et López-Roldán, 2015.
- 137 Eichhorst et Marx, 2015.
- 138 BIT, 2016d.
- 139 Eichhorst et Marx, 2015.
- 140 Parmi lesquels on dénombre 12,9 millions d'hommes travailleurs domestiques en Chine.
- 141 Jokela, 2015.
- 142 Jokela, à paraître.
- 143 BIT, 2013a.
- 144 Tomei et Belser, 2011.
- 145 Hobden, 2015.
- 146 Zanoni et coll., 2007; Cloutier et coll., 2008.
- 147 Garofalo Geymonat, Marchetti et Kyritsis, 2017.
- 148 Human Rights Watch, 2006.
- 149 BIT, 2016a.
- 150 BIT, 2013a.
- 151 BIT, 2016a.
- 152 BIT, 2015c.
- 153 Aucune normalisation n'était nécessaire, puisque les indicateurs sont tous des proportions de l'emploi total. Pour la liste des pays, la répartition de l'emploi au sein de chaque modèle et d'autres éléments méthodologiques, voir l'annexe A.4. Les codes des pays figurent à l'annexe A.6.
- 154 UNESCO, 2018. Ce chiffre s'explique par le fait qu'en Finlande tous les enfants ont droit à un accueil de jour, mais qu'il existe aussi une allocation à l'intention des parents qui décident de rester à la maison pour s'occuper de l'enfant jusqu'à ses 3 ans.
- 155 OCDE, 2017e.
- 156 UNESCO, 2018.
- 157 *Ibid.*
- 158 Meagher et Szebehely, 2013.
- 159 OCDE, 2018a.
- 160 Gori, Fernández et Wittenberg, 2016.
- 161 Meagher et Szebehely, 2013.
- 162 Il s'agit de travailleurs domestiques selon la définition de l'OIT, mais ils ne sont pas pris en compte dans les «travailleurs employés par des ménages», définition statistique utilisée dans le présent rapport.
- 163 Merker, Kristiansen et Sæther, 2016.
- 164 UNESCO, 2018.
- 165 OMS, 2018a.
- 166 OCDE et Commission européenne, 2013.
- 167 Halvorsen et coll., 2017.
- 168 Avec l'Allemagne, qui selon Tschanz et Staub (2017) relève du même modèle que le Danemark, la Finlande et la Suède.
- 169 King-Dejardin, à paraître.
- 170 Meagher et Szebehely, 2013; Hobson, Hellgren et Bede, 2015.
- 171 EFSI, 2013.
- 172 Da Roit et van Bochove, 2017.
- 173 Hobson, Hellgren et Bede, 2015.
- 174 *Ibid.*
- 175 Luppi et coll., 2015.
- 176 Le système de l'emploi au pair permet à des jeunes gens de voyager dans le monde et d'apprendre les langues étrangères en travaillant pour des familles qui les logent et en s'occupant des enfants.
- 177 Cox, 2015.
- 178 Williams, 2012.
- 179 Stenum, 2011.
- 180 Shakespeare et Williams, à paraître.
- 181 BIT, 2018e.
- 182 Nations Unies, 2017c.
- 183 OCDE, 2018a.

- 184 BIT, 2018e.
- 185 OMS, 2018a.
- 186 OCDE, 2017e.
- 187 Michel et Peng, 2012.
- 188 UNESCO, 2018.
- 189 OCDE, 2017e.
- 190 Gouvernement du Canada, 2017.
- 191 Connolly et coll., 2016.
- 192 Child Care Aware of America, 2017.
- 193 Press et Hayes, 2000; Adamson et Brennan, 2016.
- 194 Depuis juillet 2018, la subvention pour garde des enfants, versée directement aux prestataires, remplace l'allocation pour garde des enfants et l'abattement fiscal pour garde des enfants. Voir <https://www.education.gov.au/child-care-subsidy-1> [2 mai 2018].
- 195 Adamson et Brennan, 2016; Addati, 2010.
- 196 OCDE, 2017e.
- 197 Adamson et Brennan, 2016.
- 198 Folbre, 2010.
- 199 UNESCO, 2018.
- 200 OCDE, 2018a.
- 201 Les activités de soin ont toutefois augmenté en intensité du fait de l'accroissement des besoins. Voir Gori, Fernández et Wittenberg, 2016.
- 202 *Ibid.*
- 203 King-Dejardin, à paraître.
- 204 Nations Unies, 2017c.
- 205 OCDE, 2018a.
- 206 Gori, Fernández et Wittenberg, 2016.
- 207 Halvorsen et coll., 2017.
- 208 Tschanz et Staub, 2017.
- 209 Shakespeare et Williams, à paraître.
- 210 Burnham et Theodore, 2012; Duffy, 2011.
- 211 Burnham et Theodore, 2012.
- 212 Fudge, 2011.
- 213 Da Roit et Weicht, 2013.
- 214 Lutz et Palenga-Möllenberg, 2011; Da Roit et Weicht, 2013.
- 215 Pflegestützpunkte Berlin – Informationsblätter A-Z, 2017, Informationsblätter 41.
- 216 Une estimation récente situe ce chiffre à 7 pour cent des 1,34 million de travailleurs. Voir <https://www.theguardian.com/society/2017/feb/25/brexit-fears-eu-nationals-working-social-care-theresa-may-sarah-wollaston> [2 mai 2018].
- 217 Shutes et Walsh, 2012.
- 218 Nous reprenons ici la définition des travailleurs du soin utilisée dans le présent rapport. Au Royaume-Uni, les termes *care workers* font explicitement référence à des catégories moins qualifiées du secteur social (aides-soignants, aides à domicile, travailleurs domestiques résidant chez l'employeur, etc.).
- 219 Cangiano, 2009.
- 220 Humphries et coll., 2015; Spencer et coll., 2010; Shutes et Walsh, 2012.
- 221 Williams, 2012.
- 222 À titre de comparaison, 16 pour cent de la population active occupée des États-Unis était d'origine étrangère la même année. S'agissant de la région d'origine, la plus forte proportion de médecins d'origine étrangère venait d'Asie, et environ 30 pour cent des travailleurs du soin originaires d'Asie étaient des médecins. Viennent ensuite l'Afrique et les pays de l'OCDE, avec 25 pour cent chacun. La plus forte proportion de travailleurs moins qualifiés provenait des Caraïbes, avec plus de 50 pour cent. Viennent ensuite l'Afrique et l'Amérique latine, avec 40 pour cent en tout. Voir Martin et Abella, 2014.
- 223 Espinoza, 2017.
- 224 Adamson et Brennan, 2016.
- 225 Peng, 2016.
- 226 Salami, Amodu et Okeke-Ihejirika, 2016.
- 227 Il s'agit d'infirmières auxiliaires, d'aides-soignants à domicile et d'aides à la personne.
- 228 Martin et coll., 2009.
- 229 La loi fédérale des États-Unis exige moins de deux semaines de formation pour être certifiée comme aide-infirmière, et les aides-soignants à domicile doivent passer un examen fédéral de compétence pour que leurs employeurs soient remboursés par le régime Medicare. Les exigences fédérales en matière de formation permanente sont minimales, laissées à la discrétion des États et des entreprises prestataires. Ce sont les États qui établissent la réglementation des autres personnels ayant une activité de soin directe, y compris ceux qui travaillent dans l'assistance à la vie quotidienne, ou bien pour des agences de soins à domicile, ou encore comme travailleurs indépendants. Voir Martin et coll., 2009.
- 230 Duffy, Armenia et Stacey, 2015.
- 231 Gambaro, 2017.
- 232 Adamson et Brennan, 2016.
- 233 Cangiano, 2009.
- 234 Rubery et coll., 2015.
- 235 Martin et coll., 2009.
- 236 Boris et Klein, 2006.
- 237 Knaebel, 2015.
- 238 King-Dejardin, à paraître.
- 239 Calculs des auteurs à partir de Nations Unies, 2017c.
- 240 Széman, 2015.
- 241 Cook, 2010.
- 242 UNESCO, 2018.
- 243 Petmesidou et Guillén, 2015.
- 244 Saraceno, 2016.
- 245 Michel et Peng, 2012.
- 246 Saraceno, 2016.
- 247 OCDE, 2017e.
- 248 *Ibid.*
- 249 Saraceno et Keck, 2010.
- 250 UNESCO, 2018.
- 251 Nations Unies, 2017c.
- 252 Scheil-Adlung, 2015; Saraceno, 2016.
- 253 Széman, 2015; Gresz, Borbás et Dózsa, 2016.
- 254 OCDE, 2018b.
- 255 OCDE, 2018a.
- 256 Gori, Fernández et Wittenberg, 2016.
- 257 Hrženjak, 2017.

- 258 Bien qu'il existe des transferts en espèces pour les bénéficiaires vivant dans les zones reculées. Voir Rhee, Done et Anderson, 2015.
- 259 Halvorsen et coll., 2017.
- 260 Kim et coll., 2014.
- 261 Bettio, Simonazzi et Villa, 2006.
- 262 Castagnone, Salis et Premazzi, 2013.
- 263 Les travailleurs domestiques représentent respectivement 4,8 et 0,2 pour cent de l'emploi féminin et de l'emploi masculin au Portugal; 14 pour cent seulement sont nés à l'étranger. Pour la Grèce, les chiffres sont, respectivement, 2,4 et 0,1 pour cent de l'emploi féminin et masculin et 37 pour cent nés à l'étranger.
- 264 Bettio, Simonazzi et Villa, 2006; Cook, 2010; Hirose et Czepulis-Rutkowska, 2016.
- 265 Castagnone, Salis et Premazzi, 2013.
- 266 Hellgren et Serrano, 2017.
- 267 Tkach et Hrženjak, 2017.
- 268 Sekeráková Búriková, 2017.
- 269 Zdravomyslova et Tkach, 2017.
- 270 Tkach et Hrženjak, 2017.
- 271 *Ibid.*
- 272 Michel et Peng, 2017.
- 273 Humer et Hrženjak, 2017.
- 274 Rhee, Done et Anderson, 2015.
- 275 Yun, 2017.
- 276 Peng, 2010.
- 277 Arabie saoudite, Bahreïn, Émirats arabes unis, Koweït, Oman, Qatar.
- 278 BIT, 2017o.
- 279 C'est aussi vrai pour les autres pays du CCG (88 pour cent aux Émirats arabes unis, 75 pour cent au Qatar et 51 pour cent à Bahreïn).
- 280 BIT, 2017o.
- 281 Les États arabes ont le plus faible taux d'acceptation du travail des femmes par les hommes (57 pour cent) et par les femmes (67 pour cent). Voir BIT et Gallup, 2017, p. 34.
- 282 BIT, 2017p.
- 283 BIT, 2015c.
- 284 Banque mondiale, 2018a.
- 285 Nations Unies, 2017c.
- 286 Sauf en Uruguay, où la proportion est de 25 pour cent.
- 287 Ces taux concernent uniquement les salariés. Pour la part de l'emploi informel dans l'emploi total, voir BIT, 2018f.
- 288 BIT, 2017m.
- 289 UNESCO, 2018.
- 290 *Ibid.*
- 291 Le taux de fréquentation de l'enseignement préprimaire est de 59 pour cent à Chypre et de 26 pour cent en Jordanie.
- 292 CEPALC, 2017.
- 293 Scheil-Adlung, 2015.
- 294 Esquivel, 2017a.
- 295 Gouvernement de l'Uruguay, 2015.
- 296 Scheil-Adlung, 2015.
- 297 Messenger et Vidal, 2015.
- 298 Esquivel, 2010.
- 299 Gallo, 2015.
- 300 Messenger et Vidal, 2015.
- 301 La proportion de travailleurs domestiques d'origine étrangère est de 12 pour cent en Argentine et de 2 pour cent en Uruguay, contre 17 pour cent dans l'ensemble de la région.
- 302 Lexarta, Chavez et Carcedo, 2016.
- 303 Chiffres portant sur tous les actifs occupés, emploi principal.
- 304 Messenger et Vidal, 2015.
- 305 Pereyra et Micha, 2016.
- 306 Esquivel et Pereyra, 2017.
- 307 Lund, 2010.
- 308 OMS, 2018b.
- 309 Esquivel et Pereyra, 2018.
- 310 Pereyra et Micha, 2016.
- 311 Ces estimations sont conformes à celles publiées par Lexarta, Chavez et Carcedo, 2016.
- 312 Pereyra, 2017.
- 313 Lexarta, Chavez et Carcedo, 2016.
- 314 BIT, 2017m.
- 315 Budlender, 2016.
- 316 Banque mondiale, 2018a.
- 317 À l'exception de la Chine, de l'Indonésie et de la Namibie pour l'éducation de la petite enfance et de la Chine et du Mexique pour l'enseignement préprimaire.
- 318 UNESCO, 2018.
- 319 Cook et Dong, 2011.
- 320 Li et coll., 2016.
- 321 INIDEN, 2012.
- 322 UNESCO, 2018.
- 323 OMS, 2018b.
- 324 Cometto et coll., 2016.
- 325 Marten et coll., 2014.
- 326 BIT, 2017m.
- 327 Hsiao, Li et Zhang, 2015.
- 328 BIT, 2017m.
- 329 Cook et Dong, 2011.
- 330 Scheil-Adlung, 2015.
- 331 Des estimations antérieures situaient cet effectif à 20 millions.
- 332 Minghui, 2017.
- 333 Banque asiatique de développement, 2017.
- 334 King-Dejardin, à paraître.
- 335 Peng et Wong, 2016.
- 336 Li et coll., 2016.
- 337 Banque asiatique de développement, 2017.
- 338 Dong, Feng et Yu, 2017.
- 339 UNESCO, 2018.
- 340 *Ibid.*
- 341 Ilkkaracan, Kim et Kaya, 2015.
- 342 Vladescu et coll., 2016; Dimova et coll., 2012.
- 343 OMS, 2018b.
- 344 Banque mondiale, 2018a.
- 345 Nations Unies, 2017c. La Thaïlande fait exception avec 16 pour cent.
- 346 BIT, 2018f.
- 347 Scheil-Adlung, 2015; Esquivel et Kaufman, 2017.
- 348 UNESCO, 2018.
- 349 BIT, 2018e.

- 350 Cometto et coll., 2016; OMS, 2018b.
351 Montefiori, Cattaneo et Licata, à paraître.
352 BIT, 2017m; Rao et coll., 2011.
353 Marten et coll., 2014.
354 UNESCO, 2018.
355 BIT, 2016g.
356 ONU-Femmes, 2012.
357 UNESCO, 2015a.
358 Kaul, Bhargarh Chaudhary et Sharma, 2015.
359 UNESCO, 2012.
360 Fleury, 2016.
361 Pillinger, 2010.
362 BIT, 2017g.
363 King-Dejardin, à paraître.
364 Palriwala et Neetha, 2010; Parakh, 2016.
365 BIT, 2016g.
366 Pour les dernières estimations mondiales et régionales du travail des enfants, voir BIT, 2017n.
367 King-Dejardin, à paraître.
368 Hayes, 2016.

CHAPITRE 5

Des emplois dans les activités de soin à autrui pour un meilleur avenir du travail

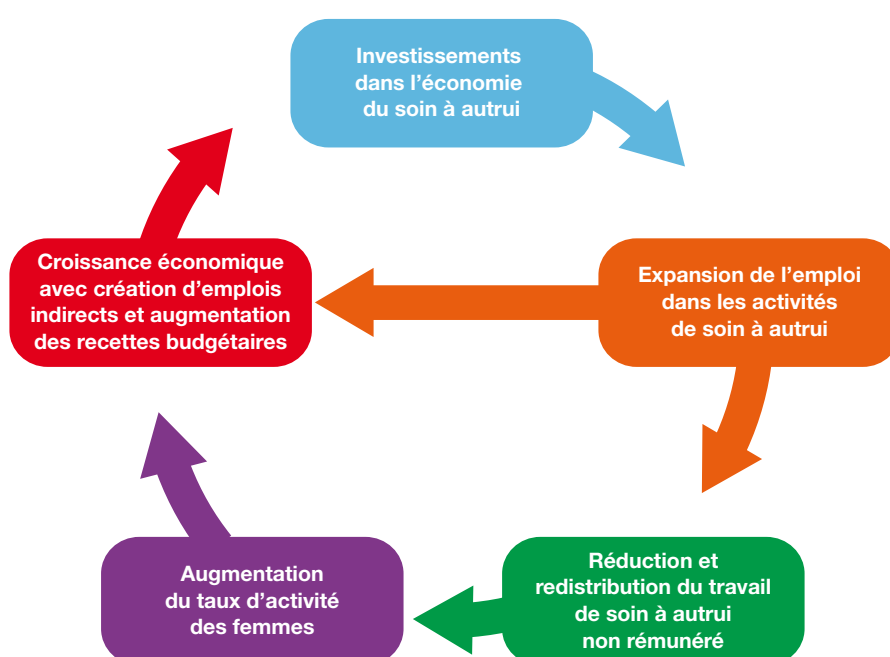
POINTS CLÉS

- Réaliser les objectifs de développement durable (ODD) et combler les lacunes dans la couverture des services de soins de santé et d'éducation demandent des investissements significatifs dans ces secteurs.
- Le fait de combler les importantes lacunes qui existent en matière d'éducation et de protection de la petite enfance, ainsi que de soins de longue durée, pourrait devenir le principal moteur de l'expansion de l'emploi dans les activités de soin à autrui à l'avenir.
- Si les choses suivent leur cours actuel en matière d'éducation, de santé et de travail social (scénario du statu quo), le nombre de travailleurs engagés directement ou indirectement dans les activités de soin à autrui devrait atteindre 358 millions en 2030 dans 45 pays. À titre de comparaison, il était de 205 millions en 2015.
- Le fait d'augmenter les investissements dans l'économie du soin à autrui afin de réaliser les cibles des ODD à l'horizon 2030 (scénario optimal) aurait le potentiel de créer 475 millions d'emplois, dont 117 millions seraient des emplois nouveaux, s'ajoutant à ceux qui seraient créés en suivant le scénario du statu quo.
- Même la réalisation du scénario du statu quo demandera une augmentation importante des dépenses, qui passeront de 8,7 pour cent du PIB aujourd'hui à 14,9 pour cent en 2030.
- Sans une augmentation des investissements dans l'économie du soin à autrui à hauteur de 6 points de pourcentage du PIB mondial d'ici à 2030, le déficit de couverture se creusera, et les conditions de travail du personnel des services de soin se détérioreront.
- La réalisation du scénario optimal impliquerait en 2030 un niveau de dépenses (publiques et privées) de 18 400 milliards de dollars des États-Unis (dollars É.-U.), soit 18,3 pour cent du PIB total projeté pour l'ensemble des 45 pays inclus dans l'analyse.
- Financer l'expansion des services de soin à autrui suppose d'augmenter la marge de manœuvre budgétaire des pays.
- L'investissement dans des services de qualité constituerait une intervention politique stratégique en vue de renforcer l'autonomisation économique des femmes par la création de possibilités d'emploi durable dans le secteur du soin à autrui, et au-delà.

Comme on l'a vu au chapitre 1, la combinaison de la croissance de la population et de son vieillissement induit une montée de la demande de travail dans les activités de soin à autrui. Parallèlement, le monde du travail se transforme à un rythme et à une échelle sans précédent sous l'effet de la mondialisation, des innovations technologiques et de l'automatisation ainsi que du changement climatique et des évolutions démographiques¹. Ces changements ont d'importantes implications pour l'avenir du travail; toutefois, qu'ils débouchent ou non sur la création d'emplois décents dépendra des priorités que se donnent les gouvernements et de leurs choix politiques, notamment quant à l'égalité entre hommes et femmes en tant qu'objectif de base. Des études récentes sur l'avenir du travail indiquent que l'automatisation n'aura pas d'effets de grande ampleur sur les emplois qui demandent expertise, sens de la direction d'équipe et interactions sociales fréquentes, car les machines sont encore incapables d'atteindre les performances humaines dans ces domaines².

Dans le chapitre 1, nous avons vu que le scénario optimal pour le travail de soin à autrui permettrait la réalisation des ODD, notamment de la cible 5.4 de l'ODD 5, qui appelle à la création de services publics dans le domaine du soin à autrui, de l'ODD 3, relatif à la santé au bien-être, de l'ODD 4, qui concerne l'éducation de qualité, et de l'ODD 8, qui fait référence au plein emploi productif et au travail décent. Amplifier les services de soin à autrui, dont les soins de santé et de longue durée ainsi qu'une éducation de qualité, y compris quant au développement de la petite enfance, présenterait de multiples avantages. Comme on l'a vu au chapitre 3, un tel investissement engendrerait un cercle vertueux de redistribution et de réduction du travail de soin à autrui non rémunéré et de levée des obstacles à l'activité économique des femmes. Parallèlement, ces politiques

Figure 5.1. Le cercle vertueux de l'investissement dans l'économie du soin à autrui



Source: Adapté de BIT, 2016i.

auraient pour vertu de créer des emplois dans les activités de soin à autrui, de soutenir ainsi l'économie du soin en tant que l'une des premières sources de création d'emplois dans l'avenir, que ce soit dans les pays développés ou en développement. Ce qui aurait, à son tour, la vertu de stimuler la croissance économique, de réduire la transmission de la pauvreté d'une génération à l'autre et de favoriser l'intégration sociale (voir figure 5.1)³.

Comme cela a été montré au chapitre 4, faire en sorte que les emplois dans les activités de soin à autrui soient des emplois décents contribuerait à la qualité des prestations dans ce secteur. Ensuite, remplir les critères de qualité des ODD 3 et 4 ainsi que réaliser l'ODD 8 demandent de déployer des efforts dans les cinq domaines d'intervention énumérés au chapitre 1: activités de soin à autrui, macroéconomie, protection sociale, travail et migrations.

L'existence de lacunes dans la couverture des services soins de santé et d'éducation, notamment en ce qui concerne les soins de longue durée et l'éducation et la protection de la petite enfance, comme on l'a vu au chapitre 3, fait qu'il est nécessaire de procéder à des investissements significatifs dans ces secteurs. Dans ce chapitre, nous présentons en détail les conditions de réalisation du scénario optimal pour le travail du soin à autrui, qui permettrait à la fois de combler ces lacunes et de réaliser les ODD. Nous exploitons, en les développant, les résultats de travaux antérieurs sur l'investissement dans l'économie du soin à autrui, en détaillant les coûts de l'expansion des services de soin et le potentiel de création d'emplois décents que présente la réalisation du scénario optimal, dans l'intérêt des bénéficiaires, des travailleurs et des prestataires non rémunérés⁴.

Des simulations macroéconomiques récentes ont démontré le potentiel de création d'emplois directs que présentent les investissements dans l'économie du soin à autrui avec, par répercussion, la création d'emplois indirects dans d'autres secteurs. La Confédération syndicale internationale (CSI) a estimé que des investissements publics directs dans l'économie du soin à autrui à hauteur de 2 pour cent du PIB, uniquement dans 7 pays à revenu élevé, créeraient plus de 21 millions d'emplois, dont 75 à 85 pour cent seraient occupés par des femmes, au vu de la ségrégation professionnelle qui existe aujourd'hui. Dans les économies émergentes, un investissement du même ordre aurait un potentiel de création d'emplois dont le nombre serait de 24 millions en Chine, 11 millions en Inde, 4,2 millions au Brésil, presque 2,8 millions en Indonésie et un peu plus de 400 000 en Afrique du Sud; la proportion de femmes irait de 43 à 74 pour cent. Les investissements dans l'économie du soin à autrui auraient aussi pour effet de créer des emplois de meilleure qualité, assortis de prestations sociales^{5, 6}. Un exercice similaire réalisé pour la Turquie a montré que la grande majorité des emplois créés (85 pour cent) serait de bonne qualité, car conférant une protection sociale; la proportion équivalente ne serait que de 30 pour cent dans la branche de la construction⁷. L'expansion de l'emploi dans les activités de soin à autrui induirait des recettes fiscales qui contribueraient à compenser l'investissement initial.

Il existe un énorme potentiel d'expansion du travail décent dans l'économie du soin à autrui. Il existe aussi un risque de voir cette expansion s'accompagner de salaires faibles ou insuffisants et d'un défaut de protection par le droit du travail et par la sécurité sociale, si les conditions d'emploi des travailleurs qui prévalent aujourd'hui dans ce secteur devaient perdurer à l'avenir (voir chapitre 4).

5.1. OBJECTIFS ET MÉTHODE

5.1.1. Établir les scénarios: vue d'ensemble

Nous explorons ici le potentiel de création d'emplois que présentent les investissements dans l'économie du soin à autrui, par la projection du nombre d'emplois directs et indirects qui pourraient être créés d'ici à 2030, en suivant deux scénarios différents quant à l'expansion des services de soin à autrui. On a procédé à une analyse des échanges interindustriels de 45 pays pour lesquels on disposait de tableaux d'entrées-sorties⁸. Ces pays représentent 85 pour cent du PIB mondial, 58 pour cent de la population de la planète et 57 pour cent de la main-d'œuvre mondiale⁹. Au total, ils emploient, dans les secteurs de l'éducation et de la santé et du travail social¹⁰, quelque 205,5 millions de travailleurs¹¹. Suivant la définition donnée au chapitre 4, cela représente, à l'échelle mondiale, environ 54 pour cent de l'emploi total des activités de soin à autrui et 72 pour cent de la main-d'œuvre des seuls secteurs de l'éducation, de la santé et du travail social. Le niveau actuel de dépenses (publiques et privées) de ces 45 pays dans ces trois secteurs équivaut à 8,7 pour cent de leur PIB total¹².

Les services de soin à autrui considérés dans cette analyse sont ceux qui sont fournis par le secteur de l'éducation – services d'éducation et de protection de la petite enfance, enseignement primaire, secondaire et tertiaire – et par les secteurs de la santé et du travail social, y compris les soins de santé aux malades et les soins de longue durée aux personnes âgées et aux personnes handicapées¹³. Un point important qui ressort de l'analyse ci-après est que le comblement des grosses lacunes qui existent dans les soins de longue durée et dans l'éducation et la protection de la petite enfance sera le principal moteur de la création d'emplois dans les services de soin à autrui à l'avenir.

L'expansion à venir de l'emploi dans les services de soin à autrui est considérée ici selon deux scénarios possibles:

1. Le *scénario optimal*, selon lequel les services de soin à autrui sont étendus, d'ici à 2030, de manière à réaliser les ODD suivants: ODD 3 sur la santé, ODD 4 sur l'éducation, ODD 5 sur l'égalité entre hommes et femmes et ODD 8 sur le travail décent, qu'il s'agisse de la population couverte, des services fournis ou des emplois créés.
2. Le *scénario du statu quo*, hypothèse contrefactuelle de référence, selon lequel les services de soin à autrui se développeront au rythme de l'augmentation de la population, mais en maintenant les taux de couverture, normes de qualité et conditions de travail qui prévalent aujourd'hui, avec pour résultat la persistance jusqu'en 2030 des lacunes dans les services de soin et des déficits de travail décent qui existent aujourd'hui.

Le fait d'établir le scénario optimal en fonction des ODD est l'un des traits distinctifs de cette simulation, par comparaison avec les projections macroéconomiques antérieures sur le potentiel de création d'emplois des investissements dans l'économie du soin à autrui. Pour certaines des activités de soin à autrui, comme l'enseignement primaire et secondaire ou les soins aux personnes malades, les ODD sont assortis de cibles et d'indicateurs clairs. Toutefois, pour d'autres activités, comme l'éducation et la protection de la petite enfance ou les soins de longue durée, ces éléments manquent ou sont imprécis. En conséquence, pour établir le scénario optimal, on a adopté une interprétation large

des ODD, allant au-delà de leur cadre de suivi. À cet effet, des objectifs spécifiques ont été définis pour l'éducation et la protection de la petite enfance et pour les soins de longue durée, en fonction des indicateurs actuels des pays qui ont les meilleurs résultats en la matière.

La spécification du scénario optimal implique d'établir des objectifs d'ordre quantitatif à atteindre en ce qui concerne la portée des prestations de services, à savoir les taux de couverture et de fréquentation dans la population cible concernée. Le scénario optimal fait aussi référence à la qualité des services et de l'emploi, exprimée par les ratios entre prestataires et bénéficiaires ou par le niveau des salaires.

Le scénario du statu quo applique les paramètres prévalant aujourd'hui (c'est-à-dire en 2015), en ce qui concerne la couverture et la qualité des services dans l'éducation et la santé, à la population projetée pour 2030 afin d'estimer le niveau des dépenses de l'emploi en l'absence de tout changement de politique.

L'analyse selon les deux scénarios donne deux sortes de résultats. Premièrement, la capacité de création d'emplois de l'économie du soin à autrui: la comparaison entre les deux scénarios met en évidence le potentiel de création d'emplois supplémentaires du scénario optimal, ainsi que la répartition des emplois directs et indirects créés, ventilés selon le sexe de leur détenteur.

Deuxièmement, par l'estimation des coûts, le niveau de dépenses publiques et privées nécessaires pour atteindre les objectifs: la comparaison entre le niveau actuel de dépenses dans la santé et l'éducation et le niveau de dépenses selon le scénario du statu quo (calculée en pourcentage du PIB de 2030, aux prix de 2015) donne l'augmentation des investissements publics et privés nécessaires pour maintenir la situation actuelle, en tenant compte de l'évolution démographique. De nouveau, la différence entre les résultats des deux simulations donne une estimation des dépenses supplémentaires nécessaires à l'extension des services de soin à autrui pour atteindre les cibles définies dans les ODD en la matière (scénario optimal).

5.1.2. Note sur la méthode

Suivant les définitions données au chapitre 4, les travailleurs du soin à autrui opérant dans les activités du soin à autrui, comme les enseignants, les médecins, le personnel infirmier, les prestataires de soins de longue durée, effectuent des prestations de soin directes, tandis que les travailleurs de ces mêmes activités qui ne sont pas des travailleurs du soin réalisent des tâches de soutien dans des domaines comme la gestion, les finances et la comptabilité, le transport, la cuisine ou le nettoyage. Le point de départ des estimations pour le scénario optimal est le nombre de travailleurs du soin nécessaires dans l'éducation – services d'éducation et de protection de la petite enfance, enseignement primaire, secondaire et tertiaire –, ainsi que dans la santé et le travail social – soins de santé et soins de longue durée –, calculé en fonction de divers objectifs fixés en vue de réaliser les ODD, comme les taux de couverture et de fréquentation ou les ratios entre le nombre de prestataires et le nombre de bénéficiaires. Selon le scénario du statu quo, ces objectifs sont fixés à leurs niveaux actuels. Dans les deux scénarios, les effectifs du personnel de soutien dans les activités de soin à autrui sont dérivés des

estimations préliminaires des ratios souhaitables ou observés entre travailleurs du soin et personnel de soutien.

Déterminer les effectifs actuels des travailleurs du soin et du personnel de soutien dans l'éducation, la santé et le travail social permet d'évaluer le niveau nécessaire de l'emploi direct dans chaque activité pour l'un et l'autre scénario, ce qui fournit la base de calcul des dépenses à réaliser pour chaque activité. Dans le scénario optimal, les estimations de dépenses sont fondées sur le versement d'un salaire décent aux travailleurs du soin à autrui¹⁴. Dans le scénario du statu quo, les niveaux actuels de dépenses par élève (pour l'éducation), par travailleur de la santé (pour les soins de santé) et par bénéficiaire (pour les soins de longue durée) sont les paramètres utilisés pour l'estimation des coûts. Dans chaque activité, la répartition actuelle des dépenses entre le secteur public et le secteur privé du pays est implicitement reprise dans deux scénarios.

Une fois déterminé le niveau des dépenses selon le scénario, il devient possible d'estimer les créations indirectes d'emplois par l'analyse des échanges intersectoriels¹⁵. Il s'agit des emplois créés dans des secteurs autres que la santé ou l'éducation du fait de la demande induite dans ces autres secteurs par l'accroissement des dépenses dans les activités de soin à autrui (dans le tableau des entrées-sorties, les «entrées» requises pour la production des «sorties» dans la santé et éducation)¹⁶.

L'emploi dans les activités de soin à autrui ne se limite pas aux catégories comprises dans les estimations de l'emploi direct, comme les enseignants dans le système scolaire formel ou le personnel de santé, tel que défini par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), qui comprend les médecins, les infirmières, les sages-femmes et «autres cadres», auxquels s'ajoutent les prestataires de soins de longue durée. D'autres travailleurs comme les auxiliaires d'éducation ou les travailleurs sociaux font partie de la main-d'œuvre du secteur. Les estimations présentées ici comprennent ces travailleurs; elles sont donc supérieures à celles, présentées plus haut, calculées à partir des statistiques de l'emploi sectoriel provenant des enquêtes sur la main-d'œuvre menées auprès des ménages dans les pays étudiés. Cette intégration permet une comparaison avec les estimations de l'emploi actuel qui figurent au chapitre 4.

Une création supplémentaire d'emplois devrait résulter de l'accroissement des dépenses dans les activités de soin à autrui, par la stimulation de la consommation des ménages. Bien qu'il soit aussi possible d'estimer cette création d'emplois induits par l'analyse des échanges intersectoriels, nous ne les avons pas pris en compte afin d'éviter toute surestimation. Les résultats présentés ici doivent donc être interprétés comme une estimation basse du nombre attendu d'emplois découlant de l'expansion de l'emploi dans les activités de soin à autrui.

Dans les sections suivantes, nous présentons les objectifs dérivés des ODD pour l'éducation, comprenant l'éducation et la protection de la petite enfance (5.2.1) et l'enseignement primaire, secondaire et tertiaire (5.2.2), ainsi que la santé, avec les soins de santé (5.3.1) et les soins de longue durée (5.3.3). Les sections 5.2.3, 5.3.2 et 5.3.4 contiennent les résultats des simulations de l'analyse des échanges intersectoriels, qui montrent le potentiel de création d'emplois directs et indirects, ainsi que les coûts associés, en dollars É.-U. constants (2015). Les sections 5.2.4 et 5.3.5 présentent les estimations de la création globale d'emplois dans l'éducation, d'une part, et la santé et le travail

social, d'autre part. La section 5.4 récapitule le potentiel total de création d'emplois que présentent l'expansion des services de soin à autrui, la réalisation des ODD et la garantie d'emplois décentés dans les activités de soin, avec les coûts et les recettes fiscales associés à cette expansion. Un résumé des résultats, dans la section 5.5, met les dépenses en perspective en les exprimant en pourcentage du PIB réel projeté en 2030.

5.2. CRÉATION D'EMPLOIS DANS L'ÉDUCATION

La cible 4.2 de l'ODD 4 appelle à «faire en sorte que toutes les filles et tous les garçons aient accès à des activités de développement et de soins de la petite enfance et à une éducation préscolaire de qualité qui les préparent à suivre un enseignement primaire», mais sans spécifier d'objectif chiffré quant au taux de fréquentation. Les indicateurs de suivi sont «le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans dont le développement est en bonne voie en matière de santé, d'apprentissage et de bien-être psychosocial», ventilé par sexe (4.2.1), et le taux de participation à des activités organisées d'apprentissage un an avant l'âge officiel de scolarisation dans le primaire (4.2.2)¹⁷. Des objectifs clairs sont aussi définis pour l'enseignement primaire et secondaire, à propos duquel la cible 4.1 prévoit que, d'ici à 2030, «toutes les filles et tous les garçons suivent, sur un pied d'égalité, un cycle complet d'enseignement primaire et secondaire gratuit et de qualité». S'agissant de l'enseignement tertiaire, la cible 4.3 prévoit que «les femmes et les hommes aient tous accès dans des conditions d'égalité à un enseignement technique, professionnel ou tertiaire, y compris universitaire, de qualité et d'un coût abordable», d'ici à 2030, mais sans objectif précis quant au taux de fréquentation de l'enseignement tertiaire. C'est dans ce cadre que les objectifs en matière d'éducation et de protection de la petite enfance, ainsi que d'enseignement primaire, secondaire et tertiaire, ont été établis.

5.2.1. Objectifs en matière d'éducation et de protection de la petite enfance

Suivant les définitions qui figurent au chapitre 3, dans les objectifs en matière d'éducation et de protection de la petite enfance, on différencie le développement et la prise en charge de la petite enfance (entre 0 et 2 ans) et l'éducation préscolaire (de 3 ans à l'âge de la scolarité obligatoire)¹⁸. L'objectif général, si l'on suit le scénario optimal, est d'atteindre un taux de fréquentation moyen de 50 pour cent pour la tranche d'âge de 0 à 2 ans et de 100 pour cent pour la tranche d'âge de 3 à 5 ans dans chaque pays ou région.

L'objectif fixé pour la tranche d'âge de 0 à 2 ans exprime la conception selon laquelle une prise en charge de qualité pour les tout jeunes se situe dans un premier temps à la maison (essentiellement par la famille), surtout au tout début de la vie (de 0 à 12 mois), et se poursuit, dans un second temps, par une fréquentation croissante des institutions de l'éducation et de la protection de la petite enfance (de 12 à 36 mois). Comme on l'a vu au chapitre 3, le scénario optimal correspond au niveau atteint dans les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) qui ont les meilleurs résultats en la matière, c'est-à-dire le plus faible taux de recours aux prises en charges informelles des enfants de 0 à 2 ans¹⁹, à savoir le Danemark, la Finlande, la Norvège et la Suède, où ce taux se situe entre 0 et 5,2 pour cent²⁰. Ces chiffres peuvent être comparés avec le taux moyen dans les pays de l'OCDE, qui est de 25 pour cent environ²¹. Ces quatre pays nordiques sont connus pour leurs politiques généreuses en matière de

congé parental ainsi que pour leur taux élevé de fréquentation des crèches (services de la petite enfance)²². Pour les enfants de 0 à 2 ans, ce taux est de 65 pour cent au Danemark, 55 pour cent en Norvège, 47 pour cent en Suède et 28 pour cent en Finlande. Étant donné que le taux d'activité des femmes est élevé dans ces pays, on peut formuler l'hypothèse que les enfants de cette tranche d'âge sont complètement pris en charge par une combinaison de garde par les parents, avec le soutien de subventions, et de fréquentation des crèches ou autres institutions ou structures formelles.

L'objectif pour les enfants de 3 à 5 ans, à savoir un taux de fréquentation de l'éducation préscolaire de 100 pour cent, est fondé sur l'observation que la majorité des pays à revenu élevé et à revenu intermédiaire (tranche supérieure) a presque atteint une couverture universelle pour cette tranche d'âge. On observe les taux de fréquentation les plus élevés, entre 95 et 100 pour cent, dans les pays suivants: Allemagne, Belgique, Danemark, Espagne, France, Islande, Israël, Italie, Malte et Norvège. La moyenne est de 84 pour cent dans les pays de l'OCDE et de 85 pour cent dans ceux de l'Union européenne. À l'échelle mondiale, le taux de fréquentation de l'éducation préscolaire se situe à 49 pour cent pour cette tranche d'âge²³.

Par ailleurs, à peine 33 pour cent des pays prévoient dans leur législation au moins une année gratuite d'éducation de la petite enfance²⁴. En outre, le manque de services publics gratuits renforce les inégalités entre les enfants de différentes catégories socio-économiques. Ces éléments, ainsi que le fait que le droit à une éducation formelle pour les enfants de 3 à 5 ans devient une norme en matière d'éducation (au même titre que la scolarité obligatoire d'enseignement primaire et secondaire), justifient l'objectif de taux de fréquentation de 100 pour cent dans le scénario optimal.

Les cibles des ODD relatives au développement de la petite enfance mettent explicitement l'accent sur une éducation de qualité. Cette qualité est essentielle pour garantir la réalisation de l'objectif d'aider au développement mental et social des enfants, avec des effets durables tout au long de la vie: préparation de la scolarisation ultérieure, meilleur profit des systèmes d'éducation et de santé, productivité et égalité entre les sexes²⁵. L'exigence de services d'éducation et de protection de la petite enfance de qualité élevée signifie la satisfaction de besoins qui vont au-delà des seules garanties de sûreté et de nutrition. Aujourd'hui, il n'existe pas de directives ayant fait l'objet d'un accord international, mais il est habituellement fait référence à deux critères de qualité: le plafonnement du taux d'encadrement des enfants²⁶ et un salaire minimum pour le personnel enseignant.

Dans la simulation qui suit le scénario optimal, et qui est fondée sur les directives quantitatives de l'OIT²⁷ et de l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO)²⁸, le taux d'encadrement est de 1 pour 10 pour la petite enfance (0 à 2 ans) et de 1 pour 15 pour l'éducation préscolaire (3 à 5 ans). La valeur actuelle du taux d'encadrement dans l'éducation préscolaire, qui est appliquée au scénario du statu quo, est de 27²⁹.

À partir de l'observation selon laquelle les salaires des travailleurs de l'éducation et de la protection de la petite enfance ne sont pas à la hauteur de leur contribution effective, le Bureau international du Travail (BIT)³⁰ a spécifié un certain nombre d'éléments essentiels au travail décent pour le personnel de l'éducation et la protection de la petite

enfance, dont la rémunération devrait être fixée de manière à procurer un niveau de vie décent; être alignée sur celle des fonctions équivalentes dans l'enseignement primaire exigeant des qualifications et des compétences similaires; et correspondre aux responsabilités de l'emploi. L'UNESCO³¹ indique que les rémunérations des enseignants des niveaux préprimaire et primaire sont 3,6 fois supérieures au PIB par tête dans les pays en développement. Dans les pays à revenu élevé et à revenu intermédiaire (tranche supérieure), le salaire de la plupart des enseignants ne dépasse pas 2 fois le PIB par tête, alors que leur niveau de vie peut être égal ou supérieur à la moyenne nationale.

À partir des directives susmentionnées, on a fixé, dans le scénario optimal, le salaire des enseignants du niveau préprimaire à 4,5 fois le PIB par tête pour les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire (tranche inférieure). Pour les pays à revenu élevé et à revenu intermédiaire (tranche supérieure), l'objectif est de fixer leur rémunération au niveau du salaire moyen des travailleurs ayant une instruction de niveau tertiaire dans le pays. Ces objectifs de qualité correspondent à des critères minimaux à remplir par tous les pays inclus dans l'analyse selon le scénario optimal. Si un pays présente des indicateurs de niveau supérieur, on formule l'hypothèse qu'il maintiendra ce niveau jusqu'en 2030.

5.2.2. Objectifs en matière d'enseignement primaire, secondaire et tertiaire

Du fait que la cible 4.1 de l'ODD 4 prévoit que tous les enfants achèvent un cycle complet d'enseignement primaire et secondaire gratuit et de qualité, dans le scénario optimal on a fixé le taux de fréquentation de ces niveaux à 100 pour cent dans tous les pays. Pour le niveau tertiaire, il a été prévu, toujours dans le scénario optimal, que ce taux augmente en conséquence de l'augmentation de la fréquentation attendue dans l'enseignement secondaire, qui se situe à environ 30 pour cent³².

Pour ce qui est de la qualité des services de l'emploi dans l'enseignement primaire et secondaire, l'UNESCO³³ fixe des taux d'encadrement clairs, que l'on a adoptés pour le scénario optimal. Comme dans le cas de la petite enfance, les salaires des enseignants ont été fixés à un niveau au moins égal à 4,5 fois le PIB par tête pour les pays à revenu faible et intermédiaire (tranche inférieure) et à la moyenne des salaires des diplômés de l'enseignement tertiaire pour les pays à revenu élevé et à revenu intermédiaire (tranche supérieure)³⁴. Pour l'enseignement de niveau tertiaire, on a formulé l'hypothèse du maintien du taux d'encadrement actuel, ainsi que du salaire des enseignants.

Comme précédemment, si un pays présente, dans l'enseignement primaire, secondaire ou tertiaire, des indicateurs supérieurs à ceux que nous avons fixés, nous avons fait l'hypothèse de leur maintien jusqu'en 2030.

On trouvera au tableau 5.1 une comparaison des paramètres adoptés pour les deux scénarios, le scénario optimal et celui du statu quo.

5.2.3. Résultats de la simulation pour les emplois dans l'éducation

Selon le scénario du statu quo, dans lequel les taux de fréquentation et d'encadrement ainsi que les conditions d'emploi des enseignants resteront constants jusqu'en 2030, les

Tableau 5.1. Comparaison des paramètres adoptés pour l'éducation: scénario du statu quo (SQ) ou scénario optimal (SO)

Paramètres	Petite enfance		Enseignement primaire et secondaire		Enseignement tertiaire	
	SQ	SO	SQ	SO	SQ	SO
Taux de fréquentation	Niveaux de 2015	50 % de 0 à 2 ans 100 % de 3 à 5 ans	Niveaux de 2015	100 %	Niveaux de 2015	Augmente de 30 %
Taux d'encadrement	Niveaux de 2015	10/1 de 0 à 2 ans 15/1 de 3 à 5 ans	Niveaux de 2015	Primaire: 31/1 Secondaire: 28/1	Niveaux de 2015	Niveaux de 2015
Salaire des enseignants	Niveaux de 2015	Au moins 4,5 fois le PIB par tête pour les pays à revenu faible et intermédiaire (tranche inférieure) Égal au salaire moyen des diplômés de l'enseignement tertiaire pour les pays à revenu élevé et à revenu intermédiaire (tranche supérieure)	Niveaux de 2015	Au moins 4,5 fois le PIB par tête pour les pays à revenu faible et intermédiaire (tranche inférieure) Égal au salaire moyen des diplômés de l'enseignement tertiaire pour les pays à revenu élevé et à revenu intermédiaire (tranche supérieure)	Niveaux de 2015	Niveaux de 2015

Source: Ilkkan et Kim, à paraître.

dépenses totales dans l'éducation sont estimées à environ 3 450 milliards de dollars É.-U. par an (aux prix de 2015). Pour réaliser les cibles des ODD, ce chiffre passe à 4 710 milliards de dollars É.-U.³⁵. Ainsi, le scénario optimal implique une augmentation de plus d'un tiers (36,5 pour cent) des dépenses dans l'éducation, exprimées en termes réels (voir tableau 5.2). Pour les 45 pays qui figurent dans l'analyse, les dépenses qu'implique le scénario optimal équivalraient à 4,7 pour cent de leur PIB total en 2030, proportion qui descend à 4,3 pour cent dans le scénario du statu quo.

Selon le scénario optimal, l'augmentation des dépenses nécessaires à la réalisation des cibles des ODD sur l'éducation créerait un total de 167,7 millions d'emplois, à la fois dans le secteur de l'éducation et dans d'autres secteurs de par les effets d'entraînement. C'est 1,5 fois plus d'emplois que selon le scénario du statu quo, qui verrait la création de seulement 111 millions d'emplois, avec le maintien des taux de fréquentation et d'encadrement ainsi que des conditions d'emploi (voir figure 5.2). Ces emplois supplémentaires (56,7 millions de plus selon le scénario optimal) se répartissent entre 39,7 millions d'emplois directs (dans l'éducation) et 17 millions d'emplois indirects (dans d'autres secteurs).

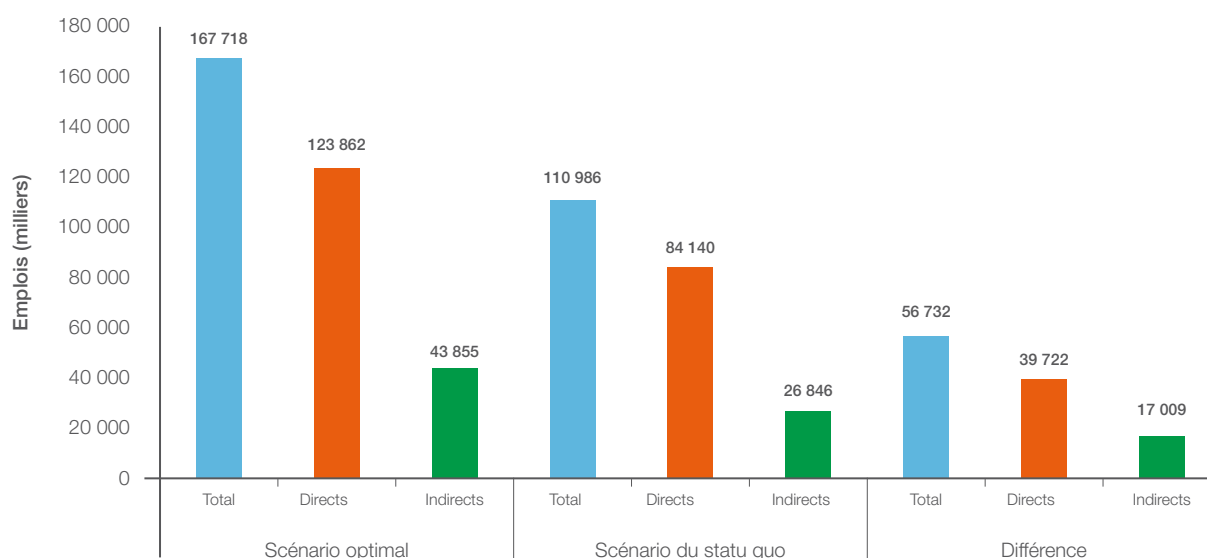
En termes relatifs, suivre le scénario optimal induirait la création de 47 pour cent d'emplois supplémentaires dans l'éducation par rapport au statu quo (123,8 millions contre 84,1 millions)³⁶, tandis que pour les emplois indirects le chiffre serait de 63 pour cent (43,9 millions contre 26,8 millions).

Tableau 5.2. Éducation: création d'emplois et dépenses selon le scénario du statu quo (SQ) ou le scénario optimal (SO)

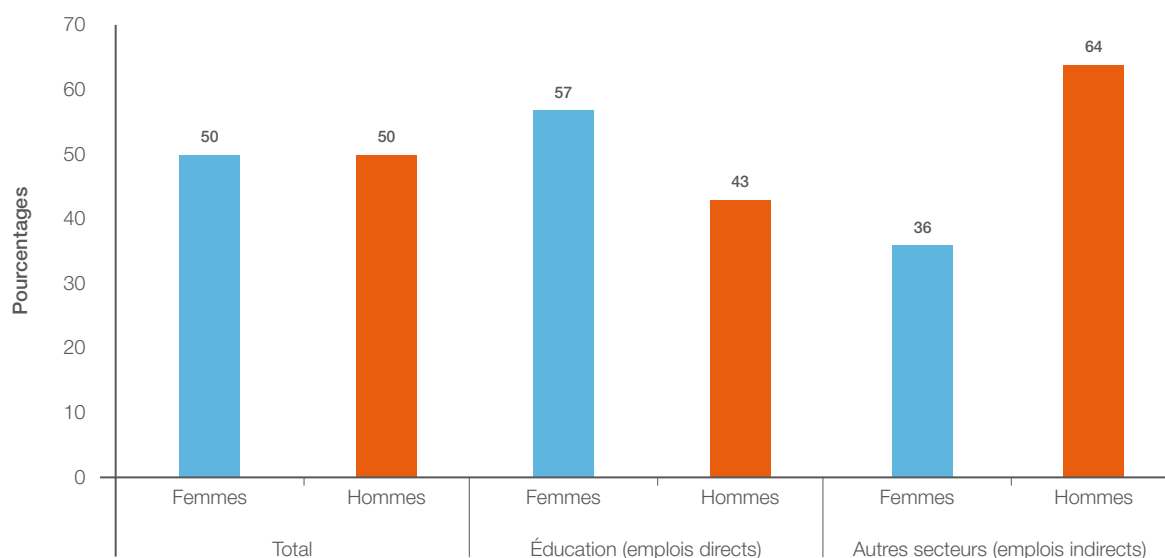
	Petite enfance			Enseignement primaire et secondaire			Total (enseignement tertiaire compris, sans désagrégation)		
	SQ	SO	Différence	SQ	SO	Différence (p.p.)	SQ	SO	Différence (p.p.)
Coût (dépenses nécessaires, par 1 000 milliards de dollars É.-U., prix de 2015)	0,46	1,07	0,61 (133%)	1,97	2,39	0,42 (21)	3,45	4,71	1,26 (36,5)
Coût en proportion du PIB (%)	0,5	1,1	0,6 p.p.	2,0	2,4	0,4	3,4	4,7	1,3
Recettes fiscales induites en proportion des dépenses (%)							16,4	15,8	
Emplois directs (milliers)	15 640	36 066	20 426 (131)	55 993	64 284	8 291 (15)	84 140	123 862	39 722 (47)
Emplois indirects (milliers)							26 846	43 855	17 009 (63)
Emplois totaux (milliers)							110 986	167 718	56 732 (51)

Note: p.p. = points de pourcentage.

Source: Ilkkan et Kim, à paraître.

Figure 5.2. Éducation: création d'emplois directs et indirects

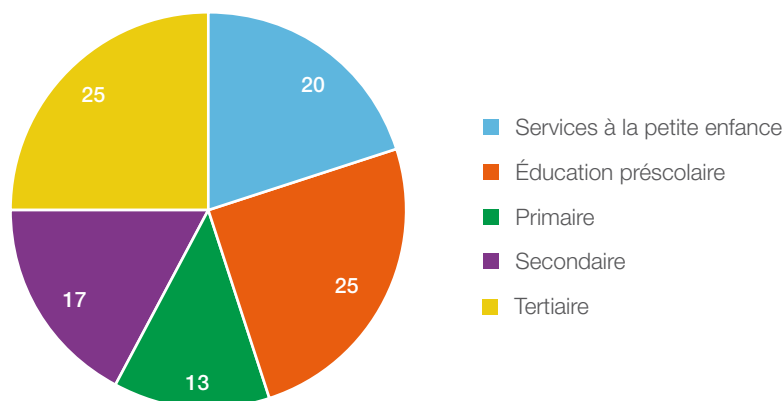
Source: Ilkkan et Kim, à paraître.

Figure 5.3. Éducation: répartition des emplois supplémentaires dus au scénario optimal, selon le sexe

Source: Ilkcaracan et Kim, à paraître.

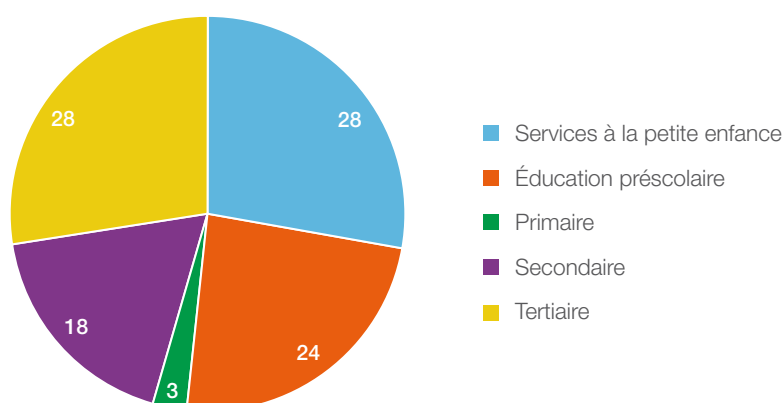
Étant donné la féminisation de l'emploi dans l'éducation, la répartition par sexe de l'emploi direct dans ce secteur serait favorable aux femmes (voir figure 5.3). De fait, 57 pour cent des emplois créés dans l'éducation en suivant le scénario optimal devraient aller à des femmes. Pour ce qui est des emplois indirects, c'est l'inverse qui est vrai: ils seraient occupés à 64 pour cent par des hommes. En conséquence, les emplois supplémentaires revenant aux femmes et aux hommes se répartiraient à parts à peu près égales, avec environ 28 millions de part et d'autre, les femmes occupant la majorité des emplois supplémentaires créés dans l'éducation, et les hommes, la majorité des emplois indirects. En conséquence, atteindre les cibles des ODD dans l'éducation, surtout dans la petite enfance, serait bénéfique aux femmes à deux égards: en les soulageant d'une partie de leurs activités de soin à autrui non rémunérées et en leur offrant de nombreuses possibilités d'emploi. De surcroît, ce scénario offre aussi un potentiel équivalent de création d'emplois pour les hommes non seulement dans l'éducation, mais aussi dans d'autres secteurs de par les effets d'entraînement.

Les différences entre les deux scénarios, qu'il s'agisse des dépenses ou des créations d'emplois, trouvent leur source dans l'éducation et la protection de la petite enfance, dont les taux de fréquentation et d'encadrement sont sensiblement supérieurs dans le scénario optimal. Sur l'ensemble des dépenses supplémentaires, de 126 milliards de dollars É.-U., presque la moitié (45 pour cent) va aux services à la petite enfance (20 pour cent) et à l'éducation préscolaire (25 pour cent) (voir figure 5.4). Cela signifie que, pour atteindre les cibles de l'ODD, l'ensemble des dépenses consacrées à la petite enfance devrait passer de 0,5 pour cent à 1,1 pour cent du PIB (voir tableau 5.2). S'agissant des dépenses restantes, 30 pour cent seraient consacrés à la réalisation des objectifs relatifs

Figure 5.4. Éducation: répartition des dépenses supplémentaires dues au scénario optimal (pourcentages)

Note: La somme des pourcentages peut dépasser 100 en raison des arrondis.

Source: Ilkkaracan et Kim, à paraître.

Figure 5.5. Éducation: répartition des emplois supplémentaires dus au scénario optimal (pourcentages)

Note: La somme des pourcentages peut dépasser 100 en raison des arrondis.

Source: Ilkkaracan et Kim, à paraître.

au taux de fréquentation et à la qualité aux niveaux primaire et secondaire (13 et 17 pour cent respectivement), et 25 pour cent, à l'augmentation du taux de fréquentation de l'enseignement tertiaire.

La répartition des dépenses supplémentaires entre les différentes branches de l'éducation reflète celle de la création d'emplois (voir figure 5.5). Plus de la moitié des 39,7 millions d'emplois supplémentaires dans l'éducation proviennent de l'éducation et la protection de la petite enfance (20,4 millions d'emplois, dont 10,9 millions dans les services à la petite enfance et 9,5 millions dans l'éducation préscolaire). C'est à l'enseignement

tertiaire que revient la plus forte part des emplois indirects supplémentaires (28 pour cent), celle de l'enseignement primaire et secondaire étant inférieure (20,8 pour cent).

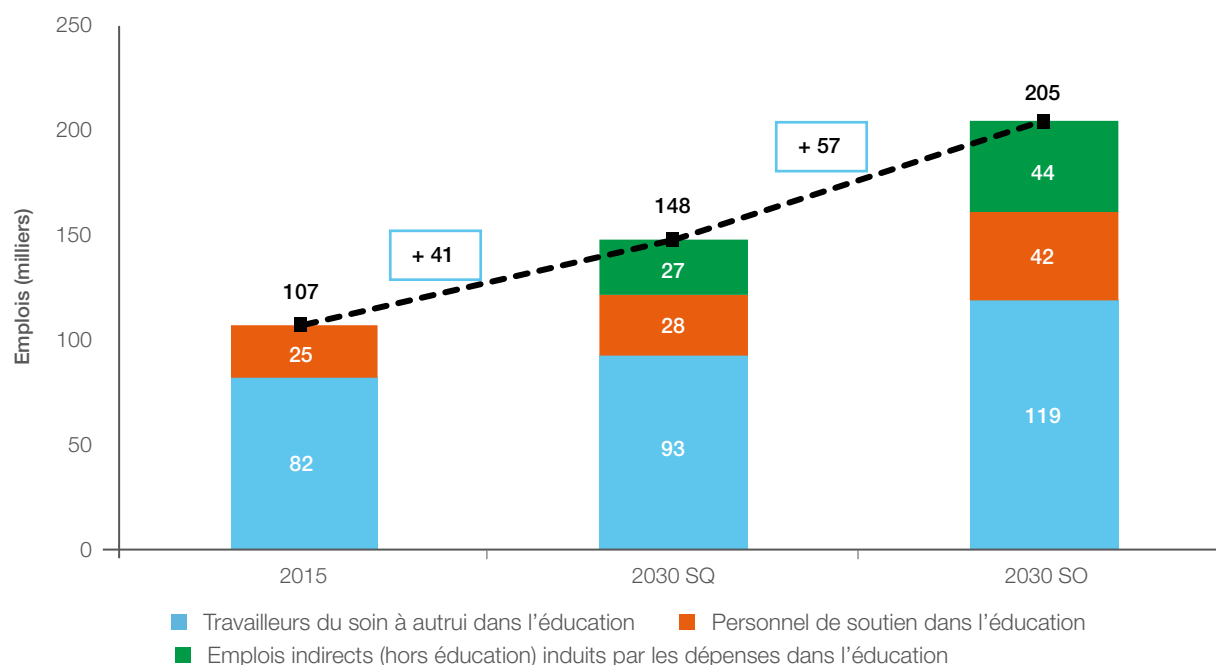
Le fait que la proportion de création d'emplois supplémentaires (scénario optimal) dans l'enseignement primaire et secondaire soit inférieure, malgré la densité des tranches d'âge concernées, s'explique par plusieurs facteurs. Premièrement, la majorité des pays inclus dans l'analyse remplissent déjà les critères de fréquentation pour ces deux niveaux, et la plupart des pays à revenu élevé ont aussi atteint les objectifs en matière d'encadrement et de salaires. Deuxièmement, dans la plupart des pays étudiés, la croissance de la population scolaire est faible, voire nulle. Toutefois, la grande marge de progression, quantitative et qualitative, que présentent l'éducation et la protection de la petite enfance explique que c'est à ce niveau que se situe la majorité des dépenses et des emplois supplémentaires.

5.2.4. Estimations de l'emploi élargies à l'ensemble des catégories de travailleurs de l'éducation

Nous présentons ici une estimation plus complète de l'emploi dans l'ensemble de l'éducation en 2030, suivant le scénario du statu quo et le scénario optimal et en comparant les niveaux d'emploi avec ceux d'aujourd'hui (2015). La différence entre les estimations des effectifs de l'ensemble des travailleurs du soin à autrui fondées sur les enquêtes sur la main-d'œuvre menées auprès des ménages (dont la méthodologie est présentée au chapitre 4) et les estimations du nombre d'enseignants employés dans le système scolaire formel en 2015, présentées ci-avant, tient au nombre de personnes occupées dans l'éducation qui appartiennent à des catégories autres que celle des enseignants (personnel de soutien). La relation entre ces deux grandeurs (exprimée en proportion) peut être appliquée à la population des enfants (élèves) de 2015 pour déduire le nombre d'emplois créés par enfant (élève) dans le secteur de l'éducation. En appliquant ce rapport à la population estimée d'enfants (élèves) en 2030, on estime à 28,5 millions de plus le nombre de travailleurs des activités de soin à autrui dans l'éducation. En appliquant à chaque pays le rapport entre le nombre de travailleurs des activités de soin et celui du personnel de soutien, nous trouvons un total de 8,9 millions de travailleurs de soutien supplémentaires dans les 45 pays, chiffres qui peuvent être comparés à ceux du tableau 5.2.³⁷

En 2015, on dénombrait 107 millions de travailleurs dans l'éducation sur l'ensemble des 45 pays compris dans l'analyse. Ce chiffre inclut 82 millions de travailleurs du soin à autrui, comprenant non seulement les enseignants, mais aussi d'autres catégories, et 25 millions de travailleurs de soutien (hors activités de soin à autrui directes) (voir figure 5.6). Selon le scénario du statu quo, dans lequel le secteur de l'éducation croît en fonction de l'évolution démographique d'ici à 2030, mais avec des taux de fréquentation et d'encadrement ainsi que des conditions d'emploi inchangés, on estime l'augmentation de l'emploi dans l'éducation à 121 millions de postes. Cet accroissement modeste de 13,2 pour cent sur quinze ans n'est guère surprenant compte tenu du fait que la population scolaire des 45 pays devrait diminuer d'environ 2,6 pour cent entre 2015 et 2030. Toutefois, certains grands pays, où l'on attend une croissance des tranches d'âge les plus jeunes (Argentine, Australie, Canada, États-Unis, Fédération de Russie, Turquie, Viet Nam), tirent l'augmentation de l'emploi direct dans l'éducation, même en suivant le scénario du statu quo³⁸.

Figure 5.6. Estimations élargies de la création d'emplois dans l'éducation: comparaison entre 2015 et 2030 et entre le scénario optimal (SO) et le scénario du statu quo (SQ)



Note: Les chiffres pour 2015 ont été calculés par le BIT à partir de microdonnées d'enquêtes sur la main-d'œuvre et auprès des ménages.
 Source: Ilkkan et Kim, à paraître

Selon le scénario optimal, on estime que l'emploi dans le secteur de l'éducation présente un potentiel d'accroissement de 50 pour cent, pour atteindre 161 millions de postes en 2030. À l'augmentation de la population d'enfants dans certains pays s'ajoute l'amélioration des taux de fréquentation, notamment dans l'éducation et la protection de la petite enfance. La différence de 40 millions d'emplois supplémentaires dans l'éducation entre les deux scénarios est due à une fréquentation et un encadrement supérieurs pour la petite enfance et à l'augmentation des taux de fréquentation aux niveaux primaire, secondaire et tertiaire. Le niveau de création d'emplois indirects est similaire à celui des estimations précédentes, car l'analyse ne comprend pas l'estimation séparée des dépenses associées.

5.3. CRÉATION D'EMPLOIS DANS LES SOINS DE SANTÉ ET LES SOINS DE LONGUE DURÉE

Les soins de santé consistent en prestations de services médicaux à la population en général, indépendamment de la situation des personnes au regard de l'âge ou du handicap, en vue de maintenir ou d'améliorer leur état de santé ou de traiter des problèmes de santé transitoires ou chroniques (c'est-à-dire de prodiguer des soins de courte durée ou de longue durée aux patients). Comme cela a été défini au chapitre 3, les soins de longue durée font référence à la prestation de services d'aide aux personnes qui ont une

autonomie limitée dans la conduite de leur vie quotidienne³⁹. Il s'agit principalement, mais non exclusivement, des personnes âgées, c'est-à-dire qui ont plus de 65 ans. Si les soins de longue durée comprennent des soins médicaux, ils ont aussi une composante non médicale qui consiste en une aide aux activités quotidiennes.

La santé fait l'objet de l'ODD 3 (Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge). Les cibles et indicateurs associés sont divers: mortalité maternelle et infantile, santé sexuelle et procréative, épidémies, y compris le sida, maladies transmissibles et non transmissibles, maladies et décès dus à la pollution, au tabagisme ou aux accidents de la route, etc. L'OMS a effectué des projections du nombre de travailleurs de la santé nécessaires pour réaliser les cibles de cet ODD d'ici à 2030⁴⁰. S'agissant des soins de santé, ces projections nous donnent les chiffres nécessaires à l'estimation de la création d'emplois directs et indirects. Comme les soins de longue durée ne figurent pas explicitement dans l'ODD 3, les objectifs ont été fixés en fonction des taux de couverture observés dans les pays qui ont les meilleurs résultats.

5.3.1. Objectifs en matière de soins de santé

Les ressources humaines nécessaires à la couverture sanitaire

Les objectifs relatifs à l'ODD 3 en matière de soins de santé ont été définis en fonction du nombre projeté de bénéficiaires de soins de santé compte tenu des résultats à atteindre tels que la réduction des taux de mortalité maternelle ou néonatale ou de l'incidence des maladies infectieuses. On dispose d'un certain nombre de projections, à l'échelle mondiale, des ressources humaines (c'est-à-dire des travailleurs de la santé) nécessaires pour réaliser d'ici à 2030 les cibles de l'ODD 3. Le scénario optimal pour les soins de santé a été élaboré à partir de deux projections récentes: l'une de l'OMS⁴¹, fondée sur Cometto et coll.⁴², l'autre mentionnée dans la Déclaration de Dublin sur les ressources humaines en santé⁴³.

Partant du principe que «des personnels de santé en nombre suffisant et ayant les qualifications requises sont essentiels à la réalisation des objectifs de santé de toute population», l'OMS⁴⁴ a réalisé une projection des personnels de santé nécessaires à la réalisation des cibles de l'ODD en 2030, en fixant un ratio de 4,45 travailleurs de la santé (médecins, infirmières (personnel infirmier) et sages-femmes) pour 1 000 habitants⁴⁵. Les estimations ont été ventilées par profession (médecins, infirmières / sages-femmes et autres cadres de santé)⁴⁶ et par région. Le rapport comprend aussi une projection de l'offre de travailleurs de la santé en 2030 dans l'hypothèse où les tendances actuelles en matière de formation et d'emploi se maintiendraient. La différence entre ces deux projections indique le manque potentiel de personnel de santé en 2030, au regard de la réalisation de l'ODD.

L'OMS⁴⁷ estime que, selon le scénario du statu quo, l'offre mondiale de personnel de santé devrait croître de 43,5 à 67,3 millions de travailleurs entre 2013 et 2030. Pour réaliser l'indice en matière de santé correspondant à l'ODD, avec le ratio de 2013, il faudrait 17,4 millions de travailleurs supplémentaires, dont 2,6 millions de médecins, 9 millions d'infirmières et de sages-femmes et 5,8 millions d'autres cadres. Le déficit mondial devrait diminuer de 17 points de pourcentage à 14,5 millions de travailleurs en 2030, ce qui reste un chiffre conséquent. Il masque en outre de fortes disparités régionales, avec les plus forts manques en Asie du Sud-Est (6,9 millions) et en Afrique (4,2 millions)⁴⁸.

Toutefois, plus récemment, lors du quatrième Forum mondial sur les ressources humaines en santé qui s'est tenu en novembre 2017, on s'est accordé sur un manque de 18 millions de personnels de la santé en 2030⁴⁹. Le déficit supplémentaire de 3,5 millions de travailleurs, par rapport à l'estimation de 2016 de l'OMS, provient des chiffres d'une projection récente concernant les pays de l'OCDE⁵⁰. Celle-ci était fondée sur la revue de plus de 200 documents comparant l'offre de personnels de santé à la demande résultant des besoins⁵¹. La simulation qui en découle indique que, si la situation actuelle, en termes de ressources humaines dans la santé, persistait jusqu'en 2030, une écrasante majorité des pays de l'OCDE connaîtrait des manques de personnels de santé dans au moins une des catégories (médecins, personnel infirmier et sages-femmes) au regard de l'augmentation attendue des besoins. Au total, il manquerait dans ces pays 754 000 médecins, 1,1 million d'infirmières et 45 000 sages-femmes en 2030⁵².

Dans ces conditions, pour les 34 pays à revenu élevé et intermédiaire (tranche supérieure) inclus dans l'analyse, on a utilisé les chiffres du manque de personnels de santé estimés par Tomblin Murphy et coll.⁵³. On a utilisé la méthodologie de l'OMS⁵⁴, fondée sur le ratio entre personnels de santé et population, pour les 11 autres pays: Chine et Inde (qui sont les deux pays le plus peuplés), Argentine, Indonésie, Mexique, Pérou, Philippines, Pologne, Tunisie, Turquie et Viet Nam (voir tableau 5.3). Le scénario optimal est conçu pour combler ces manques d'ici à 2030.

Tableau 5.3. Paramètres adoptés pour les soins de santé: scénario du statu quo (SQ) et scénario optimal (SO)

Paramètres	Soins de santé (courte durée)	
	SQ	SO
Couverture	Niveaux de 2015	Universelle
Ratio entre personnels de santé et bénéficiaires potentiels	Niveaux de 2015	Au moins 4,45 travailleurs de la santé pour 1 000 habitants pour 11 pays Pour les pays à revenu élevé et intermédiaire (tranche supérieure), les données sont fondées sur Tomblin Murphy et coll., 2016a
Salaires des personnels des soins de santé	Niveaux de 2015	Niveaux de 2015
Réductions de personnel dues au changement technique	Réduction de 10 pour cent du personnel non médical employé dans le secteur de la santé	Réduction de 10 pour cent du personnel non médical employé dans le secteur de la santé; ajustement pour le personnel médical fondé sur Tomblin Murphy et coll., 2016a

Source: Ilkkaracan et Kim, à paraître.

Salaires des personnels des soins de santé

La base de données de l'OMS sur les dépenses de santé dans le monde⁵⁵ contient des données régionales et quelquefois nationales, comparables à l'échelle internationale, permettant de calculer le coût des services de santé, comme les dépenses publiques totales allouées aux services de santé ou la part des dépenses publiques consacrées au paiement des salaires des personnels de santé. Selon ces chiffres, le pourcentage moyen des dépenses publiques allouées à la santé à l'échelle nationale était de 11,7 pour cent en 2014. À l'échelle régionale, il allait de 8,8 pour cent dans la région méditerranéenne orientale à 13,6 pour cent dans celle des Amériques (découpage régional de l'OMS)⁵⁶.

S'agissant de la part des salaires dans les dépenses publiques de santé, le pourcentage type est de 42,2 pour cent^{57,58}. Toutefois, on observe des variations régionales, avec le plus faible pourcentage en Afrique, 29,2 pour cent, et le plus élevé dans la région méditerranéenne orientale, 50,8 pour cent. Le scénario optimal ne comporte pas de révision des coûts en ce qui concerne le niveau des salaires, celui-ci restant constant en termes réels.

Réductions d'effectifs dues au changement technologique

Les réductions d'effectifs dues au changement technologique sont intégrées dans les deux scénarios de la simulation relative aux soins de santé. Sur la lancée des tendances actuelles, l'évolution technologique induira probablement de nouveaux gains de productivité dans le secteur de la santé⁵⁹. Au-delà des réductions d'effectifs, on attend de l'évolution technologique des effets positifs sur la qualité des soins et sur les conditions de travail des personnels. Le progrès technique devrait améliorer la productivité des travailleurs de la santé plutôt que de provoquer leur remplacement, par exemple en augmentant le nombre des bilans de santé ou des interventions chirurgicales réalisées, ou en améliorant la formation grâce aux moyens informatiques. Partant, on a appliqué à tous les pays une réduction de 10 pour cent du nombre des personnels non médicaux employés dans le secteur de la santé⁶⁰.

5.3.2. Résultats de la simulation pour les emplois dans les soins de santé

Selon le scénario du statu quo, où le ratio entre personnels de santé et population reste constant jusqu'en 2030, les dépenses totales consacrées aux soins de santé seraient d'environ 10 400 milliards de dollars É.-U. par an (aux prix de 2015) (voir tableau 5.4)⁶¹. Pour réaliser les cibles de l'ODD, le niveau de ces dépenses devrait atteindre 11 300 milliards de dollars É.-U., ce qui suppose une augmentation des dépenses de santé de 10,3 à 11,3 pour cent du PIB réel d'ici à 2030. Le scénario optimal implique une augmentation des dépenses d'environ 10 pour cent (964 milliards de dollars É.-U.) pour assurer la réalisation de l'ODD.

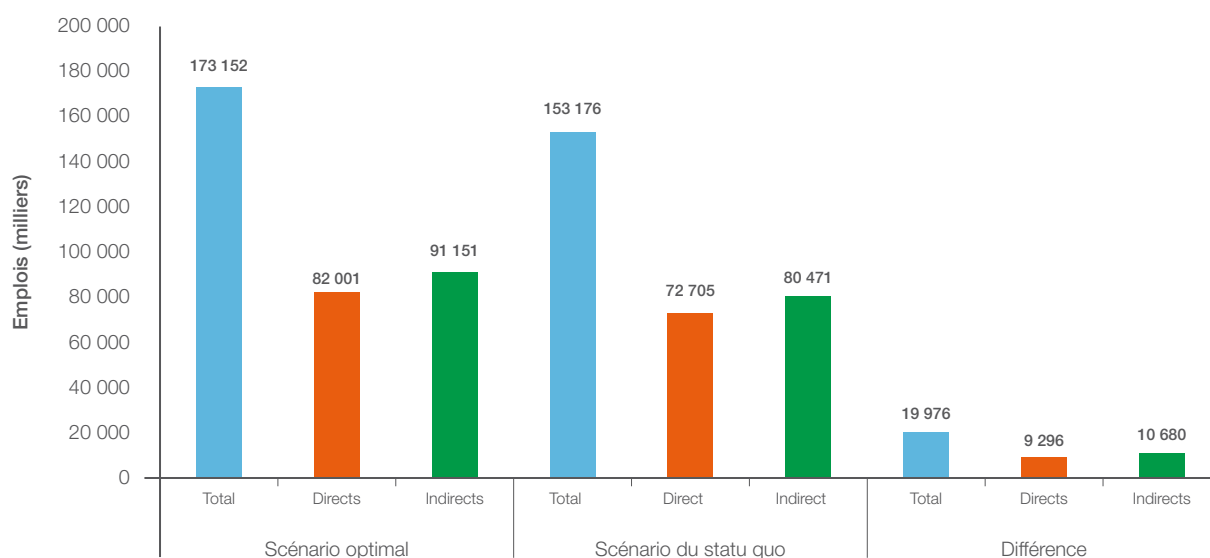
La simulation selon le scénario optimal indique que l'augmentation des dépenses en vue de réaliser les cibles de l'ODD induirait la création de 173 millions d'emplois dans le secteur de la santé et du travail social, ainsi que dans d'autres secteurs en raison des effets d'entraînement. Ce chiffre est supérieur de 13 pour cent à celui du scénario du statu quo (153 millions d'emplois) où le ratio entre personnels de santé et population reste constant (voir figure 5.7). Parmi les 19,9 millions d'emplois supplémentaires (différence

Tableau 5.4. Soins de santé: création d'emplois et dépenses selon le scénario du statu quo (SQ) ou le scénario optimal (SO)

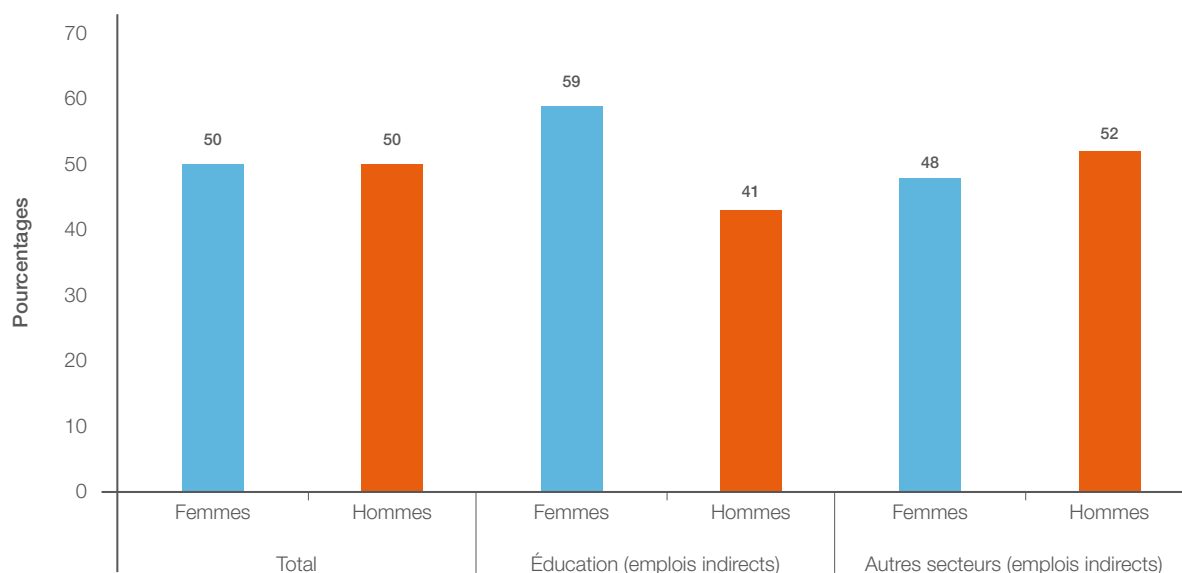
	Soins de santé (courte durée)			Soins de longue durée (aux personnes âgées)			Total		
	SQ	SO	Différence (%)	SQ	SO	Différence (%)	SQ	SO	Différence (%)
Coût (dépenses nécessaires, par 1 000 milliards de dollars É.-U., prix de 2015)	10,38	11,34	0,96 (9,3)	1,11	2,35	1,23 (111)	11,49	13,69	2,2 (19,1)
Coût en proportion du PIB (%)	10,3	11,3	1,0 p.p.	1,1	2,3	1,2 p.p.	11,4	13,6	2,2 p.p.
Recettes fiscales induites en proportion des dépenses (%)							18,2	17,9	
Emplois directs (milliers)	72 705	82 001	9 296 (12,8)	20 970	50 792	29 822 (142)	93 675	132 793	39 118 (42)
Emplois indirects (milliers)	80 471	91 150	10 679 (13,3)	3 151	13 895	10 744 (341)	83 622	105 045	21 424 (26)
Emplois totaux (milliers)	153 176	173 151	19 975 (13,0)	24 121	64 687	40 566 (168)	177 297	237 838	60 541 (34)

Note: p.p. = points de pourcentage.

Source: Ilkkan et Kim, à paraître.

Figure 5.7. Soins de santé: création d'emplois directs et indirects

Source: Ilkkan et Kim, à paraître.

Figure 5.8. Soins de santé: répartition des emplois supplémentaires dus au scénario optimal, selon le sexe

Source: Ilkcaracan et Kim, à paraître.

entre les deux scénarios)⁶², 9,3 millions sont des emplois indirects dans les soins de santé, et 10,7 millions des emplois indirects dans d'autres secteurs. De même que dans le cas de l'éducation, la différence de nombre d'emplois directs entre les deux scénarios est inférieure à celle du nombre d'emplois indirects, en termes absolus ou relatifs.

La différence de 9,3 millions d'emplois directs comprend 6,5 millions de professionnels de la santé, le reste étant constitué de personnels non médicaux du secteur de la santé⁶³. Cette estimation, fondée sur 45 pays, correspond à environ un tiers du manque anticipé à l'échelle mondiale.

Les emplois supplémentaires se répartissent à parts égales entre femmes et hommes. La part des femmes est supérieure dans les nouveaux emplois directs du secteur de la santé, avec 59 pour cent; celle des hommes, dans les nouveaux emplois indirects, avec 52 pour cent. De même que dans le cas de l'éducation, ce partage reflète la ségrégation professionnelle entre hommes et femmes qui prévaut aujourd'hui (voir figure 5.8).

5.3.3. Objectifs en matière de soins de longue durée

Comme on l'a vu au chapitre 3, les soins de longue durée et les soins de réadaptation à l'intention des personnes âgées ou handicapées recouvrent toute une variété de services, y compris, au minimum, l'assistance aux activités essentielles de la vie quotidienne et la prestation de soins de santé de base.

Une étude du BIT fournit les seules projections à l'échelle mondiale des besoins et des lacunes en matière de soins de longue durée⁶⁴. Les estimations à l'échelle mondiale sont

fondées sur les données les plus récentes (2006-2014) dont on dispose pour 45 pays développés et en développement. On a estimé les déficits de financement et d'emploi formel dans les soins de longue durée à partir d'une évaluation du recours excessif aux membres de la famille pour la prestation de soins de longue durée dans la majorité des pays. Les besoins en termes d'emploi formel sont estimés à 4,2 travailleurs pour 100 personnes âgées de 65 ans ou plus⁶⁵. Sur la base de cette valeur de référence, les résultats indiquent un manque de 13,6 millions de travailleurs dans les soins de longue durée en 2013, en plus des personnels existants, soit 11,9 millions de travailleurs. Près des trois quarts du déficit se situent en Asie et dans le Pacifique.

Pour ce qui est du financement public des soins de longue durée, la part du PIB qui leur est consacrée va d'un maximum d'environ 2 pour cent dans un certain nombre de pays à revenu élevé membres de l'OCDE (avec un maximum de 2,3 pour cent en Norvège) à 0 pour cent dans un certain nombre de pays où il n'y a pas de financement public⁶⁶. La même étude du BIT indique un niveau de dépenses de 1 461 dollars É.-U. (à parité de pouvoir d'achat aux prix de 2013) par personne âgée de 65 ans ou plus, comme valeur de référence pour évaluer les manques de financement.

Couverture des soins de longue durée

Il n'existe pas d'objectifs fixés à l'échelle régionale ou internationale quant à la couverture des soins de longue durée. Pour définir les objectifs en la matière dans le scénario optimal, on a adopté une approche identique à celle que l'on a appliquée pour la petite enfance, en prenant comme référence les chiffres des pays ayant les meilleurs résultats. En ce qui concerne les soins de longue durée, il s'agit d'un plein accès, de droit, à ces soins soit sous forme de services directs, soit par l'intermédiaire de prestations monétaires⁶⁷. Comme on l'a vu au chapitre 3, seulement 9 pays à revenu élevé ont établi par la loi une couverture universelle de droit: Allemagne, Belgique, République de Corée, Danemark, Islande, Japon, Luxembourg, Suède et République tchèque. Dans ces pays, la proportion moyenne, pondérée en fonction de la population, de bénéficiaires de soins de longue durée est de 12,4 pour cent⁶⁸, que nous avons donc fixée comme plancher pour la couverture des soins de longue durée dans le scénario optimal.

Salaires des personnels des soins de longue durée

Lorsque l'on a fixé les rémunérations dans le scénario optimal, on a réduit de moitié l'écart salarial entre le personnel infirmier et le personnel soignant et de garde, ce qui a entraîné un ajustement des coûts à la hausse. Les valeurs manquantes ont été imputées à partir des salaires médians des infirmières et des aides-soignants dans les services de santé de 15 pays. Ces salaires ont été comparés au salaire minimum du pays, et ils se sont révélés inférieurs dans trois d'entre eux: Brésil, Pologne et Fédération de Russie. Dans ces trois pays, on a donc pris le salaire minimum à la place du salaire des personnels des soins de longue durée, puis on a calculé les écarts salariaux. Le chiffre correspondant à la moitié de l'écart salarial a été multiplié par les effectifs du personnel soignant pour estimer les coûts salariaux supplémentaires découlant de l'augmentation du salaire de ces travailleurs. Ces coûts supplémentaires ont été ajoutés à ceux du scénario optimal original.

Tableau 5.5. Paramètres adoptés pour les soins de longue durée: scénario du statu quo (SQ) et scénario optimal (SO)

Paramètres	Soins de longue durée	
	SQ	SO
Couverture	Niveaux de 2015	12,4%
Ratio entre personnels de santé et bénéficiaires potentiels	Niveaux de 2015	Niveaux de 2015
Salaires des personnels des soins de longue durée	Niveaux de 2015	Réduction de moitié de l'écart salarial entre infirmières et personnels soignants; salaires des personnels soignants fixés au niveau du salaire minimum s'il lui est inférieur

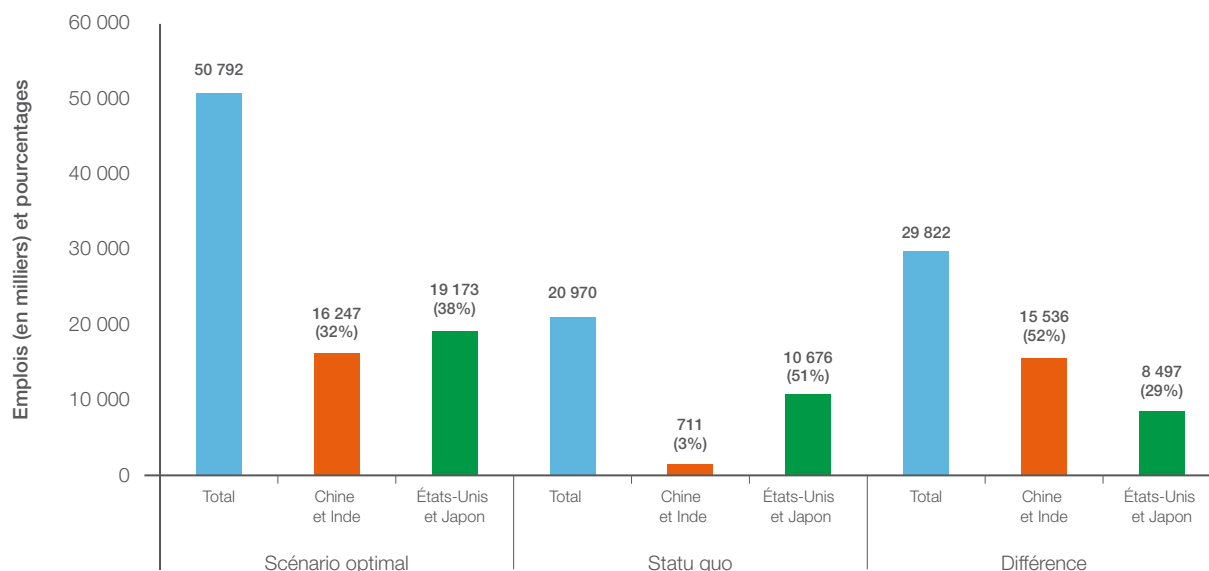
Source: Ilkkaracan et Kim, à paraître.

Réductions d'effectifs dues au changement technologique

L'intégration des effets du changement technologique sur l'emploi direct dans les soins de longue durée a été considérée comme une option, étant donné les débats qui se font jour à ce propos. Toutefois, les possibilités de réduction d'effectifs par l'évolution technologique semblent très limitées dans les soins de longue durée. Certaines innovations ont démontré leurs avantages, comme le télésoin à domicile (Canada), la communication par écran et la surveillance à distance par vidéo ou capteurs (Pays-Bas) ou les soins d'urgence assistés (République tchèque)⁶⁹. L'élargissement du recours à ces avancées technologiques tiendra à leur capacité d'améliorer la qualité des soins et les conditions d'emploi du personnel, plutôt qu'au remplacement du personnel assurant un contact direct. En outre, dans la mesure où il y a substitution de main-d'œuvre, la question reste posée de savoir si ces gains de productivité par la technologie et la réorganisation du travail sont compatibles avec les objectifs d'amélioration de la qualité (comme on l'a vu à propos des soins de santé et de l'éducation) (voir aussi chapitre 4)⁷⁰. Nous n'avons donc pas formulé d'hypothèse de réductions d'effectifs dues au changement technologique pour l'emploi direct dans les soins de longue durée (voir tableau 5.5). Il faut noter que le personnel non médical des soins de longue durée n'est pas inclus dans cette estimation (comme c'était le cas pour les soins de santé et l'éducation).

5.3.4. Résultats de la simulation pour les emplois dans les soins de santé

Si l'on suit le scénario optimal, qui prévoit une couverture supérieure et de meilleurs salaires pour les personnels, les dépenses consacrées aux soins de longue durée s'élèveront à 2 350 milliards de dollars É.-U., contre 1 110 milliards avec le scénario du statu quo (voir tableau 5.4)⁷¹. Cela correspond à une augmentation des dépenses en question de seulement 1,1 pour cent du PIB total des pays étudiés dans le cas du scénario du statu quo, et de 2,3 pour cent si l'on veut réaliser les objectifs du scénario optimal.

Figure 5.9. Soins de longue durée: création d'emplois et parts nationales

Source: Ilkkaracan et Kim, à paraître.

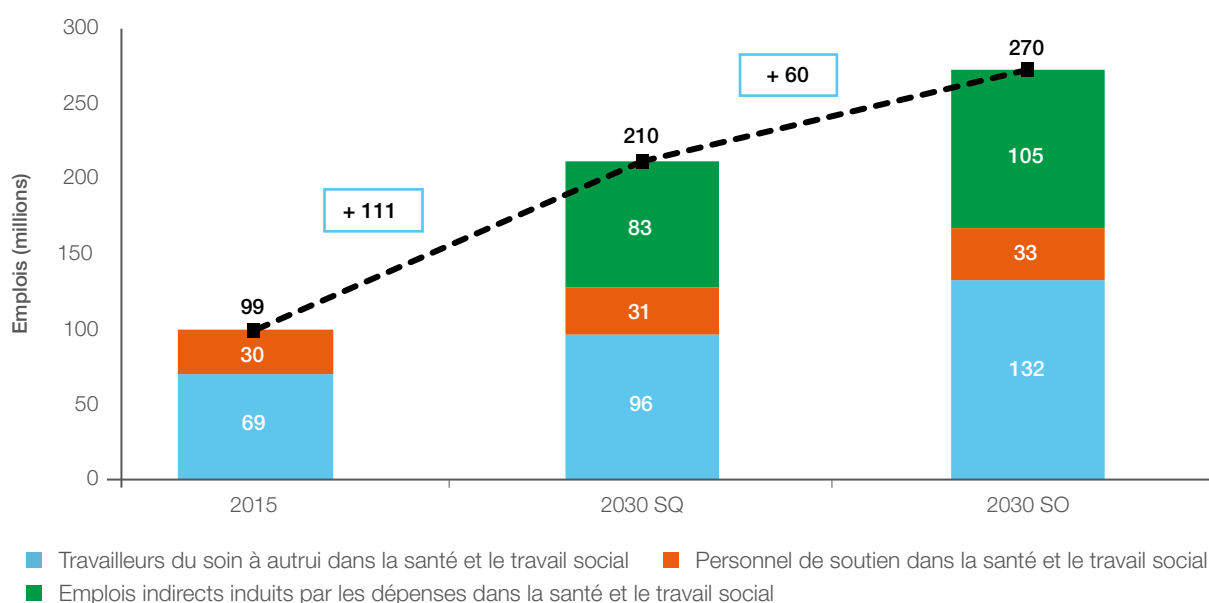
On estime que la création directe d'emplois sera 2,5 fois supérieure si l'on suit le scénario optimal plutôt que celui du statu quo: 50,8 millions d'emplois formels contre 20,9 millions à l'horizon 2030 (voir figure 5.9)⁷². Réaliser les objectifs du scénario optimal en termes de couverture et de ratio entre personnels et bénéficiaires devrait engendrer plus de 30 millions d'emplois supplémentaires, dont plus de la moitié (52 pour cent) serait due à l'extension de la couverture en Chine et en Inde. Au-delà de la taille même de leur population, c'est le vieillissement de celle-ci en Chine et les lacunes dans la couverture en Inde qui expliquent leur part importante des nouveaux emplois. Les États-Unis et le Japon aussi auraient une forte contribution en raison respectivement du vieillissement et de la taille de leur population. Ensemble, ils totaliseraient 29 pour cent des emplois supplémentaires dans les soins de longue durée.

Les emplois indirects créés dans des secteurs autres que ceux des soins de santé et soins de longue durée du fait de l'augmentation des dépenses de soins de longue durée seraient au nombre de 3,1 millions si l'on suit le scénario du statu quo et de 13,9 millions si l'on suit le scénario optimal (voir tableau 5.4).

5.3.5. Estimations de l'emploi élargies à l'ensemble des catégories de personnel du secteur de la santé

De même que pour l'éducation à la section 5.2.4, nous présentons ici une estimation plus complète de l'emploi en 2030 dans l'ensemble du secteur de la santé et du travail social, selon les deux scénarios. L'emploi total dans les 45 pays en 2015 était de 99 millions: 69 millions de travailleurs du soin, travailleurs sociaux compris, et 30 millions de personnels de soutien (voir figure 5.10)⁷³.

Figure 5.10. Estimations élargies de la création d'emplois dans la santé et le travail social: comparaison entre 2015 et 2030 et entre le scénario du statu quo (SQ) et le scénario optimal (SO)



Note: Les chiffres pour 2015 ont été calculés par le BIT à partir de microdonnées d'enquêtes sur la main-d'œuvre et auprès des ménages.

Source: Ilkkanacan et Kim, à paraître.

Si l'on suit le scénario du statu quo, en vertu duquel le secteur de la santé et du travail social croîtra en fonction de l'évolution démographique, mais sans changement des taux de couverture et des ratios entre prestataires et bénéficiaires, l'emploi devrait augmenter de plus d'un quart, pour atteindre 127 millions de postes. Cet accroissement est essentiellement dû à celui de la population, qui sera de 8,6 pour cent sur quinze ans pour les 45 pays étudiés (voir figure 5.10)⁷⁴.

En revanche, selon le scénario optimal, l'emploi dans le secteur présente un potentiel d'augmentation de 66 pour cent, pour atteindre 165 millions de postes en 2030. Les 38 millions d'emplois supplémentaires sont dus à l'évolution démographique, avec le vieillissement de la population⁷⁵, et à l'amélioration de la couverture des soins de longue durée qui est prévue dans ce scénario. La création d'emplois indirects serait semblable aux estimations antérieures, car l'analyse ne comprend pas l'estimation séparée pour les dépenses associées.

5.4. CRÉATION TOTALE D'EMPLOIS DANS LES ACTIVITÉS DE SOIN À AUTRUI

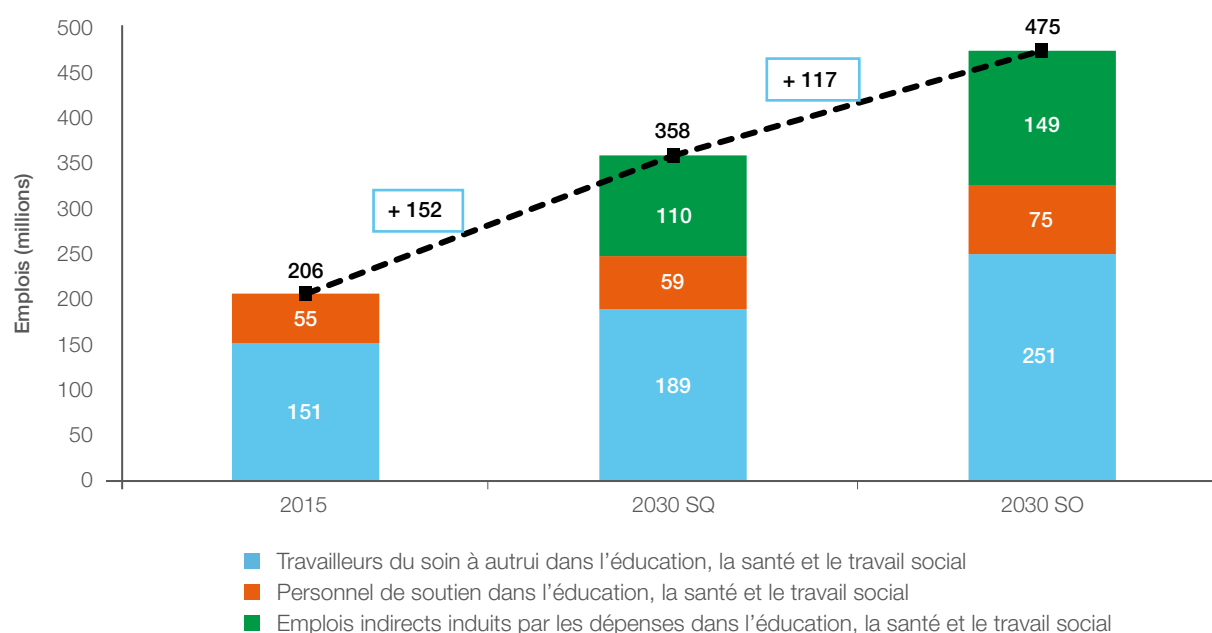
5.4.1. Résultats d'ensemble de la simulation sur les emplois dans les activités de soin à autrui

L'agrégation des résultats de la simulation pour l'éducation, les soins de santé et les soins de longue durée montre que l'accroissement des investissements dans l'économie

du soin en vue de réaliser les ODD à l'horizon 2030 présente un fort potentiel de création d'emplois. Pour ce qui est des 45 pays inclus dans notre analyse (qui représentent 85 pour cent du PIB et près de 60 pour cent de la population et de la main-d'œuvre de la planète), la réalisation du scénario du statu quo impliquerait que les emplois directs et indirects associés aux activités de soin à autrui devraient atteindre le nombre de 358,1 millions en 2030. La réalisation des diverses cibles des ODD en matière d'éducation, petite enfance comprise, de soins de santé et de soins de longue durée, sans oublier les cibles relatives à l'égalité entre hommes et femmes et au travail décent, présenterait un potentiel de création de 117 millions d'emplois supplémentaires, ce qui donnerait un nombre total de 475,1 millions de postes en considérant les emplois indirects dans les activités de soin et les emplois induits (voir figure 5.11)⁷⁶. Cela représente un surplus de 33 pour cent par rapport au scénario du statu quo ou 269 millions d'emplois supplémentaires par rapport à 2015.

Sur les 117 millions d'emplois supplémentaires, 62,1 millions (53 pour cent) correspondent à des travailleurs du soin dans des activités de soin directes, et 16,5 millions (14 pour cent), à du personnel de soutien. Ce qui fait un total de 78,6 millions d'emplois dans le secteur, soit 67 pour cent des emplois supplémentaires créés. Restent les emplois supplémentaires indirects, au nombre de 38,4 millions, soit 33 pour cent de la création additionnelle d'emplois. L'éducation et la protection de la petite enfance et les soins de longue durée, avec respectivement 20,4 et 29,8 millions de nouveaux emplois, y ont les parts les plus importantes qui, additionnées, représentent 43 pour cent des créations

Figure 5.11. Estimations élargies de la création d'emplois dans les activités de soin à autrui: comparaison entre 2015 et 2030 et entre le scénario du statu quo (SQ) et le scénario optimal (SO)



Note: Les chiffres pour 2015 ont été calculés par le BIT à partir de microdonnées d'enquêtes sur la main-d'œuvre et auprès des ménages.

Source: Ilkharacan et Kim, à paraître.

d'emplois supplémentaires. Viennent ensuite les soins de santé, avec 9,3 millions de nouveaux emplois dans le secteur de la santé et du travail social.

Ces estimations peuvent être entachées par deux biais opposés. D'une part, la création d'emplois indirects peut être sous-estimée, car l'analyse des échanges intersectoriels ne comprend pas les emplois induits par l'augmentation de la consommation des ménages. Le nombre d'emplois indirects supplémentaires (38,4 millions) est donc la limite inférieure de la création d'emplois dans les autres secteurs.

D'autre part, l'accès croissant à des services formels dans l'éducation, petite enfance comprise, les soins de santé et les soins de longue durée pourrait avoir un effet réducteur sur l'emploi dans le travail domestique. Certains des travailleurs domestiques les plus qualifiés sont susceptibles de se tourner vers de nouveaux emplois décents dans les activités de soin à autrui, tandis que les moins qualifiés risquent d'avoir moins de possibilités d'emploi, même si un certain niveau d'emploi domestique devrait perdurer en complément des services formels de soin à autrui. Toutefois, il n'est pas démontré que ce dilemme entre emploi dans les activités de soin à autrui et travail domestique soit inexorable, du moins au vu de l'analyse des données disponibles pour un petit nombre de pays. Pour traiter cette question par une analyse plus robuste, il faudrait disposer de données plus précises et plus complètes⁷⁷.

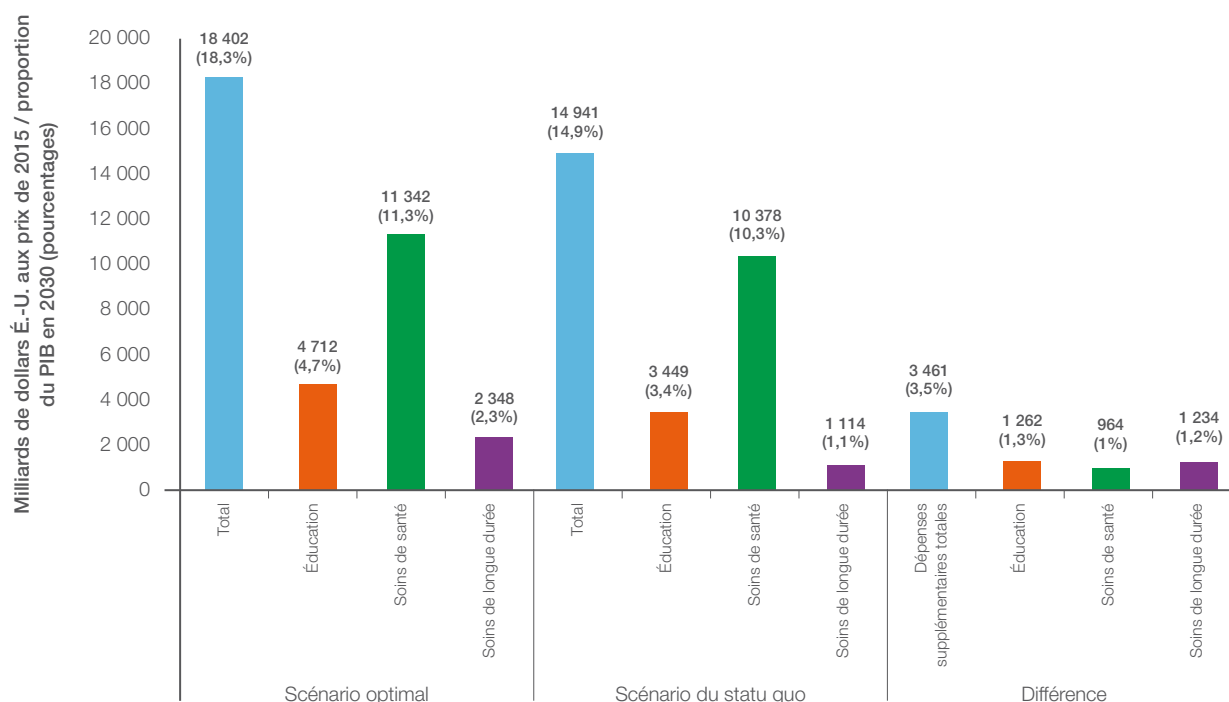
Le manque de résultats robustes concernant l'arbitrage entre le recours à des services de soin à autrui et l'emploi de travailleurs domestiques pourrait être l'indice de l'existence d'un autre type d'arbitrage. De fait, l'expansion des services formels de soin à autrui pourrait découler principalement du remplacement de travail non rémunéré plutôt que de travail domestique rémunéré. Comme cela est exposé en détail dans le chapitre 2, on estime que 647 millions de prestataires non rémunérés, presque tous des femmes, sont en situation d'inactivité économique du fait de leurs responsabilités de soin à autrui. L'expansion des activités de soin nécessaire à la réalisation des ODD implique à la fois une demande supplémentaire de certains prestataires non rémunérés et la possibilité de leur entrée sur le marché du travail du fait de la redistribution des responsabilités de soin.

5.4.2. Dépenses et recettes budgétaires: résultats de la simulation

Selon le scénario du statu quo, les dépenses totales (publiques et privées) dans les activités de soin en 2030 s'élèveraient à 14 900 milliards de dollars É.-U., soit 14,9 pour cent du PIB global des 45 pays à cette date (voir figure 5.12)⁷⁸. En d'autres termes, même le maintien des choses en l'état actuel dans l'éducation et la santé nécessite une augmentation substantielle des dépenses, qui passeraient de 8,7 pour cent du PIB des 45 pays en 2015 à 14,9 pour cent de leur PIB projeté pour 2030. Cet accroissement est dû à l'augmentation de la population et, surtout, aux transformations démographiques, qui impliquent une augmentation des dépenses de soins de santé et de soins de longue durée.

Réaliser le scénario optimal impliquerait des dépenses totales (publiques et privées) dans les activités de soin à autrui de 18 400 milliards de dollars, soit environ 18,3 pour cent du PIB total des 45 pays projeté pour 2030. Autrement dit, la réalisation des cibles des ODD en matière d'éducation et de santé pour combler les lacunes existantes demanderait des

Figure 5.12. Dépenses totales dans les activités de soin, selon le secteur



Source: Ilkcaracan et Kim, à paraître.

dépenses supplémentaires équivalant à 3,5 points de pourcentage de ce PIB de 2030. Sur ces dépenses supplémentaires, 1,3 point de pourcentage serait imputable à l'éducation; 1 point de pourcentage, aux soins de santé; et 1,2 point de pourcentage, aux soins de longue durée à l'intention des personnes âgées.

La différence de 3,5 points de pourcentage du PIB projeté en 2030 tient à la réalisation simultanée de deux objectifs (voir tableaux 5.2 et 5.4): 1) atteindre les taux de fréquentation fixés dans l'éducation (de la petite enfance au niveau tertiaire); 2) atteindre les taux de couverture de la population et des personnes âgées, en ce qui concerne respectivement les soins de santé et les soins de longue durée. Ces objectifs correspondent aux ODD 3 et 4, relatifs à la santé et à l'éducation respectivement. En outre, ce niveau de dépenses garantit la réalisation de ces objectifs dans des conditions de travail décent pour les travailleurs des activités de soin à autrui. Ce qui signifie que les personnels de l'éducation et de la protection de la petite enfance, ainsi que de l'enseignement primaire et secondaire, perçoivent des salaires conformes aux normes nationales; que les personnels des soins de santé maintiennent leur niveau de salaire; et que ceux qui assurent des soins de longue durée perçoivent au moins le salaire minimum légal, ce qui réduirait de moitié l'écart entre leur rémunération et celle des infirmières.

La viabilité budgétaire d'une augmentation des dépenses publiques dans les services formels de soin à autrui peut être examinée en tenant compte de l'accroissement attendu des recettes exprimé en proportion des dépenses publiques nécessaires à l'expansion des activités de soin à autrui qu'impliquerait la réalisation des ODD⁷⁹. Les estimations peuvent être faites en suivant l'augmentation du PIB découlant de l'augmentation générale des dépenses dans les activités de soin formelles, au moyen d'une analyse des échanges intersectoriels et en appliquant le ratio recettes-PIB pour chaque pays⁸⁰.

On estime que les rentrées fiscales induites compenseront les dépenses initiales, publiques et privées, à hauteur d'environ 10,5 pour cent. Si l'on ajoute les recettes autres que fiscales, le total des rentrées budgétaires induites s'élève à 17,4 pour cent des dépenses initiales. Pour ce qui est de la part des dépenses que représentent les recettes, il n'y a pas de différences entre les deux scénarios, parce que les ratios en la matière y sont identiques⁸¹. Toutefois, une simulation à partir de microdonnées pourrait donner des résultats différents du fait d'une hétérogénéité des individus entraînant des changements important des revenus imposables et des taux d'imposition des revenus.

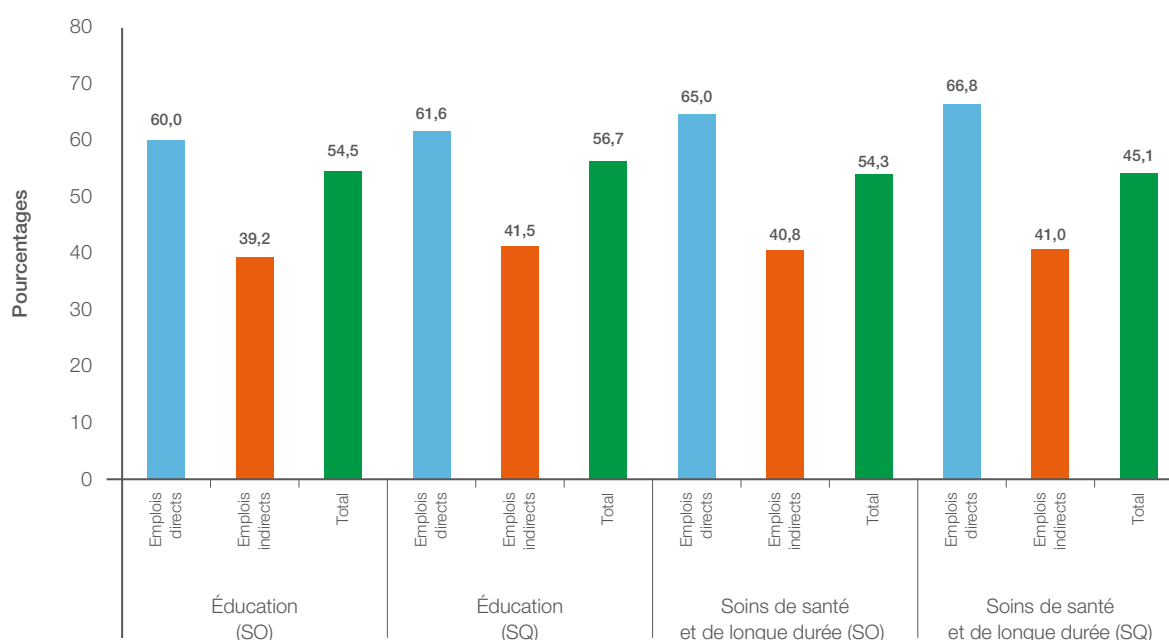
Ainsi, une étude sur la Turquie⁸² exploitant des données plus désagrégées a établi les recettes fiscales induites à 26 pour cent des dépenses dans l'éducation et la protection de la petite enfance, alors que dans notre simulation les recettes fiscales induites se situent à 21,6 pour cent des dépenses dans l'éducation pour ce pays. Ces résultats sont proches de ceux présentés dans ce chapitre, et l'on peut considérer qu'ils les valident. Il faut noter que, si la simulation de la création d'emplois intégrait aussi les effets induits par la consommation, les retours fiscaux estimés seraient encore supérieurs. L'étude sur la Turquie montre que l'intégration de ces effets, tels qu'une plus forte création d'emplois, ferait monter les retours fiscaux estimés à 39 pour cent.

5.4.3. Répartition par sexe des emplois selon la simulation

Selon le scénario optimal, la part des femmes dans les emplois directs serait de 60 pour cent dans l'éducation et de 65 pour cent dans la santé et le travail social (voir figure 5.13). Elle serait inférieure dans les emplois indirects, se situant autour de 39 à 41 pour cent dans l'un et l'autre secteur. Cette part est légèrement inférieure dans le scénario optimal par rapport à celui du statu quo. S'agissant de l'emploi total, la part des femmes serait de 55 pour cent dans l'éducation et 54 pour cent dans la santé selon le scénario optimal, ces chiffres étant respectivement de 57 et 55 pour cent dans le scénario du statu quo.

L'analyse montre que l'investissement dans des services de soins à autrui de qualité peut se révéler une intervention stratégique pour renforcer l'autonomie économique des femmes en leur ouvrant des perspectives d'emplois décents. Cet investissement peut être créateur d'emplois non seulement dans les activités professionnelles à dominante féminine, mais aussi dans toute l'économie, pour le bénéfice des femmes comme des hommes. Ces effets positifs pourront être encore supérieurs si les travailleurs des activités de soin à autrui sont rémunérés équitablement pour leurs prestations, si la scolarité se déroule dans de bonnes conditions pour plus d'enfants et si un plus grand nombre de personnes bénéficie de soins de santé ou de longue durée.

Figure 5.13. Part des femmes dans l'emploi total, selon le secteur et le scénario (pourcentages)



Note: SO = scénario optimal; SQ = scénario du statu quo.

Source: Ilkkaracan et Kim, à paraître.

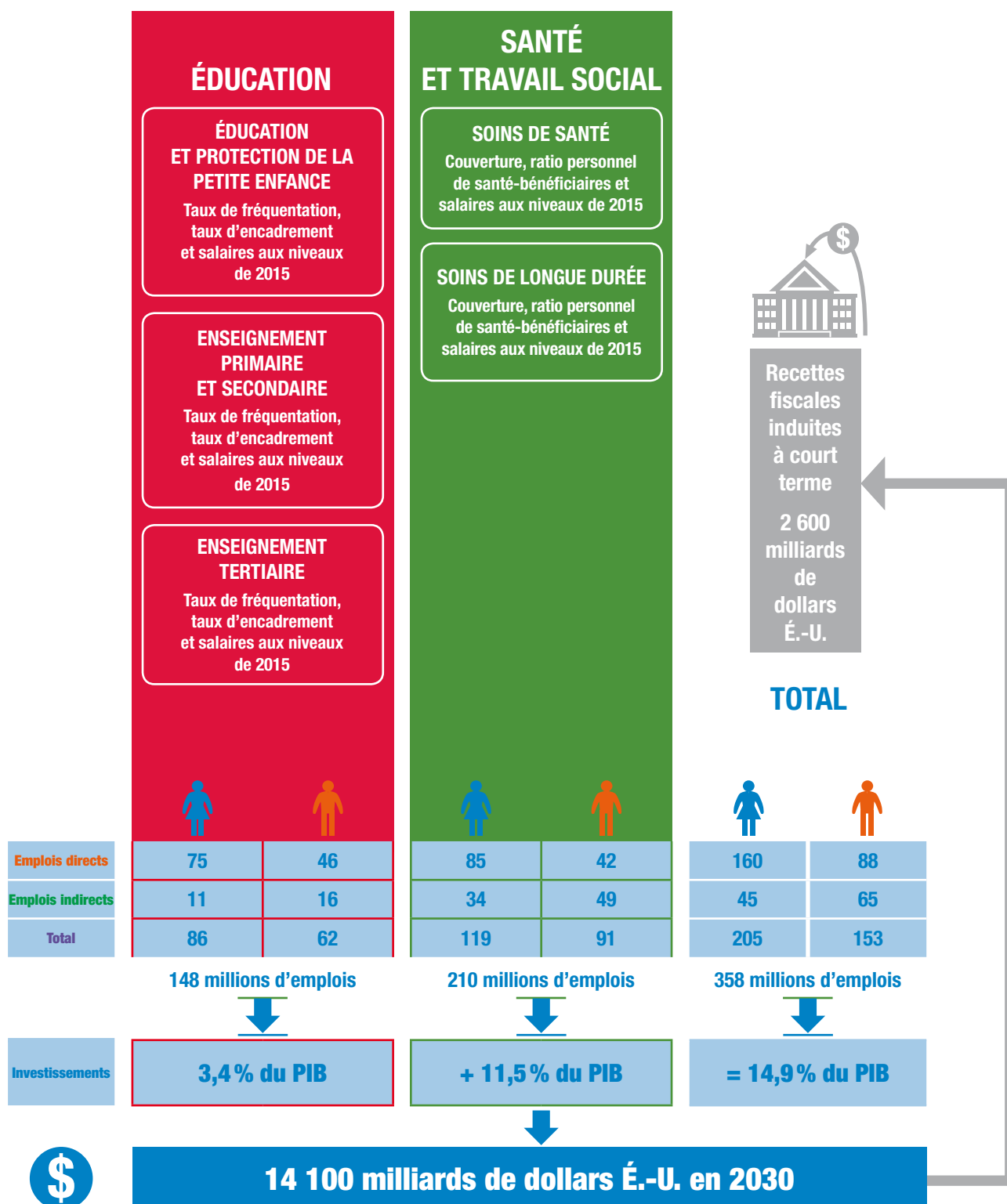
5.5. RÉSULTATS DE LA SIMULATION

Notre étude de l'évolution de l'emploi dans les activités de soin à autrui à l'horizon 2030 selon deux scénarios exploitait les données de 45 pays qui représentent 85 pour cent du PIB mondial et près de 60 pour cent de la population et de la main-d'œuvre de la planète. La somme des emplois actuels dans l'éducation, la santé et le travail social de ces 45 pays donne approximativement 206 millions de postes. Parmi ces emplois, 82 millions dans l'éducation et 68,4 millions dans la santé et le travail social sont occupés par des travailleurs des activités de soin à autrui directes, tandis que 25,3 millions d'emplois dans l'éducation et 29,7 millions d'autres dans la santé et le travail social sont occupés par du personnel de soutien⁸³. L'ensemble représente environ 10 pour cent de l'emploi total des pays en question, avec de fortes variations de l'un à l'autre. Dans environ une douzaine de pays, l'emploi dans la santé et l'éducation représente plus d'un cinquième de l'emploi total, ce qui témoigne d'une bonne couverture de la population dans l'enseignement et les soins de santé (mais pas nécessairement en matière de petite enfance et de soins de longue durée). Les dépenses actuelles, publiques et privées, de ces 45 pays dans l'éducation et dans la santé et le travail social représentent 8,7 pour cent de leur PIB total⁸⁴.

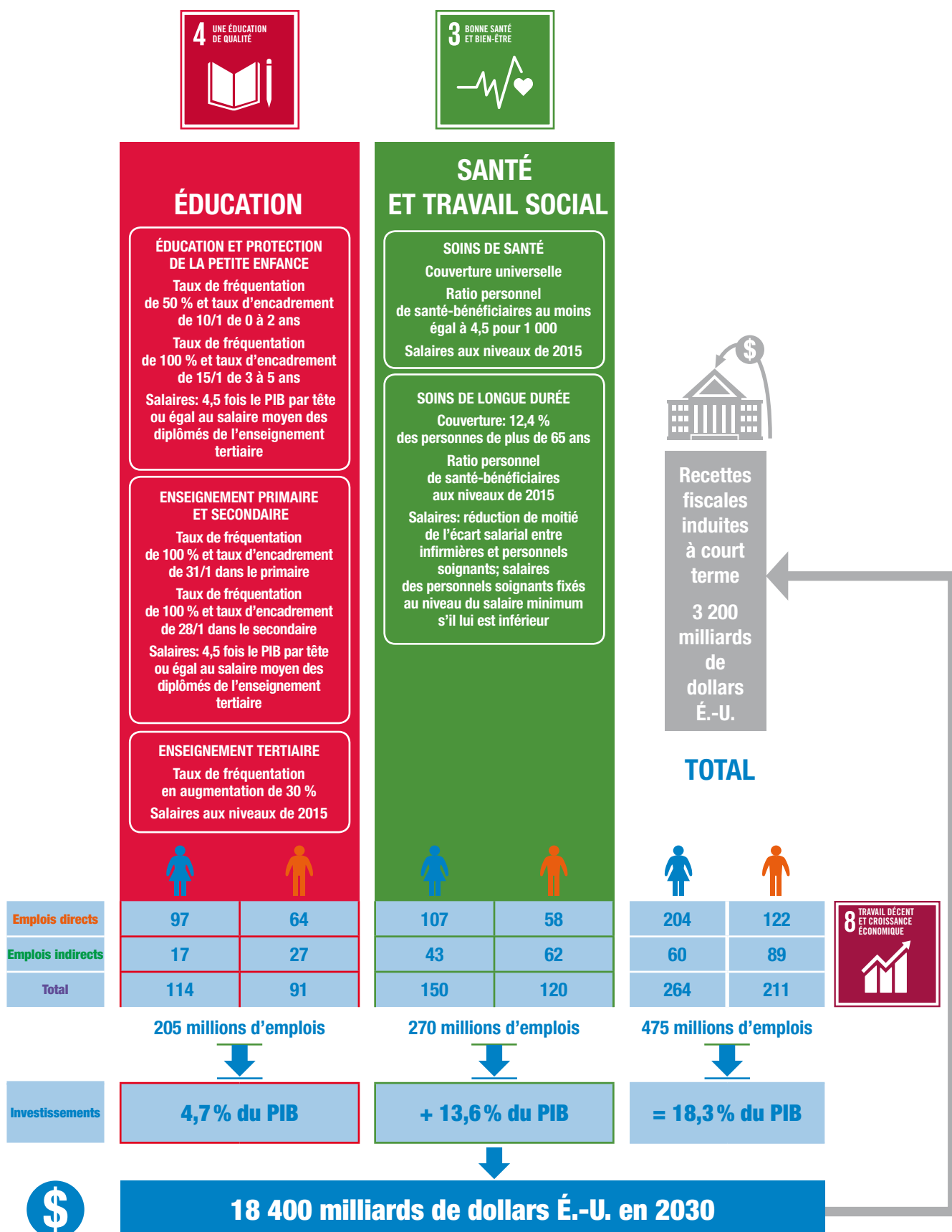
Le scénario du statu quo repose sur l'hypothèse que l'emploi dans les activités de soin à autrui évoluera d'ici à 2030 en fonction de la croissance et des transformations

Figure 5.14. Résultats de la simulation

SCÉNARIO DU STATU QUO – 2030



SCÉNARIO OPTIMAL – 2030



démographiques, mais sans que ne changent les indicateurs de couverture et de qualité, avec pour conséquence la persistance des lacunes existantes. On estime que l'emploi dans les secteurs de l'éducation et de la santé et du travail social devrait être augmenté de 20 pour cent, pour atteindre un total de 247,6 millions de postes en 2030 (soit 93 millions et 95,6 millions de travailleurs des activités de soin à autrui, et 28,5 millions et 30,5 millions de membres du personnel de soutien dans l'éducation et dans la santé et le travail social respectivement). En outre, les effets d'entraînement devraient être à l'origine de la création de 110,5 millions d'emplois dans d'autres secteurs, ce qui fait un total de 358,1 millions d'emplois (voir figure 5.14).

Les résultats de la simulation macroéconomique montrent que l'accroissement de l'investissement dans l'économie du soin à autrui en vue de réaliser les ODD à l'horizon 2030 offrirait un potentiel significatif de création supplémentaire d'emplois. Pour ce qui concerne les 45 pays à l'étude, la réalisation des diverses cibles des ODD sur l'éducation, petite enfance comprise, les soins de santé et les soins de longue durée, en créant des emplois décents pour les femmes et les hommes, impliquerait l'augmentation de plus d'un tiers (36,6 pour cent) des dépenses dans l'éducation, augmentation due notamment au développement de l'éducation et de la protection de la petite enfance; tandis que les dépenses de santé augmenteraient d'environ un cinquième (19,1 pour cent), surtout du fait de la progression des soins de longue durée. Cet accroissement des dépenses dans les activités de soin à autrui, en vue de réaliser les cibles des ODD, présenterait un potentiel de création de 117 millions d'emplois supplémentaires, au-delà de ceux qui seraient créés en suivant le scénario du statu quo, ce qui nous amène à un total de 475 millions d'emplois. Ces emplois supplémentaires se répartiraient ainsi: 78,6 millions dans l'éducation et dans la santé et le travail social, dont les effectifs passeraient ainsi de 205,5 millions aujourd'hui à 326,2 millions en 2030; et 38,4 millions dans les autres secteurs du fait des dépenses dans les services de soin à autrui. Ces chiffres constituent la limite inférieure de la création d'emplois estimée dans les autres secteurs, car l'analyse des échanges interindustriels ne comprend pas les emplois induits par l'augmentation de la consommation des ménages.

C'est à la réalisation des cibles des ODD dans l'éducation, petite enfance comprise, telle que prévue dans le scénario optimal, que l'on devrait la plus forte contribution à la création d'emplois dans les activités de soin à autrui, avec 39,7 millions de nouveaux postes. La deuxième contribution serait celle des soins de longue durée, avec 29,6 millions de nouveaux emplois décents. Viendraient ensuite les soins de santé, pour lesquels le chiffre serait de 9,3 millions.

Selon le scénario du statu quo, les dépenses totales (publiques et privées) dans les activités de soin à autrui en 2030 se situeraient à un niveau de 14 900 milliards de dollars É.-U., soit 14,9 pour cent du PIB total des 45 pays à cette date⁸⁵. L'augmentation du niveau actuel de 8,7 pour cent du PIB (en 2015) à 14,9 pour cent en 2030 est due à l'évolution démographique et à l'augmentation des dépenses de soins de santé et de soins de longue durée. La réalisation du scénario optimal déboucherait sur des dépenses totales dans les activités de soin à autrui de 18 400 milliards de dollars É.-U., soit 18,3 pour cent du PIB total projeté pour les 45 pays en 2030. On estime que, au minimum, 17,5 pour cent des dépenses supplémentaires seraient récupérées à court terme, c'est-à-dire la première année, sous forme de recettes fiscales (voir figure 5.14).

CONCLUSIONS: LE SCÉNARIO OPTIMAL POUR LES ACTIVITÉS DE SOIN À AUTRUI

Les résultats présentés ci-dessus montrent bien l'ampleur du défi que représente la satisfaction des besoins en matière de santé, soins de longue durée compris, et d'éducation, petite enfance comprise, si le monde s'engage à réaliser les ODD. Ces résultats montrent que les évolutions démographiques détaillées au chapitre 1 impliquent que le simple maintien aux niveaux actuels de la couverture et des conditions de travail – qui, souvent, ne correspondent pas aux critères du travail décent ou alors témoignent déjà d'une baisse de qualité – supposera un important effort d'investissement. Il apparaît aussi clairement que, si les investissements dans les activités de soin à autrui n'augmentent pas d'au moins de 6 points de pourcentage du PIB mondial d'ici à 2030, les lacunes dans la couverture s'aggraveront et les conditions de travail du personnel des activités de soin à autrui se détérioreront. Comme on l'a vu au chapitre 4, cette situation se traduit par l'emploi des travailleurs du soin dans l'économie informelle, avec ses mauvaises conditions de travail et où sont surreprésentés les travailleurs domestiques et les migrants. Cela signifie aussi qu'il faudra plus de prestations non rémunérées au sein des ménages et des communautés locales, essentiellement à la charge des femmes, qu'elles aient ou non une activité professionnelle par ailleurs, avec pour conséquence la perpétuation des inégalités entre hommes et femmes sur le marché du travail, comme on l'a vu au chapitre 2. Cette situation pourrait aussi se traduire par une dégradation du bien-être des bénéficiaires des activités de soin à autrui.

Les résultats du présent chapitre sont fondés sur l'identification, pays par pays, des besoins non satisfaits en matière de soin à autrui et sur les objectifs stratégiques correspondant aux cibles des ODD. Il est possible de réaliser ces objectifs, moyennant un niveau d'investissements publics et privés qui dépasse le scénario du statu quo de 3,5 points de pourcentage du PIB mondial. Les résultats montrent aussi que ce sont les investissements dans la petite enfance et les soins de longue durée qui contribueraient le plus à la création d'emplois. Il s'agit aussi des deux domaines des politiques du soin décrites au chapitre 3 où les lacunes sont les plus évidentes. Ce sont aussi ceux qui ont le plus fort potentiel de progression en matière d'égalité entre hommes et femmes au travail.

L'analyse selon les deux scénarios présentés ici repose sur deux hypothèses qu'il faut garder à l'esprit. La première est qu'il existe une marge d'expansion du PIB: les investissements dans les activités de soin à autrui se situent dans des économies qui sont loin du plein emploi, comme c'est le cas dans la plupart des 45 pays qui ont fait l'objet de la simulation en 2015. En conséquence, investir selon le scénario optimal ne constitue pas un jeu à somme nulle où les autres secteurs de l'économie seraient sacrifiés au profit des activités de soin à autrui. Au contraire, cet investissement implique une croissance de l'emploi amplifiée, à l'échelle de l'économie tout entière, sous l'effet d'une demande supplémentaire.

Comme on l'a souligné aux chapitres 1 et 4, les activités de soin à autrui présentent des externalités qui justifient leur financement public en vue de combler les lacunes de couverture existantes. L'intervention publique peut prendre la forme soit de prestations directes de services, soit de la réglementation et du subventionnement de prestations privées; dans tous les cas, elle suppose l'allocation de ressources publiques substantielles⁸⁶, comme le montre le présent chapitre.

L'investissement public initial est en partie compensé à court terme par des recettes fiscales qui peuvent réalimenter le soutien public aux activités de soin à autrui. Les résultats ci-dessus sont très prudents en ce qui concerne les recettes fiscales induites dans le cas du scénario optimal. Ils ne tiennent pas compte des effets indirects dus à l'accroissement de la demande ni des effets différenciés des divers flux de ressources (impôts sur le revenu ou sur la richesse, par exemple) sur les recettes fiscales globales. Il reste évident que le financement de l'expansion des activités de soin à autrui requiert un élargissement des marges budgétaires nationales. Les pays peuvent explorer de nouvelles formes de financement pour promouvoir les ODD et le développement national, par exemple en donnant la priorité aux dépenses dans les activités de soin à autrui par rapport à d'autres dépenses budgétaires et en augmentant leur capacité de financement par une politique d'expansion budgétaire⁸⁷.

La seconde hypothèse est qu'il existe une offre correspondant à la demande de main-d'œuvre dans les activités de soin à autrui. Les rapports de l'UNESCO⁸⁸ et de l'OMS⁸⁹ sur lesquels sont fondés ces scénarios indiquent que cette offre pourrait être restreinte, notamment en ce qui concerne les personnels les plus diplômés, susceptibles d'émigrer. Ces rapports proposent des stratégies pour améliorer la cohérence entre les politiques nationales de santé et d'éducation et pour soutenir l'offre de main-d'œuvre qualifiée dans les activités de soin à autrui. Ces stratégies supposent des interventions du secteur public et des mécanismes de solidarité internationale pour éviter que les manques de personnels de santé des pays à revenu élevé ne soient comblés en créant des déficits dans les pays à faible revenu.

NOTES

- 1 BIT, 2017d; Manyika et coll., 2017.
- 2 Manyika et coll., 2017.
- 3 BIT, 2016i; De Henau et coll., 2016, et De Henau, Himmelweit et Perrons, 2017.
- 4 Ce chapitre est fondé sur Ilkcaracan et Kim, à paraître.
- 5 De Henau et coll., 2016, et De Henau, Himmelweit et Perrons, 2017.
- 6 Ces estimations incluent à la fois les créations d'emplois indirects (découlant de la demande que l'expansion dans les activités de soin à autrui suscite dans d'autres secteurs) et les emplois induits (dus à l'augmentation de la consommation de la part des nouveaux travailleurs, à l'échelle de l'ensemble de l'économie).
- 7 Ilkcaracan, Kim et Kaya, 2015.
- 8 Ces pays sont les suivants: Allemagne, Argentine, Australie, Autriche, Belgique, Brésil, Brunéi Darussalam, Bulgarie, Canada, Chine, Chypre, République de Corée, Danemark, Espagne, Estonie, États-Unis, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Inde, Indonésie, Irlande, Italie, Japon, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Mexique, Pays-Bas, Pérou, Philippines, Pologne, Portugal, Roumanie, Royaume-Uni, Fédération de Russie, Slovaquie, Slovénie, Suède, République tchèque, Tunisie, Turquie et Viet Nam.
- 9 On notera que les pays à revenu élevé sont surreprésentés dans cet échantillon qui contient par ailleurs 4 pays à revenu intermédiaire (tranche inférieure) – Inde, Indonésie, Philippines et Viet Nam – et 9 pays à revenu intermédiaire (tranche supérieure) – Argentine, Brésil, Bulgarie, Chine, Mexique, Pérou, Roumanie, Fédération de Russie et Turquie.
- 10 La conceptualisation opérationnelle des services de soin à autrui mise en œuvre ici est fondée sur la définition de l'emploi dans les services de soin à autrui. Voir annexe A.3.
- 11 Estimations pour 2015.
- 12 Chiffres fondés sur la répartition sectorielle du PIB de 2011, appliquée au PIB de 2015, faute de données sectorielles pour cette dernière année.
- 13 L'augmentation du nombre de travailleurs domestiques n'est donc pas prise en compte.
- 14 Comme expliqué plus bas, nous avons adopté des hypothèses différentes quant au salaire appliqué à chacun des services de soin à autrui.
- 15 L'analyse des échanges intersectoriels est une analyse d'équilibre partiel, qui permet d'identifier l'effet d'un flux unidirectionnel de fonds en provenance d'une source extérieure (ici, les dépenses dans les activités de soin à autrui). L'analyse des échanges intersectoriels est fondée sur l'hypothèse que les éléments suivants restent fixes: coefficients de production; liens en amont et en aval; prix, salaires compris; structure économique; multiplicateurs; composition de l'emploi selon le sexe. Toutefois, cette analyse se limite à l'identification des créations d'emplois indirects. L'estimation de la création d'emplois directs ne relève pas de cette analyse; elle est calculée en fonction du changement technique dans le secteur de la santé et intègre le coût des augmentations de salaires dans les activités de soin à autrui.
- 16 L'analyse des échanges intersectoriels met en évidence la création d'emplois indirects dans d'autres secteurs que celui des activités de soin à autrui, les sorties de chaque secteur devenant des entrées intermédiaires dans un flux circulaire.
- 17 Les indicateurs thématiques font référence au taux de fréquentation et au nombre d'années d'accès aux services d'éducation et de protection de la petite enfance, sans spécifier d'autres objectifs. Dans son rapport mondial de suivi de l'éducation pour tous, l'UNESCO (UNESCO, 2015b, pp. 45-73 et 287-288), établit un certain nombre de cibles et d'indicateurs de qualité pour l'éducation et la protection de la petite enfance dans le cadre des ODD.
- 18 Les informations tirées des récentes évaluations effectuées par les institutions internationales comme l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), l'OCDE ou le Bureau international du Travail (BIT) ont servi de base pour établir les objectifs quantitatifs et qualitatifs du scénario optimal. Les services fournis par des accueillants sans structure entre ces derniers et les parents (accords directs) ont été exclus de la définition des «services formels d'accueil» afin de ne prendre en compte que les services d'accueil reconnus comme satisfaisant à certaines exigences de qualité (Commission européenne, 2008).
- 19 Cette formulation est préférable à celle de «taux de prise en charge formelle» qui pourrait n'être pas incompatible avec un fort recours à l'emploi informel de travailleurs domestiques pour s'occuper des enfants. Il faut noter que la définition de la notion d'«informel» diffère entre l'OCDE et l'Organisation internationale du Travail (OIT). Pour cette dernière, la garde «informelle» d'enfants fait référence au statut du travailleur employé, tandis que pour l'OCDE il s'agit d'une garde assurée par des grands-parents, d'autres parents, des amis ou des voisins, lesquels ne perçoivent aucune rémunération. Voir aussi chapitre 2.
- 20 Voir aussi chapitre 4, section 4.3.1, modèle 1.
- 21 OCDE, 2017c et 2017e.
- 22 À l'exception de la Finlande, où le taux de fréquentation est relativement bas.
- 23 UNESCO, 2018.
- 24 UNESCO, 2017, p. 140.
- 25 Marope et Kaga, 2015.
- 26 Selon les observations, un effectif maximal de 20 élèves par classe ou groupe d'apprentissage et un taux d'encadrement de 1 pour 10 ou moins sont les conditions permettant d'obtenir les meilleurs résultats dans les pays développés. Certaines organisations internationales recommandent un taux d'encadrement de 1 pour 15 au niveau préprimaire dans les pays à revenu élevé, alors que certaines normes nationales fixent ce taux à 1 pour 3 de 0 à 12 mois et de 1 pour 5 dans les toutes premières années d'école, c'est-à-dire de 1 à 3 ans.
- 27 BIT, 2014f.
- 28 Shaeffer, 2015; Wils, 2015.
- 29 UNESCO, 2015b.
- 30 BIT, 2014f.
- 31 UNESCO, 2015b.
- 32 UNESCO, 2015b.
- 33 *Ibid.*
- 34 EPT et UNESCO, 2015.
- 35 Voir l'annexe A.5 pour les estimations des dépenses à l'échelle nationale.
- 36 Pour les estimations des créations d'emplois à l'échelle nationale, voir l'annexe A.5.
- 37 Ces calculs donnent des résultats dans lesquels les différences entre le scénario optimal et celui du statu quo quant aux chiffres élargis de l'emploi direct, indirect et total sont similaires à celles des totaux initiaux.

- 38 Pour les estimations des créations d'emplois à l'échelle nationale, voir l'annexe A.5.
- 39 Lipszyc, Sail et Xavier, 2012, p. 8.
- 40 OMS, 2016b.
- 41 *Ibid.*
- 42 Cometto et coll., 2016.
- 43 OMS, 2017.
- 44 OMS, 2016b, p. 6.
- 45 Il s'agit là du seuil minimal nécessaire à la réalisation, à un niveau médian (25 pour cent), d'un indice composé de 12 indicateurs: 1) planning familial; 2) couverture des soins prénataux; 3) accouchements assistés par du personnel qualifié; 4) vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC3); 5) tabagisme; 6) accès à l'eau potable; 7) assainissement; 8) thérapie antirétrovirale; 9) traitement antituberculeux; 10) chirurgie de la cataracte; 11) diabète; 12) traitement de l'hypertension.
- 46 Les «autres cadres» recouvrent sept grandes catégories du personnel de santé définies dans la base de données de l'OMS sur les personnels de santé dans le monde: personnel dentaire; personnel de pharmacie; personnel de laboratoire; personnel de la santé publique et de l'environnement; agents de santé communautaires et traditionnels; cadres de direction; autres personnels de santé (assistants médicaux, diététiciens, nutritionnistes, ergothérapeutes, techniciens de l'imagerie médicale et des appareils électromédicaux, optométristes, opticiens, physiothérapeutes, personnel soignant, orthophonistes et personnel médical en formation). Pour tous ces «autres cadres», l'estimation a été faite en appliquant un multiplicateur calculé à partir des pays pour lesquels les données sont disponibles.
- 47 Pour les travaux préparatoires au rapport de l'OMS (2016b), voir Cometto et coll. (2016) et Liu et coll. (2017). Sur la base de 165 pays pour lesquels les données étaient suffisantes pour calculer des projections, Cometto et coll. (2016) prévoient que la demande croissante de personnels de santé débouchera sur la création de 40 millions de postes supplémentaires à l'échelle mondiale en 2030, mais ces derniers se concentreront dans les pays à revenu élevé et intermédiaire (tranche supérieure). Une étude signale un manque de 18 millions de travailleurs supplémentaires dans la santé pour réaliser les ODD et atteindre les objectifs de couverture sanitaire universelle, manque qui se concentrerait sur les pays à revenu faible et intermédiaire (tranche inférieure). De nouveau sur la base de 165 pays, Liu et coll. (2017) ont calculé que, pour réaliser les objectifs de couverture sanitaire universelle sur la base de 4,45 travailleurs de la santé pour 1 000 habitants, la demande serait de 80 millions de travailleurs de la santé, alors que, si les tendances actuelles persistent, l'offre ne serait que de 65 millions, soit un manque de 15 millions de travailleurs.
- 48 OMS, 2016b.
- 49 OMS, 2017.
- 50 Tomblin Murphy et coll., 2016b.
- 51 Tomblin Murphy et coll., 2016a.
- 52 Tomblin Murphy et coll., 2016b.
- 53 *Ibid.*
- 54 OMS, 2016b.
- 55 OMS, 2018a.
- 56 Ces chiffres sont les moyennes non pondérées des valeurs nationales figurant dans la base de données de l'OMS sur les dépenses de santé dans le monde.
- 57 OMS, 2006, p. 7.
- 58 OMS, 2006.
- 59 Liu et coll., 2017; Tomblin Murphy et coll., 2016a et 2016b.
- 60 Il faut noter que les réductions d'effectifs dues à l'évolution technologique sont aussi implicites dans le calcul du manque de personnels de santé dans les pays de l'OCDE, selon les données de Tomblin Murphy et coll., 2016a et 2016b.
- 61 Voir l'annexe A.5 pour les estimations des dépenses à l'échelle nationale.
- 62 *Idem.*
- 63 Le manque de 18 millions de personnels de santé mentionné dans la Déclaration de Dublin a été calculé à l'échelle mondiale et ne concerne que les personnels médicaux.
- 64 Scheil-Adlung, 2015.
- 65 Cette valeur est calculée comme la médiane (moyenne) pondérée en fonction de la population dans les pays de l'OCDE pour lesquels les données sont disponibles. Il est suggéré de comprendre cette valeur comme un plancher, du fait que «les pays de l'OCDE ne considèrent pas le taux de personnels des soins de longue durée comme satisfaisant» (Scheil-Adlung, 2015, p. 24).
- 66 Sur 45 pays figurant dans l'analyse, 12 ne publient pas de statistiques sur les dépenses publiques dans les soins de longue durée ou bien n'y consacrent aucun argent public; 12 y consacrent moins de 0,5 pour cent de leur PIB, y compris la Chine et l'Inde, où ce pourcentage est de 0,1 pour cent.
- 67 Tel que défini dans Scheil-Adlung, 2015.
- 68 Cette moyenne ne comprend pas l'Islande, pour laquelle il n'y a pas de données disponibles. Elle ne considère pas non plus les prestations monétaires, ce qui en fait une limite inférieure de la couverture dans ces pays où elle est universelle de par la loi.
- 69 Colombo et coll., 2011.
- 70 Voir *ibid.*, pp. 206-208.
- 71 Voir l'annexe A.5 pour les estimations des dépenses à l'échelle nationale.
- 72 *Idem.*
- 73 Ces calculs donnent des résultats dans lesquels les différences entre le scénario optimal et celui du statu quo quant aux chiffres élargis de l'emploi direct, indirect et total sont similaires à celles des totaux initiaux.
- 74 Pour les estimations des dépenses à l'échelle nationale, voir l'annexe A.5.
- 75 Le nombre de personnes âgées devrait augmenter de 61 pour cent d'ici à 2030 sur l'ensemble des 45 pays étudiés.
- 76 La figure 5.11 agrège le contenu des figures 5.6 et 5.10.

- 77 Pour un examen plus poussé, voir Ilkharacan et Kim, à paraître.
- 78 Les projections du PIB en 2030 sont fondées sur celles de la croissance du PIB réel, exprimée en pourcentage annuel, calculées par le FMI. Les séries contiennent les taux de croissance jusqu'en 2020; elles ont été extrapolées jusqu'en 2030 sur la base du taux de croissance de 2020.
- 79 Ces estimations sont fondées sur l'hypothèse implicite de la constance, jusqu'en 2030, des proportions de dépenses publiques et privées de chaque pays. Après augmentation, les dépenses publiques sont donc inférieures aux dépenses totales sur lesquelles sont fondées les recettes fiscales.
- 80 On applique aux entrées (dépenses) des multiplicateurs de branche, ce qui donne l'augmentation du produit brut. Cette dernière est multipliée par le ratio entre le PIB et le produit brut du pays, ce qui convertit les augmentations du produit en augmentations du PIB. On applique à ces dernières les ratios entre impôts et PIB et entre recettes et PIB pour obtenir l'imposition et les recettes totales en dollars É.-U. Ces montants sont ensuite comparés avec les entrées et le PIB de 2015. Les impôts comprennent toutes les sortes d'impôts et de taxes, sur le revenu, la propriété, les entreprises, ainsi que la TVA et d'autres «taxes» qui entrent dans la catégorie des «recettes». Ces dernières sont supérieures aux impôts, car elles comprennent des rentrées non fiscales, comme les cotisations sociales et autres recettes publiques (tels les droits de timbre et autres droits, à l'exclusion des emprunts). La principale composante est constituée par les cotisations sociales des salariés et des employeurs. Pour l'estimation des rentrées fiscales à l'échelle nationale, voir l'annexe A.5.
- 81 Comme les coûts sont différents, les retours budgétaires le sont aussi, en valeurs absolues.
- 82 Ilkharacan et Kim, à paraître.
- 83 Chiffres de 2011.
- 84 Calculé à partir des parts du PIB en 2011, appliquées à 2015 en l'absence de données par branche pour 2015.
- 85 Les projections du PIB en 2030 sont fondées sur celles de la croissance du PIB réel, exprimée en pourcentage annuel, calculées par le FMI. Les séries contiennent les taux de croissance jusqu'en 2020; elles ont été extrapolées jusqu'en 2030 sur la base du taux de croissance de 2020.
- 86 Ilkharacan, 2018.
- 87 BIT, 2017m; Ilkharacan, 2018.
- 88 UNESCO, 2015b.
- 89 OMS, 2016b.

CHAPITRE 6

Pour l'avenir du travail décent: suivre le scénario optimal dans les activités de soin à autrui

POINTS CLÉS

- Le «cercle de répercussions entre travail de soin à autrui non rémunéré, travail rémunéré et travail de soin à autrui rémunéré» a d'importantes implications sur le bien-être des bénéficiaires des activités de soin, des prestataires non rémunérés et des travailleurs du soin; il est donc essentiel pour l'avenir du travail décent.
- Les activités de soin à autrui non rémunérées constituent le principal obstacle à l'entrée des femmes sur le marché du travail et sont un déterminant essentiel de la qualité moindre de l'emploi des femmes, comparé à celui des hommes.
- Les effectifs actuels des travailleurs du soin à autrui et la qualité de leurs emplois sont insuffisants pour satisfaire une demande qui s'accroît et se transforme. Pour réaliser les ODD, l'emploi dans les activités de soin à autrui doit encore augmenter, et des emplois décents doivent être créés pour les travailleurs de cette branche.
- Suivre le scénario optimal dans les activités de soin à autrui, fondé sur le principe de la justice sociale, suppose la réalisation de cinq objectifs politiques essentiels: reconnaître, réduire et redistribuer le travail de soin à autrui non rémunéré, créer plus d'emplois, et de meilleure qualité, dans les activités de soin à autrui et promouvoir la représentation, dans le dialogue social, des prestataires non rémunérés, du personnel et des bénéficiaires des activités de soin à autrui.
- La réalisation de ces objectifs suppose l'adoption de politiques transformatrices dans les cinq domaines suivants: activités de soin à autrui, macroéconomie, protection sociale, travail et migrations. Ces politiques doivent viser la satisfaction de toute la gamme des besoins, présents et à venir, en matière de soin à autrui et promouvoir l'égalité entre femmes et hommes, au travail comme dans la famille.
- Pour l'avenir du travail décent, investir dans des activités de soin à autrui de bonne qualité présente de nombreux avantages, à court et à long terme. Un nombre significatif de nouveaux emplois, attractifs pour les femmes comme pour les hommes, devrait être créé, ce qui réduirait la ségrégation professionnelle entre les sexes dans la branche des activités de soin et libérerait du temps pour les femmes désireuses de s'engager dans une activité professionnelle.
- Les leçons tirées des expériences de plusieurs pays mettent en évidence l'importance de reconnaître que la répartition inégalitaire des activités de soin à autrui est un puissant déterminant des inégalités de sexe et de revenu. Elles signalent aussi l'importance de suivre une approche fondée sur les droits et tenant compte des disparités entre les sexes en matière de sécurité sociale, ainsi que de respecter certaines priorités en matière de dialogue social et d'égalité entre hommes et femmes.

- L'engagement des gouvernements, des employeurs, des travailleurs et de leurs organisations ainsi que l'implication active des représentants des travailleurs, des prestataires non rémunérés et des bénéficiaires des activités de soin sont les conditions préalables à la réussite du scénario optimal pour ces dernières. Les mandats de l'Organisation internationale du Travail (OIT) ont aujourd'hui entre les mains la réalisation d'un avenir du travail qui soit décent de par sa conception même.

6.1. UN ENVIRONNEMENT POLITIQUE PROPICE AU SCÉNARIO OPTIMAL DANS LES ACTIVITÉS DE SOIN À AUTRUI

Nous avons montré dans ce rapport que les activités de soin à autrui sont essentielles pour bâtir un avenir fondé sur le travail décent. Ces activités sont indispensables pour que les êtres humains vivent en bonne santé et dans la prospérité, que les économies soient viables et que les sociétés perdurent. Par son caractère relationnel, le travail de soin non rémunéré peut être très gratifiant. Également, il conforte le bien-être des personnes et renforce les liens au sein des familles et entre les générations. Mais, s'il est trop intense, pénible et mal réparti, il devient une source d'inégalités au sein des ménages et sur le marché du travail, une cause de pauvreté monétaire et de privation de temps. Comme on l'a vu au chapitre 2, le travail de soin non rémunéré est la première explication de l'inactivité économique des femmes qui ont des responsabilités familiales. Il est aussi la cause des principales pénalisations que subissent ces femmes, par rapport à celles qui n'ont pas de responsabilités familiales, lorsqu'elles s'engagent dans une activité professionnelle. Comme il est indiqué au chapitre 3, sous réserve qu'elles créent des emplois et garantissent l'égalité entre femmes et hommes, les politiques du soin à autrui peuvent faciliter l'intégration professionnelle des personnes qui sont, à plein temps, prestataires non rémunérées de soin à autrui, notamment lorsqu'elles sont issues de catégories désavantagées. Au chapitre 5, on a plaidé pour l'investissement dans des services de soin à autrui en vue de réaliser les objectifs de développement durable (ODD), ce qui aurait pour effet non seulement d'améliorer le bien-être des bénéficiaires et des prestataires, mais aussi de créer des emplois dans les activités de soin et, ainsi, de soutenir la croissance. S'il s'agit d'emplois décents et en nombre suffisant, il sera possible de combler les lacunes dans la couverture des services de soin à autrui et d'améliorer les conditions de travail du personnel, comme il est montré au chapitre 4. La redistribution des responsabilités de soin à autrui permettra aussi aux prestataires non rémunérés qui ne l'ont pas encore fait de s'engager dans l'emploi rémunéré.

Nous avons montré dans ce rapport que le scénario optimal pour les activités de soin à autrui doit être fondé sur des politiques transformatrices dans les cinq domaines suivants: activités de soin à autrui, macroéconomie, protection sociale, travail et migrations (voir figure 6.1). Ces politiques seront transformatrices si elles sont conçues et organisées de sorte à garantir la *reconnaissance de la valeur* du travail de soin non rémunéré, la *réduction* de sa pénibilité et sa *redistribution* entre hommes et femmes, ainsi qu'entre les ménages et l'État¹. Pour être transformatrices, ces politiques doivent aussi assurer une *rétribution* équitable du personnel des activités de soin à autrui, ainsi que sa *représentation*, de même que celles des bénéficiaires et des prestataires non rémunérés.

Figure 6.1. Les «5R» du travail décent dans les activités de soin à autrui: réaliser le scénario optimal pour un travail de soin à autrui respectueux de l'égalité entre hommes et femmes

Grands domaines d'intervention	Recommandations pour l'action	Mesures concrètes
Activités de soin à autrui	Reconnaître, réduire et redistribuer le travail de soin à autrui non rémunéré	■ Quantifier toutes les formes de travail de soin à autrui et prendre le travail de soin non rémunéré en considération dans la prise de décision ■ Investir dans des services, des politiques et des infrastructures de qualité en matière d'activités de soin à autrui ■ Promouvoir des politiques actives du marché du travail qui favorisent la stabilité, la réintégration ou la progression des prestataires de soins à autrui non rémunérés dans la main-d'œuvre ■ Adopter et mettre en œuvre, à l'intention de tous les travailleurs, des dispositifs permettant de concilier vie professionnelle et vie de famille ■ Promouvoir la formation et l'éducation en vue de l'égalité entre hommes et femmes au sein des ménages, sur le lieu de travail et dans la société ■ Garantir le droit à un accès universel à des services de qualité en matière de soin à autrui ■ S'assurer que les systèmes de protection sociale, y compris les socles de protection sociale, facilitent les activités de soin à autrui et favorisent l'égalité entre hommes et femmes ■ Appliquer, à l'intention de toutes les femmes et de tous les hommes, des politiques publiques de congés favorisant l'égalité entre hommes et femmes.
Macroéconomie		
Protection sociale		
Travail	Rétribuer équitablement le personnel du soin à autrui; plus d'emplois et un travail décent	■ Réglementer et faire appliquer les termes et conditions d'emploi décents, et réaliser l'égalité de rémunération pour un travail de valeur égale, pour tous les travailleurs des activités de soin à autrui ■ Garantir aux travailleurs du soin à autrui, femmes et hommes, un milieu de travail sûr, attrayant et stimulant ■ Adopter des lois et appliquer des mesures afin de protéger les travailleurs migrants engagés dans les activités de soin à autrui
Migrations	Garantir, représentation, dialogue social et négociation collective pour les travailleurs du soin à autrui	■ Assurer la participation pleine et effective des femmes dans la vie politique, économique et sociale, ainsi que l'égalité des chances à tous les niveaux de décision et de direction ■ Promouvoir la liberté d'association des travailleurs et des employeurs des activités de soin à autrui ■ Promouvoir le dialogue social et renforcer le droit à la négociation collective dans les activités de soin à autrui ■ Favoriser la constitution d'alliances entre les syndicats représentant les travailleurs du soin à autrui et les organisations de la société civile représentant les bénéficiaires de ces activités, ainsi que les prestataires non rémunérés

Source: Auteurs.

Les activités de soin à autrui sont un «bien public» dont les sociétés, les économies et les individus ont la jouissance. L'État devrait avoir la responsabilité première et principale de définir les prestations et la qualité des services de soin à autrui, agissant comme prestataire direct, comme entité principale de financement en vertu de la loi et comme régulateur du marché. Le dialogue social tripartite ainsi que la représentation des bénéficiaires, des prestataires non rémunérés et du personnel du soin à autrui sont essentiels à l'établissement d'un scénario optimal assurant l'égalité entre hommes et femmes. On trouve les fondements et la légitimité du scénario optimal dans les normes internationales du travail² appropriées, qui sont présentés au chapitre 1 (voir section 1.3 et

tableau 1.1 de l'annexe 1)³. Un environnement politique transformateur et propice à ce que les activités de soin respectent les principes du travail décent et de l'égalité entre hommes et femmes est également essentiel pour mener à bien le Programme de développement durable à l'horizon 2030 (voir encadré 1.3 au chapitre 1).

6.2. RECOMMANDATIONS POUR L'ACTION EN VUE DE LA RÉALISATION DU SCÉNARIO OPTIMAL

La présente section contient des recommandations à l'intention des mandants de l'OIT quant aux mesures à prendre et aux actions à mener afin qu'ils réalisent le scénario optimal pour les activités de soin à autrui. Elles sont regroupées selon les 5R du travail décent dans les activités de soin à autrui: *reconnaître*, *réduire* et *redistribuer* les activités de soin à autrui non rémunérées, *rétribuer* équitablement le personnel du soin à autrui tout en offrant plus d'emplois et un travail décent, et garantir *représentation*, dialogue social et négociation collective aux travailleurs du soin à autrui. À chaque catégorie de recommandations correspond une série de mesures concrètes, inspirées par les normes internationales du travail et dont la teneur découle des observations et résultats qui figurent dans les chapitres précédents. Le tout est illustré par l'exposé d'expériences nationales novatrices.

6.2.1. Reconnaître, réduire et redistribuer les activités de soin à autrui non rémunérées

1. Quantifier toutes les formes de travail de soin à autrui et prendre le travail de soin non rémunéré en considération dans la prise de décisions

Mener des enquêtes sur la main-d'œuvre et sur l'utilisation du temps pour évaluer le volume et la valeur du travail de soin non rémunéré

On estime que le travail de soin non rémunéré, y compris le travail bénévole et en formation, représente environ 9 pour cent du PIB mondial (voir chapitre 2). Pour quantifier le travail de soin non rémunéré, les enquêtes sur la main-d'œuvre et sur l'utilisation du temps sont des instruments complémentaires qui permettent aussi de voir dans quelle mesure et à quelles conditions les prestataires non rémunérés pourraient intégrer la main-d'œuvre (voir chapitre 2). Au cours des dernières décennies, on a réalisé des progrès considérables dans la réalisation des enquêtes sur l'utilisation du temps, aussi bien dans les pays en développement que dans les pays développés⁴. En Amérique latine, la mesure de la valeur économique du travail de soin non rémunéré est une obligation constitutionnelle ou légale dans plusieurs pays – État plurinational de Bolivie, Colombie, Équateur et République bolivarienne du Venezuela –, tandis que la Colombie, l'Équateur et le Mexique ont établi des comptes satellites pour le secteur des ménages. Ces données peuvent être utilisées pour orienter des changements institutionnels, établir des droits aux prestations ou améliorer les politiques en matière de soin à autrui, comme c'est le cas en Colombie (voir encadré 6.1).

Dans les pays à faible revenu, la volonté de mieux appréhender le volume et la nature du travail de soin à autrui non rémunéré a suscité le développement de nouveaux questionnaires pour les enquêtes auprès de la main-d'œuvre. Ainsi, en 2016-17, le Bureau international du Travail (BIT) a mené des études pilotes dans neuf pays⁵ pour appliquer

Encadré 6.1. Avancées dans la mesure du travail de soin non rémunéré: l'exemple de la Colombie

En Colombie, la loi n° 1413 de 2010 sur l'économie du soin prévoit de quantifier la contribution des femmes au développement économique et social, aux fins de l'élaboration et de l'application des politiques publiques. Le Département administratif national de statistique (DANE) est chargé de coordonner et de mener des enquêtes sur l'utilisation du temps, ainsi que d'établir un compte satellite pour l'économie du soin*. Le DANE a calculé que 34 754 millions d'heures de travail de soin non rémunéré avaient été effectuées en 2012-13, ce qui correspond, en valeur monétaire, à 19,3 pour cent du PIB de 2012. Environ 79 pour cent de ce travail a été réalisé par des femmes, et 21 pour cent, par des hommes.

Les données collectées et les analyses qui en ont découlé ont servi de base à l'élaboration de politiques visant à satisfaire les besoins en matière de soin à autrui. Le plan de développement pour 2014-2018 inclut ainsi la création d'un système national de soin à autrui accompagnant un programme national sur l'économie du soin à autrui.

* Les comptes satellites pour le secteur des ménages sont des outils de mesure et de quantification de la valeur de la production du travail de soin à autrui non rémunéré, y compris la contribution du secteur à but non lucratif, dans le cadre du Système de comptabilité nationale (SCN). L'établissement de comptes satellites, qui existent aujourd'hui dans toute une série de pays, a permis de mieux évaluer et de rendre visibles, en tant que variables macroéconomiques, la valeur du travail de soin non rémunéré ainsi que son caractère sexué. Voir Abraham et Mackie (2005).

Sources: Gouvernement de la Colombie, 2013 et 2014; Congrès de Colombie, 2010; Esquivel et Kaufmann, 2017.

la Résolution I de la dix-neuvième Conférence internationale des statisticiens du travail (CIST) et mesurer le travail de production pour la consommation personnelle en faisant la distinction entre le temps de travail non rémunéré consacré aux tâches ménagères, celui consacré à s'occuper des enfants et celui consacré à s'occuper d'adultes dépendants⁶.

Prendre en compte le travail de soin à autrui non rémunéré dans les analyses macroéconomiques et lors de toutes les prises de décisions

Les mesures d'ordre macroéconomique, comme les dispositions fiscales ou les décisions budgétaires et monétaires, ont des effets sur la répartition du travail de soin non rémunéré et la ségrégation professionnelle entre hommes et femmes⁷. Comme on l'a vu au chapitre 2, cela débouche sur des inégalités entre hommes et femmes à la fois au travail et au sein des ménages. Intégrer le travail de soin à autrui non rémunéré dans les analyses macroéconomiques permet de révéler les effets différenciés sur les hommes et les femmes de dispositions apparemment neutres. Ainsi, en période de crise, les réductions dans les dépenses publiques consacrées aux activités de soin à autrui ont des effets disproportionnés sur les femmes, comme il a été constaté dans de nombreux pays après la crise de 2008⁸. Au Royaume-Uni, l'ONG Women's Budget Group a estimé que les mères vivant seules avaient été le plus durement touchées par les coupes budgétaires et les changements de politiques fiscales, après l'instauration de l'austérité budgétaire. Elles ont subi une chute de 15,6 pour cent de leur revenu, contre 4,1 pour cent pour les couples sans enfants⁹.

Les analyses macroéconomiques sexospécifiques permettent d'identifier et de corriger les dispositions budgétaires et fiscales inéquitables pour l'un ou l'autre sexe. La méthode d'élaboration budgétaire sexospécifique a été mise au point pour réaliser l'égalité entre

hommes et femmes en se concentrant sur la façon dont les ressources publiques sont recouvrées et dépensées¹⁰. De nombreux pays développés et en développement se sont engagés dans l'élaboration budgétaire sexospécifique, et cela a débouché sur d'importantes réformes dans plusieurs d'entre eux¹¹. Ainsi, au Japon, des mesures ont été adoptées pour réduire le harcèlement au travail en cas de maternité, tandis qu'aux Pays-Bas on a modifié les méthodes de financement de l'enseignement supérieur¹². À la suite d'un accord signé en 2015 entre le ministère de l'Éducation d'une part et les universités et instituts de recherche néerlandais d'autre part, les subventions de l'État à ces derniers ne seront intégralement versées que si, d'ici à 2020, au moins 30 pour cent du corps professoral et des membres du conseil d'administration sont des femmes¹³. Au Brésil, cela a conduit à l'établissement d'un programme global de soins de santé en vue d'améliorer la santé des femmes, tandis qu'au Mexique le financement alloué au programme de soins maternels a été augmenté, avec pour effet une chute du taux de mortalité liée à la maternité et une élévation de l'espérance de vie¹⁴. En Inde, la méthode a longtemps été appliquée pour traiter les problèmes d'égalité entre hommes et femmes et pour réaliser les objectifs de développement des femmes et des filles dans les domaines de l'éducation, de la santé, de l'accès aux infrastructures et d'autres services publics¹⁵. En Ouganda, son application a débouché sur une augmentation des moyens budgétaires alloués au contrôle de l'efficacité des mesures prises pour augmenter la fréquentation et la persévérance scolaires des filles¹⁶. Au Rwanda, une loi budgétaire organique comprenant l'élaboration budgétaire sexospécifique a été adoptée¹⁷.

2. Investir dans des services, des politiques et des infrastructures de qualité en matière d'activités de soin à autrui

Dégager des marges budgétaires pour investir dans les politiques du soin à autrui

Les suppressions d'emplois et les coupes budgétaires dans les activités de soin à autrui sont systématiquement compensées par les efforts et le temps supplémentaires que les femmes consacrent aux activités de soin non rémunérées¹⁸. Les politiques du soin à autrui peuvent être financées en élargissant les marges budgétaires. Cela suppose l'établissement d'une structure fiscale plus transparente, progressive et redistributive en vue de dégager des recettes fiscales supplémentaires. Cette approche est plus durable que l'austérité budgétaire, elle est aussi moins inégalitaire. Dégager des marges de manœuvre budgétaires suppose de taxer la richesse plus fortement que la consommation ou le travail¹⁹. Il existe d'autres méthodes: impôt écologique ou autre taxe portant sur les externalités négatives (comme les émissions de gaz à effet de serre) susceptibles d'apporter de nouvelles recettes budgétaires.

En outre, il faut envisager des exonérations ou des réductions de l'imposition du travail dans les activités de soin, en particulier le travail domestique, en tant que moyens efficaces de soutenir la transition vers l'emploi formel. Des incitations fiscales du même ordre peuvent venir en soutien des activités de soin à autrui non rémunérées lors de congés parentaux ou d'autres congés pour s'occuper de membres de la famille, par exemple en exonérant les allocations spécifiques pour soin à autrui ou autres prestations en espèces. Il s'agit aussi de soutenir les initiatives des employeurs qui établissent des services, tels que des crèches, sur le lieu de travail. En outre, les systèmes fiscaux doivent

permettre aux personnes qui subissent des frais dus à des activités de soin à autrui d'en déduire le montant de leurs revenus déclarés, comme c'est le cas dans un petit nombre de pays (32 sur 177) tels l'Argentine, la République de Corée, les États-Unis, la France et le Mexique²⁰. Les systèmes fiscaux doivent privilégier l'imposition séparée dans les familles à deux revenus ou bien garantir que la personne qui a le revenu le plus faible – et qui est en général la femme – n'est pas imposée au taux marginal le plus élevé²¹. Pour atteindre cet objectif, l'Autriche a entrepris une réforme en profondeur de sa fiscalité en 2007 afin que celle-ci incite plus les femmes à avoir une activité professionnelle²².

Élargir les marges de manœuvre budgétaires est possible même dans les pays à faible revenu. Dans le cadre d'un projet du millénaire des Nations Unies, il a été estimé que les cinq pays étudiés (Bangladesh, Cambodge, Ghana, Ouganda et République-Unie de Tanzanie) étaient à même d'accroître leurs recettes fiscales d'un montant équivalant à 4 pour cent du PIB au cours d'une décennie²³. Les marges budgétaires peuvent être élargies en améliorant l'efficacité du recouvrement de l'impôt et en s'attaquant aux contraintes et aux limites des capacités institutionnelles. De nombreux pays d'Afrique subsaharienne ont accru leurs recettes publiques de cette façon, dans une proportion qui est allée jusqu'à 60 pour cent au Rwanda entre 1998 et 2005. Il est aussi possible de créer de nouvelles taxes sur les transactions financières, dont les recettes sont affectées aux politiques et services sociaux tels que l'accès aux soins de santé et à la protection sociale, comme au Brésil de 1997 à 2008²⁴. Enfin, l'emploi public et la restructuration de la dette sont deux autres moyens de dégager des financements pour les politiques en rapport avec les activités de soin à autrui.

Investir dans des services de qualité dans les domaines de l'éducation et de la santé et du travail social

Investir dans des services de qualité en matière d'éducation (y compris l'éducation et la protection de la petite enfance) ainsi que de santé et de travail social (y compris les soins de longue durée et l'assistance aux personnes handicapées) est indispensable pour satisfaire les besoins de soin à autrui, réduire et redistribuer le travail de soin à autrui non rémunéré et favoriser l'accès des femmes et des hommes au travail décent (voir chapitres 3 et 4). Les politiques macroéconomiques à l'appui du scénario optimal présentent un potentiel d'amélioration du bien-être des bénéficiaires ainsi que des prestataires non rémunérés, tout en créant des emplois décents, dans les activités de soin à autrui comme dans d'autres domaines, et en soutenant la croissance économique (voir chapitre 5). Les États devraient renforcer le lien entre les réformes fiscales destinées à dégager des marges budgétaires en vue d'assurer directement des services de soin à autrui et les investissements dans les services et infrastructures de soin.

Si les pays font face à la croissance des besoins en matière de soin à autrui du fait de l'expansion démographique en maintenant le niveau actuel de l'emploi en termes de couverture et de qualité (médiocre), ils devront réaliser d'ici à 2030 des investissements supplémentaires équivalant à environ 6 points de pourcentage du PIB mondial. Réaliser les ODD en matière d'éducation et de santé et de travail social, y compris par la création d'emplois décents pour le personnel des activités de soin à autrui, impliquerait un effort supplémentaire de 3,5 points de pourcentage de ce PIB (voir chapitre 5).

Réaliser les ODD implique de porter l'emploi total dans ces secteurs de 205 millions de postes aujourd'hui (dans les 45 pays sélectionnés) à 326 millions. Cela signifie une augmentation de 60 pour cent de l'emploi dans l'éducation et la santé et dans le travail social d'ici à 2030. Cet investissement dans l'économie du soin induirait aussi la création de 149 millions d'emplois dans d'autres secteurs. Cela fait en tout 475 millions de postes en plus (voir chapitre 5).

Les externalités positives des activités de soin à autrui et le niveau où s'établit le compromis entre le nombre de bénéficiaires et la qualité des prestations signifient que le caractère public des prestations est essentiel – ce qui est reconnu dans la formulation des ODD – et que les prestataires privés devraient jouer un rôle auxiliaire et soigneusement réglementé dans la prestation des services de soin à autrui (voir chapitre 4).

Investir dans des infrastructures qui réduisent la pénibilité des activités de soin à autrui et qui atténuent les effets du changement climatique

Améliorer l'accès des bénéficiaires, des prestataires non rémunérés et du personnel des activités de soin à autrui à des infrastructures de qualité a des effets considérables sur l'égalité entre hommes et femmes et sur le bien-être général, contribuant ainsi à la réalisation de plusieurs des ODD (voir encadré 1.4). Pourtant, l'accès aux services d'éducation et de protection de la petite enfance, aux écoles, aux universités, aux hôpitaux et aux établissements de soins de longue durée reste limité. Tel est aussi le cas d'autres infrastructures en rapport avec les activités de soin, surtout dans les pays à revenu faible ou intermédiaire et dans les zones rurales (voir chapitre 3), les personnes les plus pénalisées étant les femmes et les membres des catégories sociales désavantagées. Lorsqu'elles existent, les infrastructures en rapport avec les activités de soin sont souvent inaccessibles aux enfants et aux personnes handicapés. En adoptant une approche inclusive, les gouvernements et les organisations peuvent garantir que les infrastructures nouvelles ou rénovées sont accessibles à tous²⁵. Cela peut consister à installer des rampes d'accès pour permettre aux personnes se déplaçant en fauteuil roulant d'utiliser une fontaine communale, à équiper les toilettes à l'intention des personnes handicapées, à faire en sorte que les besoins spécifiques des enfants handicapés soient pris en considération lors de l'équipement des écoles et par le personnel enseignant²⁶. S'agissant de l'éducation, investir dans la construction de nouvelles écoles, surtout dans les zones reculées, est un bon moyen de faire augmenter le taux de scolarisation et les indicateurs de la qualité de l'enseignement (ratio élèves-enseignant et taux de persévérance scolaire). L'existence de locaux scolaires est un préalable à la scolarisation comme le montrent les expériences du Maroc, du Mozambique et de l'Afghanistan (voir encadré 6.2)²⁷.

Améliorer l'accès des ménages aux infrastructures de base – eau, assainissement et électricité – peut diminuer sensiblement la pénibilité des tâches domestiques et réduire les inégalités entre hommes et femmes, tout en facilitant l'adaptation au changement climatique et en atténuant ses effets²⁸. Grâce à la création d'«emplois verts», il est possible de faire aller de pair le développement durable, un meilleur accès aux infrastructures, l'amélioration des moyens de subsistance et des conditions de travail décentes. Cela peut se faire par des projets et des politiques qui facilitent l'approvisionnement des ménages en eau et en combustible, tout en s'assurant que les infrastructures produisent des énergies vertes et renouvelables, comme c'est le cas au Bangladesh et au Kenya, par exemple (voir encadré 6.3).

Encadré 6.2. Construire des écoles: acte premier des progrès de la scolarisation

Au Mozambique, le nombre d'établissements d'enseignement primaire et secondaire a triplé entre 1992 et 2010, et la construction de nouvelles écoles et salles de classe se poursuit. Outre sa politique de gratuité des frais de scolarité, la construction d'écoles a permis au Mozambique de réduire de façon substantielle le nombre d'élèves n'ayant jamais fréquenté l'école et d'accroître son taux net de scolarisation de près de 35 points de pourcentage. Au Maroc, l'accès à l'éducation s'est amélioré grâce à la Charte nationale d'éducation et de formation instaurant la «décennie de l'éducation» (2000-2009), dont l'un des objectifs prioritaires est de renforcer l'équité. Suite à d'importants investissements dans des infrastructures scolaires dans les zones rurales, les progrès accomplis en matière d'accès à l'enseignement primaire sont impressionnants, notamment pour les filles du milieu rural, qui continuent d'être une cible privilégiée des programmes. En Afghanistan, la création de nouvelles écoles communautaires de villages en 2007 a entraîné une hausse de 42 points de pourcentage de la scolarisation dans un échantillon de villages représentatifs.

Source: UNESCO, 2015b.

Encadré 6.3. Aborder le changement climatique par la création d'emplois verts et prenant en compte le soin à autrui

Au **Bangladesh**, le système de microcrédit Grameen Shakti a permis d'équiper plus de 100 000 maisons de dispositifs solaires dans des collectivités rurales. Cette initiative a ouvert des possibilités de formation et d'emploi, y compris pour les femmes, et libéré du temps pour des activités rémunératrices, mais elle a aussi assuré l'approvisionnement en énergie propre des ménages, avec des bénéfices pour la santé.

Au **Kenya**, la production de biogaz propre est possible grâce à un dispositif portable et peu onéreux: le Flexi Biogas System. Cela permet aux femmes d'épargner le temps qu'elles consacraient auparavant à ramasser du bois et cela réduit les émissions de gaz toxique et de particules dues à la combustion du bois, émissions nocives pour la santé et préjudiciables à l'environnement.

En **Éthiopie**, le programme de travaux publics «filet de sécurité productif» (Productive Safety Net Programme – PSNP) contribue à améliorer la résilience et la capacité d'adaptation face au changement climatique par des investissements dans la création de biens collectifs en vue de renverser la tendance à la dégradation des réservoirs d'eau et garantir une alimentation en eau fiable quelles que soient les conditions climatiques.

En **Inde**, le projet de développement Karnataka Watershed a pour but d'améliorer le potentiel productif de certaines réserves d'eau et de renforcer les dispositifs communautaires et institutionnels de gestion des ressources naturelles. Pour les participants les plus pauvres, cela s'est traduit par une amélioration des revenus, de l'emploi et de la productivité agricole. Plus de 6 000 groupes d'entraide féminins ont été formés pour assurer des moyens d'existence durables. Bien des modalités novatrices de contrôle et d'évaluation de ce projet ont été adoptées par le ministère central de l'Agriculture de l'Inde et sa nouvelle autorité chargée des eaux pluviales afin d'être utilisées dans tous les programmes du pays en matière de collecte de ces eaux.

Sources: BIT, 2009; FIDA, 2016b; Hallegatte et coll., 2016; Banque mondiale, 2012a.

Les entreprises vertes, la gestion et le recyclage des déchets ainsi que les énergies renouvelables – priorités inscrites dans le programme de l'OIT en faveur des emplois verts (The Green Jobs Programme) – sont essentiels pour que les hommes et les femmes des peuples autochtones réalisent leur potentiel en tant qu'agents du changement pour une durabilité accrue²⁹. Enfin, il faut d'entrée de jeu mettre en œuvre des stratégies et des prises de décisions qui respectent l'égalité de chances et de traitement entre hommes et femmes.

Éliminer toutes les formes de travail des enfants et la durée excessive des tâches ménagères

Le travail des enfants, leurs responsabilités et leur engagement dans les tâches ménagères, y compris lorsqu'il s'agit de s'occuper de leurs frères et sœurs ou de parents malades, âgés ou handicapés, s'observent partout dans le monde. Environ 54 millions d'enfants âgés de 5 à 17 ans, dont les deux tiers sont des filles, travaillent au moins 21 heures par semaine³⁰. Et, lorsque les tâches ménagères viennent s'ajouter à une activité économique, la charge est double. Parmi les nombreux facteurs qui peuvent contribuer à réduire le travail des enfants, les normes juridiques internationales, notamment celles de l'OIT, sont essentielles, à l'instar de la convention (n° 138) sur l'âge minimum, 1973, et de la convention (n° 182) sur les pires formes de travail des enfants, 1999. On observe une forte corrélation entre la ratification de ces instruments par les pays et la réduction de la fréquence du travail des enfants³¹. Toutefois, il est de première importance que les dispositions de ces normes soient effectivement appliquées par l'intermédiaire de la législation et des programmes d'action nationaux, entre autres en supprimant les incohérences dans les cadres juridiques nationaux. Par exemple, il peut exister des contradictions entre les lois relatives à l'âge minimum d'admission à l'emploi et celles qui fixent l'âge de la scolarité obligatoire.

D'autres éléments peuvent contribuer à réduire le travail des enfants: offrir des possibilités d'emploi décent aux adultes et aux jeunes en âge de travailler de par la loi; s'assurer que les ménages n'ont pas à s'en remettre au travail des enfants pour satisfaire leurs besoins élémentaires ou tenter de limiter l'insécurité économique. Des régimes de protection sociale qui atténuent la pauvreté peuvent aussi réduire le travail des enfants et éviter que ceux-ci ne consacrent excessivement de temps aux tâches ménagères³².

L'éducation est également essentielle pour réduire la participation excessive des enfants aux tâches ménagères. En 2016, 36 millions d'enfants âgés de 5 à 14 ans mis au travail n'étaient pas scolarisés³³. Les observations faites dans des pays aussi divers que le Bangladesh, la Côte d'Ivoire, le Mexique et le Yémen montrent une relation entre la réduction du travail des enfants et l'amélioration des conditions de scolarisation (existence d'écoles, proximité géographique, temps disponible) ainsi que de la qualité de l'enseignement (qualification des enseignants et faible ratio élèves-enseignant)³⁴.

3. Promouvoir des politiques actives du marché du travail qui favorisent l'activité professionnelle des prestataires de soin à autrui non rémunérés

À l'échelle mondiale, 606 millions de femmes et 41 millions d'hommes en âge de travailler sont en situation d'inactivité économique du fait de leurs responsabilités familiales (voir chapitre 2). Faire que cette main-d'œuvre potentielle devienne active après

un congé parental ou une période d'inactivité due aux responsabilités familiales devrait être une priorité des politiques de l'emploi. Ces dernières devraient fournir des possibilités d'emploi ou des formations et offrir des services de l'emploi, mais aussi garantir qu'il existe des services d'accueil des enfants et des services de soins de longue durée à la disposition de tous les bénéficiaires potentiels, de sorte que le travail de soin non rémunéré soit reconnu, réduit et redistribué et que tous, femmes et hommes, puissent avoir une activité professionnelle³⁵.

Des services de l'emploi qui répondent aux besoins des personnes ayant des responsabilités familiales

Les services de l'emploi devraient tenir compte des besoins des personnes qui ont des responsabilités familiales. Ainsi, en Fédération de Russie, les services de l'emploi proposent une formation professionnelle ou une mise à niveau des qualifications aux femmes ayant des enfants de moins de 3 ans et qui sont en congé parental. En 2014, 16 300 femmes ont bénéficié d'une formation professionnelle, et 16 700 autres, de conseils d'orientation professionnelle de la part des services locaux de l'emploi³⁶. En France, les services de garde des enfants sont ouverts aux chômeurs, ce qui est essentiel pour aider ceux qui ont des responsabilités familiales à retrouver du travail³⁷. En Autriche, dans le cadre des politiques actives du marché du travail, le programme Frauen in Handwerk und Technik (FiT) a pour objet de rompre avec la ségrégation professionnelle en encourageant les femmes, y compris les mères, à s'engager dans des activités dont elles sont traditionnellement absentes³⁸. Le programme leur permet d'obtenir des qualifications certifiées dans des professions à dominante masculine par l'apprentissage ou l'accès à des écoles ou universités techniques professionnelles spécialisées en sciences appliquées.

Lancer des programmes de travaux publics qui tiennent compte des activités de soin à autrui et favorisent l'égalité entre hommes et femmes

Dans les pays en développement où les régimes d'assurance-chômage ne sont pas encore établis, il faudrait accroître la participation des prestataires de soin à autrui non rémunérés privés de temps, notamment les femmes, aux programmes de travaux publics qui peuvent aussi alléger la charge de leurs activités de soin à autrui. Pour cela, ces programmes doivent être conçus et mis en œuvre en prenant en considération les besoins des prestataires non rémunérés. Le BIT a passé en revue 43 programmes dans 30 pays d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine et des Caraïbes pour constater que, entre 1995 et 2013, seulement un cinquième d'entre eux avaient une approche sexospécifique des besoins et identifiaient les possibilités de participation des femmes³⁹. Des mesures ont été prises pour régler ces problèmes: consulter les femmes et les hommes pour identifier leurs besoins; reconnaître les différences de vulnérabilité entre femmes et hommes; prendre en considération la privation de temps des femmes; prévoir dans le budget des actions sexospécifiques en matière de transport ou d'accueil des enfants; identifier les risques potentiels spécifiques à l'un ou l'autre sexe; procéder à un recrutement équitable des travailleurs participants et des personnes formées; créer des environnements de travail sexospécifiques, en particulier avec des horaires réduits ou flexibles (voir encadré 6.4)⁴⁰.

Encadré 6.4. Des programmes de travaux publics qui tiennent compte des activités de soin à autrui

La loi Mahatma Gandhi pour la garantie de l'emploi rural (Mahatma Gandhi National Rural Employment Act – MGNREGA) en Inde et le programme «filet de sécurité productif» (Productive Safety Net Programme – PSNP) en Éthiopie favorisent l'activité économique des femmes au moyen de quotas. Le PSNP prévoit des horaires flexibles, ainsi que des prestations en espèces pour les femmes enceintes ou ayant de jeunes enfants et qui n'ont pas de soutien familial. Aux termes de la MGNREGA, les participants travaillent dans un rayon de 5 kilomètres autour de leur village, ce qui permet aux femmes d'établir un équilibre avec leurs activités ménagères et familiales et de ne pas être entravées par des obstacles à la mobilité. Les deux programmes ont pour but de proposer un accueil des enfants sur les lieux de travail. Les travaux de recherche menés en Inde ont montré qu'il serait possible d'augmenter le potentiel de transformation du programme pour ce qui est de rompre le cumul des pénalisations. La participation des femmes à ce programme au-delà de 30 jours par an a des effets négatifs sur le temps passé à l'école par les filles. Cela montre que les services de garde sont essentiels pour réduire le risque de voir les tâches ménagères, auparavant effectuées par les travailleuses participantes au programme, transférées sur les enfants au détriment de leur scolarité.

Les programmes de travaux publics favorisent l'égalité entre hommes et femmes lorsqu'ils améliorent l'accès aux services de soin à autrui ou les infrastructures qui s'y rapportent. Ainsi le PSNP en Éthiopie comprend-il la création de biens publics, comme des moyens d'approvisionnement en bois ou en eau, ce qui atténue la privation de temps. Le programme soutient aussi les travaux agricoles sur des terres que possèdent des femmes chefs de famille afin de compenser le manque de bras.

En Afrique du Sud, le programme étendu de travaux publics (Expanded Public Works Programme – EPWP) est un des rares programmes qui investissent non seulement dans les infrastructures, mais aussi dans les services sociaux, dont les services à la petite enfance et les services de soins de santé des communautés locales (y compris à l'intention des ménages affectés par l'épidémie de VIH), services qui emploient des femmes et qui allègent la charge de leurs responsabilités familiales.

Sources: Holmes et Jones, 2010; Bárcia de Mattos et Dasgupta, 2017; BIT, 2017a; Tanzarn et Gutierrez, 2015; UNESCO, 2009a; Philip, 2013.

4. Adopter et mettre en œuvre, à l'intention de tous les travailleurs, des dispositifs permettant de concilier vie professionnelle et vie de famille

Mener de front activité professionnelle et responsabilités familiales est la norme pour la majorité des personnes qui ont un emploi. Leur nombre est de 1,4 milliard, soit 60,7 pour cent des actifs occupés dans le monde (voir chapitre 2). Ces chiffres montrent l'importance d'établir des dispositifs permettant de concilier vie professionnelle et de vie de famille qui soient universellement accessibles, sans considération du sexe, de l'état de santé ou de la situation familiale, car tous les travailleurs, femmes et hommes, sont susceptibles à un moment ou un autre de leur vie professionnelle d'être aussi prestataires de soin à autrui non rémunérés. La réduction progressive de la durée quotidienne du travail, ainsi que des heures supplémentaires, comme l'introduction de plus de flexibilité en termes d'horaires ou de localisation du travail sont utiles à tous les travailleurs, surtout lorsqu'ils ont des responsabilités familiales, et aussi aux personnes handicapées. Ces mesures leur permettent d'avoir une activité professionnelle ou de la conserver; elles atténuent aussi les effets négatifs sur la santé et le bien-être d'horaires longs et imprévisibles et d'un mauvais équilibre entre le travail et le reste de l'existence⁴¹. Il ne faut pas oublier les avantages que

présente pour les entreprises la flexibilité des horaires de travail avec ses effets positifs sur le recrutement, la fidélité, les taux d'absentéisme ou de rotation et la productivité du personnel, sans compter l'image de l'entreprise auprès du public (voir encadré 6.9)⁴².

Promouvoir et réglementer le télétravail et le travail nomade numérique

Le télétravail et le travail nomade numérique offrent aux travailleurs ayant des responsabilités familiales des possibilités de plus grande souplesse et de réduction des temps de trajet, mais ils ne sont possibles que pour un très petit nombre de travailleurs et ne sont pas assez réglementés (voir chapitre 3)⁴³. Il faudrait promouvoir l'établissement par la loi des droits en matière de télétravail, ainsi que de dispositions pour prévenir l'isolement des travailleurs. Le travail à domicile – qui concerne majoritairement des femmes – peut avoir des effets négatifs sur leur santé et leur bien-être⁴⁴. Les risques associés au télétravail ont été largement dénoncés par les syndicats du secteur des technologies de l'information et de la communication et des services financiers, par exemple: «un sentiment accru d'isolement et d'autres problèmes psychologiques; un défaut d'inspection du travail et donc de protection des travailleurs; et, dans le cas des femmes qui travaillent à domicile, le risque d'une double charge de travail par le cumul avec les responsabilités familiales»⁴⁵.

Afin de garantir aux travailleurs à domicile des termes et conditions d'emploi équivalant à ceux des autres travailleurs, il faudrait intensifier les ratifications de la convention (n° 177) sur le travail à domicile, 1996, ce que seulement 10 pays avaient fait en avril 2018⁴⁶. La convention a pour objet d'améliorer la situation des travailleurs à domicile et de pouvoir promouvoir l'égalité de traitement, notamment en matière de sécurité et de santé au travail, de protection par la sécurité sociale, d'accès à la formation et de protection de la maternité. Dans l'Union européenne, un instrument a été adopté en 2002, qui fournit des orientations sur le télétravail dans les entreprises privées et autres établissements⁴⁷.

Promouvoir le travail à temps partiel de qualité et les horaires flexibles

Le travail à temps partiel, qui permet aux travailleurs de concilier les exigences du travail et de la vie de famille, est souvent adopté par les travailleurs qui ont des responsabilités familiales, surtout les femmes (voir chapitre 2). L'alignement du travail à temps partiel est essentiel pour garantir que les travailleurs concernés ne sont pas pénalisés par rapport à ceux qui travaillent à plein temps⁴⁸. La convention (n° 175) sur le travail à temps partiel, 1994, et la recommandation n° 182 qui l'accompagne mettent en avant le principe d'égalité de traitement des travailleurs à temps partiel, avec des salaires et d'autres avantages proportionnels à ceux des travailleurs à plein temps, et un accès égal aux possibilités de formation et de progression. Parmi les bonnes pratiques figurent les clauses de non-discrimination qui garantissent que les prestations en espèces proportionnelles et les conditions de travail ne seront pas moins favorables que celles des travailleurs à plein temps se trouvant dans une situation comparable (à moins que la différence de traitement ne soit justifiée par des motifs objectifs), ce qui existe, par exemple, en Argentine, au Brésil, en Islande, au Mozambique et en Turquie⁴⁹.

Le droit de demander à travailler à temps partiel et aussi, ce qui est très important, le droit de revenir à plein temps (principe de réversibilité) restent une exception plutôt que la règle à l'échelle mondiale (voir chapitre 3). Seules quelques législations nationales

établissent explicitement que l'employeur doit accorder la possibilité de travailler à temps partiel ou la faciliter. Aussi les cas qui suivent sont-ils exemplaires⁵⁰. En Angola, les travailleurs ayant des responsabilités familiales ont le droit de demander à passer à temps partiel; il en va de même en Arménie pour les salariés qui ont des enfants de moins de 1 an. En République de Corée, les salariés qui ne prennent pas de congé parental ont le droit de travailler à temps partiel s'ils ont un enfant de moins de 6 ans non scolarisé. Au Royaume-Uni, le droit de demander à passer à temps partiel, qui auparavant était réservé aux salariés ayant des enfants ou d'autres responsabilités familiales, a été étendu à l'ensemble des salariés ayant au moins vingt-six semaines d'ancienneté continue. Cette souplesse peut impliquer une modification de la durée, des horaires ou du lieu de travail⁵¹.

Aux Pays-Bas, une loi sur les horaires flexibles, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2016, donne aux salariés qui ont au moins six mois d'ancienneté le droit de demander un changement de leurs horaires ou de leur lieu de travail, alors qu'auparavant ils pouvaient seulement demander une modification du nombre d'heures qu'ils effectuaient. Le cas des Pays-Bas montre qu'il est faisable de promouvoir le travail à temps partiel – postes élevés inclus –, avec son potentiel de conciliation entre travail et vie de famille, y compris pour un nombre croissant d'hommes. Dans ce pays, 18,7 pour cent des hommes travaillaient à temps partiel en 2016⁵². Les Pays-Bas ont aussi adapté leur législation pour garantir une protection appropriée aux travailleurs qui se situent en dehors de la définition traditionnelle de l'emploi à temps partiel, comme ceux qui ont des contrats 0 heure ou «minimum-maximum»⁵³. En outre, la progression du travail à temps partiel dans la société néerlandaise a contribué au déclin de la norme du travail comme obligation, par laquelle le travail est considéré comme un élément central de la vie et une obligation sociale, et de ce fait à la remise en cause du modèle patriarcal de l'homme soutien de famille⁵⁴.

5. Promouvoir l'information et l'éducation en vue de l'égalité entre hommes et femmes au sein des ménages, sur le lieu de travail et dans la société

Valoriser des normes sociales plus égalitaires

La Convention des Nations unies sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes souligne que «le rôle traditionnel de l'homme dans la famille et dans la société doit évoluer autant que celui de la femme si on veut parvenir à une réelle égalité de l'homme et de la femme». Les stéréotypes et les normes sociales sexistes renforcent la dévalorisation du travail de soin à autrui, qu'il soit rémunéré ou non, et perpétue la croyance selon laquelle les hommes et les femmes doivent être cantonnés dans des rôles sociaux étroits et séparés. Les normes sociales présupposent généralement que les femmes ont la responsabilité première d'effectuer les tâches domestiques ainsi que de s'occuper des enfants et des membres de la famille qui sont dépendants. Ces normes se reflètent, par exemple, dans les attitudes et préférences des gens. Alors que l'activité professionnelle des femmes est acceptée par une majorité d'hommes et de femmes dans le monde, presque la moitié des personnes interrogées (47,5 pour cent) considère que les enfants pâtissent du fait que leur mère travaille en dehors de la maison (voir chapitre 2)⁵⁵. Les normes sociales et la répartition inégale des activités de soin affectent aussi les perceptions des employeurs et les pratiques sur le lieu de travail. Il s'ensuit, par exemple, que les dispositifs permettant de concilier vie professionnelle et vie de

famille sont spécifiquement destinés aux femmes, ce qui peut entraîner une pénalisation de celles qui y recourent.

Pour contrecarrer les normes sociales sexistes sur le travail de soin à autrui et les rôles assignés aux hommes et aux femmes, une approche sexospécifique systématique est nécessaire dans la mise en œuvre des politiques publiques. Ces politiques contribuent à modeler les attitudes et ce qui est considéré comme normal et souhaitable dans la société et dans la famille quant au rôle des hommes et des femmes⁵⁶. Les opinions sont plus favorables aux valeurs égalitaires et au rééquilibrage de la division du travail de soin et du travail rémunéré dans les sociétés où les politiques publiques sont plus soucieuses de cette égalité, par exemple avec l'adoption de congés rémunérés pour les pères ou avec le développement des services d'accueil des enfants (voir chapitres 2 et 3). Avec l'évolution du contexte normatif dans lequel vivent les individus, les femmes et les hommes auront plus de liberté pour s'engager dans des activités tant rémunérées que non rémunérées, ce qui aura pour effet de rééquilibrer la répartition du travail de soin à autrui dans un sens plus égalitaire et de favoriser l'autonomie économique des femmes⁵⁷.

Éducation et prise de conscience

En complément des politiques publiques plus égalitaires, il faut mener des campagnes d'information, d'éducation et de sensibilisation pour susciter des prises de conscience, y compris dans le monde du travail. En vertu de la convention (n° 111) concernant la discrimination (emploi et profession), 1958, de l'OIT, les stratégies de lutte contre la discrimination indirecte devraient comprendre les campagnes de sensibilisation contre les stéréotypes relatifs aux tâches et rôles «masculins» et «féminins». La convention (n° 156) sur les travailleurs ayant des responsabilités familiales, 1981, dispose que «[l]es autorités et organismes compétents dans chaque pays doivent prendre des mesures appropriées pour promouvoir une information et une éducation qui suscitent dans le public une meilleure compréhension du principe de l'égalité de chances et de traitement pour les travailleurs des deux sexes et des problèmes des travailleurs ayant des responsabilités familiales, ainsi qu'un courant d'opinion favorable à la solution de ces problèmes» (article 6).

Comme exemples d'actions de sensibilisation, nous mentionnerons l'initiative mondiale pour la paternité MenCare, qui encourage les pères à être plus actifs auprès de leurs enfants et à partager plus équitablement les responsabilités familiales, qui promeut les régimes de congés parentaux ayant des effets égalitaires et qui mène des campagnes dans les médias pour soutenir le rôle des hommes dans les activités de soin à autrui et diffuser une image positive de la paternité active (voir aussi encadré 6.5). Les gouvernements peuvent aussi promouvoir l'implication des pères auprès de leurs enfants, comme en Suède où de fréquentes campagnes ont été menées depuis les années 1970 pour encourager les hommes à prendre des congés parentaux⁵⁸. Le système public chilien de protection sociale de l'enfance (Chile Crece Contigo) soutient le développement de la petite enfance en reconnaissant l'importance de l'implication des pères (voir encadré 6.7). Il fournit du matériel d'information et des guides pratiques à l'intention des futurs pères ainsi que du personnel de la santé comme de l'éducation et de la protection de la petite enfance⁵⁹. Ces programmes contribuent à ce que les pères s'engagent pleinement, en tant que partenaires et alliés, en faveur de l'égalité entre hommes et femmes, comme le recommande la Commission de la condition de la femme des Nations Unies⁶⁰.

Encadré 6.5. MenCare+ encourage les hommes à s'occuper des enfants en Afrique du Sud, au Brésil, en Indonésie et au Rwanda

Le programme MenCare+ est le fruit d'une collaboration de trois ans, dans quatre pays, entre Promundo et Rutgers, dont l'objet est d'encourager les hommes de 15 à 35 ans à devenir des partenaires dans les domaines de la santé maternelle et infantile et de la santé et des droits sexuels et génésiques. Le programme a le soutien du ministère des Affaires étrangères des Pays-Bas et est mis en œuvre par Promundo, Rutgers et des organisations partenaires en Afrique du Sud, au Brésil, en Indonésie et au Rwanda.

MenCare+ a pour objectif d'amener les hommes à devenir des partenaires actifs et positifs du système de soins de santé pour prendre en charge leur propre santé comme celle de leur partenaire et de leurs enfants. Le travail des partenaires nationaux de MenCare+ au sein des systèmes publics de santé de ces quatre pays consiste à mener des sessions d'éducation avec des groupes de jeunes, de couples et de pères sur la santé et les droits sexuels et génésiques, l'égalité entre hommes et femmes et les activités de soin à autrui. Les partenaires nationaux organisent aussi des ateliers avec des membres du personnel de santé sur l'importance de l'implication des hommes.

Source: MenCare, 2018.

6. Garantir le droit à un accès universel à des services de qualité en matière de soin à autrui

Universalité des soins de santé et de l'enseignement primaire et secondaire

Comme le prévoient les ODD 3 et 4, les pays doivent garantir à tous leurs citoyens le droit de vivre en bonne santé et d'avoir accès à une éducation de qualité sur un pied d'égalité. La route sera longue pour réduire le travail de soin à autrui non rémunéré effectué par les femmes, pour leur permettre d'avoir une activité professionnelle et pour améliorer le bien-être et les possibilités offertes aux enfants, aux personnes âgées dépendantes et à celles qui vivent avec un handicap, le VIH (surtout en Afrique subsaharienne) ou des maladies, courtes ou de longue durée. En ce qui concerne l'accès et la qualité des services de soin à autrui, la situation à l'échelle mondiale est préoccupante, surtout dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, qui souffrent d'importantes lacunes de couverture et de graves manques de personnel dans le secteur de la santé (voir chapitres 3 et 4)⁶¹.

Ces dernières années, de nombreux pays ont travaillé à l'universalisation de leurs soins de santé par des stratégies, des législations et des investissements importants destinés à améliorer l'accès aux soins de santé et aux soins de longue durée. Cela est vrai de certains pays à faible revenu, comme le Tchad ou le Togo, qui ont procédé à des investissements pour étendre leur couverture sanitaire, ou encore de pays comme la Chine, la Colombie, le Rwanda et la Thaïlande qui ont réalisé des avancées significatives en ce sens (voir encadré 6.6)⁶². On observe aussi de bonnes pratiques dans plusieurs autres pays ou régions, comme l'Australie, le Brésil, le Québec (Canada), le Royaume-Uni et la Thaïlande, qui ont pour projet d'améliorer la coordination et l'intégration des services de soins de santé et de soins de longue durée à l'intention des personnes âgées ou d'améliorer l'accès et la prestation des services, ainsi que l'état de santé et la satisfaction des bénéficiaires, tout comme la motivation du personnel⁶³.

Encadré 6.6. Avancées vers une couverture sanitaire universelle

En **Chine**, le nombre de personnes protégées par l'assurance-santé a augmenté entre 2003 et 2013, pour se situer désormais à 96,9 pour cent de la population. L'assurance-santé comprend trois régimes principaux. Le premier offre aux travailleurs urbains un ensemble complet de prestations et prend en charge environ 81 pour cent des coûts assurables. Les deux autres sont des régimes volontaires à l'intention des résidents urbains et ruraux. Ils prennent en charge plus de la moitié des coûts médicaux assurables, jusqu'à un certain plafond, et protègent 1,1 milliard de personnes. Les pouvoirs publics prennent en charge tout ou partie du ticket modérateur des familles pauvres.

En **Colombie**, le système de santé est fondé sur le principe d'universalité, qui oblige tous les citoyens à adhérer soit au régime obligatoire, soit à un régime subventionné dans le cas des travailleurs ayant de faibles revenus. Les deux régimes offrent les mêmes prestations. Cela a permis de réduire le ticket modérateur et d'atteindre un taux d'affiliation élevé, celui-ci passant de 25 pour cent en 1993 à 96 pour cent en 2014.

Au **Rwanda**, 96 pour cent de la population était couverte en 2011 par les divers régimes d'assurance-santé, majoritairement des régimes fondés sur les communautés locales (CBHI). L'extension de la couverture a été favorisée par un engagement politique et par le développement d'un solide réseau d'équipements sanitaires et de personnel de santé, ainsi que par le recours au soutien mutuel et à l'action collective. Les régimes CBHI prévoient le subventionnement des cotisations des personnes pauvres et vulnérables. Le cas du Rwanda montre que des avancées sont possibles dans les pays à faible revenu, même lorsque la grande majorité de la population vit dans des zones rurales et a une activité informelle.

La **Thaïlande** a établi son régime de soins de santé à couverture universelle en 2001, par la consolidation de plusieurs régimes d'assurance-santé, ce qui a permis de toucher un grand nombre de personnes auparavant non protégées, en particulier dans le secteur informel. Il s'agit d'un régime financé par l'impôt qui assure des soins de santé gratuits dans des dispensaires, comprenant des soins de santé généraux, des services de réadaptation, des traitements à coût élevé et des soins d'urgence. Le régime a joué un rôle déterminant pour favoriser le développement d'infrastructures sanitaires et améliorer l'accès aux services de santé.

Source: BIT, 2017m.

Bien que la scolarisation ait fait de sérieux progrès au cours des quinze dernières années, le nombre des enfants et des jeunes qui ne sont pas scolarisés est estimé à environ 263 millions, dont 61 millions sont en âge de fréquenter l'école primaire. Pour assurer l'accès de tous à une éducation de qualité sur un pied d'égalité, il faut encore réaliser des efforts et des investissements, surtout en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud, en se concentrant sur les populations à faible revenu, les personnes handicapées, les peuples autochtones et les enfants qui vivent en milieu rural. Il est essentiel de prendre des mesures pour augmenter le nombre d'enseignants formés, améliorer les infrastructures scolaires (y compris l'alimentation en électricité et en eau potable) aux niveaux préprimaire, primaire et secondaire, et ce afin de satisfaire la demande de personnel supplémentaire nécessaire à la réalisation de l'ODD 4 en ce qui concerne la couverture et la qualité de l'éducation.

Soins de longue durée

Comme on l'a vu aux chapitres 3 et 5, la grande majorité de la population mondiale soit ne bénéficie d'aucune protection sociale en matière de soins de longue durée (48 pour

cent), soit est exclue de fait de cette protection (46,3 pour cent)⁶⁴. Dans la plupart des régions du monde, les services de soins de longue durée doivent être développés, et leur financement public, augmenté. La couverture est universelle dans un petit nombre de pays seulement, qui se situent principalement en Europe (Allemagne, Belgique, Danemark, Islande et Suède) et auxquels s'ajoute le Japon en Asie. Les pays nordiques ont une tradition de services de soins aux personnes âgées de qualité élevée et financés par l'impôt, sous la responsabilité des collectivités locales⁶⁵. En Suède, par exemple, les taxes municipales financent environ 85 pour cent des services de soins de longue durée, les subventions de l'État couvrent 11 à 12 pour cent du coût, et le reste, 3 à 4 pour cent, est à la charge des bénéficiaires⁶⁶. Le montant du ticket modérateur est plafonné en fonction du revenu, mais l'accès aux services est fondé sur les besoins et non soumis à condition de ressources. Les municipalités doivent offrir des services d'assistance à la vie quotidienne et des prestations à domicile à des prix fixés en fonction du revenu et plafonnés⁶⁷.

Services de la petite enfance et éducation préprimaire pour tous

En vertu des normes de l'OIT sur les travailleurs ayant des responsabilités familiales, les pouvoirs publics devraient, en collaboration avec les organisations publiques et privées, encourager et faciliter l'établissement de services à la petite enfance, y compris les services à domicile. Ceux-ci devraient être gratuits ou à un prix raisonnable, fixé en fonction des moyens financiers des travailleurs, et satisfaire à des normes de qualité. En outre, selon la recommandation (n° 204) sur la transition de l'économie informelle vers l'économie formelle, 2015, de l'OIT, les États «devraient encourager la prestation de services de garde d'enfants et d'aide à la personne qui soient de qualité et financièrement abordables, ainsi que l'accès à ces services, afin de promouvoir l'égalité entre femmes et hommes en matière d'entrepreneuriat et de possibilités d'emploi et de permettre la transition vers l'économie formelle» (voir encadré 6.8). Le droit universel à des services à l'enfance de qualité, en tant qu'élément de systèmes de protection sociale adéquats, complets, inclusifs et durables, est essentiel dans la lutte contre la pauvreté et les inégalités. Il faut aussi faire le lien avec la recommandation (n° 202) sur les socles de protection sociale, 2012, selon laquelle ces derniers devraient comporter la «sécurité élémentaire de revenu pour les enfants, se situant au moins à un niveau minimal défini à l'échelle nationale, assurant l'accès à l'alimentation, à l'éducation, aux soins et à tous autres biens et services nécessaires».

Nous avons vu au chapitre 3 qu'il existe d'importantes lacunes dans la couverture de l'éducation et de la protection de la petite enfance à travers le monde, surtout en Afrique, dans les Amériques, en Asie et Pacifique et dans les États arabes, notamment en ce qui concerne les enfants de moins de 3 ans. On observe cependant des améliorations dans plusieurs pays à faible revenu, où les services publics du niveau préprimaire ont été développés et rendus gratuits et/ou obligatoires. Ces réformes se sont révélées efficaces pour augmenter les taux de fréquentation. Tel a été le cas, par exemple, au Ghana, où les frais d'inscription ont été supprimés; en Afrique du Sud, où l'on a établi une année d'enseignement préprimaire au sein des écoles primaires; au Népal, où l'éducation préprimaire a été étendue lors des plans successifs de développement national; en Mongolie enfin, où l'on a créé des jardins d'enfants mobiles, installés dans des yourtes, en tenant compte de la situation locale et du contexte culturel⁶⁸.

Selon la recommandation n° 204 de l'OIT, «[l]es Membres devraient encourager la prestation de services de garde d'enfants et d'aide à la personne qui soient de qualité et financièrement abordables, ainsi que l'accès à ces services, afin de promouvoir l'égalité entre femmes et hommes en matière d'entrepreneuriat et de possibilités d'emploi et de permettre la transition vers l'économie formelle» (paragraphe 21). En vue de concilier les obligations familiales et l'activité professionnelle, les prestataires non rémunérés choisissent fréquemment l'emploi indépendant, souvent dans l'économie informelle. Comme on l'a vu au chapitre 2, la proportion de salariées est inférieure parmi les prestataires non rémunérées (62,2 pour cent) à ce qu'elle est parmi les femmes sans responsabilités familiales (67,8 pour cent). Les travailleurs de l'économie informelle, surtout les femmes, rencontrent de sérieuses difficultés pour concilier responsabilités familiales et activité rémunératrice. La faiblesse de leurs gains les oblige à faire de longues heures pour subvenir aux besoins élémentaires de leur famille et les empêche d'employer un tiers pour effectuer une partie de leur travail de soin à autrui non rémunéré. Pour les femmes, il s'ensuit pauvreté monétaire et privation de temps, et elles ont recours à des stratégies sous-optimales en matière de soin à autrui⁶⁹.

Parmi les exemples de bonnes pratiques, on citera, au Mexique, l'extension aux femmes de l'économie informelle du bénéfice du programme d'éducation et de protection de la petite enfance (Programa de Guarderías y Estancias Infantiles (Estancias)) en 2007, avec subventionnement public des services à domicile et de proximité (voir encadré 6.7). Ce programme a suscité la création de plus de 9 000 centres accrédités d'éducation et de protection de la petite enfance et celle de 46 000 emplois pour les femmes, même si des questions restent posées quant à la qualité des services et aux conditions de travail du personnel. Au Chili, depuis 2006, on a instauré la gratuité des services publics d'éducation et de protection de la petite enfance qui emploient des éducateurs professionnels pour les enfants de moins de 6 ans issus de familles pauvres; il en va de même pour l'accueil temporaire des enfants des travailleuses saisonnières dans l'agriculture (Chile Crece Contigo)⁷⁰. En Inde, on relève deux types d'initiatives. L'association Mobile Creches a assuré depuis sa création en 1969 l'accueil de 750 000 enfants de travailleuses migrantes sur les sites de construction. Elle a formé à cet effet plus de 6 500 personnels de puériculture, formation qui explique sa réussite et qui consiste en 35 ateliers répartis sur six mois, auxquels s'ajoute un programme d'orientation de douze jours consacré à la pédagogie et aux qualifications nécessaires à l'activité dans les centres d'éducation et de protection de la petite enfance. Par ailleurs, l'Association indienne des travailleuses indépendantes (SEWA) a mis en place ses propres services d'éducation et de protection de la petite enfance sous forme de coopératives conçues en fonction des besoins des femmes qui travaillent dans l'économie informelle. Le personnel provient des communautés locales, est formé par la SEWA et détient des parts dans la coopérative⁷¹. On trouve aussi de bons exemples de services de proximité en Argentine, où les services à la petite enfance ont été créés par les mères des quartiers défavorisés de la province de Buenos Aires⁷² et ont ensuite reçu le soutien des autorités locales⁷³.

Faute de programmes publics, ce sont les travailleuses de l'économie informelle qui s'organisent pour améliorer l'accueil de leurs enfants, comme au Brésil, au Ghana, en Inde et en Thaïlande en 2014, à l'initiative l'organisation Femmes dans l'emploi informel: globalisation et organisation (WIEGO)⁷⁴ (voir encadré 6.8).

Encadré 6.7. Éducation et protection de la petite enfance et travailleuses de l'économie informelle: leçons tirées des expériences du Chili, du Mexique et de l'Inde

Le Chili, le Mexique et l'Inde assurent des services d'éducation et de protection de la petite enfance à l'intention des travailleuses de l'économie informelle sous diverses modalités. Dans son analyse comparative, Hill (2017) conclut que, si ces programmes offrent aux femmes des solutions valables, ils diffèrent quant à leurs implications en termes d'accessibilité et de qualité, ainsi qu'en ce qui concerne l'accès au travail décent pour les travailleurs de ces services.

Les études de cas sur la SEWA et Mobile Creches mettent en évidence le rôle crucial des organisations de la société civile dans le développement de modèles novateurs et militants, fondés sur les besoins spécifiques des travailleuses de l'économie informelle et de leurs enfants. Elles démontrent aussi que ces organisations ont à offrir un modèle de formation pertinent pour le personnel de la petite enfance.

Les programmes publics d'éducation et de protection de la petite enfance du Chili (Chile Crece Contigo) et du Mexique (Estancias) montrent que l'action publique est essentielle et que la conception des programmes est cruciale pour assurer leur caractère émancipateur, ainsi que le soutien apporté aux femmes et au personnel de la petite enfance. Alors que le programme chilien est centré sur les droits universels des enfants et la qualité élevée des services d'éducation et de protection de la petite enfance assurés par des travailleurs du secteur public, celui du Mexique vise à accroître le taux d'activité économique des femmes grâce à l'établissement de services d'éducation et de protection de la petite enfance en mettant l'accent sur les soins (plutôt que sur l'éducation) prodigués par des travailleuses indépendantes sans les protections de base de la sécurité sociale.

Quelques principes pour que les services d'éducation et de protection de la petite enfance à l'intention des travailleuses de l'économie informelle soient émancipateurs:

- L'intervention publique est essentielle pour l'extension de services d'éducation et de protection de la petite enfance à l'intention des femmes qui travaillent dans l'économie informelle.
- Les services d'éducation et de protection de la petite enfance universels présentent la stabilité financière et le potentiel nécessaires à la prestation de services de qualité, et à l'échelle voulue pour les enfants, et à la garantie de travail décent pour le personnel.
- L'intervention publique doit être informée des pratiques novatrices et de l'expérience acquise par les organisations de la société civile (en ce qui concerne le coût, la localisation et les horaires des services). Le dialogue entre les organisations de la société civile et les pouvoirs publics est essentiel.
- Les cadres juridiques nationaux peuvent venir en soutien de l'extension des services d'éducation et de protection de la petite enfance aux travailleuses de l'économie informelle et établir des conditions financières propices à cette extension.
- Le plaidoyer en faveur de l'extension des services d'éducation et de protection de la petite enfance aux travailleuses de l'économie informelle doit être lié à la lutte contre la pauvreté et les inégalités. Les investissements dans ces services viennent à l'appui des programmes publics en faveur d'une «croissance inclusive».
- Le coût élevé et la nécessité d'intégrer les services d'éducation et de protection de la petite enfance à l'environnement local supposent des partenariats avec les entreprises et les intervenants locaux. Cela implique une réglementation publique de la qualité de ces services en termes de personnel, d'accessibilité et de coût.

Source: Hill, 2017.

Encadré 6.8. L'initiative de WIEGO: améliorer l'accueil des enfants des travailleuses de l'économie informelle

L'initiative de WIEGO a pour but d'améliorer les possibilités d'accueil des enfants des travailleuses de l'économie informelle. Cela a commencé par l'organisation de groupes d'échanges avec les travailleuses de l'économie informelle au Brésil (coopérative de recyclage Altimorjam), au Ghana (association des marchés du Ghana et association des vendeurs de rue et des commerçants du Ghana – IHVAG), en Inde (SEWA), en Afrique du Sud (Association sud-africaine des travailleurs informels) et en Thaïlande (HomeNet Thailand). De ces discussions entre femmes ayant diverses activités – vente de rue et sur des marchés, collecte et recyclage de déchets, travail domestique, travail à domicile –, il est ressorti que le manque de services d'accueil des enfants fait que les parents n'ont que des choix limités et insatisfaisants pour la prise en charge de leurs enfants. Certaines travailleuses de l'économie informelle les prennent avec elles quand elles sont au travail, ce qui expose les enfants à des risques et se traduit par une perte de productivité et de revenu pour les travailleuses. Il n'y a pas toujours de membres de la famille disponibles pour prendre les enfants en charge si les parents ont émigré, et les grands-parents peuvent aussi travailler.

Les éléments suivants sont ressortis comme nécessaires pour l'établissement de modalités de prise en charge des enfants satisfaisantes pour les femmes de l'économie informelle:

- Des services d'accueil de qualité doivent être abordables (soit gratuits, soit subventionnés) et accessibles.
- Les horaires d'ouverture doivent être adaptés aux horaires longs et irréguliers des travailleuses de l'économie informelle.
- Le personnel des services d'accueil doit provenir des mêmes communautés locales que les travailleuses.
- Les lieux d'accueil doivent disposer des infrastructures de base nécessaires et du personnel approprié.
- Les services d'accueil doivent comprendre une composante éducative et des services sanitaires; ils doivent fournir une alimentation nutritive.
- Les services d'accueil doivent suivre un modèle coopératif permettant aux travailleuses de l'économie informelle de participer à leur gouvernance.
- Le personnel des services d'accueil et les travailleuses domestiques doivent percevoir un salaire minimum de subsistance, bénéficier d'une formation et de conditions de travail décentes, toutes choses indispensables à la prestation de services de qualité.

Au titre du suivi, WIEGO établit des alliances nationales et internationales qui réunissent des personnes engagées en faveur des droits des travailleurs, des femmes et des enfants, des réseaux du monde de la protection sociale, des chercheurs et des institutions internationales. Ces initiatives nationales et internationales ont pour but de placer l'accueil des enfants au centre de la protection sociale de tous les travailleurs, dans l'espoir d'étendre les services en la matière avec le soutien des gouvernements et des employeurs.

Sources: WIEGO, 2018; Alfes, 2016; BIT, 2018g.

Créer des services d'accueil des enfants sur le lieu de travail en complément des services publics

Le manque de services publics d'accueil des enfants qui soient accessibles et abordables et les obstacles à l'activité professionnelle que rencontrent de nombreuses mères (voir chapitres 2 et 3) ont conduit nombre d'entreprises, y compris dans les pays à revenu

faible et intermédiaire, à prendre conscience des avantages que présente l'installation de services d'accueil des enfants sur le lieu de travail. Ces avantages sont une réduction des taux d'absentéisme et de rotation de la main-d'œuvre, une augmentation de la productivité, un recrutement facilité de personnel qualifié, l'amélioration des relations entre employeur et salariés, une plus grande diversité du personnel et une meilleure réputation de l'entreprise. Le soutien des entreprises à la prise en charge des enfants comprend la création de crèches dans l'entreprise ou à proximité, un soutien financier sous forme de chèques attribués aux salariés pour la garde des enfants, l'octroi de subventions ou de services de conseillers d'orientation, ainsi que l'établissement de partenariats public-privé pour étendre les services d'accueil des enfants⁷⁵.

L'expérience d'une entreprise textile au Viet Nam (Nalt Enterprise) montre les avantages financiers du maintien des effectifs: il a été estimé que le fait de proposer un accueil des enfants a réduit d'un tiers la rotation du personnel, donc les dépenses associées, qui équivalent à 85 pour cent de la rémunération annuelle d'un salarié⁷⁶. L'entreprise d'habillement jordanienne MAS Kreedat Al Safi-Madaba a enregistré une baisse de 9 pour cent des congés de maladie dans les mois qui ont suivi l'ouverture d'une crèche sur le lieu de travail. Comme les besoins des salariés en matière de soin à autrui vont au-delà de la garde des enfants s'ils ont des parents âgés, handicapés ou malades, certains employeurs leur apportent aussi un soutien, comme l'entreprise Danone (voir encadré 6.9).

Les partenariats public-privé peuvent aussi venir à l'appui de la conciliation entre travail et vie de famille. Ainsi, au Royaume-Uni l'organisme Work-Life Balance Challenge Fund a accordé à plus de 4 000 entreprises un financement public accompagné de conseils de consultants spécialisés pour mettre en place des mesures de conciliation entre travail et vie de famille⁷⁷. Une évaluation de suivi a permis de constater une amélioration en la matière dans les entreprises qui en ont bénéficié, dont la majorité avait assoupli ses modalités de travail.

Réglementer les services publics et privés de soin à autrui pour garantir des normes minimales de qualité

L'établissement d'un environnement propice à la prestation de services de soin à autrui de qualité suppose la mise en place d'un cadre réglementaire à même de faire respecter des normes suffisantes, ainsi que des conditions de travail et d'emploi décentes. Il est aussi important de disposer d'un système de contrôle et d'inspection.

Dans le domaine de l'éducation et de la protection de la petite enfance, les normes de qualité tiennent pour beaucoup au rapport entre le nombre d'enfants et celui des professionnels qui s'en occupent. Il ressort des observations que le maximum est de 20 enfants par classe ou groupe d'apprentissage, l'optimum se situant à 10 pour ce qui est des résultats de l'apprentissage dans les pays développés. Pour les pays à revenu élevé, l'OIT recommande un rapport maximal de 15/1 au niveau préprimaire⁷⁸. Parmi les bonnes pratiques, on relève l'établissement de normes et, surtout, le contrôle de leur respect, ce qui n'a été constaté comme systématique que dans trois pays – Bulgarie, Indonésie et Samoa – dans une étude portant sur 21 pays en développement pour la plupart⁷⁹. Dans l'éducation et la protection de la petite enfance, le ratio moyen devrait être beaucoup

Encadré 6.9. Mesures des employeurs favorables aux responsabilités familiales: le cas de Danone

La société Nutricia ELN du Groupe Danone* considère qu'il y a de bonnes raisons économiques d'aider les salariés qui ont des responsabilités familiales. En Italie, elle a favorisé la maternité dans ses établissements, motivée par le fait que le taux d'activité des femmes est faible dans ce pays (55,2 pour cent) comparé à la moyenne de l'OCDE (63,6 pour cent). En 2011, l'entreprise a lancé le programme Baby Decalogue établissant dix règles de soutien à la maternité sur le lieu de travail, dont: sensibilisation et information des salariés sur les droits des mères et des pères; augmentation du salaire versé durant le congé de maternité optionnel (à hauteur de 60 pour cent du salaire antérieur au lieu des 30 pour cent versés par la sécurité sociale); 10 jours de congé de paternité rémunéré (soit 8 de plus que l'obligation légale); possibilité d'horaires flexibles pour les mères et les pères lorsque l'enfant fréquente une crèche; conseils professionnels lors du retour d'un congé de maternité ou d'un congé parental.

Un autre aspect important du programme est le soutien financier apporté pour subvenir à d'autres nécessités familiales. Dans le cadre de son Initiative pour le bien-être, l'entreprise a alloué aux salariés, entre autres avantages, un montant annuel à utiliser pour faire garder les enfants, assurer la couverture maladie des membres de la famille ou venir en soutien de parents âgés. Depuis 2015, une loi sur le bien-être familial est en vigueur en Italie: Danone ELN Italie a été la première entreprise à l'appliquer.

Globalement, ces politiques ont donné des résultats positifs pour Danone ELN Italie, dont:

- un retour à l'emploi de 100 pour cent des mères après leur congé de maternité;
- une augmentation du nombre de femmes à des postes d'encadrement de 40 pour cent en 2011 à 48 pour cent 2015;
- une augmentation du nombre de femmes à des postes de direction de 25 pour cent en 2011 à 60 pour cent 2016;
- l'obtention, cinq années de suite, du prix du meilleur employeur d'Italie (2013-2017);
- le taux d'absentéisme le plus bas jamais atteint (1,3 pour cent en 2017);
- l'adoption du programme Baby Decalogue par toutes les divisions de l'entreprise (16 000 salariés), qui a inspiré la politique parentale du Groupe Danone à l'échelle mondiale (100 000 salariés).

* Le Groupe Danone est l'un des premiers groupes alimentaires du monde, avec 100 000 salariés.

Source: SFI, 2017.

plus bas, avec un maximum de 3/1 ou 5/1 pour les enfants de moins de 3 ans; les plus bas ont été observés en Islande et en Nouvelle-Zélande, avec 4/1⁸⁰.

L'agrément des établissements et des prestataires à domicile ou des communautés locales est un moyen important de faire respecter des normes de qualité. Dans les pays à revenu élevé, la modalité d'agrément des prestataires la plus courante consiste en une inscription suivie de visites annuelles de contrôle portant sur la sécurité et la santé. Les meilleures pratiques consistent en une inscription accompagnée d'exigences de qualification ou d'expérience du personnel, avec des inspections annuelles, des obligations de formation en cours d'emploi et une supervision pédagogique par un organisme agréé⁸¹. Pour les pouvoirs publics, un autre moyen d'élever la qualité des services privés est de fixer des conditions à l'octroi de subventions. Tel est le cas, par exemple, en Ouganda, où

a été institué le versement aux centres d'éducation et de protection de la petite enfance d'une subvention mensuelle par enfant, sous réserve du respect de normes minimales et du programme établi⁸².

La nature du système d'éducation et de protection de la petite enfance est aussi un critère essentiel. Dans les systèmes séparés, les services à l'intention des enfants de 0 à 3 ans et ceux qui s'adressent aux enfants de 3 ans jusqu'à l'âge d'entrée à l'école primaire dépendent d'autorités différentes, en général le ministère des Affaires sociales et le ministère de l'Éducation. En revanche, dans les systèmes intégrés, tous ces services ne relèvent que d'une seule autorité responsable des programmes, des normes et du financement⁸³. Les travaux de recherche donnent à penser que les systèmes intégrés présentent des avantages: meilleure qualité des services, accès plus universel et plus abordable, personnel mieux qualifié, transition plus douce d'un niveau d'éducation à l'autre⁸⁴. Les pays suivants fournissent des exemples de systèmes intégrés: Australie, Brésil, Danemark, Jamaïque, Kazakhstan, Slovaquie et Suède. D'autres pays qui avaient des systèmes séparés, comme l'Italie et le Japon, sont en train de les intégrer pour ce qui est des programmes ou de l'autorité compétente.

En matière de soins de santé et de longue durée, les normes relatives à la qualification et aux effectifs du personnel (médecins, infirmières et sages-femmes) nécessaires à la satisfaction des besoins de la population sont d'importants moyens de contrôler la qualité des services. Le seuil minimal déterminé en vue de la réalisation de l'ODD 3 est de 4,45 travailleurs du soin pour 1 000 habitants, mais le manque de personnel sévit gravement dans les pays à faible revenu (voir chapitres 3 et 5)⁸⁵.

7. S'assurer que les systèmes de protection sociale, y compris les socles de protection sociale, facilitent les activités de soin à autrui et favorisent l'égalité entre hommes et femmes

Les systèmes de protection sociale sont essentiels pour garantir l'universalité du droit de bénéficier des activités de soin à autrui et pour assurer l'égalité entre hommes et femmes, conformément à l'ODD 5. La convention (n° 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952, est l'instrument central de l'OIT qui situe les neuf grandes éventualités au sein d'un système global et fixe les critères d'une protection minimale, qu'il s'agisse du nombre de personnes couvertes ou du niveau des prestations. Seuls 29 pour cent de la population mondiale sont protégés par des systèmes de protection sociale complets couvrant l'ensemble des risques depuis la maternité et les allocations familiales jusqu'aux prestations de vieillesse (cible 1.3 des ODD)⁸⁶. Par ailleurs, la recommandation (n° 202) sur les socles de protection sociale, 2012, indique que les États Membres devraient établir ou maintenir des socles de protection sociale en tant qu'élément fondamental de leurs systèmes nationaux de sécurité sociale. Ces socles sont des 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. 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, y compris les soins de maternité, et une sécurité élémentaire de revenu pour les enfants, les personnes âgées et 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.

Promouvoir des systèmes de protection sociale fondés sur un «modèle universel du soin à autrui»

Les systèmes et les socles de protection sociale présentent le potentiel de promouvoir un «modèle universel du soin à autrui», dans lequel femmes et hommes pourraient être prestataires de soin à autrui, rémunérés ou non. Cela implique d'intégrer au cœur des systèmes de protection sociale des politiques et des services fondés sur les droits et favorisant l'égalité entre hommes et femmes. Actuellement, les programmes en la matière se limitent souvent à des prestations en espèces, ciblées et soumises à condition de ressources, qui sont insuffisantes pour satisfaire les besoins des femmes et des hommes en matière de soin à autrui (voir chapitre 3). On observe aussi une sous-estimation du potentiel des services publics de soin à autrui en matière d'égalité de chances et de résultats, comme en termes d'emploi (voir chapitre 5). Les systèmes de protection sociale présentent un potentiel d'habilitation pour promouvoir la qualité de l'emploi des femmes, faire évoluer les relations entre hommes et femmes, garantir les droits de ces dernières et permettre leur autonomisation économique.

La protection sociale devrait reconnaître les responsabilités et les prestations en matière de soin à autrui comme une éventualité pouvant survenir tout au long de la vie. Droit humain universel, le droit à la sécurité sociale devrait être reconnu comme un droit individuel. Lorsque les prestations de la protection sociale sont fondées sur le modèle de l'«homme soutien de famille», c'est-à-dire que les prestations des femmes mariées découlent du statut de cotisant de leur époux, il faudrait plutôt s'assurer que le système de protection sociale reconnaît le partage inégal du travail de soin non rémunéré, renforce activement les droits individuels des femmes et promeut le changement des normes sociales. Cela est aussi essentiel pour que les systèmes de protection sociale tiennent compte des évolutions des structures familiales et répondent aux besoins des 276 millions de personnes en âge de travailler qui sont chefs de famille monoparentale, dont 77,6 pour cent sont des femmes (voir chapitre 1).

Les droits à la sécurité sociale doivent aussi être fondés sur la parentalité et les responsabilités familiales, et non uniquement sur l'activité économique à plein temps. L'État doit donc jouer un rôle essentiel en soutenant financièrement les activités de soin à autrui non rémunérées au moyen de prestations de sécurité sociale, de services publics et d'infrastructures spécifiques (cible 5.4 des ODD). L'exemple d'une telle politique est fourni par l'Équateur, où depuis 2015 les prestataires non rémunérés à plein temps (principalement des femmes) ont le droit de s'inscrire à la sécurité sociale. Les cotisations mensuelles vont de 2 à 46 dollars des États-Unis (dollars É.-U.) suivant le revenu du ménage et ouvrent droit à une pension et à des prestations d'invalidité⁸⁷. En décembre 2015, on dénombrait 80 000 affiliés.

S'assurer que les prestations sociales tiennent compte du coût des activités de soin à autrui et ne reproduisent pas les inégalités entre hommes et femmes

Compte tenu des exigences en matière de protection sociale énoncées ci-dessus, le niveau des prestations en espèces et en nature devrait être établi de sorte à correspondre au «coût des activités de soin à autrui». Ce coût ne comprend pas seulement les dépenses de subsistance liées à la maternité, à l'éducation des enfants ou à la prise en charge de parents dépendants. S'y ajoutent la perte de revenu résultant d'une réduction

ou d'une interruption de l'activité professionnelle, le coût de services de garde des enfants ou autres lorsqu'il n'en existe pas de gratuits. Cette prise en compte peut se faire, par exemple, par des déductions fiscales équivalentes aux frais de garde des enfants, comme on l'a vu au chapitre 3.

Il est aussi essentiel que les prestations spécifiques pour activités de soin atteignent un niveau suffisant de remplacement du revenu et ne renforcent pas la répartition traditionnelle des rôles entre hommes et femmes, ainsi que le confinement de ces dernières à la maison⁸⁸. Cependant, comme on l'a vu au chapitre 3, ces prestations compensent rarement la perte de revenu subie par les prestataires non rémunérés, ce qui a des effets adverses sur leur taux d'activité et leur revenu, sachant qu'il s'agit en général de femmes ayant un faible niveau d'instruction et occupant des emplois peu rémunérés⁸⁹. Quant aux soins de longue durée, on observe une exception en Nouvelle-Écosse (Canada), où les prestations fournies à ce titre correspondent au salaire médian, ce qui permet aux prestataires de subvenir à leurs besoins sans tomber dans la pauvreté⁹⁰. S'agissant des prestations spécifiques pour activités de soin qui sont fournies après les congés de maternité et parentaux, les parents finlandais peuvent percevoir une allocation jusqu'à ce que l'enfant atteigne l'âge de 3 ans, à condition qu'il ne fréquente pas un service de garde public⁹¹. Ces prestations sont en général faibles et inférieures au salaire minimum.

Le risque de renforcer la répartition traditionnelle des rôles entre hommes et femmes existe aussi dans les pays en développement, où certains transferts en espèces sous condition de ressources qui ciblent les familles pauvres peuvent déboucher sur une surcharge, en temps et en argent, pour les femmes. Par conséquent, les programmes qui visent à améliorer la santé et l'alimentation des enfants, par exemple, devraient suivre des modalités, y compris par des activités de sensibilisation, qui remettent en question la division traditionnelle du travail rémunéré et des activités de soin à autrui non rémunérées, ainsi qu'encourager la reconnaissance, la réduction et la redistribution de ces dernières entre femmes et hommes. Les coûts de transport et le temps consacré à l'attente dans les services médicaux représente une perte de revenu pour les travailleurs indépendants, perte qui devrait être compensée par les prestations⁹².

En outre, de même que tous devraient avoir accès à des services de garde des enfants et de soins de longue durée de qualité, il est essentiel que les prestations spécifiques pour activités de soin et les transferts en espèces soient d'un niveau suffisant et ouverts à tous. Ainsi, on éviterait que les prestataires non rémunérés, en général des femmes, quittent leur emploi en raison de coûts d'opportunité trop élevés.

Étendre la protection sociale aux travailleurs de l'économie informelle

Les prestataires non rémunérés – hommes et femmes – ont une probabilité supérieure à celle de leurs homologues sans responsabilités familiales de travailler dans l'économie informelle (voir chapitre 2). En outre, les femmes qui ont des responsabilités familiales risquent plus de se trouver en situation d'emploi atypique et sont surreprésentées dans l'emploi à temps partiel «marginal». En vertu de la recommandation (n° 204) sur la transition de l'économie informelle vers l'économie formelle, 2015, et de la recommandation (n° 202) sur les socles de protection sociale, 2012, les stratégies d'extension de la sécurité sociale devraient viser à garantir à tous un niveau élémentaire de sécurité sociale, puis élever progressivement ce niveau au plus grand nombre de personnes possibles, y

compris aux travailleurs de l'économie informelle. L'objectif est d'assurer à tous, au minimum, un niveau élémentaire de revenu et l'accès aux soins de santé essentiels, ainsi qu'à d'autres services sociaux.

Mettre en place des crédits pour activités de soin à autrui dans les systèmes de protection sociale

La mise en place de crédits pour activités de soin à autrui (aussi dénommés crédits pour tâches familiales ou crédits pour tâches d'assistance) est une façon efficace de reconnaître la valeur de ces activités. Ces crédits, s'ils sont suffisants, constituent une reconnaissance et une compensation du temps consacré à s'occuper d'enfants ou de personnes âgées, handicapées ou malades et perdu pour l'activité professionnelle. De tels crédits ont été mis en place par l'État plurinational de Bolivie, ainsi que par l'Uruguay dans le cadre de son régime de pensions; mais ils sont réservés aux femmes, qui se voient créditer d'un an de contributions sociales par enfant, jusqu'à un maximum de trois et cinq enfants respectivement (voir encadré 6.10)⁹³. Pour contrecarrer les stéréotypes sexistes, les

Encadré 6.10. Des régimes de pensions qui prennent en compte le travail de soin à autrui non rémunéré

En matière de pensions, les crédits pour activités de soin à autrui permettent de prévenir le risque de pauvreté encouru par les prestataires non rémunérés, de promouvoir l'égalité entre hommes et femmes, de reconnaître la valeur sociale du travail de soin à autrui non rémunéré, d'inciter les femmes à avoir une activité professionnelle et dans certains cas d'avoir des enfants et de les élever.

Au **Chili**, une réforme du système de pensions a eu lieu en 2008 dans le cadre de la mise en œuvre du programme électoral de Michelle Bachelet, dont l'objet était d'améliorer la sécurité du revenu des femmes âgées. Par cette réforme, les interruptions de carrière pour les enfants étaient reconnues sous la forme de l'attribution aux mères de crédits pour activités de soin à autrui (ce qui s'est traduit par une augmentation moyenne de 20 pour cent de leur pension); il est désormais aussi possible de partager la pension en cas de divorce.

En **Finlande**, le système de crédits pour activités de soin à autrui a été amélioré et harmonisé en 2005: il est désormais ouvert à tous les bénéficiaires de prestations de sécurité sociale de courte durée relatives à une naissance ou à la présence de jeunes enfants, comme les congés de maternité, de paternité, parentaux ou pour s'occuper des enfants.

En **France**, une série de réformes a débuté en 1971 avec la création, dans le cadre d'une politique nataliste, d'un supplément de pension attribué pour avoir élevé plusieurs enfants. En 2004, les crédits ont été étendus aux mères d'un ou de deux enfants, puis en 2010 aux pères. Ces crédits sont attribués séparément pour la naissance (ou l'adoption) d'un enfant et pour son éducation.

La première reconnaissance par la loi des activités de soin dans la famille a eu lieu au **Royaume-Uni** en 1978. La retraite complémentaire publique a été créée en 2002 comme moyen d'aider les travailleurs ayant de faibles revenus à se constituer des droits à pension. Des crédits pour activités de soin à autrui sont attribués pour certaines périodes durant lesquelles aucun salaire n'a été perçu, y compris les périodes consacrées aux activités de soin à autrui. Y ont droit les parents, les parents adoptifs ou les personnes qui s'occupent des personnes handicapées percevant une prestation familiale et, depuis 2011, les grands-parents qui s'occupent de leurs petits-enfants.

Sources: ONU-Femmes, 2015; Fultz, 2011; BIT, 2017m.

crédits pour activités de soin à autrui devraient être attribués aux mères et aux pères. Tel est le cas des congés parentaux dans de nombreux pays européens, comme la Finlande et la Suède. Les pères et les mères se voient attribuer un crédit correspondant aux cotisations sociales, pour les assurances-vieillesse et autres, durant la période où ils sont en congé. Avec le vieillissement de la population, il est essentiel que les crédits relatifs aux pensions soient garantis à tous les prestataires non rémunérés tout au long de la vie. Cela est particulièrement vrai pour les femmes qui ont une espérance de vie supérieure.

Établir des régimes de pensions universels

Parmi les bonnes pratiques visant à garantir la protection sociale à toute la population figure l'institution de régimes de pension universels en complément des régimes de pensions contributifs, comme dans des pays tels que le Botswana, Maurice et la Namibie⁹⁴. Ces régimes sont essentiels pour les personnes qui ont des responsabilités familiales, surtout les femmes, et qui, soit travaillant dans l'économie informelle, soit étant restées inactives, n'ont pas eu d'emploi formel et donc n'ont pas cotisé aux régimes contributifs de pensions. Il est essentiel que les prestations soient suffisantes pour réduire le risque de pauvreté encouru par les prestataires non rémunérés. Maurice s'illustre en la matière, avec une pension de retraite de base 5 fois supérieure au seuil de pauvreté⁹⁵.

Inclure les soins de longue durée en tant que nouveau risque dans l'assurance sociale

Le financement des soins de longue durée est de plus en plus préoccupant pour beaucoup de pays à revenu élevé et un nombre croissant de pays à revenu intermédiaire, qui tous connaissent un vieillissement rapide de la population. L'établissement de mécanismes d'assurance pour couvrir les dépenses de soins de longue durée est essentiel pour s'attaquer aux inégalités dans les activités de soin à autrui non rémunérées et pour obtenir leur reconnaissance sociale. Cet établissement implique un choix politique majeur en matière de financement. L'assurance des soins de longue durée peut être une obligation légale relevant du service public en tant que nouveau risque inclus dans le système de protection sociale. Une autre solution consiste à s'en remettre à un système d'assurance volontaire auprès de compagnies privées⁹⁶. Un élément important, qui a des effets sur le taux d'activité des femmes, est le choix entre des prestations en espèces ou la prestation directe de services, comme l'aide à domicile. L'Allemagne, la République de Corée, le Japon et le Luxembourg font partie des pays qui ont mis en place des systèmes d'assurance pour les soins de longue durée⁹⁷. Bien que les systèmes de financement diffèrent, qu'il s'agisse de l'origine de leurs ressources, de la conception des prestations ou des conditions d'ouverture des droits, il a été très important de lancer ces régimes de financement collectif avant que le problème du vieillissement ne devienne crucial. Confronté à un considérable défi démographique, la Chine se prépare à établir un régime obligatoire d'assurance des soins de longue durée pour faire face aux besoins toujours croissants du pays en la matière, surtout en ce qui concerne les personnes âgées⁹⁸.

Instituer des prestations d'invalidité

La protection sociale universelle devrait protéger les personnes qui ont besoin de soins de longue durée et celles qui ont des handicaps graves afin qu'elles ne tombent pas dans

la pauvreté. Pour l'instant, cette protection n'existe que pour une minorité, essentiellement dans les pays à revenu élevé, tandis que l'on observe de graves lacunes de couverture dans le reste du monde⁹⁹. Pourtant, plusieurs pays en développement ont mis en place des régimes universels de protection des personnes handicapées: Afrique du Sud, Brésil, Chili, Mongolie, Népal et Uruguay. D'autres pays ont réalisé des avancées notables en instituant des prestations en espèces dans le cadre de systèmes non contributifs, soit en intégrant le handicap dans des systèmes plus larges (Éthiopie et Ghana), soit en créant des régimes spécifiques pour les personnes handicapées (Afrique du Sud, Argentine, Indonésie et Kirghizistan)¹⁰⁰.

8. Appliquer, à l'intention de toutes les femmes et de tous les hommes, des politiques publiques de congés favorisant l'égalité entre hommes et femmes

Garantir la protection de la maternité à toutes les femmes

La protection de la maternité et les congés pour activités de soin, comme les congés de paternité et parentaux, ou bien destinés à s'occuper d'enfants ou d'adultes malades ou handicapés ainsi que de personnes âgées, sont essentiels pour l'état de santé, le bien-être et la réalisation de la vie professionnelle des femmes qui ont des enfants et, de manière générale, des personnes qui ont des responsabilités familiales. Selon la convention (n° 183) sur la protection de la maternité, 2000, le congé de maternité doit être d'au moins 14 semaines et pourrait aller jusqu'à 18 semaines en vertu de la recommandation n° 191 qui accompagne cette convention. Les soins prénataux, à la naissance et postnatals sont essentiels. Les prestations en espèces doivent couvrir l'absence du travail pour cause de maternité, avec un taux de remplacement égal au moins aux deux tiers du revenu antérieur. Ces prestations peuvent être financées soit par une assurance sociale obligatoire, soit sur fonds publics. La santé de la mère et celle de l'enfant doivent être protégées durant la grossesse, au moment de la naissance et durant l'allaitement, toute mère devant avoir le droit d'allaiter son enfant après son retour au travail. Sont aussi mentionnées par ces instruments les mesures de protection de l'emploi et de lutte contre les discriminations qui garantissent le droit de retrouver son emploi ou un emploi équivalent, avec une rémunération égale, au retour du congé (voir encadré 6.11).

À ce jour, seulement 42 pays dans le monde se conforment aux normes de l'OIT sur la maternité en ce qui concerne la durée du congé, le niveau des prestations et le financement de celles-ci, tandis que les mères de nouveau-nés qui ne perçoivent aucune prestation représentent une proportion de 60 pour cent (voir chapitre 3)¹⁰¹. Toutefois, de plus en plus de pays en développement entreprennent de réformer leurs régimes de congés de maternité pour se conformer aux normes de l'OIT, comme El Salvador (de 12 à 16 semaines), l'Inde (de 12 à 26 semaines), la République démocratique populaire lao (de 13 à 15 semaines), le Paraguay (de 12 à 18 semaines) et le Pérou (de 13 à 14 semaines). De plus, l'Inde, la République démocratique populaire lao, la Mongolie et le territoire palestinien occupé ont étendu la couverture de la protection de la maternité afin de protéger les femmes qui ne l'étaient pas encore¹⁰².

Il est important de relever que, conformément à la recommandation (n° 202) sur les socles de protection sociale, 2012, et à la recommandation (n° 204) sur la transition de l'économie informelle vers l'économie formelle, 2015, les pays doivent adopter des stratégies

Encadré 6.11. Principes élémentaires de régimes de congés adaptés aux activités de soin à autrui et garantissant l'égalité entre hommes et femmes

Les régimes de congés doivent garantir que:

- les femmes ont droit à au moins 14 semaines de congé rémunéré à un taux égal ou supérieur aux deux tiers des revenus antérieurs, conformément à la convention n° 183, et pouvant aller jusqu'à 18 semaines à 100 pour cent selon la recommandation n° 191;
- le père a droit à un congé de paternité obligatoire d'une durée significative;
- une partie notable du congé parental est réservée au père et ne peut être transférée à la mère;
- il existe d'autres formes de congés, comme les congés pour adoption ou pour s'occuper d'enfants ou de parents adultes malades ou handicapés;
- les congés sont rémunérés et la prestation est égale au moins aux deux tiers du revenu antérieur;
- durant les périodes de congés, les prestations de santé et les allocations en espèces sont financées par des mécanismes collectifs comme l'assurance sociale obligatoire ou les budgets publics, en évitant que les coûts ne pèsent directement sur l'employeur («responsabilité de l'employeur»);
- au titre de la protection de l'emploi, le travailleur est réintégré, à l'issue du congé, au même poste ou sur un poste équivalent;
- les périodes de congés sont considérées comme des périodes de cotisation pour les assurances sociales et les régimes de pensions;
- les droits et prestations en matière de congés sont universels, y compris pour les travailleurs de l'économie informelle.

Source: Addati, Cassirer et Gilchrist, 2014.

pour étendre la protection de la maternité aux travailleuses de l'économie informelle, comme cela a été fait, par exemple, en République démocratique populaire lao (voir encadré 6.12 pour d'autres exemples)¹⁰³. La protection de la maternité peut aussi passer par les transferts monétaires ciblant les femmes enceintes vivant dans des ménages à faible revenu, comme cela se fait dans le nord du Togo. Autre exemple de bonnes pratiques: la Mongolie, qui a réalisé la protection universelle de la maternité – notamment par la couverture des travailleuses indépendantes, des éleveuses, des nomades et des travailleuses de l'économie informelle – en combinant un régime d'assurance sociale par cotisations (contributifs) et un régime de protection sociale.

Étendre les congés de paternité, parentaux et pour responsabilités familiales et faire en sorte qu'ils soient pris par les hommes

D'autres congés, comme les congés de paternité et parentaux, ainsi que ceux qui sont destinés à s'occuper d'enfants ou de parents adultes malades ou handicapés, sont aussi essentiels pour les prestataires non rémunérés. Toutefois, il existe d'importantes lacunes en la matière, surtout dans les pays en développement. Ainsi, comme on l'a vu au chapitre 3, à peine un peu plus de la moitié des pays dans le monde ont institué des

Encadré 6.12. Comment étendre la protection de la maternité aux travailleuses de l'économie informelle**Assurance sociale**

En **République démocratique populaire lao**, en vertu de la loi sur la sécurité sociale de 2014, les travailleurs du secteur informel peuvent s'affilier volontairement au fonds national de sécurité sociale (National Social Security Fund – NSSF). Ils ont alors droit, entre autres, à des prestations de santé et de maternité (après une période de stage de douze mois). La prestation en espèces en cas de maternité est égale à 80 pour cent du salaire moyen de référence (celui des six mois précédents) et est payée durant 90 jours au plus. À ce jour, la couverture reste toutefois limitée: en 2015, le nombre d'affiliés volontaires était de 1 599 personnes sur un total de 2,48 millions de travailleurs dans le secteur informel. Ces chiffres montrent l'importance d'une assurance sociale obligatoire qui réponde aux besoins des travailleurs de l'économie informelle.

Régimes non contributifs

En **République-Unie de Tanzanie**, le fonds d'action sociale (Social Action Fund – TASAF) a été lancé en 2000 en vue d'accroître les revenus et la consommation ainsi que la capacité des populations extrêmement pauvres de résister aux chocs. Des transferts en espèces, équivalant à 6 dollars É.-U., sont effectués tous les deux mois pour les femmes enceintes à condition qu'elles suivent au moins quatre examens médicaux prénataux et des sessions d'information sur la santé et l'alimentation tous les deux mois, selon la disponibilité des services. Les enfants doivent être scolarisés et subir des examens médicaux réguliers.

Au **Pérou**, le programme de transferts en espèces soumis à condition JUNTOS a été institué en 2005 avec l'objectif de réduire la pauvreté et d'éviter qu'elle ne se transmette d'une génération à l'autre. Les bénéficiaires en sont les femmes enceintes, les enfants et les adolescents jusqu'à l'âge de 19 ans qui vivent dans l'extrême pauvreté. Ils perçoivent tous les deux mois 200 nouveaux soles (ce qui équivalait à 67 dollars É.-U. en 2014) sous certaines conditions: les femmes enceintes doivent suivre des examens médicaux, de même que les enfants, qui doivent aussi fréquenter l'école. En 2014, ce programme a bénéficié à 753 638 ménages.

Source: BIT, 2016c.

congés rémunérés pour les pères, sous la forme de congés de paternité ou parentaux. Plusieurs pays en développement, comme l'Afghanistan, la Guinée équatoriale, Hong-kong (Chine) et la Turquie, ont récemment reconnu l'importance des droits des pères et institué un congé de paternité. En la matière, les meilleures pratiques sont celles qui incitent les hommes à prendre des congés, ce qui vient à l'appui de leur engagement pour s'occuper des enfants à moyen terme. On en trouve l'exemple dans les pays nordiques, comme l'Islande ou la Suède, mais aussi en Espagne et au Portugal, où les pères ont droit à des congés rémunérés allant de 1 à 3 mois, qui leur sont exclusivement réservés.

Lorsque les politiques de congés sont conçues en tenant compte des activités de soin à autrui et de l'égalité entre hommes et femmes, notamment de par leur financement par des mécanismes de sécurité sociale, ils permettent aux travailleurs de concilier travail et vie de famille et contribuent à la redistribution, entre femmes et hommes, du travail de soin non rémunéré au sein des ménages (voir encadré 6.11)¹⁰⁴. Ainsi, la conception des régimes de congés, en particulier le fait qu'il s'agit de droits individuels et non transférables, que la rémunération est suffisante et qu'ils sont financés par la sécurité sociale,

Encadré 6.13. Union européenne: proposition de directive relative à l'équilibre entre la vie professionnelle et la vie privée (2017)

Cette proposition a pour but d'améliorer l'accès aux moyens de concilier vie professionnelle et vie privée afin de résoudre le problème du faible taux d'activité des femmes, d'augmenter le recours par les hommes aux congés d'ordre familial et aux formules de travail souples et de renforcer l'égalité entre hommes et femmes.

Si elle est adoptée, la commission entamera un dialogue avec les États membres et les différentes parties prenantes, telles que les gouvernements nationaux, les régions, les autorités locales et les partenaires sociaux, afin d'assurer l'application efficace des mesures d'accompagnement. Les États membres peuvent confier la mise en œuvre de cette directive aux partenaires sociaux pour autant que les résultats qui en sont escomptés soient garantis.

	Cadre législatif actuel de l'Union européenne	Proposition de directive
Congé de maternité*	Congé de maternité rémunéré d'au moins 14 semaines continues, réparties avant et/ou après l'accouchement; les femmes exerçant une activité indépendante sont également protégées	Pas de changement
Congé de paternité	Pas de congé de paternité à l'échelon de l'Union européenne	Congé de paternité de 10 jours à la naissance de l'enfant
Congé parental	Congé parental de 4 mois: ■ non rémunéré ■ ligne directrice énonçant que ce congé peut être pris jusqu'à ce que l'enfant ait atteint l'âge de 8 ans ■ un mois non transférable entre les parents ■ possibilité de prendre le congé de manière flexible qui dépend des États membres	Congé parental de 4 mois : ■ rémunéré à hauteur des prestations de maladie ■ doit être pris au moins avant que l'enfant ait atteint l'âge de 12 ans ■ 4 mois non transférables entre les parents ■ possibilité de prendre le congé de manière flexible
Congé des aidants	Aucun congé pour les aidants, excepté le congé pour cause de force majeure	Droit à 5 jours de congé des aidants par an par travailleur, rémunérés à hauteur des prestations de maladie, pour s'occuper de proches gravement malades ou en situation de dépendance
Formules de travail souples pour les parents et les aidants	Actuellement, le droit de demander à bénéficier de ces formules n'est prévu que pour les parents de retour d'un congé parental	Droit des parents d'enfants âgés au maximum de 12 ans et des travailleurs ayant des responsabilités d'aidant à demander à bénéficier de formules de travail souples

	Cadre législatif actuel de l'Union européenne	Proposition de directive
Protection contre les licenciements et contre tout traitement défavorable	Actuellement, une protection contre le licenciement et/ou contre tout traitement défavorable existe dans les cas de congé de maternité, de congé parental, de congé de paternité et de congé d'adoption (dans les États membres qui accordent un congé de paternité ou d'adoption) Il n'existe pas, à l'échelon de l'Union européenne, de protection contre le licenciement et/ou contre tout traitement défavorable dans les cas de congé des aidants et des travailleurs demandant à bénéficier de formules de travail souples (sauf pour le travail à temps partiel)	Protection contre la discrimination et/ou le licenciement lorsque des travailleurs choisissent de prendre ou de demander à prendre un congé, ou demandent à bénéficier de formules de travail souples

* Selon la proposition de nouvelle directive, le congé de maternité sera maintenu tel qu'établi par les directives 92/85/CEE, concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleuses enceintes, ayant accouché ou allaitantes au travail, et 2010/41/EU, concernant l'application du principe de l'égalité de traitement entre hommes et femmes exerçant une activité indépendante.

Sources: Addati, Cassirer et Gilchrist, 2014; Levkov et coll., 2015; Blum, Koslowski et Moss, 2017; Haas et Rostgaard, 2011; Commission européenne, 2017.

est essentielle pour encourager les hommes à faire valoir leurs droits aux congés, comme l'illustre la nouvelle initiative de l'Union européenne pour réformer les politiques en la matière (voir encadré 6.13)¹⁰⁵. Un autre élément essentiel à l'égalité entre hommes et femmes est la coordination entre les politiques en matière de congés et d'éducation et de protection de la petite enfance. Cela signifie qu'il ne doit pas y avoir de vide entre la fin des congés (de maternité, de paternité et parentaux) rémunérés et le moment où les enfants peuvent, de droit, fréquenter un service d'accueil. Tel est le cas, par exemple, dans les pays scandinaves, ainsi qu'à Malte et en Slovaquie (voir encadré 3.3 au chapitre 3).

6.2.2. Rétribuer équitablement le personnel du soin à autrui; plus d'emplois et un travail décent, y compris pour les travailleurs migrants

1. Établir et faire appliquer des conditions d'emploi décentes, y compris l'égalité de rémunération pour un travail de valeur égale

Comme on l'a vu au chapitre 4, de nombreux travailleurs du soin ne bénéficient pas du même degré de protection que le personnel des autres branches d'activité. En outre, certaines catégories de travailleurs du soin, au sein desquelles les femmes et les membres des minorités sont surreprésentés, sont victimes des pires manquements au travail décent. Réaliser le travail décent pour le personnel du soin à autrui suppose de nombreuses mesures et bien des actions, mais le premier pas consiste à s'assurer que tous, y compris les migrants, sont aussi bien protégés que les autres travailleurs par le droit du travail. Ce droit doit garantir des conditions de travail décentes, qui sont présentées plus en détail ci-après.

Assurer une réglementation appropriée des formes atypiques d'emploi

Les pays peuvent interdire le recours aux contrats de durée déterminée pour exécuter des tâches permanentes dans les entreprises, limiter le recours au travail intérimaire, fixer une limite au renouvellement ou à la durée globale des contrats de durée déterminée ou occasionnels, restreindre ou interdire le travail sur appel¹⁰⁶. Ainsi, à la suite d'une grande campagne menée par le syndicat Unite en Nouvelle-Zélande, les contrats de travail doivent spécifier depuis 2016 une durée minimale du travail garantie et, dans le cas contraire, les travailleurs ne peuvent être tenus de rester à la disposition de l'employeur.

En 2013, les travailleurs domestiques se sont vu accorder un jour de repos par semaine à Singapour. En Thaïlande, un décret ministériel de 2012 a établi des congés annuels rémunérés et un repos hebdomadaire pour les travailleurs domestiques¹⁰⁷ (voir aussi encadré 6.14). On observe également des avancées dans les pays arabes, qui jusqu'à

Encadré 6.14. Réformes récentes visant à étendre les droits sociaux aux travailleurs domestiques

Depuis l'adoption, en juin 2011, de la convention (n° 189) sur les travailleuses et travailleurs domestiques, 2011, par les États Membres de l'OIT, 25 pays (la plupart latino-américains) l'ont ratifiée et 30 autres ont étendu le champ d'application de la législation du travail aux travailleurs domestiques, tandis que 20 de plus y travaillent activement.

Argentine, 2013: La loi 26 844 sur le travail domestique a étendu aux travailleurs domestiques les avantages dont bénéficient les autres travailleurs: une durée maximale du travail de 48 heures par semaine, un congé hebdomadaire, la rémunération des heures supplémentaires, des congés annuels, des congés de maladie, la protection de la maternité, un âge minimum d'admission à l'emploi. En outre, la loi établit aussi des protections supplémentaires pour les travailleurs qui habitent chez leur employeur, comme le droit à des pauses ou à une chambre meublée. Cette réforme met également fin à une pratique discriminatoire qui établissait le statut de travailleur domestique en fonction du nombre d'heures effectuées au lieu de considérer qu'il s'agit du travail pour un ménage, quel que soit le nombre d'heures.

Philippines, 2013: La loi sur les travailleurs domestiques de 2013 est un texte complet qui protège les travailleurs domestiques contre les abus, la servitude pour dettes et les pires formes de travail des enfants. La loi fixe des normes minimales en matière de salaires, de durée du travail et de jours de repos, et d'autres avantages. Elle étend au travail domestique les dispositions de la sécurité sociale, de l'assurance-maladie et du régime de logement à l'intention des personnes ayant de faibles revenus. Elle établit aussi des mécanismes de résolution des différends du travail et de réaction rapide face aux abus. Cette loi constitue un message fort à l'intention des pays de destination où sont employés des milliers de travailleuses domestiques des Philippines, message selon lequel le gouvernement des Philippines est fortement attaché aux principes énoncés dans la convention n° 189.

Espagne, 2011: Le décret royal 1620/2011 établit un salaire minimum, des congés hebdomadaires et annuels, un congé de maternité et la compensation des périodes d'astreinte. Ce texte met les travailleurs domestiques à égalité avec les autres salariés en ce qui concerne les salaires, qui ne peuvent être inférieurs au salaire minimum, et la durée légale du travail, limitée à 40 heures par semaine avec au moins 12 heures de repos quotidien. En outre, il limite les déductions du salaire des travailleurs domestiques pour leur logement et leur entretien. L'Espagne a aussi intégré les travailleurs domestiques au régime général de sécurité sociale.

Sources: BIT, 2016a; King-Dejardin, à paraître.

récemment ne disposaient d'aucun cadre réglementaire concernant les travailleurs domestiques (voir modèle 3.1 à la section 4.3).

Le travail à temps partiel dans les activités de soin devrait être de bonne qualité, en se conformant aux principes établis par la convention (n° 175) sur le travail à temps partiel, 1994, et la recommandation n° 182 qui l'accompagne, ainsi que par la convention (n° 156) sur les travailleurs ayant des responsabilités familiales, 1981.

Inclure le personnel des activités de soin à autrui dans le champ d'application du salaire minimum et de la protection sociale

Faire respecter un salaire minimum suffisant peut contribuer à réduire la pénalisation salariale dont est victime le personnel du soin à autrui. Les travailleurs domestiques, même lorsqu'ils sont recrutés par des intermédiaires, devraient être inclus dans le champ d'application du salaire minimum. Ainsi, au Pérou, la responsabilité est partagée entre les entreprises principales et les sous-traitants pour ce qui est du respect du salaire réglementaire et des droits sociaux des salariés. En Allemagne, les travailleurs en sous-traitance ont un droit de recours vis-à-vis de l'entreprise principale si le sous-traitant ne respecte pas le salaire minimum¹⁰⁸. De nombreux pays ont intégré le travail domestique dans leur réglementation sur le salaire minimum, selon diverses approches. Au Brésil, au Costa Rica, au Mexique et en Turquie, le salaire minimum s'applique aux travailleurs domestiques¹⁰⁹. Aux États-Unis, le champ d'application du salaire minimum fédéral et de la réglementation sur la durée du travail a été étendu aux aides à domicile en 2013¹¹⁰, tandis qu'en Suisse la mise en œuvre s'est faite en 2011 par le biais d'un contrat type de travail¹¹¹ (voir encadré 6.14 pour d'autres exemples). Les travaux de recherche montrent que l'adoption d'une législation relative au salaire minimum des travailleurs domestiques ne se traduit pas nécessairement par une application effective et que des efforts doivent être déployés pour la faire respecter¹¹².

Garantir à tous les travailleurs des activités de soin à autrui les protections inscrites dans la partie VI de la convention (n° 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952, et dans la convention (n° 121) sur les prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles, 1964, évitera aux victimes de ces accidents et maladies ainsi qu'à leur famille de tomber dans la pauvreté et contribuera donc à la réalisation de l'ODD 1: «Éliminer la pauvreté sous toutes ses formes partout dans le monde».

Réaliser l'égalité de rémunération pour un travail de valeur égale dans les activités de soin à autrui

Aux termes de la convention (n° 100) sur l'égalité de rémunération, 1951, l'égalité de rémunération pour un travail de valeur égale devrait être de règle dans les métiers du soin à autrui. Cet objectif peut être atteint en améliorant la transparence en matière de salaire et en mettant au point des méthodes d'évaluation des emplois qui soient neutres quant au sexe et qui corrigent les biais selon lesquels les activités de soin à autrui sont systématiquement dévalorisées, donc moins rémunérées. Des moyens de recours effectifs devraient être aussi mis à disposition du personnel. Parmi les bonnes pratiques en matière de gestion des ressources humaines on relève les méthodes équitables et neutres de révision des salaires, qui assurent que des femmes et des hommes qui réalisent des tâches différentes, mais de valeur égale (c'est-à-dire demandant une expérience et un niveau de

Encadré 6.15. Le rôle essentiel des syndicats pour promouvoir l'égalité de rémunération dans les activités de soin à autrui: un cas historique en Nouvelle-Zélande

En Nouvelle-Zélande, une augmentation historique de la rémunération des travailleurs du soin à autrui a suivi l'adoption d'une loi sur la rémunération équitable des travailleurs du soin et de l'aide à la personne en 2017. L'origine de cette loi remonte à 2012, lorsqu'une salariée d'une institution résidentielle, Kristine Bartlett, a engagé avec le soutien de son syndicat E tū, une action en justice contre son employeur au titre de la loi de 1972 sur l'égalité de rémunération. Elle dénonçait une sous-évaluation sexiste systémique du travail de soin et d'aide à autrui: «parce que les travailleurs de l'aide à autrui sont surtout des femmes, elles sont moins payées que ne le seraient des hommes effectuant le même travail, demandant le même degré, ou un degré équivalent, de qualification, d'efforts et de responsabilités, et dans des conditions de travail identiques ou très semblables».

Suite à des décisions du Tribunal de l'emploi et de la Cour suprême favorables à la plainte de Kristine Bartlett, le gouvernement de la Nouvelle-Zélande a annoncé en 2015 des négociations sur les taux de rémunération des travailleurs du soin et de l'aide à la personne; il a créé en 2016 un groupe de travail associant les syndicats de travailleurs, les organisations d'employeurs et les autres prestataires de soin à autrui. Un accord a été signé en mai 2017, et le Parlement a unanimement adopté la loi dès juin 2017.

Cette loi est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2017. L'accord attribue 2 milliards de dollars néo-zélandais aux plus de 55 000 travailleurs du soin et de l'aide à la personne employés dans des maisons de retraite, des services à domicile et des services aux personnes handicapées. Selon l'expérience et la qualification des travailleurs, leur taux de rémunération augmentera dans une proportion allant de 15 à 50 pour cent sur cinq ans. Les travailleurs qui gagnaient antérieurement le salaire minimum de 15,75 dollars néo-zélandais de l'heure passeront à au moins 19 dollars néo-zélandais, soit 21 pour cent d'augmentation. Le salaire moyen du personnel augmentera pour se situer dans une fourchette allant de 19 à 27 dollars néo-zélandais de l'heure.

Chose unique, la loi reconnaît la sous-évaluation systémique sexiste du travail dans les activités de soin, ce qui donne à penser qu'il pourrait en aller de même pour d'autres travailleuses peu rémunérées.

Cet accord historique a suscité les réactions suivantes des principaux acteurs:

«Cela nous conférera dignité et fierté et donnera de l'intérêt à nos vies, car nous serons payés pour ce que nous valons vraiment. Après des années de lutte sur les bas salaires, nous allons pouvoir vraiment profiter de la vie.» *Kristine Bartlett*

«Cet accord égalitaire établit des taux de rémunération qui reflètent vraiment les qualifications et l'importance du travail réalisé chaque jour par les travailleurs du soin et de l'aide à la personne. Un niveau de rémunération décent et le droit d'acquérir des qualifications augmenteront le nombre et la fidélité des travailleurs qualifiés qui s'occupent de nos personnes âgées. Cela contribuera à la confiance de la population dans la qualité élevée des soins prodigués à nos proches dans les hôpitaux et les maisons de retraite.» *Cee Payne, Organisation des infirmières de Nouvelle-Zélande*

«Cet accord fera la différence pour nos membres. Nos adhérents qui travaillent dans l'aide à domicile et l'assistance aux personnes handicapées jouent un rôle essentiel pour que les gens dont ils s'occupent aient une vie autonome et indépendante. Cet accord reconnaît la valeur de leur travail, mais aussi celle des personnes dont ils s'occupent.» *Erin Polaczuk, secrétaire nationale de l'Association des services publics*

Sources: E tū, 2017; NZCTU, 2017; Gouvernement de la Nouvelle-Zélande, 2017a; Gouvernement de la Nouvelle-Zélande, 2017b; Gouvernement de la Nouvelle-Zélande, 2017c; Ravenswood, 2017.

qualification équivalents), sont rémunérés à égalité, comme le demande, par exemple, le bureau du médiateur pour le travail équitable (Fair Work Ombudsman) en Australie¹¹³. Le cas de l'augmentation de la rémunération des travailleurs de l'aide à la personne en Nouvelle-Zélande en 2017 montre comment contrecarrer la sous-évaluation systémique des emplois dans les activités de soin à autrui (voir encadré 6.15).

Soutenir la transition de l'économie informelle vers l'économie formelle

Dans la ligne de la recommandation de l'OIT (n° 204) sur la transition de l'économie informelle vers l'économie formelle, 2015, plusieurs pays d'Europe (Allemagne, Belgique, Danemark, Finlande, France, Italie et Suède) ont rendu l'emploi formel de travailleurs domestiques plus attractif pour les ménages au moyen d'abattements fiscaux ou de crédits d'impôts. En France, la conjonction de ces mesures, d'un solide cadre réglementaire et de plusieurs conventions collectives a donné l'un des taux les plus élevés d'emploi formel des travailleurs domestiques dans le monde¹¹⁴. La simplification de la procédure des déclarations a aussi pour effet d'augmenter le nombre de celles-ci, comme cela était le cas en Argentine¹¹⁵.

Comme cela est présenté en détail au chapitre 4, les prestations spécifiques pour activités de soin à autrui qui viennent en soutien de l'emploi d'aides à la personne à domicile (y compris les assistants aux personnes handicapées) doivent être réglementées pour garantir le caractère formel de l'emploi. Comme dans les pays nordiques, cela peut se faire en obligeant les bénéficiaires à recourir aux services d'entreprises ou de travailleurs agréés. Une stratégie nationale cohérente qui facilite les transitions vers une activité formelle doit tenir compte du fait que les coûts du travail formel sont supérieurs pour toutes les parties: entreprises, travailleurs et collectivités (l'exemple d'une telle transition à Trinité-et-Tobago figure à encadré 6.16).

Encadré 6.16. Rendre l'emploi formel: l'exemple des coopératives de travailleurs domestiques à Trinité-et-Tobago

Trinité-et-Tobago connaît une croissance du travail domestique, surtout parmi les femmes ayant de faibles revenus. En 1982, le Syndicat national des travailleurs domestiques (NUDE) a été créé. Depuis, il a obtenu certaines avancées en matière de législation, où sont désormais inscrits les congés de maladie, de maternité et annuels. Toutefois, certaines questions restent en suspens, comme l'absence de contrat de travail et de prestations de vieillesse, ainsi que l'accès limité aux produits et services financiers du fait que la plupart des travailleurs domestiques n'ont guère de relevés de leurs états de services. Les adhérents du syndicat ont décidé de créer une société coopérative (Service Workers Centre Cooperative Society Limited (SWCC)) afin de pallier certaines des lacunes susmentionnées et de proposer aux travailleurs domestiques des possibilités d'emploi décent et un certain nombre de services s'y rapportant. En janvier 2014, la coopérative a fait l'objet d'une déclaration officielle. L'expérience de Trinité-et-Tobago en la matière n'est pas unique. Il existe dans le monde des dizaines de coopératives de travailleurs domestiques, qui s'ajoutent à celles qui existent dans les autres activités de soin à autrui. Un recensement réalisé par le BIT en 2013 a permis de dénombrer 40 coopératives de travailleurs domestiques dans le monde*.

* BIT, 2016a.

Source: BIT, 2018j.

Soutenir les institutions à but non lucratif dans les activités de soin à autrui

Comme on l'a vu au chapitre 3, seulement 21 pour cent¹¹⁶ des enfants fréquentent les services d'éducation et de protection de la petite enfance pour les enfants de moins de 3 ans, et on observe de fortes lacunes dans la couverture des infrastructures et services publics de soins de longue durée, surtout dans les pays à revenu faible ou intermédiaire¹¹⁷. En l'absence totale de solutions viables, de nature privée ou publique, les coopératives émergent en tant que nouveaux prestataires de soin à autrui¹¹⁸. En Afrique subsaharienne, au Rwanda et au Zimbabwe par exemple, des coopératives ont été créées pour faire face aux besoins, en matière de logement et de santé, des personnes vivant avec le VIH¹¹⁹. En Amérique du Nord, les coopératives s'adressant aux jeunes ayant des besoins en matière de développement sont courantes. Quant aux coopératives qui proposent un logement ou une aide à domicile aux personnes âgées, elles sont fréquentes en Asie (République de Corée et Japon), en Europe occidentale (France et Royaume-Uni), en Amérique du Nord (Canada et États-Unis) ou dans le Cône Sud (Uruguay). En Italie, les coopératives et les entreprises sociales proposent des services sociaux, sanitaires et éducatifs dans des centres ouverts aux enfants et aux personnes âgées, des dispensaires ou sous forme d'aide à domicile¹²⁰.

Aux termes de la recommandation de l'OIT (n° 193) sur la promotion des coopératives, 2002, les États devraient promouvoir les coopératives et mettre en place une politique et un cadre juridique favorables, conformes à la nature et à la fonction des coopératives et fondés sur les valeurs et principes coopératifs: responsabilité personnelle, démocratie, égalité, équité, solidarité¹²¹. L'apport des coopératives, en tant que prestataires et employeurs, est divers. Les coopératives de travailleurs ont pour effet d'augmenter les salaires et prestations, de réduire le taux de rotation du personnel, de réglementer et de rendre formel l'emploi du personnel de l'aide à la personne logé chez le bénéficiaire et d'offrir au travailleur une formation et une professionnalisation de leur activité¹²². Chose importante, elles assurent aussi la promotion des droits des travailleurs en leur permettant de négocier collectivement pour améliorer leur salaire, leurs conditions d'emploi et la protection de leur emploi, avec une efficacité toute particulière pour les travailleuses¹²³. Les coopératives se sont impliquées dans l'organisation des travailleurs domestiques. On en a de bons exemples avec la SEWA en Inde ou la Coopérative nationale du personnel de maison (National Home Managers Cooperative) en République de Corée¹²⁴ (voir aussi encadré 6.17).

Comme cela est mentionné à l'encadré 4.5 du chapitre 4, les plates-formes numériques qui fournissent des travailleurs domestiques aux ménages ont pour caractéristique d'échapper à la législation du travail. La gestion de ces plates-formes par les travailleurs eux-mêmes, organisés en coopératives, est un moyen de résoudre ce problème. Aux États-Unis, la coopérative d'infirmières Nurses Can a été créée avec le soutien de l'antenne locale de l'Union internationale des salariés des services en Californie. La plate-forme permet aux clients de prendre contact directement avec des infirmières diplômées au moyen d'une application ad hoc.

Afin de réaliser pleinement le potentiel que présentent les coopératives et autres organisations locales et solidaires, une législation et des politiques appropriées sont indispensables. Ainsi, en Italie, la reconnaissance des coopératives sociales par la loi (loi n° 381)

Encadré 6.17. Exemples de coopératives qui assurent des services de soin à autrui tout en offrant de meilleures conditions de travail au personnel

Foster Care Cooperative, au Royaume-Uni, qui propose des services d'accueil de courte et longue durée, ainsi que des soins de répit aux familles en crise, a été fondée en 1999 et a fusionné en 2016 avec une autre association à but non lucratif proposant des services du même ordre (Jigsaw Independent Fostering). Tous les profits sont réinvestis dans la formation et les avantages sociaux des salariés, ainsi que dans l'extension des services.

Sungmisan Village, en République de Corée, est une coopérative unique en son genre, qui propose des soins et aides de jour ainsi que des activités d'accueil périscolaire. Le village consiste en une collectivité globale qui réaffirme les valeurs et principes coopératifs, les met en pratique et les transmet aux enfants pour bâtir un avenir meilleur.

Le **centre coopératif Y's Owl Maclure, au Canada**, offre des services aux enfants qui ont des handicaps de développement et promeut leur droit de devenir des membres à part entière de la société par des programmes de conseils (pour la transition de l'école vers le travail), de formation et d'emploi. La coopérative propose aux travailleurs du soin à autrui des emplois, avantages sociaux et formations d'excellent niveau, et aux bénéficiaires des activités de soin, des qualifications et un accès au marché du travail, sur une base égalitaire.

La coopérative **Tubusezere Twihangire Imiromo, au Rwanda**, a été créée en 2012 par d'anciennes travailleuses du sexe qui se sont organisées et ont ainsi obtenu une formation sur la prévention et le traitement du VIH, en collaboration avec l'ONG Association pour la santé familiale. La coopérative vend des préservatifs à prix réduit dans les zones urbaines comme rurales, procède au dépistage des infections sexuellement transmissibles et de la tuberculose, organise des sessions de sensibilisation et de formation et apporte un soutien social aux personnes qui vivent avec le VIH.

La coopérative **Caminos, en Uruguay**, est la plus grande coopérative d'activités de soins auxiliaires et d'assistance thérapeutique du pays. Elle fournit des aides à la personne à domicile, dans les cliniques et les hôpitaux. Elle emploie une équipe multidisciplinaire de professionnels de la santé: infirmières diplômées, médecins et psychologues. Sur chaque cas, les bénéficiaires, leur famille et les intervenants travaillent ensemble pour établir un programme individualisé, tout en favorisant autant qu'il est possible l'autonomie et la collaboration de la famille.

La **coopérative de personnes âgées Koreikyo, au Japon**, fondée en 2001, a mis au point un modèle novateur: tous les services sont fournis pour et par les personnes âgées. Les personnes âgées actives, de 55 à 75 ans, prodiguent soins et aide à celles de 75 ans et plus qui sont plus dépendantes. La mission de Koreikyo est d'aider les personnes âgées à rester actives, indépendantes et engagées en offrant les services nécessaires au maintien d'une vie sociale en bonne santé, ainsi qu'une plate-forme qui permet aux personnes âgées de continuer à travailler l'âge avançant. La coopérative a eu plus de 100 000 adhérents dans la dernière décennie. Depuis 2000, les services fournis par la coopérative peuvent être remboursés par le Kaigo Hoken, le régime national d'assurance des soins infirmiers. Les membres de la coopérative versent une cotisation allant de 10 à 50 dollars É.-U. lors de leur adhésion, qui leur est remboursée s'ils quittent la coopérative. Ils paient aussi une cotisation annuelle d'environ 30 dollars É.-U.

Source: BIT, 2017h.

a augmenté de façon spectaculaire leur capacité de fournir des services de soin à autrui à un grand nombre de bénéficiaires: personnes âgées, enfants, adolescents et personnes handicapées.

2. Garantir au personnel du soin à autrui un milieu de travail sûr, sain et stimulant

Adopter et faire appliquer des lois et des dispositions en vue d'éliminer toute forme de violence et de harcèlement contre le personnel du soin à autrui

Comme cela est développé au chapitre 4, les travailleurs des métiers et des branches du soin à autrui, dans la santé, l'éducation et le travail domestique, sont particulièrement exposés à la violence et au harcèlement sur le lieu de travail. Plusieurs instruments de l'OIT soulignent l'importance de la non-discrimination et énoncent des mesures qui garantissent l'exercice du droit à la sécurité et la santé au travail, y compris pour le personnel infirmier¹²⁵. Les mandats de l'OIT se sont aussi engagés dans un processus normatif en vue de l'élimination de la violence et du harcèlement dans le monde du travail¹²⁶. Les lignes directrices de l'OIT pour prévenir et réduire la violence au travail préconisent l'élaboration d'une stratégie de prévention en suivant une démarche participative impliquant les syndicats, les pouvoirs publics, les employeurs et les travailleurs, ainsi que des spécialistes de la violence au travail¹²⁷.

Une résolution récente de l'Assemblée générale des Nations Unies¹²⁸ condamne fermement toutes les attaques visant des membres du personnel soignant et autres professionnels de la santé et demande instamment aux États de prendre les mesures appropriées dans la promotion de la sécurité et de la protection de ces professionnels. De telles mesures ont été prises dans certains pays. Ainsi, aux États-Unis (New Jersey), en Inde (Tamil Nadu), en Israël et en Turquie, des lois spécifiques ont été adoptées pour lutter contre la violence à l'encontre du personnel de santé. Ces lois demandent à l'employeur de prendre des mesures de prévention, y compris par l'établissement d'un comité ad hoc ayant le pouvoir d'exclure des locaux les personnes qui ne respectent pas les règles. Les hôpitaux mettent en œuvre diverses stratégies pour s'attaquer à la violence, en particulier recrutement de personnel de sécurité, installation de systèmes d'alarme et dénonciation systématique des actes de violence¹²⁹.

Collecter des données pour éclairer les mesures en matière de sécurité et de santé au travail dans les activités de soin à autrui

La sécurité et la santé au travail peuvent bénéficier de synergies dans le cadre du régime général de prestations pour accidents du travail et maladies professionnelles. Ces prestations constituent une compensation pour les travailleurs qui sont victimes de blessures ou de maladie liées à leur travail, ainsi que pour les survivants en cas de décès. Les régimes de la sécurité sociale qui les couvrent fournissent des données sur les accidents du travail et les maladies professionnelles. La collecte et l'analyse de ces données sont essentielles pour établir des politiques en matière de sécurité et de santé au travail et assurer la pérennité des régimes d'indemnisation des travailleurs. Le regroupement de ces activités au sein d'un organisme unique facilite la coordination des activités et le partage des informations en temps réel au moyen d'un réseau d'information commun. Sinon,

dans de nombreux pays, une partie des fonds des régimes de sécurité sociale sont alloués à la mise en œuvre des politiques en matière de sécurité et de santé au travail. Les activités en la matière sont supposées améliorer la sécurité ainsi que la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles, ce qui contribue à la stabilité financière des régimes de sécurité sociale et à leur bonne gestion en réduisant les dépenses d'indemnisation.

Promouvoir le perfectionnement professionnel, l'amélioration et la certification des qualifications et les perspectives de carrière de tout le personnel du soin à autrui

Les politiques publiques sont essentielles pour que le personnel des activités de soin à autrui ait une instruction et une formation appropriées, ainsi que de bonnes conditions d'emploi et de travail avec perspectives de carrière et augmentations de salaire. En conséquence, il est nécessaire d'établir des normes de base quant à la formation et à la pratique du personnel enseignant, infirmier¹³⁰ et de l'éducation à la petite enfance¹³¹. Un perfectionnement continu et global est également important pour garantir la qualité des services d'éducation et de protection de la petite enfance¹³².

Pour renforcer les systèmes de santé, il est fondamental que le personnel de la santé et du travail social soit compétent, autonome, organisé et réparti de façon optimale, surtout dans les zones rurales ou mal desservies¹³³. Cela suppose une adéquation de l'offre de qualifications aux besoins de la population et de combler les lacunes par les politiques menées en matière d'éducation et de marché du travail¹³⁴.

Les programmes de formation des praticiens doivent aller dans le sens du perfectionnement professionnel, surtout dans les zones reculées et défavorisées ainsi qu'en direction des populations marginalisées, vulnérables et défavorisées, où la formation initiale peut être plus faible, et le besoin de soutien, plus intense. Lorsque les ressources sont limitées, les manques peuvent être comblés en demandant à des formateurs expérimentés de former les formateurs et de partager leurs qualifications et leur connaissance du perfectionnement professionnel avec les acteurs locaux. Les États peuvent légiférer pour que soient reconnues les qualifications professionnelles des travailleurs migrants en vue d'améliorer l'égalité de chances et de traitement dans le domaine de la formation et de l'orientation professionnelles¹³⁵.

La convention (n° 189) sur les travailleuses et travailleurs domestiques, 2011, invite à encourager le développement continu des compétences et qualifications des travailleurs domestiques. Une meilleure réglementation des agences qui emploient des travailleurs domestiques favoriserait leur accès à la formation. En Chine, par exemple, les travailleurs domestiques employés par des agences bénéficient de la protection du droit du travail et de possibilités de formation équivalentes à celle des autres travailleurs. À Beijing, le gouvernement subventionne ces entreprises afin de les aider à affilier les travailleurs domestiques à l'assurance sociale, ce qui leur confèrent une bonne protection¹³⁶. La France et la Belgique ont adopté des ensembles de mesures, comprenant des aides à la formation et la promotion des prestataires de services, afin de développer le secteur du travail domestique au-delà de la transformation d'emplois non déclarés en emplois formels¹³⁷.

Promouvoir une participation égale des femmes et des hommes dans les emplois du soin à autrui, ainsi que l'accès des femmes aux postes d'encadrement et de direction

À l'échelle mondiale, le nombre de femmes dans la main-d'œuvre du soin à autrui surpasse celui des hommes dans une proportion de 2 pour 1, soit 65 pour cent (voir chapitre 4). La ségrégation professionnelle entre hommes et femmes limite les possibilités d'emploi des femmes dans d'autres secteurs et celui des hommes dans les activités de soin à autrui. La ségrégation verticale, c'est-à-dire que les femmes sont sous-représentées aux postes d'encadrement et de direction, est l'une des causes de l'écart salarial entre hommes et femmes que l'on observe aussi dans les métiers du soin à autrui. Les États peuvent jouer un rôle essentiel pour promouvoir l'égalité de chances et de traitement par des campagnes de sensibilisation en faveur de changements dans l'organisation du travail et la répartition des tâches afin d'éviter les effets négatifs sur la situation et la progression des femmes.

Parmi les exemples de bonnes pratiques visant à contrecarrer la ségrégation verticale dans les activités de soin figurent les programmes proposant un mentorat et des conseils professionnels de carrière en vue de la progression des femmes, visant à faire changer l'ambiance et la culture masculine de l'entreprise, comme l'Executive Leadership Program¹³⁸ dans la médecine universitaire aux États-Unis. Certains programmes de sensibilisation qui consistent à présenter aux filles et aux garçons une multiplicité d'emplois, y compris dans des professions à dominante masculine ou féminine, ou encore à mettre en place des mentorats contribuent à réduire la ségrégation horizontale. Ainsi l'initiative suisse Futurs en tous genres consiste-t-elle en une opération annuelle qui implique les parents, les entreprises et les écoles, avec des ateliers et des visites d'entreprises pour les parents¹³⁹. D'autres stratégies peuvent être adoptées à tous les niveaux: campagnes dans les médias et autres actions impliquant les employeurs, les institutions de l'emploi, les organismes de formation et les parents. Ainsi, toute une série de stratégies ont été adoptées pour s'attaquer à la sous-représentation des hommes dans le secteur

Encadré 6.18. S'attaquer à la ségrégation professionnelle dans l'éducation et la protection de la petite enfance: les mesures novatrices du gouvernement flamand

En 2002, le gouvernement de la communauté flamande de Belgique a adopté de nouvelles réglementations concernant la qualité des services d'éducation et de protection de la petite enfance. L'article 12 du décret dit: «On s'attachera activement à recruter des hommes aussi bien que des femmes, des autochtones aussi bien que des membres des minorités ethniques en tant que travailleurs de la petite enfance et que fonctionnaires». Le ministère de la Protection sociale et de l'Égalité des chances a aussi augmenté les salaires du personnel des centres de jour de 30 pour cent. En collaboration avec des fédérations d'associations et l'université de Gand, le gouvernement flamand a lancé une campagne pour encourager plus d'hommes à s'engager dans les métiers de la petite enfance. À la demande des associations, le gouvernement a donné des noms plus neutres aux professions du soin. Dans les titres, le mot «soin» a été remplacé par un terme plus pédagogique. Ainsi, *kinderverzorger* (littéralement «soignant d'enfants») a été remplacé par *kinderbegeleider*, («compagnon d'enfants»).

Source: Peeters, 2007.

de la petite enfance, comme des campagnes de recrutement avec objectifs chiffrés en Norvège et au Royaume-Uni ou l'augmentation des salaires dans les centres de jour et l'organisation de cours de formation adaptés aux hommes par le gouvernement flamand (voir encadré 6.18)¹⁴⁰.

3. Adopter des lois et appliquer des mesures afin de protéger les travailleurs migrants engagés dans les activités de soin à autrui

*S'assurer que les travailleurs migrants engagés dans les activités de soin à autrui
jouissent pleinement de leurs droits sociaux et de l'égalité de traitement*

Conformément aux dispositions de la convention (n° 143) sur les travailleurs migrants (dispositions complémentaires), 1975, les États doivent lutter contre les migrations dans des conditions abusives et promouvoir l'égalité de chances et de traitement des travailleurs migrants en matière d'emploi et de profession, de sécurité sociale, de droits syndicaux et culturels et de libertés individuelles et collectives. La recommandation n° 151 qui l'accompagne précise que les travailleurs migrants devraient bénéficier de l'égalité effective de chances et de traitement en ce qui concerne l'orientation et la formation professionnelles, les promotions, la sécurité de l'emploi, la rémunération et les conditions de travail. La convention (n° 181) sur les agences d'emploi privées, 1997, et la recommandation n° 188 qui l'accompagne sont particulièrement importantes pour les travailleurs migrants engagés dans des activités de soin à autrui, car ils sont souvent recrutés par l'intermédiaire de telles agences. Ces instruments prévoient que les États veillent à ce que ces travailleurs bénéficient d'une protection adéquate et que les agences informent les travailleurs de la nature de l'emploi offert et des conditions d'emploi qui sont applicables. Au titre de bonnes pratiques, on mentionnera certaines dispositions canadiennes qui imposent des conditions d'agrément onéreuses aux agences de recrutement et d'emploi, y compris un cautionnement en cas de recrutement de travailleurs migrants¹⁴¹, ou le régime de déclaration et d'agrément en vigueur au Ghana pour les agences de recrutement et d'emploi qui placent des travailleurs domestiques (nationaux) et doivent s'assurer du caractère formel de l'emploi et du paiement des cotisations sociales¹⁴².

Les observations présentées au chapitre 4 montrent que, dans tous les pays de destination, les travailleurs migrants engagés dans les activités de soin à autrui sont confrontés à toute une série d'obstacles qui limitent leurs droits, surtout dans le cas des travailleurs peu qualifiés des soins de longue durée et du travail domestique. Dans certains pays, les travailleurs migrants sont attachés à un employeur, avec un statut souvent précaire et un emploi souvent irrégulier ou temporaire. Du fait de leur situation de faiblesse, leurs salaires sont en général bas; leur durée du travail, longue; leurs conditions de travail et leur sécurité, médiocres; leurs perspectives de carrière, limitées¹⁴³. En outre, les travailleurs migrants dans les activités de soin, ainsi que les travailleurs domestiques, sont souvent exclus de la législation du travail et de la protection sociale¹⁴⁴. On peut observer des exemples de bonnes pratiques dans l'Union européenne, où les travailleurs migrants, y compris en situation irrégulière, ont droit à une rémunération équitable et ont accès à des recours contre l'exploitation. La directive de l'Union européenne concernant les sanctions et les mesures à l'encontre des employeurs de ressortissants de pays tiers en séjour irrégulier demande aux États membres d'assurer

que ces derniers peuvent introduire un recours pour tout salaire impayé ou demander à l'autorité compétente de l'État membre d'engager les procédures de recouvrement¹⁴⁵. Toutefois, des efforts restent à faire pour aider les migrants à faire valoir leurs droits devant les tribunaux. Ceux qui sont en situation irrégulière craignent souvent d'être repérés, n'ont pas de résidence sûre et connaissent en général mal leurs droits.

Assurer la protection sociale des travailleurs migrants

Contrairement aux nationaux qui travaillent durant toute leur vie dans un seul pays, les travailleurs migrants connaissent de grandes difficultés pour jouir du droit à la sécurité sociale¹⁴⁶. Ils peuvent ne pas avoir droit, ou seulement partiellement, à la sécurité sociale dans le pays d'accueil du fait de leur statut, de leur nationalité ou de la durée insuffisante de leur période d'emploi ou de résidence. Ils peuvent être aussi pénalisés par manque de connaissance de leurs droits et obligations. Dans le même temps, ils peuvent perdre leurs droits aux prestations de la sécurité sociale de leur pays d'origine du fait qu'ils en sont temporairement absents. Les problèmes de territorialité et de nationalité, qui sont inhérents aux législations nationales de nombreux pays, et le manque de mécanismes de coordination entre les pays peuvent empêcher les migrants de bénéficier d'une couverture sociale.

Pour surmonter ces difficultés, l'approche de l'OIT est de promouvoir la ratification et l'application de la convention (n° 143) sur les travailleurs migrants (dispositions complémentaires), 1975, de la convention (n° 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952, de la convention (n° 118) sur l'égalité de traitement (sécurité sociale), 1962, et de la convention (n° 189) sur les travailleuses et travailleurs domestiques, 2011, ainsi que la mise en œuvre des dispositions de la recommandation (n° 202) sur les socles de protection sociale, 2012, afin de s'assurer que les travailleurs migrants sont protégés par l'assurance et l'assistance sociales, y compris en matière de maternité et d'accidents du travail, et qu'ils jouissent, comme leur famille, de l'égalité de chances et de traitement avec les nationaux en matière de sécurité sociale. Le Cadre multilatéral de l'OIT pour les migrations de main-d'œuvre appelle à la conclusion d'accords entre pays pour garantir la transférabilité des droits à prestations de sécurité sociale. Parmi les exemples de bonnes pratiques, en matière de protection des travailleurs migrants, y compris des travailleurs domestiques, on relèvera les dispositions prises à Hong-kong (Chine) et en Afrique du Sud, ainsi qu'en Belgique, pour garantir la cohérence entre le droit du travail et celui de l'immigration. Une autre mesure positive consiste à conclure des accords entre pays sur la sécurité sociale, c'est-à-dire des traités qui prévoient la coordination des régimes de sécurité sociale de ces pays en sorte d'assurer l'égalité de traitement, ainsi que la préservation et la transférabilité des droits. Ainsi, l'Espagne et les Philippines ont signé un traité bilatéral garantissant aux infirmières l'égalité de traitement et permettant à d'autres travailleurs philippins qualifiés de travailler en Espagne en jouissant des mêmes droits et protections que les travailleurs espagnols¹⁴⁷. Des mémorandums d'accord peuvent également compléter la législation du travail, comme celui qui a été signé entre les Philippines et Bahreïn, établissant que «le personnel sanitaire recruté aux Philippines exercera, de façon égale, les droits et responsabilités établis par les conventions pertinentes de l'OIT»¹⁴⁸.

En 2011, l'Union européenne a révisé sa directive relative aux migrations de main-d'œuvre (2011/98/EU) qui établit l'égalité de traitement entre les travailleurs des pays tiers admis à résider dans un État membre et les nationaux de cet État dans un certain nombre de domaines, dont la sécurité sociale. Les travailleurs issus de pays tiers qui déménagent dans un pays tiers ou leurs ayants droit survivants qui résident dans un pays tiers reçoivent, en relation avec la vieillesse, l'invalidité et le décès, des pensions légales basées sur l'emploi antérieur de ces travailleurs et acquises aux mêmes conditions et aux mêmes taux que les ressortissants des États membres concernés lorsqu'ils déménagent dans un pays tiers¹⁴⁹. La transférabilité des droits à la sécurité sociale des ressortissants des États membres de l'Union européenne ainsi que des pays tiers a été améliorée en 2010 avec l'adoption de nouveaux textes sur la coordination (Règlements 883/2004 et 987/2009)¹⁵⁰.

Parmi les pratiques garantissant aux travailleuses migrantes une égalité d'accès à la protection sociale, nous mentionnerons le cas de l'Afrique du Sud, où le licenciement d'une salariée en raison de sa grossesse présente ou à venir, ou pour toute autre raison en lien avec la grossesse, est automatiquement considéré comme injustifié¹⁵¹. L'interdiction des tests de grossesse par la législation du travail n'est pas très répandue, sauf en Europe et en Amérique latine. Ainsi, El Salvador, le Nicaragua et Panama ont-ils adopté des dispositions interdisant ces tests, dispositions qui s'appliquent aussi aux travailleurs domestiques.

Enfin, il faudrait garantir que les travailleurs migrants qui ont des responsabilités familiales sont protégés en adoptant des dispositions sur le regroupement familial qui correspondent aux besoins des travailleurs des activités de soin et de leur famille. En 2008, avec sa loi sur le regroupement familial, l'Uruguay a adopté des dispositions fondées sur les droits qui reconnaissent à tous les migrants le droit au regroupement familial, l'accès à la justice et la garantie de procédures régulières, quel que soit leur statut¹⁵²; parmi d'autres exemples: le mémorandum d'accord entre l'Afrique du Sud et le Zimbabwe, qui vise à adopter des procédures normalisées afin d'identifier l'origine des enfants non accompagnés et séparés, de les restituer à leur famille ou de trouver d'autres modalités de prise en charge.

Garantir aux travailleurs migrants un recrutement équitable

Comme cela a été montré aux chapitres 1 et 4, la qualité des services de soin à autrui dépend étroitement des qualifications, des compétences et de l'expérience du personnel. En conséquence, des efforts doivent être déployés pour reconnaître l'expérience et les qualifications de tous les travailleurs de ces activités, notamment les migrants. Les accords bilatéraux et multilatéraux signés entre les pays peuvent servir de base à la reconnaissance des qualifications et de la formation et faciliter la coopération en matière de recherches¹⁵³. Tel a été le cas de l'accord sur les qualifications des infirmières signé par le Royaume-Uni et l'Espagne, ou bien de ceux qui concernent les médecins sud-africains travaillant à Cuba, en République islamique d'Iran ou en Tunisie. On citera aussi le mémorandum d'accord entre les Philippines et Bahreïn, qui établit un cadre éthique pour le recrutement du personnel de santé et qui traite des bourses, de la coopération universitaire et technologique et du retour des travailleurs dans leur pays¹⁵⁴.

Il faut aussi souligner l'importance du caractère équitable des procédures de recrutement, conformément à l'initiative de l'OIT pour un recrutement équitable de 2014 et aux principes énoncés par la convention (n° 181) sur les agences d'emploi privées, 1997. Ces instruments sont essentiels pour éviter les situations où les qualifications des travailleurs sont dévalorisées et où se manifestent des pratiques abusives, par exemple en mettant des honoraires ou d'autres frais à la charge des travailleurs. Parmi les bonnes pratiques on relèvera l'adoption de codes de conduite tels que le Protocole de recrutement des enseignants dans les pays du Commonwealth (voir encadré 6.19)¹⁵⁵.

Encadré 6.19. Recrutement équitable des enseignants: les leçons du Protocole de recrutement des enseignants dans les pays du Commonwealth

Le Protocole de recrutement des enseignants dans les pays du Commonwealth (CTRP) est reconnu par l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), l'OIT, l'Organisation des États américains, l'Union africaine et les chefs de gouvernement des pays du Commonwealth comme figurant parmi les bonnes pratiques internationales pour gérer les migrations d'enseignants. Le protocole précise les droits et responsabilités des diverses parties prenantes: pays qui recrute, pays d'origine et enseignants recrutés. Il traite aussi du rôle des agences de recrutement, ainsi que des méthodes de contrôle et d'évaluation, de même que des actions à venir des États membres et du secrétariat du Commonwealth.

Un bilan de la mise en œuvre du protocole a mis en évidence les points suivants:

- Tenir compte du contexte est essentiel dans la mise en œuvre du protocole, avec des phénomènes macro-économiques et macrosociaux qui déterminent les flux de migration et la demande d'enseignants, auxquels s'ajoutent les choix individuels de migration.
- La mise en œuvre du protocole s'est étendue à une large gamme de parties prenantes – écoles, consultants, monde universitaire, ministères chargés du travail et des migrations, organismes de certification –, qui toutes font partie du «système de migrations des enseignants» et sont essentielles à une mise en œuvre élargie du protocole, ainsi qu'aux activités de sensibilisation à la protection des droits des enseignants.
- Les ministères de l'éducation n'ont pas une vision exacte des voies de migration des enseignants. Celles qui sont indiquées par les enseignants diffèrent de celles qui sont mentionnées par les ministères, qui font état d'un recrutement plus organisé. S'agissant de la politique éducative, il est important de distinguer l'offre d'enseignants, c'est-à-dire le nombre global d'enseignants, et la répartition de ces enseignants, c'est-à-dire leurs lieux d'affectation, qui peuvent être reculés ou se situer dans des zones sans attrait.
- À titre individuel, les enseignants choisissent de travailler dans divers pays, et les migrations en cascade ne sont pas rares. Les initiatives de recrutement peuvent provenir d'agences spécialisées, d'établissements d'enseignement, des administrations locales de l'éducation ou des ministères.
- La majorité des enseignants considérés dans le bilan sur la mise en œuvre du protocole ne connaissait pas l'existence de celui-ci. Il apparaît un fort besoin de sensibilisation afin que les enseignants soient plus conscients de leurs droits et des mécanismes de recours à leur disposition.

Sources: Ochs et Yonemura, 2013; King-Dejardin, à paraître.

6.2.3. Représentation du personnel du soin à autrui, dialogue social et négociation collective

1. Garantir la participation entière et effective des femmes et leur accès en toute égalité aux fonctions de direction à tous les niveaux de décision, dans la vie politique, économique et publique

La cible 5.5 de l'ODD 5 appelle à garantir la participation entière et effective des femmes et leur accès en toute égalité aux fonctions de direction à tous les niveaux de décision, dans la vie politique, économique et publique. Cela comprend les entreprises, les institutions publiques, les conseils d'administration et les syndicats. Même si des progrès ont été réalisés au cours des deux dernières décennies, les femmes sont encore largement sous-représentées aux postes de décision et de direction. Ainsi, il n'y avait que 19 femmes chefs d'État ou de gouvernement en 2015 et, dans le secteur privé, moins de 4 pour cent des P.-D.G. des grandes entreprises mondiales sont des femmes¹⁵⁶.

Une présence accrue des femmes aux postes de décision et de direction, y compris de femmes issues de catégories sous-représentées comme les minorités ethniques, les personnes handicapées ou vivant avec le VIH et les peuples autochtones, refléterait mieux la diversité de la population et favoriserait la reconnaissance et la prise en compte de réalités et de besoins différents. Ce serait aussi un moyen efficace de garantir que les politiques, la législation et les pratiques du monde du travail prennent en considération les préoccupations relatives à la reconnaissance, la redistribution et la réduction des activités de soin à autrui non rémunérées. Les femmes ne sont pas portées par nature vers le soin à autrui, pas plus qu'elles ne constituent une catégorie homogène. Toutefois, leur vécu les porte à mieux comprendre et à mieux traiter les problèmes relatifs au soin à autrui. Une étude menée auprès des parlementaires de 110 pays a montré que les femmes accordent plus de priorité que les hommes aux questions sociales ou relatives à l'égalité des sexes, qu'il s'agisse de la prise en charge des enfants, de l'égalité de rémunération, des congés parentaux, des retraites, des droits en matière de procréation ou de la protection contre la violence sexiste¹⁵⁷. On en a un exemple avec l'élection de Michelle Bachelet à la présidence du Chili en 2006. Elle a mené campagne en insistant fortement sur l'autonomisation des femmes et l'accès aux services sociaux et à la protection sociale. Elle a réalisé une réforme importante des régimes de pensions, au bénéfice des femmes en situation d'inactivité économique, et mis en place le régime Chile Crece Contigo, qui établit un ensemble complet de services sociaux à l'intention des enfants vulnérables âgés de 0 à 6 ans et l'accès à l'enseignement préprimaire de tous ceux qui ont 4 et 5 ans (voir encadré 6.7)¹⁵⁸.

Conformément à la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW) de 1979 et à la convention de l'OIT (n° 111) concernant la discrimination (emploi et profession), 1958, les mesures d'action positives sont utiles, notamment pour combattre la discrimination indirecte. En fait, en plus des quotas, toute une série de mesures peuvent améliorer la représentation des femmes aux postes de décision, en particulier: la fixation d'objectifs volontaristes, les campagnes de sensibilisation, l'éducation et la formation contre les stéréotypes et les biais sexistes, l'amélioration des services et des mesures qui, dans le monde du travail, permettent aux personnes qui ont des responsabilités familiales de mieux équilibrer vie professionnelle et vie privée.

Parmi les exemples de bonnes pratiques, on peut mentionner l'expérience des quotas au Rwanda: en 2015, ce pays détenait le record mondial de la proportion de femmes au Parlement, avec 64 pour cent¹⁵⁹. De nombreux pays d'Europe ont adopté des réglementations quant à la représentation des femmes dans les conseils d'administration des entreprises privées: Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, Finlande, France, Luxembourg, Pays-Bas, Pologne, Royaume-Uni et Suède¹⁶⁰.

2. Promouvoir la liberté d'association des travailleurs et employeurs des activités de soin à autrui

Le personnel du soin à autrui, surtout dans les emplois peu qualifiés, comme ceux des soins de longue durée et du travail domestique, connaît de médiocres termes et conditions d'emploi et de travail (voir chapitre 4). Aux termes de la convention (n° 87) sur la liberté syndicale et la protection du droit syndical, 1948, ainsi que de la convention (n° 143) sur les travailleurs migrants (dispositions complémentaires), 1975, et de la convention (n° 189) sur les travailleuses et travailleurs domestiques, 2011, il est essentiel que tous les travailleurs des activités de soin puissent adhérer à un syndicat et à des organisations qui défendent leurs intérêts. Toutefois, les taux de syndicalisation sont en général faibles dans les activités de soin à autrui, en particulier lorsque le secteur public y est réduit¹⁶¹. Il est donc crucial de favoriser le développement des capacités des syndicats et d'encourager la coopération. On trouve un certain nombre d'exemples de bonnes pratiques dans le secteur des activités de soin à autrui. En Afrique du Sud, les agents des communautés locales se sont mobilisés en faveur du travail décent et ont ensuite constitué, en 2016, le Syndicat national des travailleurs du soin d'Afrique du Sud (National Union of Care Workers of South Africa)¹⁶². Certains syndicats exploitent les nouvelles technologies pour renforcer leurs capacités en créant des plates-formes Web qui permettent de

Encadré 6.20. Renforcer de façon novatrice les capacités d'action syndicale: le cas des aides à la personne en Finlande

Selon la législation de la Finlande, les municipalités ont la responsabilité de fournir une assistance personnelle aux personnes gravement handicapées. On dénombre entre 25 000 et 30 000 aides à la personne. Dans ce secteur, le taux de syndicalisation est exceptionnellement bas pour le pays: environ 20 pour cent. Le Syndicat des secteurs public et de la prévoyance sociale (JHL) est le plus grand syndicat du secteur public finlandais, et parmi ses adhérents figurent 2 000 aides à la personne. Le JHL a lancé un projet pour surmonter les difficultés et satisfaire les demandes exprimées par les aides à la personne elles-mêmes à l'occasion d'enquêtes.

Le projet est centré sur un réseau virtuel d'information et de sensibilisation, au moyen duquel il est plus facile d'établir le contact avec les aides à la personne et de leur faire connaître les activités locales du syndicat. L'objectif est d'améliorer les services et les conseils à l'intention des aides à la personne et de mettre en action une nouvelle forme de militantisme, facilité par le réseau virtuel. Avec le temps, les promoteurs de ce réseau espèrent que ses membres établiront des liens plus étroits avec le syndicat et que ces liens ouvriront de nouvelles possibilités, par exemple l'élection de délégués du personnel.

Sources: Shakespeare et Williams, à paraître; JHL, 2017.

diffuser des conseils, des informations et des argumentations. Tel est le cas du Syndicat des secteurs public et de la prévoyance sociale (JHL) en Finlande, qui représente les aides à la personne s'occupant de personnes handicapées (voir encadré 6.20).

Les travailleurs domestiques se heurtent à des obstacles juridiques et pratiques dans leurs tentatives d'organisation et de négociation collective. On relève toutefois de nombreux exemples de réussite en la matière, par exemple dans les pays suivants: Afrique du Sud, Argentine, Belgique, France, Hong-kong (Chine), Liban et Pays-Bas¹⁶³. Leurs organisations se sont regroupées au sein de la Fédération internationale des travailleurs domestiques qui, à l'heure où nous écrivons, représente quelque 500 000 travailleurs domestiques, répartis dans 54 pays. Après de nombreuses années de bataille, la Fédération des syndicats des travailleurs domestiques asiatiques (FADWU) a été constituée à Hong-kong (Chine) en 2010, avec le soutien de la Confédération des syndicats de Hong-kong (HKCTU). Elle fédère six syndicats de travailleurs domestiques constitués sur la base de la nationalité (chinois, bangladais, indonésiens, philippins, népalais et thaïlandais), représente leurs intérêts collectifs auprès de l'administration de Hong-kong et mène des campagnes de sensibilisation auprès des travailleurs domestiques migrants ou nationaux (voir aussi encadré 6.14).

3. Promouvoir le dialogue social et renforcer le droit à la négociation collective dans les activités de soin à autrui

Aux termes de la convention (n° 98) sur le droit d'organisation et de négociation collective, 1949, des mesures doivent être prises pour encourager et promouvoir la négociation volontaire de conventions collectives entre les employeurs et les organisations de travailleurs en vue de régler par ce moyen les conditions d'emploi. Une autre norme importante pour la fixation des salaires est la convention (n° 100) sur l'égalité de rémunération, 1951, en vertu de laquelle les États doivent assurer l'application à tous les travailleurs du principe de l'égalité de rémunération entre la main-d'œuvre masculine et la main-d'œuvre féminine pour un travail de valeur égale, notamment par l'évaluation objective des emplois sur la base des travaux qu'ils comportent. Ces instruments sont importants, sachant qu'en général le personnel du soin à autrui connaît de faibles rémunérations et des conditions de travail médiocres (voir chapitre 4)¹⁶⁴.

Le dialogue social et la négociation collective sont des moyens efficaces de parvenir au travail décent et de s'assurer que les normes du travail servent les intérêts aussi bien du personnel du soin à autrui que des bénéficiaires. Lorsque les conventions collectives sont inclusives, par exemple lorsqu'elles protègent aussi les travailleurs résidant chez le bénéficiaire, elles deviennent un moyen d'étendre la protection aux travailleurs migrants et domestiques. En Italie, où l'on recourt fortement à des immigrants logés chez leur employeur, de nombreux travailleurs domestiques et des autres activités de soin sont couverts par les conventions collectives qui réglementent les rémunérations, les périodes de repos, les congés payés, les indemnités de maladie ou de licenciement¹⁶⁵. En Argentine, le personnel de l'éducation et de la protection de la petite enfance relève (tout comme les enseignants de l'école primaire) de la convention collective sur le statut des enseignants. Ce personnel peut bénéficier de la loi de 2005 sur le financement de l'éducation, qui fixe un salaire minimum pour tous les enseignants du pays et dont le niveau est relativement

Encadré 6.21. **Négociations collectives à l'échelle des États: les travailleurs domestiques de l'Illinois et de Californie**

Dans l'**Illinois**, les régimes Medicaid et Medicare relèvent de la compétence de l'État. L'Union internationale des salariés des services (Service Employees International Union – SEIU) a une stratégie double: obtenir la reconnaissance des agences privées de prestations à domicile et négocier avec elles, tout en s'engageant sur le front législatif pour obtenir le droit de négocier directement avec l'État. En 1990, l'union a obtenu la possibilité du précompte des cotisations syndicales, ce qui a sensiblement augmenté ses ressources et sa capacité d'organisation. Plusieurs années plus tard, le gouverneur a établi des «accords de partage équitable» dans le secteur des prestations à domicile, en vertu desquels les travailleurs qui bénéficiaient d'un contrat négocié par le syndicat, soit payaient leurs cotisations à ce dernier en tant qu'adhérents, soit restaient non syndiqués et lui versaient une contribution «de partage équitable». En 2003, le gouverneur a signé un décret qui donnait aux prestataires à domicile le droit de négocier directement avec le gouvernement de l'État, reconnaissant celui-ci comme leur employeur aux fins de la négociation. Depuis 2013, les personnel intervenant à domicile au titre de contrats passés par le syndicat ont accès à l'assurance-maladie, à des programmes de formation et d'orientation, à des protections minimales en matière de sécurité et de santé et à des procédures de règlement des différends. Selon la SEIU, dans l'Illinois, le salaire horaire de ces travailleurs est passé de 7 à 13 dollars É.-U. entre la reconnaissance du syndicat en 2003 et la fin de 2013.

En **Californie**, les régimes Medicaid et Medicare relèvent aussi de la compétence de l'État, mais l'autorité en matière de relations professionnelles est déléguée aux comtés. Dans la majorité des comtés de l'État, les travailleurs du soin ont le statut de «prestataires indépendants» dans le cadre du système In-Home Supportive Services (IHSS) de l'État. Dans ce système, ce sont les employeurs privés (souvent dénommés «consommateurs») qui embauchent et supervisent les travailleurs, tandis que l'IHSS verse leur rémunération. Les travailleurs sont considérés comme des «indépendants». Toutefois, du fait de différences entre comtés, on observe une prédominance des contrats de mandat passés par l'intermédiaire d'agences, c'est-à-dire d'organismes à but lucratif ou non, qui assurent la gestion et la rémunération du personnel.

Dans ce contexte, les premières tentatives d'organisation des travailleurs domestiques ont montré que, lorsque le financement public est limité, les employeurs ont une moindre capacité d'augmenter les salaires au-delà d'un certain point. La SEIU a donc adopté une stratégie consistant à exercer des pressions sur les gouvernements des comtés afin qu'ils augmentent le financement des prestations à domicile et engagent des négociations directes avec les travailleurs. Pour cela, le syndicat s'est concentré sur l'organisation des prestataires indépendants travaillant pour l'IHSS et sur la constitution d'alliances avec les «consommateurs», qui ont tout intérêt tant à l'augmentation du financement des prestations qu'au progrès du modèle du prestataire indépendant, qui offre en général des services de meilleure qualité que celui des agences. Après quelques victoires sur le terrain juridique dans les années 1980, la SEIU s'est concentrée sur l'ouverture de négociations collectives entre les travailleurs et l'État. Elle s'est alliée avec des organisations de personnes âgées et handicapées préoccupées par les coupes budgétaires pouvant avoir des effets négatifs sur la qualité des prestations dont elles bénéficiaient. En 1992, le syndicat a obtenu l'adoption d'une législation à l'échelle de l'État qui autorisait les comtés à mettre en place des autorités publiques servant d'«employeurs de référence» et donc ayant la responsabilité de négocier avec le syndicat, d'organiser des formations et de tenir des registres afin d'apparier travailleurs et employeurs. Chose importante, en Californie, des représentants des «consommateurs», c'est-à-dire des personnes âgées ou handicapées, siègent au conseil de nombre de ces autorités, ce qui leur permet de faire entendre leur voix à propos de la prestation des services. En 2013, environ 365 000 travailleurs du soin et de l'aide à domicile étaient représentés par les syndicats dans la négociation collective en Californie.

Sources: Boris et Klein, 2006; Goldberg, à paraître; King-Dejardin, à paraître.

élevé par rapport à la norme nationale¹⁶⁶. Chose importante, les enseignants du secteur privé sont aussi couverts par cette législation, et le salaire minimum doit être renégocié chaque année, ce qui renforce le rôle des syndicats. Aux États-Unis, les travailleurs du soin à autrui intervenant à domicile dans l'Illinois et en Californie ont conquis le droit de négocier directement avec ces États, qui sont considérés comme «employeurs aux fins de la négociation», et ont ainsi obtenu des augmentations de salaire (voir encadré 6.21). En Argentine et en Uruguay, le salaire des travailleurs domestiques est fixé par la négociation collective¹⁶⁷. Enfin, le cas du personnel du soin et de l'aide à la personne de Nouvelle-Zélande montre que l'on peut recourir à la justice pour faire reconnaître la sous-évaluation systémique des salaires dans les activités de soin à autrui (voir encadré 6.15). Toutefois, l'accord final sur les augmentations de salaires a découlé de négociations tripartites entre les principaux syndicats représentatifs du personnel, les employeurs et les pouvoirs publics.

4. Promouvoir les alliances entre syndicats des activités de soin et organisations de la société civile représentant les bénéficiaires et les prestataires non rémunérés

Élaborer, en matière de soin à autrui, des politiques qui soient intégrées, coordonnées et transformatrices suppose de bâtir des coalitions fortes et durables entre les divers acteurs concernés¹⁶⁸. Les travailleurs des diverses activités de soin à autrui connaissent des contraintes similaires en ce qui concerne leurs conditions d'emploi et auront avantage à constituer des alliances entre les différentes professions du soin pour bien représenter leurs intérêts. Comme cela est souligné aux chapitres 4 et 5, le scénario optimal implique que les bénéficiaires comme le personnel des activités de soin à autrui ont intérêt à ce que ce dernier jouisse d'un travail décent, dont dépend aussi l'amélioration de la qualité des prestations. L'engagement de divers organismes publics au sein de ces coalitions donnera aussi des politiques mieux coordonnées entre les types d'activités et plus réactives aux besoins et à la situation des prestataires non rémunérés, du personnel et des bénéficiaires. On peut en trouver des exemples significatifs en Amérique latine (voir encadré 6.22 à propos de l'Uruguay et du Costa Rica).

Le réseau WIEGO offre un autre bon exemple de coalition entre acteurs ayant pour objectif commun l'amélioration des services de soin à autrui à l'intention des travailleurs en situation informelle. Il est constitué d'individus et d'institutions provenant de trois horizons: les organisations de travailleurs de l'économie informelle (syndicats, coopératives et associations); la recherche avec, entre autres, des statisticiens; le secteur de l'aide au développement avec des praticiens d'organisations intergouvernementales, gouvernementales et non gouvernementales. Les intervenants assurent des services ou élaborent des politiques à l'intention des travailleurs en situation informelle (voir encadré 6.8)¹⁶⁹.

Enfin, il existe aux États-Unis plusieurs exemples d'alliances entre le personnel et les bénéficiaires des activités de soin à autrui, qui ont joint leurs forces pour maintenir des conditions de travail décent et une bonne qualité des prestations¹⁷⁰. Ainsi, Caring Across Generations rassemble, à l'échelle de tous les États-Unis, bénéficiaires, prestataires non rémunérés, personnel et employeurs des activités de soin à autrui pour susciter de profonds changements dans la politique du pays et faire évoluer sa culture à propos du soin à autrui (voir aussi encadré 6.21).

Encadré 6.22. Reconnaître les besoins en matière de soin à autrui en Amérique latine: les exemples de l'Uruguay et du Costa Rica

Au cours des deux dernières décennies, les politiques du soin à autrui ont été placées en bonne place sur les ordres du jour des politiques en Amérique latine, avec la reconnaissance du fait que les prestataires non rémunérés et le personnel du soin à autrui sont détenteurs de droits. L'Uruguay et le Costa Rica fournissent des exemples de pays qui ont intégré leurs politiques du soin à autrui: elles sont établies par la loi, tendent à l'universalité et à éviter la fragmentation, impliquent l'institutionnalisation d'une coordination intersectorielle et sont profondément ancrées dans les systèmes de protection sociale.

En Uruguay, le Système national intégré de soins (Sistema Nacional Integrado de Cuidados – SNIC) a été créé en novembre 2015. Il regroupe des dispositions existantes en matière de santé, d'éducation et de sécurité sociale et de nouvelles mesures à l'intention de populations prioritaires, en particulier les adultes ayant des besoins spécifiques en matière de soin à autrui, les personnes handicapées et les jeunes enfants. Ce système est fondé sur les droits de l'homme, sur la solidarité pour son financement et sur l'universalité pour ce qui est de sa couverture et des normes minimales de qualité. Parmi ses autres principes figurent l'autonomie des bénéficiaires et, pour ce qui est des prestations, la coresponsabilité de l'État, des communautés locales, du marché et de la famille, ainsi que des femmes et des hommes. Parmi les objectifs déclarés du SNIC, on relève le changement de la division du travail entre femmes et au sein des ménages et le soutien aux prestataires non rémunérés comme au personnel du soin à autrui.

Bien qu'ayant un champ plus étroit, le Réseau national d'accueil et de développement des enfants (Red Nacional de Cuido y Desarrollo Infantil – RedCUDI), établi en 2014 au Costa Rica, offre des services universels et intégrés d'éducation et de protection de la petite enfance, à l'intention des garçons et des filles de moins de 7 ans. Il regroupe des initiatives, dispositions et services publics et privés déjà existants, auxquels s'ajoutent des services municipaux d'éducation et de protection de la petite enfance nouvellement créés, avec des objectifs de développement et d'éducation, ainsi que de santé et de nutrition. Parmi les objectifs déclarés du réseau figure la possibilité pour les pères et les mères d'avoir une activité professionnelle ou de s'engager dans des activités d'instruction ou de formation, ainsi que la garantie de normes de qualité uniformes et élevées quant à la prestation des services d'éducation et de protection de la petite enfance. Le réseau est supervisé par un secrétariat technique et coordonné par une commission technique interinstitutions, au sein de laquelle, chose importante, siègent tous les acteurs publics concernés: le ministère du Développement social et de l'Éducation, l'Institut national des femmes et plusieurs agences chargées de développer les qualifications du personnel de soin, d'améliorer les infrastructures et d'apporter un soutien aux services locaux de prise en charge des enfants.

On sait que ces expériences ont inspiré d'autres pays et régions pour ce qui est de leur caractère intégré et de leur approche fondée sur les droits. Ainsi, le Chili, El Salvador, l'Équateur et le Mexique ont établi des mécanismes de coordination avec les pouvoirs publics, représentés par des fonctionnaires des ministères du développement social qui se consacrent prioritairement aux enfants, aux femmes et aux personnes handicapées, et avec les représentants des secteurs de l'éducation, de la santé et du travail social.

Sources: Esquivel, 2017a; Gouvernement de l'Uruguay, 2015.

CONCLUSIONS: UN TRAVAIL ET DES EMPLOIS POUR L'AVENIR DU TRAVAIL DÉCENT

Nous avons examiné dans ce rapport les implications du «cercle de répercussions entre travail de soin à autrui non rémunéré, travail rémunéré et travail de soin à autrui rémunéré» pour l'avenir du travail décent. Les activités de soin à autrui non rémunérées peuvent être très gratifiantes, et leur rôle social est essentiel. Toutefois, leur invisibilité et leur sous-évaluation, comme leur étendue, leur pénibilité et leur inégale répartition au sein des ménages et entre les ménages et l'État, perpétuent les inégalités entre hommes et femmes au travail. En fait, les activités de soin non rémunérées constituent la principale barrière à l'activité économique des femmes et l'une des premières causes du fait qu'elles ont de moins bons emplois que les hommes, surtout lorsqu'elles assument des responsabilités familiales. Parallèlement, les effectifs actuels du personnel du soin à autrui et la qualité des emplois sont insuffisants pour satisfaire une demande qui croît et évolue. Si l'on veut réaliser les ODD, l'emploi dans les activités de soin à autrui doit augmenter, et des emplois décents doivent être créés dans ce secteur. En retour, cela aura des effets sur le bien-être tant des bénéficiaires que des prestataires non rémunérés, qui ont à porter une charge croissante et qui pâtissent de la détérioration de la qualité des prestations lorsque le personnel du soin à autrui ne jouit pas de conditions de travail décentes. Un échec face à ces défis ne ferait que renforcer la répartition traditionnelle des rôles au sein des ménages et sur le marché du travail et affaiblirait ce droit humain qu'est le droit des individus et des familles de bénéficier du soin d'autrui, mais aussi de prodiguer ce soin à autrui. Cela a été reconnu par la communauté internationale avec l'adoption du Programme de développement durable à l'horizon 2030, qui fixe des cibles et objectifs de développement durable pour relever ces défis de façon intégrée.

C'est pourquoi le scénario optimal pour les activités de soin à autrui, fondé sur la justice sociale, s'impose aujourd'hui, s'appuyant sur la reconnaissance du fait que les États Membres de l'OIT doivent être des «États du soin à autrui»¹⁷¹, tout comme le monde du travail doit être celui du soin à autrui, attentifs aux besoins et aspirations des prestataires non rémunérés, du personnel et des bénéficiaires des activités de soin. Selon ce scénario optimal, cinq grands objectifs doivent être poursuivis: reconnaître, réduire et redistribuer le travail de soin à autrui non rémunéré; rétribuer équitablement le personnel du soin à autrui, avec plus d'emplois et un travail décent; et promouvoir la représentation des prestataires non rémunérés, du personnel et des bénéficiaires dans le cadre du dialogue social. Réaliser ces objectifs suppose d'adopter certaines dispositions spécifiques dans cinq grands domaines d'intervention: activités de soin à autrui, macroéconomie, protection sociale, travail et migrations. Leur objectif sera de répondre à toute l'étendue des besoins présents et à venir en matière d'activités de soin à autrui, tout en faisant progresser l'égalité entre hommes et femmes au travail et dans la famille. Investir dans un travail de soin de bonne qualité offre de nombreux avantages, à court et à long terme, pour l'avenir du travail décent. Un nombre significatif de nouveaux emplois, attractifs pour les femmes et les hommes, seraient créés, ce qui atténuerait la ségrégation professionnelle entre hommes et femmes dans les activités de soin à autrui et libérerait du temps pour que les femmes s'engagent dans la vie professionnelle si elles le souhaitent.

Poursuivre simultanément les cinq objectifs susmentionnés aurait une portée universelle, tandis que la combinaison et l'enchaînement des politiques transformatrices correspondantes s'adapteraient aux situations et aux possibilités nationales. Les leçons tirées des expériences des pays qui se sont engagés dans la voie du scénario optimal mettent en évidence l'importance de la situation socio-économique et démographique, du vieillissement de la population et de l'augmentation du taux d'activité des femmes. Parallèlement, les expériences nationales montrent aussi l'importance de l'engagement des pouvoirs publics et de la coresponsabilité des divers acteurs, qui s'établit par des négociations progressives et la constitution de larges coalitions¹⁷². L'entrée des activités de soin à autrui dans la sphère de l'intervention politique est étroitement liée à la reconnaissance du fait que la répartition inégale de ces activités est un déterminant essentiel des inégalités entre les femmes et les hommes et des inégalités de revenus. Les mouvements sociaux et féminins ont inscrit les activités de soin à autrui à leurs ordres du jour, et les États ont plus ou moins

avancé dans la mise en œuvre de politiques en matière de santé, d'éducation et de soin à autrui, avec en soutien un programme en faveur de l'égalité entre hommes et femmes, le tout s'inscrivant dans une approche de la protection sociale fondée sur les droits.

Il est clair que l'engagement des gouvernements, des employeurs, des travailleurs et de leurs organisations ainsi que l'engagement actif des représentants du personnel du soin à autrui, des prestataires non rémunérés et des bénéficiaires sont des conditions préalables à la réalisation du scénario optimal pour les activités de soin à autrui. Il appartient aujourd'hui aux mandants de l'OIT de bâtir un avenir du travail décent de par sa conception.

NOTES

- 1 UNRISD, 2016.
- 2 La ratification des conventions est juridiquement contraignante et implique la présentation de rapports périodiques permettant le contrôle de l'application de ces normes. Les recommandations contiennent des dispositions non contraignantes qui servent à orienter les politiques et pratiques nationales; elles peuvent aussi servir de sources d'inspiration ou d'interprétation.
- 3 BIT, 2008.
- 4 Hirway, 2017; Esquivel et coll., 2008.
- 5 Côte d'Ivoire, Équateur, Kirghizistan, République de Moldova, Namibie, Pérou, Philippines, Tunisie et Viet Nam.
- 6 BIT, 2016k.
- 7 ONU-Femmes, 2015, pp. 194-229.
- 8 BIT, 2016i, p. 72.
- 9 ONU-Femmes, 2015 p. 195.
- 10 Chakraborty, 2016.
- 11 Stotsky, 2016.
- 12 Downes, von Trapp et Nicol, 2016.
- 13 *Ibid.*
- 14 *Ibid.*; Stotsky, 2016.
- 15 Downes, von Trapp et Nicol, 2016.
- 16 Stotsky, 2016.
- 17 *Ibid.*; BIT et UNESCO, 2016.
- 18 BIT, 2016i, p. 72.
- 19 Vázquez Pimentel, Macías Aymar et Lawson, 2018.
- 20 Banque mondiale, 2018b.
- 21 OCDE, 2016b.
- 22 Stotsky, 2016.
- 23 ONU-Femmes, 2015, p. 205.
- 24 Ortiz, Cummins et Karunanethy, 2015.
- 25 Shakespeare et Williams, à paraître.
- 26 OMS et Banque mondiale, 2011. Voir aussi UNICEF, 2013a.
- 27 UNESCO, 2015b.
- 28 Banque mondiale, 2018a; OMS et UNICEF, 2017.
- 29 BIT, 2015b.
- 30 BIT, 2017n.
- 31 *Ibid.*
- 32 *Ibid.*; Dammert et coll., 2017.
- 33 BIT, 2017a, p. 64.
- 34 Pour plus de précisions, voir *ibid.*, pp. 44-47.
- 35 La recommandation (n° 165) sur les travailleurs ayant des responsabilités familiales, 1981, prévoit que les services nécessaires pour permettre aux travailleurs ayant des responsabilités familiales d'accéder à un premier emploi ou de reprendre un emploi devraient être disponibles: «ils devraient inclure des services d'orientation professionnelle, de conseil, d'information et de placement, dotés d'un personnel possédant une formation appropriée, gratuits pour les travailleurs et capables de répondre de manière adéquate aux besoins particuliers des travailleurs ayant des responsabilités familiales» (article 14).
- 36 Sinyavskaya, 2017.
- 37 BIT, 2016i.
- 38 Kring, 2017; Arbeitsmarktservice Österreich, 2018.
- 39 Tanzarn et Gutierrez, 2015.
- 40 *Ibid.*; Kring, 2017.
- 41 Voir Eurofound, 2017.
- 42 OCDE, 2017c.
- 43 Eurofound et BIT, 2017.
- 44 *Ibid.*
- 45 *Ibid.*, p. 37.
- 46 Voir le tableau A.1.1 de l'annexe A.1.
- 47 Eurofound et BIT, 2017, p. 43.
- 48 Fagan et coll., 2014.
- 49 BIT, 2016d, p. 253 (p. 24 de la version abrégée en français).
- 50 *Ibid.*, p. 313.
- 51 Voir Gouvernement du Royaume-Uni, 2018.
- 52 OCDE, 2018c.
- 53 Messenger et Wallot, 2015.
- 54 Wielers et Raven, 2013.
- 55 Voir les données dans BIT et Gallup, 2017, chapitre 2; Inglehart et coll., 2014; ISSP, 2016.
- 56 Svallfors, 2012; Valarino et coll., 2017; Sjöberg, 2004.
- 57 ONU-Femmes, 2017.
- 58 Klinth, 2008.
- 59 Gouvernement du Chili, 2018.
- 60 ONU-Femmes, 2017.
- 61 Scheil-Adlung, 2015; BIT, 2017m.
- 62 BIT, 2017m.
- 63 OMS, 2015.
- 64 BIT, 2017m.
- 65 Meagher et Szebehely, 2013.
- 66 Les services proposés comprennent des services d'aide à domicile tels que ménage, lessive, courses, etc., des logements adaptés, des soins de santé à domicile, le portage de repas, des systèmes d'alarme individuels et des services de transport.
- 67 Campbell et coll., 2015.
- 68 UNESCO, 2015b.
- 69 Alfes, 2016.
- 70 Hill, 2017.
- 71 *Ibid.*
- 72 Fournier, 2017.
- 73 Gouvernement de l'Argentine, 2014.
- 74 WIEGO est un réseau mondial qui se concentre sur la garantie de moyens d'existence aux travailleurs pauvres de l'économie informelle, surtout les femmes, en consolidant les capacités d'intervention des organisations de travailleurs informels, en étendant la base des connaissances sur le sujet et en s'efforçant de peser sur les décisions.
- 75 SFI, 2017; Hein et Cassirer, 2010.
- 76 SFI, 2017.
- 77 O'Brien, 2012.
- 78 BIT, 2014f.
- 79 UNESCO, 2016a.
- 80 OCDE, 2017a. Certaines normes nationales fixent des rapports de 3/1 de 0 à 12 mois et de 5/1 pour les toutes premières années d'école de 1 à 3 ans.
- 81 OCDE, 2017b.
- 82 UNESCO, 2015b.
- 83 OCDE, 2017a.
- 84 *Ibid.*
- 85 OMS, 2016b.
- 86 BIT, 2017i et 2017m.
- 87 Gouvernement de l'Équateur, 2015 et 2018.
- 88 Rodríguez Enríquez, 2016.
- 89 Sipilä, Repo et Rissanen, 2010.
- 90 Muir, 2017.
- 91 Salmi et Lammi-Taskula, 2017.
- 92 Dasgupta, Sandhya et Mukerjee, 2012.
- 93 ONU-Femmes, 2015.
- 94 *Ibid.*

- 95 ONU-Femmes, 2015.
- 96 Pacolet et coll., 1999.
- 97 Colombo et coll., 2011.
- 98 Shan, 2017.
- 99 BIT, 2017m.
- 100 *Ibid.*
- 101 *Ibid.*
- 102 BIT, 2016c.
- 103 *Ibid.*
- 104 Levtoev et coll., 2015.
- 105 Addati, Cassirer et Gilchrist, 2014; Blum, Koslowski et Moss, 2017.
- 106 BIT, 2016d.
- 107 King-Dejardin, à paraître.
- 108 BIT, 2016d et 2017k.
- 109 Oelz et Rani, 2015.
- 110 Goldberg, 2015.
- 111 Le contrat-type de travail (CTT) s'applique à l'échelle de la Suisse. Il établit le salaire minimum et les conditions de travail des travailleurs de l'économie domestique. Un CTT n'est pas une convention collective, mais il établit des dispositions spécifiques à une branche d'activité lorsqu'il n'y existe pas de convention collective de travail. Voir: Ordonnance sur le contrat-type de travail pour les travailleurs de l'économie domestique (CTT économie domestique). Disponible à l'adresse <https://www.admin.ch/opc/fr/official-compilation/2010/5053.pdf>. Voir aussi BIT, 2016h.
- 112 Oelz et Rani, 2015.
- 113 Gouvernement de l'Australie, 2013.
- 114 Pereyra, 2017.
- 115 BIT, 2014b.
- 116 Selon les calculs du BIT à partir des données de l'UNESCO sur la période 2010-2015 et pour 87 pays.
- 117 Scheil-Adlung, 2015.
- 118 BIT, 2017h et 2016f.
- 119 BIT, 2017h.
- 120 BIT, 2016i.
- 121 BIT, 2015a.
- 122 BIT, 2017h.
- 123 BIT, 2016f.
- 124 BIT, 2014b.
- 125 Voir la convention (n° 149) sur le personnel infirmier, 1977, et la recommandation n° 157 qui l'accompagne. La partie VI de 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 sont également des instruments de référence pour garantir une protection suffisante et effective contre les accidents du travail et les maladies professionnelles aux travailleurs qui peuvent en être victimes en raison de violences, de harcèlement ou d'autres causes.
- 126 BIT, 2017b.
- 127 BIT et coll., 2002.
- 128 Nations Unies, 2015c.
- 129 BIT, 2015i.
- 130 Voir la convention de l'OIT (n° 149) sur le personnel infirmier, 1977.
- 131 BIT et UNESCO, 2016.
- 132 BIT, 2014f.
- 133 OMS, 2017.
- 134 OMS, 2016d.
- 135 Voir la convention (n° 143) sur les travailleurs migrants (dispositions complémentaires), 1975, et la recommandation (n° 151) qui l'accompagne.
- 136 Minghui, 2017.
- 137 BIT, 2016a.
- 138 Morahan et coll., 2010.
- 139 Futur en tous genres, 2018.
- 140 Peeters, 2007.
- 141 Fudge et Strauss, 2014.
- 142 Tsikata, 2011.
- 143 King-Dejardin, à paraître.
- 144 BIT, 2013a.
- 145 King-Dejardin, à paraître.
- 146 BIT, 2015e.
- 147 King-Dejardin, à paraître.
- 148 Gouvernements des Philippines et de Bahreïn, 2007, cité par Yeates et Pillinger, 2013. Voir aussi BIT, 2006.
- 149 BIT, 2015e.
- 150 BIT, 2015d.
- 151 Addati et Cheong, 2013.
- 152 UNICEF, 2012.
- 153 King-Dejardin, à paraître.
- 154 *Ibid.*
- 155 *Ibid.*
- 156 Nations Unies, 2015a; BIT, 2015h.
- 157 Union interparlementaire, 2008.
- 158 Hill, 2017; ONU-Femmes, 2015.
- 159 Nations Unies, 2015a.
- 160 *Ibid.*
- 161 Internationale de l'éducation, 2010; Shakespeare et Williams, à paraître.
- 162 Trafford, Swartz et Colvin, 2018.
- 163 King-Dejardin, à paraître.
- 164 Voir, par exemple, Budig et Misra, 2010.
- 165 Hobden, 2015.
- 166 Esquivel et Pereyra, 2018.
- 167 Lexarta, Chaves et Carcedo, 2016.
- 168 UNRISD, 2016.
- 169 WIEGO, 2018.
- 170 King-Dejardin, à paraître.
- 171 Tronto, 2015.
- 172 Esquivel, 2017a.

A.1. NORMES INTERNATIONALES DU TRAVAIL EN RAPPORT AVEC LES ACTIVITÉS DE SOIN À AUTRUI

Tableau A.1.1. Normes internationales du travail en rapport avec les activités de soin à autrui

Instrument	Résumé	Ratifications (nombre de pays) en mai 2018
Convention (n° 87) sur la liberté syndicale et la protection du droit syndical, 1948	La convention n° 87 protège le libre exercice du droit qu'ont les travailleurs et les employeurs de s'organiser en vue de promouvoir et de défendre leurs intérêts. Cette convention est particulièrement pertinente pour les travailleurs qui ont des responsabilités familiales (essentiellement les femmes) et pour le personnel du soin à autrui, car les syndicats ont toujours été les instruments de promotion et de défense des droits des travailleuses. En outre, le large champ d'application de la convention, qui protège tous les travailleurs sans aucune distinction, implique l'obligation pour les États qui la ratifient de s'assurer que tous les travailleurs des activités de soin jouissent du droit de s'organiser, quelle que soit leur situation contractuelle.	Total: 154 Afrique: 49 Amériques: 33 États arabes: 3 Asie et Pacifique: 18 Europe et Asie centrale: 51
Convention (n° 97) sur les travailleurs migrants (révisée), 1949	La convention n° 97 vise à réglementer les conditions dans lesquelles ont lieu les migrations régulières, établit des mesures générales de protection et prohibe les inégalités de traitement entre travailleurs migrants en situation régulière et nationaux dans quatre domaines: conditions de travail et de vie, sécurité sociale, impôts et taxes sur l'emploi, actions en justice.	Total: 49 Afrique: 10 Amériques: 15 États arabes: 0 Asie et Pacifique: 3 Europe et Asie centrale: 21
Convention (n° 98) sur le droit d'organisation et de négociation collective, 1949	En vertu de cette convention, les travailleurs doivent bénéficier d'une protection adéquate contre tous actes de discrimination tendant à porter atteinte à la liberté syndicale, comme congédier un travailleur ou lui porter préjudice en raison de sa participation à des activités syndicales. Les organisations de travailleurs et d'employeurs doivent bénéficier d'une protection adéquate contre tous actes d'ingérence des unes à l'égard des autres, soit directement soit par leurs agents ou membres. Des mesures doivent être prises pour encourager et promouvoir les négociations volontaires de conventions collectives entre les organisations d'employeurs et les organisations de travailleurs, en vue de régler les conditions d'emploi. Bien que, selon son article 6, cette convention ne traite pas des fonctionnaires publics, elle s'applique aux personnels des activités de soin employés dans le secteur public.	Total: 165 Afrique: 54 Amériques: 33 États arabes: 6 Asie et Pacifique: 21 Europe et Asie centrale: 51

Instrument	Résumé	Ratifications (nombre de pays) en mai 2018
Convention (n° 100) sur l'égalité de rémunération, 1951	Les États qui ratifient cet instrument assurent l'application du principe de l'égalité de rémunération entre la main-d'œuvre masculine et la main-d'œuvre féminine pour un travail de valeur égale, notamment par l'évaluation objective des emplois sur la base des travaux qu'ils comportent. Le concept de «valeur égale» implique des méthodes de mesure et de comparaison de la valeur relative d'emplois différents. Bien que la convention n° 100 ne prescrive aucune méthode spécifique d'évaluation objective des emplois, elle suppose le recours à des techniques appropriées permettant d'examiner les diverses tâches au moyen de critères objectifs et non discriminatoires, en comparant les facteurs tels que les qualifications, les efforts, les responsabilités et les conditions de travail. Cette convention définit la «rémunération» au sens large comme comprenant «le salaire ou traitement ordinaire, de base ou minimum, et tous autres avantages, payés directement ou indirectement, en espèces ou en nature, par l'employeur au travailleur en raison de l'emploi de ce dernier». La recommandation n° 90 qui l'accompagne préconise des mesures complémentaires: encourager les femmes à faire usage des facilités en matière d'orientation professionnelle ou de conseils professionnels, de formation professionnelle et de placement; prévoir des services sociaux et de bien-être qui répondent aux besoins des travailleuses, notamment de celles qui ont des charges familiales; encourager l'égalité des hommes et des femmes quant à l'accès aux diverses professions et fonctions.	Total: 173 Afrique: 52 Amériques: 34 États arabes: 7 Asie et Pacifique: 29 Europe et Asie centrale: 51
Convention (n° 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952	La convention (n° 102) a pour objet de garantir le bénéfice des prestations de sécurité sociale (par l'assurance sociale, l'assistance sociale, des régimes universels ou leur combinaison) face à certains risques ou éventualités: maladie, chômage, vieillesse, accidents du travail et maladies professionnelles, maternité, charges familiales, invalidité ou situation de survivants. À cette fin, elle établit des normes minimales sous forme de critères qualitatifs et quantitatifs dans les domaines suivants: couverture de la population, nature et niveau des prestations, conditions d'ouverture des droits. Elle établit aussi des principes généraux de bonne gouvernance des régimes de sécurité sociale, avec un financement équitable et durable, ainsi que la garantie des droits individuels. Les conventions et les recommandations qui ont suivi ont établi des niveaux supérieurs de protection et proposé de nouvelles modalités d'application, pour diverses branches de la sécurité sociale, dont certaines sont particulièrement pertinentes pour l'économie du soin à autrui: convention (n° 121) et recommandation (n° 121) sur les prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles, 1964; convention (n° 130) et recommandation (n° 134) concernant les soins médicaux et les indemnités de maladie, 1969; convention (n° 183) et recommandation (n° 191) sur la protection de la maternité, 2000 (ces dernières sont présentées plus bas).	Total: 55 Afrique: 7 Amériques: 13 États arabes: 1 Asie et Pacifique: 1 Europe et Asie centrale: 33

Instrument	Résumé	Ratifications (nombre de pays) en mai 2018
	Les conventions n^{os} 102, 121 et 130 établissent l'obligation des États de garantir la prestation de soins médicaux à certaines catégories de la population et à leur famille (à étendre avec l'accroissement des capacités de l'État), en cas de maladie, de maternité (avant et après l'accouchement), d'accidents du travail. Les soins médicaux comprennent aussi ceux qui sont prodigués par des professions associées au personnel médical, et peuvent être de nature préventive, curative ou réadaptative. La convention n^o 102 prévoit aussi des prestations aux familles, en espèces ou en nature (garde des enfants ou aide-ménagère), ou une combinaison des deux, l'éventualité couverte étant la charge d'enfants. En mettant en avant une approche fondée sur la solidarité intergénérationnelle et la mutualisation des risques, avec un financement collectif de la sécurité sociale (le coût des prestations est couvert par les cotisations à l'assurance sociale, l'impôt, ou leur combinaison), ces instruments proposent aux pays des orientations afin d'établir des mécanismes durables pour la prestation de soins de santé, de prise en charge des enfants et d'aide à domicile, services essentiels dans l'économie du soin. En outre, la diversité des moyens d'application permet aux pays de choisir la combinaison optimale de mécanismes (assurance sociale, assistance sociale, régimes universels) en vue de s'assurer que tous les travailleurs du soin sont correctement protégés lorsque survient une éventualité, et ce quelle que soit leur situation: travail rémunéré ou non, emploi formel ou informel, salarié, indépendant ou atypique.	
Convention (n^o 111) concernant la discrimination (emploi et profession), 1958	La convention (n^o 111) couvre toutes les catégories de travailleurs, nationaux ou non, employés dans l'économie formelle ou informelle, y compris les travailleurs à temps partiel, domestiques ou agricoles. Les États qui la ratifient s'engagent à formuler et appliquer une politique nationale visant à promouvoir l'égalité de chances et de traitement en matière d'emploi et de profession, afin d'éliminer toute discrimination en cette matière. Dans cette convention, la discrimination comprend toute distinction, exclusion ou préférence fondée sur la race, la couleur, le sexe, la religion, l'opinion politique, l'ascendance nationale ou l'origine sociale, ainsi que toute autre distinction, exclusion ou préférence ayant pour effet de détruire ou d'altérer l'égalité de chances ou de traitement en matière d'emploi ou de profession, qui pourra être spécifiée par l'État Membre après consultation des organisations représentatives d'employeurs de travailleurs, s'il en existe, et d'autres organismes appropriés.	Total: 175 Afrique: 54 Amériques: 34 États arabes: 10 Asie et Pacifique: 26 Europe et Asie centrale: 51

Instrument	Résumé	Ratifications (nombre de pays) en mai 2018
	Toutes les formes de discrimination – directes ou indirectes, de jure ou de facto – entrent dans le champ de la convention n° 111. Il y a discrimination indirecte lorsque des situations, réglementations, politiques ou pratiques apparemment neutres débouchent de fait sur une inégalité de traitement à l'encontre de personnes ayant certaines caractéristiques. Toutefois ne sont pas considérées comme discriminatoires les distinctions, exclusions ou préférences fondées sur les qualifications exigées pour un emploi déterminé, ainsi que les mesures spéciales destinées à tenir compte des besoins particuliers de personnes à l'égard desquelles une protection ou une assistance spéciale est reconnue nécessaire pour des raisons telles que le sexe, l'âge, l'invalidité, les charges de famille ou le niveau social ou culturel. La recommandation (n° 111) qui accompagne cette convention propose des orientations sur les principes et le contenu des politiques nationales en matière d'égalité, les États étant appelés à tenir compte du principe selon lequel les mesures destinées à promouvoir l'égalité de chances et de traitement en matière d'emploi et de profession constituent une question d'intérêt public.	
Convention (n° 138) sur l'âge minimum, 1973	La convention n° 138 a pour objectif d'assurer l'abolition effective du travail des enfants et élever progressivement l'âge minimum d'admission à l'emploi ou au travail. La règle générale est que cet âge ne devra pas être inférieur à 15 ans (13 ans pour des travaux légers et 18 ans pour des travaux présentant des dangers – 16 ans sous certaines conditions). Lorsque l'économie ou les institutions scolaires ne sont pas suffisamment développées, cet âge pourra être inférieur (14 ans en général et 12 ans pour les travaux légers). Cette convention et la recommandation n° 146 qui l'accompagne devraient s'appliquer pour protéger les enfants contre un engagement intensif dans le travail domestique et les activités de soin à autrui, ou dans l'emploi rémunéré précoce, au détriment de leur éducation. À cet égard, la convention (n° 182) sur les pires formes de travail des enfants, 1999, est également pertinente, car elle prévoit l'interdiction et l'élimination du travail forcé et des travaux dangereux au-dessous de 18 ans, y compris dans le travail domestique ou les activités de soin à autrui.	Total: 171 Afrique: 52 Amériques: 33 États arabes: 11 Asie et Pacifique: 24 Europe et Asie centrale: 51
Convention (n° 141) sur les organisations de travailleurs ruraux, 1975	La convention n° 141 et la recommandation n° 149 qui l'accompagne complètent la convention n° 87 sur la liberté syndicale. Elle est particulièrement pertinente pour les femmes qui vivent en milieu rural, surtout le grand nombre d'entre elles qui travaillent dans l'agriculture, ainsi que pour les femmes des peuples autochtones.	Total: 41 Afrique: 4 Amériques: 12 États arabes: 0 Asie et Pacifique: 3 Europe et Asie centrale: 22

Instrument	Résumé	Ratifications (nombre de pays) en mai 2018
	Les États qui la ratifient doivent faciliter la constitution d'organisation de travailleurs ruraux afin d'assurer leur participation sans discrimination. Il faut noter que le texte fait explicitement référence à la couverture des travailleurs indépendants, ce qui est particulièrement important dans les secteurs ou les zones où l'emploi informel est très fréquent.	
Convention (n° 143) sur les travailleurs migrants (dispositions complémentaires), 1975	La convention n° 143 s'appuie sur les dispositions relatives à l'égalité de traitement de la convention (n° 97) sur les travailleurs migrants (révisée), 1949, et met l'accent sur la coopération internationale avec pour objectif le respect des droits fondamentaux de l'homme de tous les travailleurs migrants. Elle traite des migrations irrégulières (partie I) et de l'application du principe d'égalité de chances et de traitement aux travailleurs migrants en situation irrégulière (partie II). Cette deuxième partie élargit substantiellement le champ de l'égalité entre travailleurs migrants en situation régulière et nationaux, notamment par l'extension de l'égalité de chances (articles 10 à 14). La première partie dispose aussi de mesures de protection pour les travailleurs migrants qui ont perdu leur emploi et pour ceux qui sont en situation irrégulière (articles 1 à 9). Il est aussi prévu que les États qui la ratifient réglementent les conditions de reconnaissance des qualifications professionnelles, y compris les certificats et les diplômes, acquises à l'étranger, après consultation appropriée des organisations représentatives d'employeurs et de travailleurs. La recommandation n° 151, qui l'accompagne, propose des orientations pour appliquer ces dispositions. Ainsi, les travailleurs migrants et les membres de leur famille qui se trouvent légalement sur le territoire d'un Membre devraient bénéficier de l'égalité effective de chances et de traitement avec les nationaux en ce qui concerne: l'accès aux services d'orientation, à la formation professionnelle et à l'emploi de leur choix; la promotion; la sécurité de l'emploi; la rémunération pour un travail de valeur égale; les conditions de travail; l'appartenance aux organisations syndicales et le droit d'être membre à part entière de coopératives de toutes sortes; les conditions de vie, y compris le logement et le bénéfice des services sociaux et des institutions d'éducation et de santé. Les États devraient, en consultation avec les organisations représentatives d'employeurs et de travailleurs, élaborer et appliquer une politique sociale appropriée aux conditions et pratiques nationales pour que les travailleurs migrants et leur famille soient à même de bénéficier des avantages accordés à leurs propres nationaux. Ces instruments sont particulièrement pertinents pour les travailleuses migrantes employées dans des activités de soin à autrui sans guère de protection sociale, où les conditions de travail sont souvent médiocres et où leurs qualifications ne sont pas reconnues.	Total: 23 Afrique: 7 Amériques: 1 États arabes: 0 Asie et Pacifique: 1 Europe et Asie centrale: 14

Instrument	Résumé	Ratifications (nombre de pays) en mai 2018
Convention (n° 149) sur le personnel infirmier, 1977	La convention n° 149 prévoit que, afin d'amener la population au niveau de santé le plus élevé possible, les États assurent au personnel infirmier une éducation et une formation, ainsi que des conditions d'emploi et de travail, y compris des perspectives de carrière et de rémunération, appropriées. Elle prévoit aussi que la législation nationale précise les conditions d'exercice de la profession, en particulier en ce qui concerne la formation. Le personnel infirmier doit bénéficier de conditions au moins équivalentes à celles des autres travailleurs du pays en matière de durée du travail, de repos hebdomadaire, de congé de maternité et de maladies, ainsi que de sécurité sociale. La recommandation n° 157 qui l'accompagne précise que la rémunération des membres du personnel infirmier devrait être fixée à des niveaux qui correspondent à leurs besoins socio-économiques, à leurs qualifications, à leurs responsabilités, à leurs fonctions et à leur expérience, qui tiennent compte des contraintes et des risques inhérents à la profession et qui soient de nature à attirer et retenir le personnel dans la profession. La recommandation n° 157 traite aussi de la durée du travail, quotidienne et hebdomadaire, ainsi que de la protection de la santé du personnel infirmier.	Total: 41 Afrique: 8 Amériques: 7 États arabes: 1 Asie et Pacifique: 4 Europe et Asie centrale: 21
Convention (n° 151) sur les relations de travail dans la fonction publique, 1978	La convention n° 151 et la recommandation n° 159 qui l'accompagne étendent à la fonction publique les droits et principes des autres instruments de l'OIT qui établissent des protections face aux discriminations et aux ingérences envers les syndicats et qui prévoient les facilités à accorder aux représentants des travailleurs. La convention demande aux syndicats qui l'ont ratifiée de promouvoir la négociation des conditions d'emploi avec les organisations d'agents publics, ou toute autre méthode permettant aux représentants de ces agents de participer à la détermination de ces conditions. La convention s'applique à toutes les personnes employées par les autorités publiques (à l'exception, éventuellement, des agents de niveau élevé, des forces armées et de la police), dans la mesure où des dispositions plus favorables d'autres conventions internationales du travail ne leur sont pas applicables.	Total: 54 Afrique: 11 Amériques: 12 États arabes: 0 Asie et Pacifique: 1 Europe et Asie centrale: 30
Convention (n° 154) sur la négociation collective, 1981	La convention n° 154 et la recommandation n° 163 qui l'accompagne complètent la convention n° 98 en demandant aux États de prendre des mesures en vue de promouvoir la négociation collective. Tout en autorisant des modalités particulières pour la fonction publique, la convention s'applique à toutes les branches de l'économie, au secteur public comme au secteur privé, à l'exception possible des forces armées et de la police.	Total: 47 Afrique: 10 Amériques: 9 États arabes: 0 Asie et Pacifique: 0 Europe et Asie centrale: 28

Instrument	Résumé	Ratifications (nombre de pays) en mai 2018
Convention (n° 155) sur la sécurité et la santé des travailleurs, 1981	Cette convention s'applique à tous les travailleurs de toutes les branches d'activité économique. Elle vise à prévenir les accidents du travail et les maladies professionnelles de façon progressive, en réduisant au minimum les causes des risques inhérents au milieu de travail, dans la mesure où cela est pratiquement réalisable. Au niveau de l'entreprise, la convention et la recommandation n° 164 qui l'accompagne prévoient sur les questions de sécurité et de santé au travail: une représentation des travailleurs, des consultations, une information et une formation appropriée des travailleurs et de leurs représentants, et la protection des travailleurs qui quittent leur poste dans une situation présentant un péril imminent et grave pour leur vie ou leur santé. La convention n° 155 ainsi que la convention (n° 187) sur le cadre promotionnel pour la sécurité et la santé au travail, 2006, et la recommandation n° 197 qui l'accompagne sont pertinentes face aux problèmes de sécurité et de santé au travail que peuvent connaître les travailleurs des activités de soin à autrui. Plus spécifiquement, la recommandation n° 197 déclare que le système national de sécurité et de santé au travail devrait prévoir des mesures appropriées pour la protection de tous les travailleurs, hommes et femmes, en particulier les travailleurs employés dans les secteurs à haut risque ainsi que les travailleurs vulnérables, tels que ceux de l'économie informelle, les travailleurs migrants et les jeunes travailleurs. D'autres recommandations sont pertinentes pour les travailleurs de l'économie du soin à autrui, comme la recommandation (n° 192) sur la sécurité et la santé dans l'agriculture, 2001, qui prévoit que les travailleuses devraient bénéficier, là où cela est possible, d'installations pour l'allaitement sur le lieu de travail.	Total: 66 Afrique: 16 Amériques: 11 États arabes: 2 Asie et Pacifique: 7 Europe et Asie centrale: 30
Convention (n° 156) sur les travailleurs ayant des responsabilités familiales, 1981	Les travailleurs ayant des responsabilités familiales sont définis dans la convention n° 156 comme les travailleurs des deux sexes ayant des responsabilités à l'égard de leurs enfants ou d'autres membres de leur famille directe qui ont manifestement besoin de leurs soins ou de leur soutien. La convention s'applique à toutes les branches d'activité économique et à toutes les catégories de travailleurs; elle a pour objet d'instaurer l'égalité effective de chances et de traitement, en matière d'emploi et de profession, entre les hommes et les femmes qui ont des responsabilités familiales, et entre ces travailleurs et les autres travailleurs. Les responsabilités familiales ne peuvent, en tant que telles, constituer un motif valable pour mettre fin à la relation de travail. Un État qui ratifie la convention doit, parmi ses objectifs de politique nationale, viser à permettre aux personnes ayant des responsabilités familiales qui occupent ou désirent occuper un emploi d'exercer leur droit de l'occuper ou de l'obtenir sans faire l'objet de discrimination et, dans la mesure du possible, sans conflit entre leurs responsabilités professionnelles et leurs responsabilités familiales.	Total: 44 Afrique: 4 Amériques: 11 États arabes: 1 Asie et Pacifique: 3 Europe et Asie centrale: 25

Instrument	Résumé	Ratifications (nombre de pays) en mai 2018
	La convention n° 156 prévoit que toutes les mesures doivent être prises pour permettre aux travailleurs ayant des responsabilités familiales de s'intégrer dans la population active, de continuer à en faire partie et de reprendre un emploi après une absence due à ces responsabilités. Elle prévoit aussi de tenir compte de leurs besoins lors du développement et de la promotion des services communautaires, publics ou privés, tels que des services et installations de soins aux enfants et d'aide à la famille. La recommandation n° 165 qui accompagne cette convention propose une liste de mesures susceptibles de permettre aux travailleurs ayant des responsabilités familiales de les concilier avec leur emploi, parmi lesquelles: réduire progressivement la durée journalière du travail et réduire les heures supplémentaires; introduire plus de souplesse dans l'organisation des horaires de travail, des périodes de repos et des congés; protéger les travailleurs à temps partiel, les travailleurs temporaires et les travailleurs à domicile; prévoir les congés parentaux (après le congé de maternité), ainsi que les congés en cas de maladie de l'enfant ou d'un autre membre de la famille directe. Les autorités compétentes, en collaboration avec les organisations publiques et privées intéressées, devraient encourager et faciliter l'établissement de services et installations de soins aux enfants et d'aide à la famille, ainsi que de services d'aide familiale et de soins à domicile. Et ce à un prix raisonnable correspondant aux possibilités financières du travailleur. Des prestations de sécurité sociale, des allègements fiscaux ou d'autres mesures appropriées compatibles avec la politique nationale devraient, quand cela s'avère nécessaire, pouvoir être accordés aux travailleurs ayant des responsabilités familiales.	
Convention (n° 159) sur la réadaptation professionnelle et l'emploi des personnes handicapées, 1983	La convention n° 159, et la recommandation n° 168 qui l'accompagne, ainsi que la recommandation (n° 99) sur l'adaptation et la réadaptation professionnelles des invalides, 1955, ont pour objet de promouvoir les possibilités d'emploi et l'intégration sociale des personnes handicapées. Celles-ci sont définies comme des personnes dont les perspectives de trouver et de conserver un emploi convenable ainsi que de progresser professionnellement sont sensiblement réduites à la suite d'un handicap physique ou mental dûment reconnu. Les États qui la ratifient doivent prendre des mesures en vue de garantir que des mesures de réadaptation professionnelle appropriées sont accessibles à toutes les catégories de personnes handicapées, y compris dans les zones rurales et les collectivités isolées, et de promouvoir les possibilités d'emploi des personnes handicapées sur le marché libre du travail. La politique en la matière devra être fondée sur le principe d'égalité de chances entre les travailleurs handicapés et les travailleurs en général, ainsi qu'entre les travailleurs handicapés et les travailleuses handicapées. Les services existants	Total: 83 Afrique: 15 Amériques: 17 États arabes: 5 Asie et Pacifique: 10 Europe et Asie centrale: 36

Instrument	Résumé	Ratifications (nombre de pays) en mai 2018
	pour les travailleurs en général devront être utilisés avec les adaptations nécessaires. Les employeurs devraient être encouragés à fournir une assistance financière, technique, médicale ou professionnelle aux personnes handicapées. Un autre instrument international important est la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées (adoptée en 2006 et ratifiée par 175 pays). Elle a comme objectif, entre autres, de garantir aux personnes handicapées le droit de choisir librement leur résidence, ainsi que l'accès à une gamme de services à domicile ou en établissement et autres services sociaux d'accompagnement, y compris l'aide personnelle nécessaire pour leur permettre de vivre dans la société et de s'y insérer.	
Convention (n° 169) relative aux peuples indigènes et tribaux, 1989	En vertu de la convention n° 169, les États devraient protéger les droits de ces peuples et garantir le respect de leur intégrité, promouvoir la pleine réalisation des droits sociaux, économiques et culturels et les aider à éliminer les écarts socio-économiques qui peuvent exister entre des membres indigènes et d'autres membres de la communauté nationale. Il est important de noter que les gouvernements doivent consulter les peuples intéressés à propos des mesures susceptibles de les toucher directement, et que ces derniers doivent participer librement et à tous les échelons à la prise des décisions qui les concernent. Leurs membres doivent avoir accès à l'éducation à tous les niveaux. Les régimes de sécurité sociale doivent être étendus progressivement afin de les protéger, et des services de santé adéquats mis à leur disposition. Les gouvernements doivent prendre des mesures spéciales en vue de la protection effective des membres de ces peuples en ce qui concerne le recrutement et les conditions d'emploi. Il s'agit d'éviter toute discrimination en matière d'accès à l'emploi, de promotion et d'avancement, d'égalité de rémunération, de sécurité et de santé au travail, de droit d'association et de négociation collective. La convention n° 169 spécifie aussi que les peuples indigènes et tribaux doivent jouir de l'égalité de chances et de traitement entre hommes et femmes dans l'emploi et d'une protection contre le harcèlement sexuel.	Total: 22 Afrique: 1 Amériques: 15 États arabes: 0 Asie et Pacifique: 2 Europe et Asie centrale: 4
Convention (n° 175) sur le travail à temps partiel, 1994	En vertu de la convention n° 175 et de la recommandation n° 182 qui l'accompagne, les États devraient prendre des mesures pour s'assurer que les travailleurs à temps partiel (c'est-à-dire dont la durée normale du travail est inférieure à celle des travailleurs à plein temps se trouvant dans une situation comparable) reçoivent la même protection que celle dont bénéficient les travailleurs à plein temps se trouvant dans une situation comparable en ce qui concerne la liberté syndicale, la sécurité et la santé au travail, la discrimination dans l'emploi et la profession, et qu'ils bénéficient d'un traitement égal en matière de rémunération, de sécurité de l'emploi, de protection de la maternité, de protection sociale et de conditions de travail; étant entendu que les prestations pécuniaires pourront être déterminées à proportion de la durée du travail ou des gains.	Total: 17 Afrique: 1 Amériques: 2 États arabes: 0 Asie et Pacifique: 1 Europe et Asie centrale: 13

Instrument	Résumé	Ratifications (nombre de pays) en mai 2018
	Cette convention est particulièrement pertinente pour les femmes, qui constituent la plus grande part de la main-d'œuvre à temps partiel du fait de leurs responsabilités familiales. La convention établit, et cela est important, que des mesures doivent être prises pour faciliter l'accès au travail à temps partiel productif et librement choisi et pour faire en sorte que le transfert d'un travail à plein temps à un travail à temps partiel, ou vice versa, soit volontaire.	
Convention (n° 177) sur le travail à domicile, 1996	La convention n° 177 et la recommandation n° 184 qui l'accompagne ont pour objet l'amélioration de la situation des travailleurs à domicile (personnes qui travaillent à leur domicile ou dans d'autres locaux de leur choix, autres que les locaux de travail de l'employeur) et la promotion de l'égalité de traitement en ce qui concerne le droit de s'affilier à une organisation, la sécurité et la santé au travail, la protection par des régimes légaux de sécurité sociale, la protection de la maternité, l'accès à la formation, y compris professionnelle, et le développement professionnel de la carrière. Cette convention est particulièrement pertinente pour les travailleurs qui ont des responsabilités familiales, surtout les femmes, qui sont plus susceptibles de choisir le travail à domicile pour concilier ces responsabilités avec leur activité professionnelle.	Total: 10 Afrique: 0 Amériques: 1 États arabes: 0 Asie et Pacifique: 0 Europe et Asie centrale: 9
Convention (n° 181) sur les agences d'emploi privées, 1997	La convention n° 181 demande aux États qui l'ont ratifiée de veiller à ce que les agences d'emploi privées ne fassent pas subir aux travailleurs de discrimination fondée sur la race, la couleur, le sexe, la religion, l'opinion politique, l'ascendance nationale, l'origine sociale, l'âge ou le handicap. Les travailleurs employés par les agences d'emploi privées doivent bénéficier d'une protection adéquate, notamment dans les domaines suivants: liberté syndicale, négociation collective, salaires minima, durée du travail et autres conditions de travail, prestations de sécurité sociale et protection de la maternité. La convention n° 181 et de la recommandation n° 188 qui l'accompagne sont particulièrement importantes pour les travailleurs des activités de soin à autrui qui sont souvent recrutés par l'intermédiaire d'agences d'emploi privées, surtout lorsqu'il s'agit de travailleurs migrants. Les États doivent faire en sorte que les travailleurs migrants recrutés ou placés sur leur territoire par des agences d'emploi privées bénéficient d'une protection adéquate, et empêcher que des abus ne soient commis à leur encontre. Les agences devraient informer les travailleurs migrants de la nature de l'emploi offert et des conditions d'emploi qui sont applicables.	Total: 32 Afrique: 6 Amériques: 3 États arabes: 0 Asie et Pacifique: 3 Europe et Asie centrale: 20

Instrument	Résumé	Ratifications (nombre de pays) en mai 2018
Convention (n° 183) sur la protection de la maternité, 2000	La convention n° 183 et la recommandation n° 191 qui l'accompagne vont dans le sens de l'égalité des chances pour les travailleuses. En cas de maternité, celles-ci doivent bénéficier des protections suivantes: congé de maternité (quatorze semaines au moins, dont six après l'accouchement, pouvant aller jusqu'à dix-huit semaines selon la recommandation n° 191); prestations en espèces durant l'absence du travail en raison de la maternité, dont le montant ne doit pas être inférieur aux deux tiers du gain antérieur; protection de la santé de la mère et de l'enfant durant la grossesse, la naissance et l'allaitement; droit d'allaiter après le retour au travail; protection de l'emploi et non-discrimination, garantissant aux femmes le droit de retrouver le même poste ou un poste équivalent rémunéré au même taux à l'issue du congé de maternité. Plus important pour le personnel du soin à autrui: la convention n° 183 et la recommandation n° 191 spécifient que toutes les femmes employées, y compris les femmes qui le sont dans le cadre de formes atypiques de travail dépendant, doivent être protégées. Pour ce qui est du financement des soins de santé et des prestations sociales, l'approche de ces instruments repose sur la solidarité entre hommes et femmes, la mutualisation des risques et un financement prioritairement collectif (le coût des prestations étant supporté par les cotisations à l'assurance sociale, l'impôt, ou un dosage des deux). La convention donne des indications aux pays pour l'établissement de mécanismes de financement durables de ces prestations, ce qui est essentiel pour l'économie du soin à autrui. Les congés rémunérés permettent aux femmes de se livrer à des activités de soin non rémunérées tout en ayant la garantie de la sécurité du revenu durant le congé de maternité. En outre, la garantie de retrouver leur emploi à l'issue de ce congé leur permet de subvenir, du moins en partie, au coût de la garde de l'enfant. La recommandation n° 191 envisage aussi d'autres types de congés: pour le père, en cas de décès, de maladie ou d'hospitalisation de la mère avant la fin du congé postnatal; congé parental durant une période suivant l'expiration du congé maternel; et congé pour adoption. Ces mesures garantissent que les responsabilités sont partagées entre hommes et femmes et vont dans le sens de l'égalité.	Total: 34 Afrique: 6 Amériques: 6 États arabes: 0 Asie et Pacifique: 0 Europe et Asie centrale: 22

Instrument	Résumé	Ratifications (nombre de pays) en mai 2018
Convention (n° 189) sur les travailleuses et travailleurs domestiques, 2011	La convention n° 189 a pour objet de promouvoir et de garantir des conditions de travail et d'emploi décentes et équitables aux travailleuses et travailleurs domestiques définis comme toute personne de genre féminin ou masculin exécutant un travail domestique – c'est-à-dire effectué au sein de ou pour un ou plusieurs ménages – dans le cadre d'une relation de travail. La convention et la recommandation n° 201 qui l'accompagne sont particulièrement importantes pour ces femmes, qui représentent l'écrasante majorité (plus de 80 pour cent) des travailleurs domestiques. Les dispositions portent, entre autres, sur les points suivants: droits fondamentaux au travail, liberté d'association et reconnaissance effective du droit de négociation collective; protection effective contre toutes les formes d'abus, de harcèlement et de violence; égalité de traitement en ce qui concerne la durée normale de travail, la compensation des heures supplémentaires, les périodes de repos journalier et hebdomadaire et les congés annuels payés; bénéfice du salaire minimum. En effet, les travailleurs domestiques qui vivent au domicile de leur employeur peuvent être contraints d'effectuer un nombre excessif d'heures de travail, y compris la nuit, ou être mal nourris ou logés. Ils peuvent, par exemple, ne pas disposer d'un lieu de repos qui garantit leur intimité, car ils doivent rester aux côtés d'une personne malade. Les protections garanties par la convention n° 189 sont donc essentielles pour s'assurer que tous ces travailleurs jouissent des mêmes droits que ceux dont bénéficient les autres travailleurs. Il est important de relever que ces instruments abordent aussi les questions du développement continu des compétences et qualifications des travailleurs domestiques, et de leur besoin de concilier vie professionnelle et vie personnelle.	Total: 25 Afrique: 3 Amériques: 14 États arabes: 0 Asie et Pacifique: 1 Europe et Asie centrale: 7
Recommandation (n° 116) sur la réduction de la durée du travail, 1962	Chaque État devrait promouvoir le principe de la réduction progressive de la durée normale du travail, avec pour objectif quarante heures par semaine, sans diminution du salaire des travailleurs. Dans les cas où la durée de la semaine normale de travail dépasse quarante-huit heures, des mesures immédiates devraient être prises en vue de la ramener à ce niveau.	–
Recommandation (n° 193) sur la promotion des coopératives, 2002	Les coopératives sont des associations autonomes de personnes volontairement réunies pour satisfaire leurs aspirations et besoins économiques, sociaux et culturels communs au moyen d'une entreprise dont la propriété est collective et où le pouvoir est exercé démocratiquement. Les coopératives peuvent considérablement contribuer à fournir des services de soin à autrui de qualité en assurant à leur personnel de bonnes conditions de travail. Selon la recommandation n° 193, des mesures devraient être prises par les États pour promouvoir le potentiel des coopératives dans tous les pays, quel que soit leur niveau de développement.	–

Instrument	Résumé	Ratifications (nombre de pays) en mai 2018
	Les gouvernements devraient mettre en place une politique et un cadre juridique favorables, conformes à la nature et à la fonction des coopératives et fondés sur les valeurs coopératives (responsabilité sociale, démocratie, égalité, équité et solidarité, notamment) et principes coopératifs (adhésion volontaire et ouverte à tous, et engagement envers la collectivité, entre autres). Le mouvement coopératif devrait être considéré comme un pilier du développement économique et social national et international. La recommandation n° 193 contient un certain nombre de dispositions visant à promouvoir l'égalité entre hommes et femmes et à accroître la participation des femmes dans les coopératives, particulièrement au niveau de la gestion et de la direction. Elle invite aussi à prévoir des dispositions particulières pour des groupes défavorisés.	
Recommandation (n° 198) sur la relation de travail, 2006	La recommandation n° 198 appelle à formuler et appliquer une politique nationale visant à garantir une protection efficace aux travailleurs qui exercent leur activité dans le cadre d'une relation de travail et à fournir des orientations sur la manière de déterminer efficacement l'existence d'une telle relation. Elle contient des dispositions particulièrement pertinentes pour les travailleurs de l'économie du soin à autrui lorsqu'il s'agit d'assurer une protection effective aux travailleurs spécialement affectés par l'incertitude quant à l'existence d'une relation de travail, notamment les travailleuses, ainsi que les travailleurs les plus vulnérables, dont ceux de l'économie informelle et les migrants. Elle appelle aussi à répondre aux besoins et intérêts respectifs des hommes et des femmes, dès lors que les femmes sont majoritaires dans des secteurs et des professions dans lesquels il existe une proportion élevée de relations de travail déguisées, ou un manque de clarté dans la relation de travail (par. 5 et 6). Ces éléments sont particulièrement importants pour les travailleuses des activités de soin à autrui, y compris les femmes migrantes, qui sont souvent en situation d'emploi informel, ce qui reflète le caractère multidimensionnel croisé (intersectionnel) des discriminations dont sont victimes ces travailleuses.	–
Recommandation (n° 200) sur le VIH et le sida, 2010	La recommandation n° 200 a pour objet la protection des droits de l'homme sur le lieu de travail et déclare qu'aucune discrimination ni stigmatisation ne devrait être exercée à l'encontre des travailleurs en raison de leur statut VIH réel ou supposé. Les travailleurs, leur famille et les personnes à leur charge devraient avoir accès à des services de prévention, de traitement, de prise en charge et de soutien en rapport avec le VIH et le sida. Lorsqu'un lien direct peut être établi entre la profession exercée et le risque d'infection – ce qui est tout particulièrement le cas pour certains travailleurs du soin à autrui –, le sida et l'infection à VIH devraient être reconnus comme maladie professionnelle ou accident du travail. En outre, la recommandation contient des dispositions spécifiques sur la confidentialité relative au statut VIH, précisant	–

Instrument	Résumé	Ratifications (nombre de pays) en mai 2018
	qu'aucun travailleur ne devrait être contraint de se soumettre à un test de dépistage, en particulier les travailleurs migrants dont la migration ne devrait pas être empêchée en raison de leur statut VIH. Ces dispositions sont particulièrement importantes, compte tenu du nombre de travailleurs migrants, surtout des femmes, dans l'économie du soin.	
Recommandation (n° 202) sur les socles de protection sociale, 2012	La recommandation n° 202 fournit des orientations en vue de l'établissement de systèmes complets de sécurité sociale, afin d'assurer que tous membres de la société aient accès à des soins de santé essentiels et à une sécurité élémentaire de revenu. Ces socles nationaux de protection sociale devraient être établis prioritairement par l'association de moyens et de mécanismes appropriés (assurance sociale, assistance sociale, régimes universels) et devraient combiner mesures préventives, promotionnelles et actives avec prestations (en espèces ou en nature) et services sociaux. Parallèlement, les États devraient chercher à assurer des niveaux plus élevés de protection au plus grand nombre possible de personnes et aussi rapidement que possible en s'appuyant sur les autres normes pertinentes de l'OIT (voir ci-dessus). Cette recommandation s'applique aux activités de soin à autrui, en particulier aux prestataires non rémunérés et aux personnels en situation d'emploi atypique ou informel qui, souvent, ne sont pas couverts par les régimes de sécurité sociale. L'application de la recommandation leur conférerait une protection minimale: soins de santé essentiels, y compris en cas de maternité, sécurité du revenu durant leur période active et leur vieillesse, protection de leurs enfants (nourriture, éducation et soins). En outre, il est recommandé de mettre en œuvre la combinaison la plus efficace et efficiente de prestations et de régimes, ce qui conférerait une protection à l'ensemble des travailleurs du soin, quelle que soit leur situation: emploi formel, atypique, indépendant, informel ou travail non rémunéré. La recommandation met l'accent sur l'importance de la cohérence des politiques et énonce un certain nombre de principes de mise en œuvre pertinents pour les activités de soin à autrui: universalité de la protection; caractère adéquat et prévisible des prestations; non-discrimination, égalité entre hommes et femmes et prise en compte des besoins spécifiques; inclusion sociale, y compris des personnes travaillant dans l'économie informelle; pérennité financière, budgétaire et économique; services publics de qualité; respect de la négociation collective et de la liberté syndicale; participation tripartite et consultation d'autres organisations.	—

Instrument	Résumé	Ratifications (nombre de pays) en mai 2018
Recommandation (n° 204) sur la transition de l'économie informelle vers l'économie formelle, 2015	La recommandation n° 204 fournit des orientations pour faciliter la transition des travailleurs et des unités économiques de l'économie informelle vers l'économie formelle tout en respectant les droits fondamentaux des travailleurs et en offrant des possibilités de sécurité du revenu, de subsistance et d'entrepreneuriat. Elle vise aussi à promouvoir la création d'entreprises et d'emplois décents, leur préservation et leur pérennité dans l'économie formelle, ainsi que la cohérence entre les politiques macroéconomiques, d'emploi, de protection sociale et les autres politiques sociales. Il s'agit enfin de prévenir l'informalisation des emplois de l'économie formelle. Cette recommandation est particulièrement importante pour les travailleurs des activités de soin à autrui dont une proportion importante, surtout constituée de femmes, est occupée dans l'économie informelle.	—

Note: On dénombre au total 187 États Membres de l'OIT: 54 en Afrique, 35 dans les Amériques, 11 dans les États arabes, 36 en Asie et Pacifique et 51 en Europe.

Sources: BIT, 2008 et 2014c; Base du BIT NORMLEX (état des ratifications au 23 mai 2018, voir BIT 2018j).

A.2. STRUCTURE DÉMOGRAPHIQUE

Tableau A.2.1. Population en âge de travailler, selon le type de ménage (pourcentages), dernière année disponible

Pays	Famille nucléaire: couple avec enfant(s)	Famille élargie: famille nucléaire avec parents ou autres	Couple seul	Famille mono-parentale avec parents ou autres	Famille mono-parentale	Célibataire	Célibataire avec parents ou autres	Couple avec parents ou autres
Afghanistan	46,6	45,3	1,5	1,3	0,6	0,03	2,5	2,1
Afrique du Sud	20,5	16,5	7,6	22,6	9,1	8,8	12,1	2,7
Allemagne	34,4	0,8	32,8	0,2	7,5	22,8	0,8	0,7
Angola	48,1	25,0	3,3	9,1	6,6	1,8	3,5	2,6
Argentine	40,8	12,4	12,0	8,5	11,8	8,2	4,7	1,5
Australie	43,8	3,8	23,7	2,8	10,0	12,1	0,1	3,7
Autriche	39,0	4,7	26,5	1,1	6,6	19,4	1,2	1,5
Bangladesh	40,4	36,9	3,7	4,7	2,8	0,9	3,8	6,8
Belgique	40,8	2,4	26,4	1,6	8,9	17,6	1,2	1,2
Bolivie, État plurinational de	51,0	14,1	8,6	6,6	9,1	5,8	3,4	1,5
Botswana	12,7	18,6	5,1	24,8	8,9	13,1	13,5	3,3
Brésil	43,5	10,9	13,7	7,4	10,1	6,5	5,1	2,8
Brunéi Darussalam	35,3	34,8	4,2	8,2	3,9	3,1	8,8	1,7
Bulgarie	37,5	12,9	17,8	3,9	10,0	14,4	1,6	1,9
Cambodge	52,0	26,7	1,9	9,8	5,9	0,7	1,9	1,1
Cameroun	31,7	27,2	4,4	10,8	6,6	6,7	9,3	3,3
Chine	45,9	29,6	14,1	3,3	1,7	1,9	1,4	2,2
Chypre	50,6	2,8	22,6	1,7	8,6	9,2	3,1	1,4
Colombie	36,0	19,4	7,4	12,7	10,3	6,0	5,3	2,8
Congo	38,9	16,6	5,1	10,9	10,4	9,2	6,4	2,5
Côte d'Ivoire	35,9	28,6	4,2	8,3	5,2	6,8	7,3	3,6
Croatie	47,1	13,8	14,5	2,7	8,8	10,3	0,9	1,9
Danemark	32,3	0,7	30,9	0,3	6,5	27,0	1,7	0,6
Rép. dominicaine	36,1	16,5	8,0	12,5	11,0	5,4	6,7	3,9

Pays	Famille nucléaire: couple avec enfant(s)	Famille élargie: famille nucléaire avec parents ou autres	Couple seul	Famille mono-parentale avec parents ou autres	Famille mono-parentale	Célibataire	Célibataire avec parents ou autres	Couple avec parents ou autres
Égypte	67,2	8,9	5,6	3,8	10,1	2,2	1,6	0,6
Équateur	42,6	22,2	6,2	9,1	8,9	4,1	3,3	3,5
Espagne	46,0	4,8	20,3	3,3	9,2	12,0	2,7	1,8
Estonie	37,8	4,3	22,3	3,0	9,0	20,4	0,8	2,4
États-Unis	32,4	5,7	24,7	3,7	8,1	13,9	8,8	2,7
Éthiopie	54,2	15,2	4,3	5,9	10,6	3,3	4,1	2,5
Finlande	32,8	0,3	36,0	0,1	5,6	24,2	0,6	0,4
France	39,1	1,1	29,0	0,6	8,6	19,3	1,4	0,8
Gambie	25,5	44,1	1,3	13,6	2,9	2,6	4,6	5,4
Ghana	38,5	20,1	3,9	9,9	10,8	8,1	5,8	2,9
Grèce	48,4	6,5	21,0	1,8	7,8	11,7	1,4	1,4
Guatemala	48,9	22,6	4,5	9,3	8,1	1,8	2,6	2,0
Hongrie	36,6	5,7	21,2	3,9	11,2	16,9	1,9	2,6
Inde	43,9	33,5	5,4	6,4	3,8	2,3	2,0	2,7
Iraq	33,3	53,8	0,4	8,0	2,2	0,0	1,2	1,1
Irlande	49,4	1,4	20,3	2,3	11,5	10,8	2,9	1,2
Islande	46,5	1,9	22,9	1,4	7,8	16,0	2,2	1,4
Italie	48,1	3,4	19,1	1,4	9,5	15,7	1,5	1,3
Jordanie	72,7	3,4	6,5	1,3	8,2	4,6	2,6	0,8
Rép. dém. pop. lao	41,6	45,6	1,5	5,9	2,5	0,2	0,9	1,8
Lettonie	33,3	9,8	18,8	6,3	11,8	15,1	2,0	2,8
Libéria	42,8	26,2	3,1	9,9	7,7	2,0	4,1	4,2
Lituanie	34,7	5,7	19,8	4,9	12,3	20,5	1,0	1,1
Luxembourg	48,0	2,4	21,3	1,0	8,5	16,6	0,9	1,3
Madagascar	49,0	21,6	4,8	6,9	7,1	2,7	4,2	3,7
Mali	29,5	58,6	0,9	5,0	1,5	0,4	1,3	2,7
Malte	52,9	2,6	18,3	4,1	8,9	10,5	2,0	0,7
Mexique	46,2	18,0	8,3	8,6	9,9	5,6	2,0	1,5
Myanmar	44,4	23,4	4,1	11,8	7,9	1,5	5,1	1,8

Pays	Famille nucléaire: couple avec enfant(s)	Famille élargie: famille nucléaire avec parents ou autres	Couple seul	Famille mono-parentale avec parents ou autres	Famille mono-parentale	Célibataire	Célibataire avec parents ou autres	Couple avec parents ou autres
Namibie	9,3	18,6	3,6	29,7	5,8	8,9	19,9	4,3
Népal	33,3	40,2	3,0	7,8	6,1	1,0	3,5	5,1
Nicaragua	36,2	28,3	3,6	17,0	7,4	1,6	3,7	2,2
Niger	53,0	30,5	1,8	5,8	3,1	0,7	2,1	3,0
Nigéria	60,1	20,5	2,2	4,2	6,2	2,0	3,0	1,8
Norvège	33,1	0,3	30,4	0,2	7,9	27,4	0,6	0,2
Ouganda	45,2	23,8	2,9	8,8	8,2	3,1	5,3	2,7
Pakistan	46,9	36,6	1,8	4,9	4,2	0,3	2,4	2,8
Pays-Bas	40,1	0,3	31,5	0,1	6,3	20,7	0,8	0,2
Pérou	42,9	20,8	4,0	12,6	10,8	2,6	4,6	1,6
Philippines	43,2	29,1	3,1	11,0	5,6	1,6	4,0	2,5
Pologne	39,9	18,7	16,7	4,1	7,1	10,0	0,7	2,9
Portugal	44,8	6,1	21,9	3,6	9,9	10,0	1,3	2,4
Rép. dém. du Congo	50,2	22,9	3,9	7,6	6,7	2,7	3,4	2,5
Roumanie	39,6	15,2	16,6	3,1	6,5	13,0	1,5	4,6
Royaume-Uni	37,2	2,2	29,9	1,4	9,3	15,5	3,0	1,6
Russie, Féd. de	31,0	25,5	16,5	5,2	9,3	9,4	1,6	1,4
Serbie	35,4	23,1	12,4	4,8	10,5	9,1	1,6	3,1
Sierra Leone	29,1	40,3	1,3	14,1	3,9	0,7	6,3	4,3
Slovaquie	48,4	7,9	12,2	8,7	8,5	9,2	3,2	1,8
Slovénie	48,4	5,0	18,2	2,3	9,1	14,6	0,9	1,4
Sri Lanka	42,6	25,7	6,2	10,3	7,3	2,4	2,8	2,6
Suède	33,6	0,6	32,6	0,2	7,2	24,7	0,7	0,2
Suisse	37,7	2,3	30,0	0,3	6,5	19,9	2,2	1,1
Tanzanie, Rép.-Unie de	39,4	25,5	4,8	10,1	7,6	4,6	4,9	3,1
Thaïlande	26,4	21,9	13,8	10,9	5,9	7,4	7,2	6,4
République tchèque	44,3	3,5	25,7	1,7	8,5	14,1	1,0	1,2
Timor-Leste	51,2	18,9	8,2	5,2	6,3	2,1	3,3	4,9

Pays	Famille nucléaire: couple avec enfant(s)	Famille élargie: famille nucléaire avec parents ou autres	Couple seul	Famille mono-parentale avec parents ou autres	Famille mono-parentale	Célibataire	Célibataire avec parents ou autres	Couple avec parents ou autres
Togo	31,2	34,2	2,2	12,7	5,7	4,0	6,6	3,5
Tunisie	66,3	6,7	10,0	1,6	9,9	3,3	1,6	0,6
Turquie	57,9	17,5	11,8	1,0	5,1	3,1	2,2	1,5
Uruguay	41,9	8,8	16,2	6,4	11,6	8,7	4,2	2,1
Venezuela, Rép. bolivarienne du	33,3	26,6	4,0	17,8	9,0	2,7	4,4	2,3
Viet Nam	46,0	23,6	9,1	8,1	5,3	3,1	2,4	2,3
Yémen	45,7	42,9	1,9	2,6	2,0	0,3	3,0	1,7
Zambie	39,2	28,4	2,7	11,5	7,2	2,2	5,1	3,7
Zimbabwe	28,7	24,4	3,3	15,7	8,2	4,4	9,6	5,7

Note: Personnes de 15 ans et plus; 90 pays. Voir l'annexe A.7, tableau A.7.1 pour l'année de l'enquête.

Source: Calculs du BIT à partir de microdonnées d'enquêtes auprès des ménages ou sur la main-d'œuvre.

Tableau A.2.2. Population en âge de travailler vivant dans des familles monoparentales, selon le sexe du chef de famille, dernière année disponible (pourcentages)

Pays	Femme chef de famille	Homme chef de famille
Afghanistan	59,5	40,5
Afrique du Sud	84,3	15,7
Allemagne	85,3	14,7
Angola	88,6	11,4
Argentine	83,6	16,4
Australie	81,3	18,7
Autriche	85,2	14,8
Bangladesh	78,5	21,5
Belgique	82,6	17,4
Bolivie, État plurinational de	80,9	19,1
Botswana	86,8	13,2
Brésil	87,2	12,8
Brunéi Darussalam	83,9	16,1
Bulgarie	79,6	20,4
Cambodge	84,4	15,6
Cameroun	84,1	15,9
Chine	64,0	36,0
Chypre	87,8	12,2
Colombie	85,4	14,6
Congo	74,0	26,0
Côte d'Ivoire	82,2	17,8
Croatie	85,1	14,9
Danemark	76,1	23,9
Rép. dominicaine	82	18
Égypte	87,9	12,1
Équateur	85,3	14,7
Espagne	84,0	16,0
Estonie	89,7	10,3
États-Unis	81,3	18,7
Éthiopie	79,0	21,0
Finlande	78,1	21,9
France	78,0	22,0

Pays	Femme chef de famille	Homme chef de famille
Gambie	73,5	26,5
Ghana	85,5	14,5
Grèce	87,9	12,1
Guatemala	88,9	11,1
Hongrie	88,5	11,5
Inde	83,8	16,2
Iraq	90,3	9,7
Irlande	83,4	16,6
Islande	80,6	19,4
Italie	82,1	17,9
Jordanie	87,6	12,4
Rép. dém. pop. lao	76,2	23,8
Lettonie	89,1	10,9
Libéria	63,5	36,5
Lituanie	88,7	11,3
Luxembourg	77,5	22,5
Madagascar	77,2	22,8
Mali	77,3	22,7
Malte	76,8	23,2
Mexique	86,3	13,7
Myanmar	80,9	19,1
Namibie	86,7	13,3
Népal	87,6	12,4
Nicaragua	86,5	13,5
Niger	92,6	7,4
Nigéria	84,3	15,7
Norvège	76,9	23,1
Ouganda	77,7	22,3
Pakistan	77,9	22,1
Pays-Bas	80,6	19,4
Pérou	83,4	16,6
Philippines	70,6	29,4
Pologne	86,7	13,3
Portugal	84,1	15,9

Pays	Femme chef de famille	Homme chef de famille
Rép. dém. du Congo	85,0	15,0
Roumanie	78,0	22,0
Royaume-Uni	88,3	11,7
Russie, Féd. de	91,5	8,5
Serbie	77,0	23,0
Sierra Leone	77,9	22,1
Slovaquie	88,0	12,0
Slovénie	84,3	15,7
Sri Lanka	82,1	17,9
Suède	68,7	31,3
Suisse	86,8	13,2
Tanzanie, Rép.-Unie de	84,5	15,5
République tchèque	83,9	16,1
Thaïlande	79,1	20,9
Timor-Leste	66,6	33,4
Togo	80,8	19,2
Tunisie	79,1	20,9
Turquie	89,2	10,8
Uruguay	86,0	14
Venezuela, Rép. bolivarienne du	86,8	13,2
Viet Nam	83,5	16,5
Yémen	71,5	28,5
Zambie	85,1	14,9
Zimbabwe	85,6	14,4

Note: Personnes de 15 ans et plus; 90 pays. Voir l'annexe A.7, tableau A.7.1 pour l'année de l'enquête.

Source: Calculs du BIT à partir de microdonnées d'enquêtes auprès des ménages ou sur la main-d'œuvre.

A.2.1. Taux de dépendance des activités de soin à autrui

Méthodologie

Le taux de dépendance des activités de soin à autrui δ , ajusté en fonction de l'espérance de vie en bonne santé mesurée à 60 ans, est calculé à partir de deux variables¹: la population totale, ventilée par âge en utilisant la méthode des multiplicateurs de Sprague², et l'espérance de vie en bonne santé mesurée à 60 ans (exprimée en années)³.

Le taux de dépendance des activités de soin à autrui pour la tranche d'âge $[i, j]$ est:

$$\delta_{[i,j]} = \frac{P[i,j]}{\sum_{a=15}^{h-6} P_a}$$

où P est la population totale dans la tranche d'âge $[i, j]$, a l'âge, et h l'espérance de vie en bonne santé mesurée à 60 ans.

On a choisi les tranches d'âge $[i, j]$ suivantes: 0 à 2; 3 à 5; 6 à 14; et personnes âgées. La tranche d'âge des personnes âgées va de l'âge de l'espérance de vie en bonne santé mesurée à 60 ans jusqu'à 100 ans et plus. Le dénominateur du taux de dépendance des activités de soin à autrui comprend la population âgée de 15 ans jusqu'à l'âge de l'espérance de vie en bonne santé diminué de six ans et est constitué par les hommes et les femmes adultes potentiellement prestataires de soin à autrui au sein de leur ménage.

Tableau A.2.3. Taux de dépendance des activités de soin à autrui, 2000, 2015 et 2030 (pourcentages)

Pays	2000					2015					2030				
	Enfants (âge)			Personnes âgées	Total	Enfants (âge)			Personnes âgées	Total	Enfants (âge)			Personnes âgées	Total
	0-2	3-5	6-14			0-2	3-5	6-14			0-2	3-5	6-14		
Afghanistan	25,5	21,9	51,0	2,3	100,6	17,4	17,6	48,6	2,2	85,8	11,7	11,5	33,5	2,3	58,9
Afrique du sud	10,9	10,6	32,1	3,3	56,9	9,3	9,0	25,7	3,6	47,8	7,3	7,4	22,6	4,6	41,9
Albanie	7,9	8,9	29,8	4,1	50,8	5,0	4,3	14,8	5,2	29,3	4,2	4,3	13,3	5,6	27,4
Algérie	8,9	10,3	35,0	2,1	56,4	10,5	9,8	21,7	2,6	44,7	6,3	6,5	21,8	2,8	37,4
Allemagne	3,9	3,9	13,3	7,5	28,5	3,5	3,4	10,6	8,9	26,4	3,6	3,7	11,2	10,4	28,8
Angola	24,2	20,8	49,7	2,7	97,3	22,4	20,5	49,3	2,1	94,3	18,4	17,0	43,5	2,1	81,0
Antigua-et-Barbuda	9,2	8,6	26,8	3,8	48,4	6,8	6,7	20,8	3,1	37,5	5,6	5,7	17,2	3,5	32,1
Arabie saoudite	12,9	13,4	37,8	2,2	66,4	7,9	7,7	20,6	1,6	37,7	5,4	5,7	18,4	2,7	32,3
Argentine	8,5	8,6	25,4	5,3	47,7	7,5	7,4	21,8	5,6	42,3	6,3	6,3	19,1	6,2	37,8
Arménie	5,2	6,5	26,3	4,1	42,2	5,7	5,9	15,5	7,0	34,2	3,9	4,1	14,6	6,2	28,8
Australie	5,4	5,8	17,6	5,3	34,2	5,2	5,3	14,8	5,3	30,5	4,8	4,9	15,5	6,7	31,9
Autriche	4,0	4,6	14,3	7,6	30,5	3,7	3,7	11,2	7,6	26,1	3,7	3,8	11,6	8,6	27,7
Azerbaïdjan	7,6	9,1	31,4	3,2	51,4	7,7	6,7	16,9	3,6	34,9	4,8	4,9	17,2	3,3	30,2
Bahamas	8,0	9,0	26,3	2,4	45,7	5,7	5,9	16,0	3,1	30,7	4,9	5,0	15,4	5,4	30,6
Bahreïn	9,7	9,9	24,6	1,3	45,5	6,1	5,8	15,0	1,0	27,8	4,2	4,2	12,2	1,2	21,9
Bangladesh	12,9	12,5	36,2	2,4	64,0	8,5	8,5	26,9	3,2	47,1	5,9	6,1	19,3	3,5	34,9
Barbade	5,8	6,3	19,4	7,4	38,8	5,0	5,3	16,7	7,5	34,4	4,7	5,0	15,8	10,5	36,0
Bélarus	3,9	4,1	18,2	8,5	34,7	5,0	4,8	12,0	9,3	31,1	4,1	4,4	14,6	8,4	31,5
Belgique	4,5	4,9	14,9	7,9	32,1	4,6	4,8	13,8	8,5	31,7	4,3	4,4	13,8	7,9	30,5

Pays	2000					2015					2030				
	Enfants (âge)			Personnes âgées	Total	Enfants (âge)			Personnes âgées	Total	Enfants (âge)			Personnes âgées	Total
	0-2	3-5	6-14			0-2	3-5	6-14			0-2	3-5	6-14		
Belize	16,2	15,7	40,6	3,2	75,7	10,4	9,8	29,9	2,6	52,7	7,9	8,0	23,4	2,6	41,8
Bénin	21,3	19,1	46,6	3,4	90,4	18,7	17,2	43,4	2,8	82,1	15,3	14,3	38,0	2,5	70,0
Bhoutan	14,5	14,7	44,6	2,4	76,1	7,6	8,0	23,8	2,5	41,9	5,5	5,7	18,0	2,6	31,7
Bolivie, État plurinational de	14,7	13,8	37,5	3,4	69,4	10,4	10,3	30,1	3,3	54,1	8,2	8,1	23,8	2,8	42,9
Bosnie-Herzégovine	5,2	5,3	18,3	5,0	33,7	3,5	3,9	11,8	8,8	28,0	3,7	3,8	11,5	9,1	28,1
Botswana	12,9	12,7	37,3	2,5	65,5	10,8	10,1	27,6	2,4	50,9	7,5	7,6	23,4	2,5	41,1
Brésil	9,1	9,0	27,3	2,8	48,2	6,0	5,9	19,0	3,6	34,5	4,5	4,6	14,8	5,1	29,1
Brunéi Darussalam	9,1	9,3	26,5	1,2	46,2	6,7	6,1	19,0	1,2	32,9	4,8	4,9	15,5	1,6	26,7
Bulgarie	3,2	3,6	14,8	9,4	31,1	3,6	4,1	11,3	10,0	28,9	3,6	3,8	12,3	12,8	32,4
Burkina Faso	23,2	20,1	48,9	2,8	95,0	20,4	19,0	47,4	2,0	88,8	16,3	15,3	40,5	1,7	73,7
Burundi	23,0	21,7	58,2	3,3	106,2	21,2	19,0	43,9	2,3	86,4	16,9	15,9	42,9	2,2	78,0
Cabo Verde	16,2	16,3	48,5	3,7	84,6	9,4	9,5	28,9	4,0	51,8	6,9	7,1	21,7	2,6	38,3
Cambodge	13,8	15,1	47,3	4,0	80,1	10,5	10,5	27,8	3,3	52,1	7,8	7,8	24,5	3,9	44,0
Cameroun	20,3	18,3	47,4	2,9	89,0	18,5	17,2	43,5	2,8	82,0	14,4	13,7	37,2	2,4	67,6
Canada	4,5	5,1	16,3	5,3	31,2	4,1	4,3	12,3	5,5	26,2	3,9	4,0	12,5	6,5	26,9
République centrafricaine	18,8	16,5	42,3	3,7	81,3	18,5	17,2	46,4	3,3	85,5	15,0	14,0	36,7	2,6	68,3
Chili	7,4	7,7	24,2	3,3	42,6	5,4	5,6	17,1	3,7	31,7	4,5	4,6	14,2	4,5	27,8
Chine	5,4	5,5	23,7	3,1	37,7	4,8	4,7	13,4	3,9	26,8	3,7	3,8	12,8	6,4	26,7

Pays	2000				2015				2030						
	Enfants (âge)			Personnes âgées	Total	Enfants (âge)			Personnes âgées	Total	Enfants (âge)			Personnes âgées	Total
	0-2	3-5	6-14			0-2	3-5	6-14			0-2	3-5	6-14		
Chypre	5,9	6,5	19,1	5,4	36,8	4,4	4,5	13,1	4,9	26,9	3,7	3,7	12,0	6,8	26,2
Colombie	9,3	9,7	29,2	2,6	50,8	6,4	6,6	20,8	3,0	36,9	4,9	5,0	15,8	4,4	30,0
Comores	18,9	17,5	46,1	2,9	85,5	16,1	15,0	38,7	2,4	72,2	12,4	11,9	33,5	2,3	60,1
Congo	18,5	16,1	40,3	3,0	77,9	18,0	16,9	41,8	2,3	79,1	14,7	13,6	36,3	2,1	66,7
Corée, Rép. de	4,9	5,9	16,4	2,7	30,0	3,3	3,3	10,6	3,3	20,5	3,3	3,3	9,7	3,9	20,2
Corée, Rép. dém. de	7,3	7,7	22,1	3,1	40,2	5,7	5,6	18,0	5,1	34,4	5,2	5,3	16,0	5,5	31,9
Costa Rica	9,0	9,2	28,1	2,4	48,8	5,8	6,1	18,3	2,9	33,1	4,6	4,6	14,7	4,7	28,6
Côte d'Ivoire	20,0	17,8	43,4	2,7	84,0	18,5	16,7	42,9	2,5	80,6	15,9	15,0	39,6	2,3	72,8
Croatie	4,7	4,3	14,8	7,1	30,8	3,8	4,2	12,1	9,8	29,9	3,4	3,5	11,2	10,0	28,1
Cuba	5,7	5,6	19,0	5,3	35,5	4,5	4,2	12,9	6,7	28,3	3,8	4,0	12,5	9,7	29,9
Danemark	5,2	5,5	15,1	9,0	34,8	4,0	4,6	14,2	7,3	30,1	4,8	4,7	13,4	10,2	33,1
Djibouti	15,6	14,4	42,4	2,3	74,8	10,3	9,7	29,3	2,5	51,7	7,6	7,6	22,7	2,8	40,8
Rép. dominicaine	11,4	11,6	33,3	2,3	58,5	9,1	9,1	26,9	3,4	48,5	6,9	7,0	21,6	4,6	40,2
Égypte	12,0	11,7	37,4	3,4	64,6	13,3	11,1	28,0	3,2	55,7	9,0	8,8	27,1	4,2	49,1
El Salvador	12,7	13,2	35,9	4,0	65,9	8,2	8,3	25,9	4,4	46,9	6,3	6,5	20,5	4,3	37,6
Émirats arabes unis	6,7	7,3	21,4	0,5	35,9	3,6	3,6	8,9	0,2	16,3	2,9	2,8	8,3	0,5	14,4
Équateur	11,6	11,4	32,5	2,4	57,9	8,9	8,8	25,2	2,8	45,7	6,9	7,0	21,1	4,3	39,2
Érythrée	18,2	17,0	51,2	4,0	90,5	17,0	16,9	44,0	3,5	81,3	12,4	11,9	33,7	2,5	60,4
Espagne	3,6	3,7	12,1	7,4	27,0	3,5	4,1	12,3	9,0	28,9	3,0	3,0	9,9	9,1	25,0
Estonie	3,5	3,9	16,9	7,6	31,8	4,2	4,9	13,0	9,1	31,2	3,7	4,0	13,2	9,3	30,1
Eswatini	16,8	16,8	50,4	2,8	86,9	13,7	13,3	36,0	2,4	65,4	10,2	10,2	30,7	2,3	53,4

Pays	2000					2015					2030				
	Enfants (âge)			Personnes âgées	Total	Enfants (âge)			Personnes âgées	Total	Enfants (âge)			Personnes âgées	Total
	0-2	3-5	6-14			0-2	3-5	6-14			0-2	3-5	6-14		
États-Unis	5,8	6,1	18,8	6,8	37,5	5,0	5,3	16,0	6,3	32,5	5,1	5,2	15,0	7,5	32,8
Éthiopie	23,1	20,1	48,4	3,0	94,7	16,4	15,3	42,8	2,5	77,1	11,5	11,4	32,5	2,5	57,8
Ex-Rép. yougoslave de Macédoine	5,5	6,1	20,5	4,9	37,0	4,6	4,3	13,6	6,4	28,9	4,0	4,2	13,3	7,4	29,0
Fidji	11,5	11,7	32,7	2,0	58,0	8,6	9,0	25,0	2,7	45,3	7,0	7,0	21,6	4,3	39,8
Finlande	4,5	5,1	15,5	8,1	33,2	4,3	4,6	13,2	7,8	29,9	4,4	4,5	13,7	10,0	32,6
France	5,2	5,0	15,7	6,9	32,8	4,9	5,1	15,2	8,3	33,5	4,7	4,6	13,9	8,3	31,5
Gabon	16,8	15,8	41,8	4,7	79,2	14,0	12,8	31,8	3,2	61,9	10,4	10,1	29,9	2,9	53,3
Gambie	23,2	19,8	46,4	2,8	92,1	21,1	19,0	47,0	2,1	89,2	16,2	15,2	40,6	2,0	74,1
Géorgie	5,0	5,8	21,8	5,7	38,3	5,8	5,8	14,5	8,6	34,7	4,6	4,7	16,1	9,1	34,5
Ghana	17,5	16,0	41,8	2,7	77,9	15,3	14,3	36,8	2,6	69,0	11,7	11,3	32,0	2,3	57,2
Grèce	3,9	4,0	12,5	6,3	26,7	3,4	4,0	12,2	9,3	28,9	2,9	2,9	9,2	8,6	23,6
Grenade	10,7	10,5	38,8	7,1	67,1	8,1	8,1	22,4	4,8	43,5	5,6	5,9	20,2	4,4	36,0
Guatemala	18,6	17,8	45,8	3,2	85,3	12,3	11,8	35,5	3,1	62,7	8,9	8,9	26,2	2,9	46,8
Guinée	20,6	18,3	44,6	2,7	86,2	18,1	16,7	42,9	2,4	80,1	14,7	13,9	37,4	2,3	68,2
Guinée-Bissau	20,3	18,6	47,6	2,8	89,3	17,9	16,3	40,6	2,4	77,2	13,7	13,0	36,0	2,5	65,1
Guinée équatoriale	18,7	15,8	37,6	3,0	75,1	15,4	13,8	32,7	2,0	64,0	12,5	11,9	31,2	1,5	57,2
Guyana	12,1	13,3	34,2	3,2	62,8	9,0	8,5	27,3	3,1	47,9	7,3	7,4	23,2	4,5	42,4
Haïti	15,3	14,6	41,2	3,0	74,2	11,1	11,0	31,7	3,3	57,2	8,4	8,4	25,2	3,5	45,4
Honduras	16,9	16,4	43,5	2,5	79,2	9,8	10,0	31,2	2,2	53,3	7,2	7,3	21,8	2,5	38,8
Hongrie	3,8	4,5	15,1	9,4	32,8	3,6	3,9	11,9	8,8	28,2	3,6	3,7	11,6	10,9	29,9

Pays	2000				2015				2030						
	Enfants (âge)			Personnes âgées	Total	Enfants (âge)			Personnes âgées	Total	Enfants (âge)			Personnes âgées	Total
	0-2	3-5	6-14			0-2	3-5	6-14			0-2	3-5	6-14		
Îles Salomon	17,2	16,1	41,6	1,9	76,7	14,6	14,4	39,2	2,4	70,7	11,1	10,7	30,6	2,5	54,9
Inde	11,9	11,5	32,9	3,2	59,5	8,2	8,5	26,0	3,6	46,3	6,5	6,6	19,9	4,0	37,0
Indonésie	9,1	9,3	28,2	2,7	49,3	8,5	8,1	24,1	3,1	43,8	6,4	6,5	20,0	3,7	36,6
Iran, Rép. islamique d'	9,2	9,8	37,2	2,3	58,4	7,1	7,1	18,1	2,6	34,9	3,8	4,1	15,2	2,9	26,1
Iraq	18,5	16,9	43,5	2,8	81,7	16,8	15,5	39,1	2,4	73,8	13,5	12,9	35,0	2,2	63,6
Irlande	6,1	5,5	18,2	5,9	35,7	6,1	6,4	17,5	4,7	34,7	4,5	4,4	14,4	4,8	28,1
Islande	6,1	7,0	19,8	5,1	38,0	5,5	5,9	16,5	5,6	33,4	4,7	4,8	14,8	6,2	30,5
Israël	9,6	8,7	24,2	5,1	47,6	9,4	8,8	23,3	4,5	45,9	7,3	7,2	21,4	4,2	40,2
Italie	3,6	3,7	11,6	7,3	26,2	3,3	3,7	11,3	8,9	27,2	3,2	3,2	10,0	9,8	26,2
Jamaïque	10,4	10,4	30,4	5,0	56,1	6,0	6,3	20,7	4,8	37,8	5,3	5,5	18,4	5,0	34,1
Japon	3,6	3,6	11,7	4,7	23,6	3,3	3,4	10,5	8,9	26,0	3,2	3,3	10,3	12,0	28,8
Jordanie	15,4	14,2	37,8	1,8	69,1	13,0	12,4	33,1	2,0	60,5	8,9	8,9	26,4	2,0	46,2
Kazakhstan	6,3	7,3	27,5	4,6	45,7	10,0	9,5	19,8	4,8	44,0	6,5	6,6	22,0	3,7	38,8
Kenya	20,7	17,7	47,3	2,4	88,0	15,7	15,5	41,6	1,9	74,8	12,1	11,6	32,3	2,1	58,0
Kiribati	15,0	14,4	40,0	2,3	71,7	12,4	12,9	30,8	2,4	58,5	10,3	10,3	30,4	3,3	54,2
Kirghizistan	10,5	11,1	35,5	3,1	60,2	12,0	10,8	24,4	3,0	50,1	7,8	7,9	25,8	2,5	44,1
Koweït	9,8	8,6	21,8	0,7	40,9	6,1	6,0	14,7	0,8	27,6	4,7	4,7	15,2	1,7	26,3
Rép. dém. pop. lao	16,4	17,4	47,4	3,5	84,7	11,0	11,1	31,4	2,9	56,3	7,7	7,8	24,1	3,2	42,7
Lesotho	16,2	15,6	43,7	4,3	79,9	13,1	12,0	33,6	3,5	62,3	10,3	10,3	30,9	3,6	55,1
Lettonie	3,1	3,9	17,7	7,5	32,3	4,0	4,5	12,3	10,3	31,1	3,6	3,8	12,8	11,1	31,3
Liban	8,6	8,7	26,4	5,2	48,9	7,0	6,3	20,9	5,2	39,4	5,2	5,4	15,0	6,0	31,6

Pays	2000					2015					2030				
	Enfants (âge)			Personnes âgées	Total	Enfants (âge)			Personnes âgées	Total	Enfants (âge)			Personnes âgées	Total
	0-2	3-5	6-14			0-2	3-5	6-14			0-2	3-5	6-14		
Libéria	20,2	17,2	43,1	3,2	83,7	17,5	16,5	43,3	2,8	80,0	14,3	13,5	36,3	2,5	66,7
Libye	10,0	10,2	33,2	2,4	55,8	8,9	8,7	24,2	2,6	44,5	5,6	5,8	19,0	2,6	33,1
Lituanie	4,1	5,0	19,2	7,1	35,4	4,3	4,1	11,6	11,6	31,7	4,3	4,7	14,4	13,5	36,9
Luxembourg	5,3	5,5	15,2	6,2	32,1	4,4	4,2	12,8	5,9	27,3	4,4	4,4	13,3	5,4	27,5
Madagascar	21,4	19,1	45,6	2,5	88,6	16,6	15,6	41,8	2,1	76,1	13,9	13,2	35,6	2,1	64,8
Malaisie	10,9	10,7	30,5	2,2	54,3	7,1	6,8	20,9	2,6	37,5	5,9	6,1	18,4	4,1	34,5
Malawi	22,7	20,2	50,3	3,4	96,5	18,7	18,4	47,3	2,6	87,1	15,0	14,3	38,4	2,2	69,9
Maldives, Rép. des	11,9	13,5	46,3	2,1	73,8	7,6	7,0	17,0	2,0	33,6	4,1	4,5	15,8	1,4	25,8
Mali	23,6	20,2	48,5	3,4	95,7	23,1	21,3	51,5	2,3	98,1	18,5	17,1	44,4	1,7	81,6
Malte	5,1	5,3	17,1	5,9	33,3	3,9	3,8	10,9	5,3	23,8	3,7	3,9	11,8	7,0	26,4
Maroc	10,0	10,6	33,0	3,3	56,9	9,0	8,3	23,3	3,5	44,1	6,3	6,5	20,4	4,5	37,7
Maurice	6,7	7,9	22,3	3,5	40,4	4,3	4,5	16,9	4,0	29,7	4,0	4,0	12,0	5,4	25,5
Mauritanie	18,8	17,1	43,5	2,5	82,0	16,5	15,1	38,7	2,4	72,7	13,3	12,6	34,4	2,3	62,5
Mexique	11,3	11,2	32,0	2,6	57,2	8,0	7,9	23,9	3,1	42,9	5,7	5,9	18,5	4,0	34,1
Micronésie, États féd. de	15,1	14,1	41,6	2,9	73,7	10,7	10,3	32,9	2,4	56,3	9,8	9,8	28,2	4,0	51,9
Moldova, Rép. de	4,8	5,4	23,6	5,9	39,8	4,2	4,3	11,8	5,6	25,9	3,2	3,3	11,4	6,8	24,7
Mongolie	9,3	9,8	36,8	2,7	58,5	11,0	9,6	21,3	2,2	44,2	6,8	7,0	23,3	2,1	39,2
Monténégro	5,7	5,8	18,8	5,9	36,2	4,8	5,1	15,5	7,6	32,9	4,2	4,3	13,6	9,4	31,4
Mozambique	21,9	19,0	45,2	2,9	88,9	20,4	18,7	47,4	2,8	89,4	16,7	15,6	40,7	2,5	75,5
Myanmar	10,6	9,9	29,9	3,5	53,9	7,6	7,7	25,5	3,2	44,1	6,4	6,4	19,1	4,9	36,8

Pays	2000				2015				2030						
	Enfants (âge)			Personnes âgées	Total	Enfants (âge)			Personnes âgées	Total	Enfants (âge)			Personnes âgées	Total
	0-2	3-5	6-14			0-2	3-5	6-14			0-2	3-5	6-14		
Namibie	15,4	15,3	40,7	2,8	74,1	14,2	12,8	34,3	2,4	63,7	10,6	10,5	30,6	2,5	54,3
Népal	16,3	15,7	41,3	3,0	76,3	9,0	9,7	32,6	3,4	54,8	6,5	6,8	21,0	3,7	38,1
Nicaragua	14,0	14,1	41,9	4,3	74,4	8,9	9,2	27,2	3,3	48,5	6,0	6,2	19,4	2,4	34,0
Niger	26,7	21,7	48,7	2,3	99,3	26,8	23,4	54,8	2,1	107,2	24,1	21,5	52,2	2,0	99,8
Nigéria	20,2	17,6	43,6	2,8	84,1	19,9	18,0	44,6	2,3	84,9	16,5	15,4	40,6	2,4	74,8
Norvège	5,7	5,9	17,0	9,2	37,8	4,7	5,0	14,5	6,3	30,5	4,8	4,8	13,9	7,1	30,5
Nouvelle-Zélande	6,1	6,5	19,5	5,3	37,4	5,3	5,7	16,2	5,5	32,8	4,9	5,0	15,2	6,8	31,9
Oman	12,1	12,5	36,0	1,5	62,0	7,5	6,5	15,0	0,9	29,9	4,3	4,6	15,1	1,2	25,1
Ouganda	26,3	23,1	54,1	2,7	106,2	23,1	21,0	52,1	1,8	98,0	18,1	16,9	43,9	1,5	80,3
Ouzbékistan	11,1	12,6	39,0	2,8	65,4	9,0	8,9	22,8	2,7	43,3	6,1	6,3	20,7	2,4	35,4
Pakistan	15,9	15,3	42,8	3,5	77,5	12,9	12,2	31,7	3,1	60,0	9,3	9,2	27,8	2,9	49,2
Panama	10,6	10,1	28,5	2,6	51,7	8,6	8,4	23,8	3,3	44,1	6,7	6,7	20,0	3,8	37,3
Papouasie-Nouvelle-Guinée	16,4	14,8	38,0	2,8	72,0	13,0	12,6	35,0	2,8	63,4	10,6	10,3	28,9	3,1	52,9
Paraguay	13,7	13,3	38,0	2,8	67,7	9,1	9,2	27,0	3,0	48,4	7,3	7,4	22,4	3,9	41,1
Pays-Bas	4,9	5,1	15,1	6,5	31,6	4,2	4,2	13,9	6,6	29,0	4,3	4,3	12,8	8,5	29,9
Pérou	11,2	11,3	32,9	3,5	58,9	8,6	8,3	24,1	3,5	44,5	6,3	6,4	19,7	3,4	35,8
Philippines	14,3	13,6	37,5	2,5	67,9	10,6	10,3	29,2	2,9	52,9	8,7	8,6	25,3	3,6	46,2
Pologne	4,1	4,9	17,9	5,9	32,9	3,7	4,2	11,6	7,4	26,8	3,1	3,2	10,8	9,2	26,3
Portugal	4,2	4,1	13,2	7,1	28,6	3,3	3,6	11,9	8,9	27,7	2,9	2,9	9,0	9,8	24,5
Qatar	7,7	7,4	20,0	0,7	35,8	3,6	3,6	9,0	0,3	16,5	2,9	3,1	9,5	0,7	16,2

Pays	2000					2015					2030										
	Enfants (âge)			Personnes âgées	Total	Enfants (âge)			Personnes âgées	Total	Enfants (âge)			Personnes âgées	Total						
	0-2	3-5	6-14			0-2	3-5	6-14			0-2	3-5	6-14			0-2	3-5	6-14			
Rép. dém. du Congo	22,3	19,4	46,2	2,8	90,7	22,4	20,0	47,7	2,3	92,4	17,9	16,6	43,4	2,1	79,9						
Roumanie	4,5	3,9	17,4	7,3	33,1	3,9	4,2	12,9	9,7	30,6	3,8	3,9	12,2	11,6	31,5						
Royaume-Uni	5,0	5,3	16,5	8,5	35,2	5,0	5,1	13,8	7,6	31,6	4,5	4,6	14,3	8,3	31,7						
Russie, Féd. de	3,8	3,6	18,0	7,9	33,3	5,5	4,9	12,4	9,0	31,8	4,2	4,5	15,3	8,2	32,2						
Rwanda	20,1	16,0	47,8	3,1	87,1	15,8	15,4	40,2	2,0	73,3	11,1	10,7	31,2	2,1	55,1						
Sainte-Lucie	9,4	10,2	32,0	5,7	57,4	5,0	4,7	16,8	5,0	31,5	3,9	4,0	12,9	5,3	26,2						
Saint-Vincent-et-les Grenadines	9,5	9,9	30,3	5,1	54,7	6,5	6,9	21,4	4,5	39,2	5,1	5,2	16,8	5,0	32,1						
Samoa	15,5	15,7	41,2	3,1	75,5	12,3	13,3	37,3	3,6	66,5	10,2	9,9	29,0	3,7	52,8						
Sao Tomé-et-Principe	20,5	17,7	49,4	4,0	91,7	17,8	16,9	45,4	3,0	83,1	13,7	13,0	36,0	1,8	64,6						
Sénégal	19,9	18,1	47,1	2,6	87,7	18,7	17,3	42,7	2,2	80,9	14,3	13,6	37,4	1,9	67,1						
Serbie	5,3	5,6	18,4	7,0	36,2	4,3	4,3	14,0	8,1	30,7	4,1	4,2	13,3	9,3	31,0						
Seychelles	8,0	8,5	26,7	4,8	48,1	7,0	6,6	16,4	4,6	34,5	5,1	5,1	17,3	5,8	33,3						
Sierra Leone	21,3	18,4	45,3	3,0	88,0	17,4	16,7	43,9	2,3	80,4	12,9	12,4	34,8	1,7	61,9						
Singapour	4,8	5,9	17,9	2,6	31,2	3,5	3,6	12,2	2,9	22,3	3,0	3,0	9,7	3,3	18,9						
Slovaquie	4,1	5,0	18,3	6,9	34,2	4,1	4,2	11,7	6,5	26,5	3,6	3,9	12,4	8,7	28,7						
Slovénie	3,6	3,6	13,6	5,9	26,7	4,1	4,3	11,2	8,4	28,0	3,4	3,6	11,8	8,1	26,8						
Somalie	25,2	21,1	47,1	2,7	96,1	22,3	20,1	48,8	2,2	93,4	19,4	17,8	45,4	2,4	85,0						
Soudan	19,7	18,0	43,9	2,6	84,2	16,6	15,6	41,9	2,5	76,6	13,4	12,7	34,4	2,5	63,1						
Soudan du Sud	21,2	18,8	45,5	2,7	88,2	17,7	16,4	42,3	2,9	79,3	14,4	13,7	36,9	2,4	67,3						

Pays	2000					2015					2030				
	Enfants (âge)			Personnes âgées	Total	Enfants (âge)			Personnes âgées	Total	Enfants (âge)			Personnes âgées	Total
	0-2	3-5	6-14			0-2	3-5	6-14			0-2	3-5	6-14		
Sri Lanka	7,6	7,5	23,5	3,1	41,7	6,6	7,0	21,2	3,4	38,2	5,3	5,2	16,7	6,0	33,2
Suède	4,0	5,3	17,0	10,5	36,7	4,8	5,0	13,7	7,8	31,4	4,8	4,9	14,8	9,3	33,9
Suisse	4,4	4,8	14,4	7,0	30,6	4,0	3,9	11,3	6,5	25,7	3,8	3,9	12,0	7,3	27,1
Suriname	10,7	10,6	29,7	3,6	54,6	8,0	7,8	23,4	3,6	42,8	6,3	6,4	19,6	3,4	35,6
Rép. arabe syrienne	16,3	14,7	41,6	2,5	75,1	11,8	12,9	40,1	3,2	68,0	8,4	8,4	24,8	3,5	45,1
Tadjikistan	15,9	15,5	46,3	2,6	80,3	13,4	12,4	30,4	2,5	58,7	9,6	9,6	29,2	2,0	50,3
Tanzanie, Rép.-Unie de	20,7	18,7	46,7	2,7	88,9	20,7	18,9	47,0	2,8	89,4	16,7	15,6	40,9	2,2	75,4
Tchad	26,3	22,6	52,1	3,4	104,6	23,0	20,7	51,1	2,6	97,3	17,9	16,7	43,7	2,1	80,4
République tchèque	3,2	4,1	14,8	7,4	29,6	4,0	4,4	11,7	7,3	27,4	3,6	3,8	12,4	10,4	30,2
Thaïlande	6,1	6,5	20,7	2,9	36,2	4,3	4,5	14,7	4,3	27,9	3,5	3,5	11,2	6,8	25,1
Timor-Leste	27,1	24,5	53,7	1,8	107,0	18,7	17,9	45,6	2,3	84,5	15,5	14,8	40,3	2,2	72,8
Togo	19,0	16,9	44,4	2,5	82,8	17,1	16,3	42,0	2,0	77,5	13,6	12,9	35,0	1,9	63,4
Tonga	13,8	14,6	38,4	3,8	70,5	12,2	12,6	37,2	4,3	66,3	10,3	9,8	27,7	3,5	51,2
Trinité-et-Tobago	6,0	6,3	24,4	4,0	40,7	5,8	5,9	16,9	5,1	33,6	4,3	4,4	14,7	7,2	30,6
Tunisie	7,7	8,1	28,6	3,1	47,5	8,0	7,0	18,3	4,4	37,7	5,4	5,7	18,9	5,2	35,2
Turkménistan	10,1	12,0	37,9	2,9	62,8	11,7	9,6	24,3	2,8	48,4	7,5	7,6	24,8	3,4	43,3
Turquie	9,8	9,4	27,6	3,1	49,9	7,5	7,3	21,9	3,7	40,4	5,4	5,5	17,3	4,3	32,5
Ukraine	3,5	4,0	16,1	7,9	31,5	4,2	4,6	11,6	10,2	30,6	3,8	4,0	13,4	10,6	31,7
Uruguay	7,2	7,5	21,9	7,1	43,6	6,0	6,1	18,6	8,3	39,1	5,3	5,3	16,4	8,5	35,4

Pays	2000					2015					2030				
	Enfants (âge)			Personnes âgées	Total	Enfants (âge)			Personnes âgées	Total	Enfants (âge)			Personnes âgées	Total
	0-2	3-5	6-14			0-2	3-5	6-14			0-2	3-5	6-14		
Vanuatu	16,7	15,7	41,6	2,7	76,8	12,8	13,1	34,1	2,0	62,1	10,3	9,9	28,4	2,5	51,1
Venezuela, Rép. bolivarienne du	11,0	10,8	32,1	2,0	55,8	8,4	8,4	24,5	2,9	44,2	6,5	6,6	20,1	4,0	37,1
Viet Nam	7,7	9,8	31,9	4,0	53,4	6,9	6,7	18,1	3,7	35,4	5,1	5,5	17,2	3,6	31,3
Yémen	21,5	21,6	56,0	2,8	101,8	16,0	15,1	40,0	2,1	73,1	11,0	10,9	31,9	2,1	55,9
Zambie	22,7	19,7	48,3	2,6	93,3	20,0	18,4	47,7	2,1	88,1	16,6	15,6	40,5	1,4	74,2
Zimbabwe	16,7	16,0	45,9	3,2	81,9	17,3	16,1	40,3	2,4	76,1	11,7	11,4	33,2	1,9	58,2

Note: 183 pays.

Source : Calculs du BIT à partir de Nations Unies, 2017c, et d'OMS, 2018b.

A.3. ACTIVITÉS NON RÉMUNÉRÉES DE SOIN À AUTRUI ET INÉGALITÉS ENTRE HOMMES ET FEMMES AU TRAVAIL

Tableau A.3.1. Temps consacré à chacune des trois grandes activités non rémunérées de soin à autrui et au travail rémunéré (minutes par jour), selon le sexe (pourcentages), dernière année disponible

Pays	Femmes				Hommes											
	Activités non rémunérées de soin à autrui:				Part des activités non rémunérées de soin à autrui	Travail rémunéré	Total	Activités non rémunérées de soin à autrui:				Travail rémunéré	Total	Part des activités non rémunérées de soin à autrui		
	Tâches ménagères (services domestiques pour usage final propre, au sein du ménage)	Services de soin à autrui à l'intention des membres du ménage	Travail bénévole (services de soin à autrui au sein de la communauté locale ou à l'intention d'autres ménages)	Total				Tâches ménagères (services domestiques pour usage final propre, au sein du ménage)	Services de soin à autrui à l'intention des membres du ménage	Travail bénévole (services de soin à autrui au sein de la communauté locale ou à l'intention d'autres ménages)	Total					
Afrique du Sud	195	29	5	229	70,0	129	358	88	5	5	98	214	312	30,0		
Albanie	270	43	1	314	85,8	117	431	45	5	2	52	257	309	14,2		
Algérie	282	30	–	312	85,2	30	342	42	12	–	54	198	252	14,8		
Allemagne	227	27	15	269	62,1	134	403	137	10	17	164	222	386	37,9		
Argentine	183	58	16	257	73,4	165	422	66	22	5	93	314	407	26,6		
Arménie	266	46	–	312	83,2	101	413	54	9	–	63	291	354	16,8		
Australie	239	64	8	311	64,4	128	439	130	27	15	172	250	422	35,6		
Autriche	222	39	8	269	64,8	160	429	118	19	9	146	264	410	35,2		
Belgique	186	28	–	214	61,8	99	313	117	15	–	132	157	289	38,2		
Bénin	189	32	–	221	84,0	171	392	39	3	–	42	241	283	16,0		
Bulgarie	267	16	15	298	64,5	137	435	142	6	16	164	190	354	35,5		
Cambodge	188	–	–	188	91,3	–	–	18	–	–	18	–	–	8,7		
Cameroun	170	38	4	212	74,1	203	415	53	14	7	74	284	358	25,9		

Pays	Femmes					Hommes								
	Activités non rémunérées de soin à autrui:				Part des activités non rémunérées de soin à autrui	Total	Travail rémunéré	Activités non rémunérées de soin à autrui:				Total	Travail rémunéré	Part des activités non rémunérées de soin à autrui
	Total													
	Tâches ménagères (services domestiques pour usage final propre, au sein du ménage)	Services de soin à autrui à l'intention des membres du ménage	Travail bénévole (services de soin à autrui au sein de la communauté locale ou à l'intention d'autres ménages)	Total										
Canada	194	39	24	257	60,2	437	180	131	18	21	170	255	425	39,8
Chine	203	31	3	237	71,6	500	263	80	11	3	94	360	454	28,4
Corée, Rép. de	146	40	2	188	82,8	333	145	27	10	2	39	246	285	17,2
Danemark	197	35	11	243	56,6	390	147	151	20	15	186	211	397	43,4
El Salvador	136	49	43	228	84,1	420	192	4	11	28	43	346	389	15,9
Équateur	273	–	–	273	77,8	423	150	78	–	–	78	306	384	22,2
Espagne	211	36	16	263	67,6	391	128	93	21	12	126	205	331	32,4
Estonie	217	31	13	261	60,7	422	161	144	11	14	169	197	366	39,3
États-Unis	187	42	35	264	61,1	439	175	122	19	27	168	251	419	38,9
Éthiopie	231	47	13	291	70,0	489	198	87	8	30	125	301	426	30,0
Ex-Rép. yougoslave de Macédoine	201	22	1	224	72,5	359	135	71	8	6	85	207	292	27,5
Finlande	178	27	6	211	60,3	373	162	121	11	7	139	202	341	39,7
France	201	31	2	234	61,3	360	126	130	14	4	148	199	347	38,7
Ghana	155	53	12	220	76,4	448	228	40	11	17	68	288	356	23,6
Grèce	229	28	20	277	72,1	355	78	81	14	12	107	152	259	27,9

Pays	Femmes					Hommes								
	Activités non rémunérées de soin à autrui:				Part des activités non rémunérées de soin à autrui	Travail rémunéré	Total	Activités non rémunérées de soin à autrui:				Travail rémunéré	Total	Part des activités non rémunérées de soin à autrui
	Tâches ménagères (services domestiques pour usage final propre, au sein du ménage)	Services de soin à autrui à l'intention des membres du ménage	Travail bénévole (services de soin à autrui au sein de la communauté locale ou à l'intention d'autres ménages)	Total				Tâches ménagères (services domestiques pour usage final propre, au sein du ménage)	Services de soin à autrui à l'intention des membres du ménage	Travail bénévole (services de soin à autrui au sein de la communauté locale ou à l'intention d'autres ménages)	Total			
Hongrie	240	28	0	268	171	439	67,8	114	12	1	127	261	388	32,2
Inde	297	–	–	297	160	457	90,5	31	–	–	31	360	391	9,5
Iran, Rép. islamique d'	305	–	2	307	40	347	79,9	75	–	2	77	283	360	20,1
Iraq	300	45	–	345	31	376	86,0	52	4	–	56	246	302	14,0
Irlande	185	94	7	286	142	428	68,9	91	29	9	129	280	409	31,1
Italie	286	–	19	305	103	408	73,8	97	–	11	108	223	331	26,2
Japon	222	27	5	254	165	419	76,7	63	8	6	77	330	407	23,3
Kazakhstan	246	–	–	246	134	380	68,9	111	–	–	111	203	314	31,1
Kirghizistan	250	20	5	275	163	438	73,3	82	9	9	100	267	367	26,7
Lettonie	239	24	14	277	234	511	66,0	126	5	12	143	337	480	34,0
Lituanie	267	26	15	308	231	539	65,0	141	8	17	166	313	479	35,0
Madagascar	187	28	7	222	240	462	81,3	36	8	7	51	240	291	18,7
Mali	241	–	–	241	98	339	92,0	21	–	–	21	163	184	8,0
Maroc	300	–	–	300	81	381	87,5	43	–	–	43	325	368	12,5
Maurice	229	44	4	277	119	396	79,1	56	13	4	73	296	369	20,9
Moldova, Rép. de	270	34	26	330	168	498	62,3	169	8	23	200	217	417	37,7

Pays	Femmes					Hommes								
	Activités non rémunérées de soin à autrui:				Travail rémunéré	Total	Part des activités non rémunérées de soin à autrui	Activités non rémunérées de soin à autrui:				Travail rémunéré	Total	Part des activités non rémunérées de soin à autrui
	Tâches ménagères (services domestiques pour usage final propre, au sein du ménage)	Services de soin à autrui à l'intention des membres du ménage	Travail bénévole (services de soin à autrui au sein de la communauté locale ou à l'intention d'autres ménages)	Total				Tâches ménagères (services domestiques pour usage final propre, au sein du ménage)	Services de soin à autrui à l'intention des membres du ménage	Travail bénévole (services de soin à autrui au sein de la communauté locale ou à l'intention d'autres ménages)	Total			
Mongolie	232	54	4	290	241	531	67,6	111	20	8	139	348	487	32,4
Norvège	188	42	–	230	181	411	56,1	149	31	–	180	250	430	43,9
Nouvelle-Zélande	199	48	–	247	143	390	63,7	122	19	–	141	254	395	36,3
Oman	274	–	–	274	58	332	70,4	115	–	–	115	187	302	29,6
Pakistan	231	55	1	287	78	365	91,1	17	9	2	28	322	350	8,9
Panama	201	85	15	301	201	502	70,2	97	23	8	128	359	487	29,8
Pays-Bas	191	42	21	254	146	400	65,6	95	19	19	133	279	412	34,4
Pérou	258	68	13	339	183	522	71,4	101	26	9	136	361	497	28,6
Pologne	243	39	13	295	136	431	65,3	127	15	15	157	234	391	34,7
Portugal	258	23	21	302	178	480	79,7	61	6	10	77	298	375	20,3
Qatar	199	–	–	199	120	319	64,4	110	–	–	110	229	339	35,6
Roumanie	264	–	–	264	100	364	67,9	125	–	–	125	163	288	32,1
Royaume-Uni	180	32	20	232	145	377	63,9	101	15	15	131	233	364	36,1
Serbie	266	25	10	301	129	430	67,0	126	10	12	148	227	375	33,0
Slovénie	251	30	5	286	–	–	63,3	145	11	10	166	–	–	36,7
Suède	203	37	–	240	201	441	55,3	168	26	–	194	245	439	44,7

Pays	Femmes				Hommes				Part des activités non rémunérées de soin à autrui					
	Activités non rémunérées de soin à autrui:			Travail rémunéré	Total	Part des activités non rémunérées de soin à autrui								
	Total													
	Tâches ménagères (services domestiques pour usage final propre, au sein du ménage)	Services de soin à autrui à l'intention des membres du ménage	Travail bénévole (services de soin à autrui au sein de la communauté locale ou à l'intention d'autres ménages)											
Taiwan, Chine	168	–	–	168	221	389	80,4	41	–	–	41	303	344	19,6
Tanzanie, Rép.-Unie de	196	41	1	238	195	433	78,8	52	9	3	64	341	405	21,2
Territoire palestinien occupé	217	59	17	293	36	329	84,2	35	9	11	55	88	143	15,8
Thaïlande	139	31	3	173	233	406	75,5	44	10	2	56	430	486	24,5
Tunisie	288	32	6	326	111	437	85,8	42	8	4	54	299	353	14,2
Turquie	234	41	55	330	76	406	79,1	45	5	37	87	267	354	20,9
Uruguay	222	68	19	309	–	–	69,9	88	35	10	133	–	–	30,1

Note: Tranche d'âge: 15 ans et plus. – signifie pas de données. Voir l'annexe A.7, tableau A.7.2, pour l'année de l'enquête.

Source: Charmes, à paraître.

Tableau A.3.2. Évolution de la durée du travail rémunéré et du travail de soin non rémunéré (minutes par jour), par sexe, 1997 et 2012

Pays	Femmes				Hommes							
	1997		2012		1997		2012					
	Travail de soin non rémunéré	Travail rémunéré	Total	Travail de soin non rémunéré	Travail rémunéré	Total	Travail de soin non rémunéré	Travail rémunéré	Total			
Afrique du Sud	216	116	332	229	129	358	83	190	273	98	214	312
Allemagne	282	114	396	253	138	391	177	212	389	166	216	382
Australie	306	165	471	311	172	483	126	268	394	128	250	378
Belgique	224	128	352	214	132	346	96	167	263	99	157	256
Bénin	206	284	490	221	171	392	65	268	333	42	241	283
Canada	270	156	426	216	144	360	162	270	432	162	222	384
Corée, Rép. de	204	32	236	208	47	255	167	279	446	146	248	394
Espagne	280	101	381	263	126	389	119	243	362	128	205	333
Estonie	302	179	481	261	169	430	167	234	401	161	197	358
États-Unis	268	168	436	251	162	413	173	274	447	173	263	436
Finlande	226	120	346	211	139	350	173	240	413	147	187	334
France	307	127	434	234	148	382	196	347	543	126	199	325
Italie	350	78	428	296	95	391	92	241	333	122	198	320
Japon	219	35	254	254	77	331	162	330	492	165	330	495
Mongolie	288	124	412	290	139	429	243	354	597	238	348	586
Norvège	355	133	488	230	180	410	107	302	409	162	224	386
Nouvelle-Zélande	250	138	388	247	141	388	136	253	389	143	254	397
Royaume-Uni	261	153	414	229	116	345	127	226	353	133	183	316
Suède	254	183	437	240	194	434	163	239	402	181	221	402

Pays	Femmes						Hommes					
	1997			2012			1997			2012		
	Travail de soin non rémunéré	Travail rémunéré	Total	Travail de soin non rémunéré	Travail rémunéré	Total	Travail de soin non rémunéré	Travail rémunéré	Total	Travail de soin non rémunéré	Travail rémunéré	Total
Tanzanie, Rép.-Unie de	212	205	417	238	195	433	72	276	348	64	341	405
Territoire palestinien occupé	300	32	332	276	34	310	52	307	359	44	203	247
Thaïlande	174	49	223	173	56	229	281	372	653	233	430	663
Turquie	371	68	439	330	76	406	88	267	355	87	267	354

Note: Tranche d'âge: 15 ans et plus; 1997 est l'année d'observation moyenne des premières enquêtes, 2012 celle des dernières enquêtes; 23 pays. Voir l'annexe A.7, tableau A.7.2, pour l'année de l'enquête.

Source: Charmes, à paraître.

Tableau A.3.3. Situation au regard de l'emploi des prestataires non rémunérés de soin à autrui et des personnes sans responsabilités familiales, selon le sexe, dernière année disponible

Pays	Femmes						Hommes					
	Prestataires non rémunérés de soin à autrui			Personnes sans responsabilités familiales			Prestataires non rémunérés de soin à autrui			Personnes sans responsabilités familiales		
	Inactivité	Emploi	Chômage	Inactivité	Emploi	Chômage	Inactivité	Emploi	Chômage	Inactivité	Emploi	Chômage
Afghanistan	74,7	22,6	2,6	72,9	21,7	5,5	16,3	77,5	6,2	24,2	67,1	8,7
Afrique du Sud	42,8	39,3	17,9	30,7	55,7	13,7	31,1	51,4	17,5	20,1	66,4	13,5
Allemagne	28,8	66,2	5,0	15,7	79,3	5,0	4,5	93,2	2,4	14,6	79,2	6,2
Angola	19,3	73,8	6,9	17,2	75,5	7,3	13,2	80,5	6,3	18,1	74,3	7,6
Argentine	40,9	52,8	6,3	32,2	60,7	7,1	10,8	82,9	6,3	18,9	72,4	8,7
Autriche	33,2	62,3	4,5	14,8	81,8	3,4	6,9	89,9	3,2	9,0	84,5	6,4
Bangladesh	60,2	36,7	3,1	63,4	33,7	3,0	5,9	91,7	2,3	22,0	73,7	4,4
Belgique	19,8	74,1	6,1	20,1	74,2	5,7	5,6	90,2	4,2	13,4	77,5	9,0
Bolivie, État plurinational de	41,4	56,3	2,3	37,1	59,5	3,4	8,6	89,5	2,0	19,1	77,8	3,1
Botswana	37,9	46,7	15,4	24,6	65,6	9,8	27,1	57,5	15,4	13,6	79,6	6,7
Brésil	36,2	54,6	9,3	29,5	61,6	8,9	10,9	80,7	8,3	14,8	75,6	9,6
Brunéi Darussalam	25,0	70,6	4,4	21,8	75,4	2,8	5,6	90,0	4,4	3,8	93,8	2,3
Bulgarie	30,6	62,1	7,3	24,2	68,3	7,5	15,5	74,1	10,4	19,3	70,5	10,2
Cambodge	31,2	68,0	0,8	31,3	67,9	0,8	15,6	83,1	1,3	24,8	74,1	1,1
Cameroun	17,1	79,6	3,3	23,5	72,4	4,1	9,3	88,2	2,5	10,9	86,2	2,9
Chine	39,1	58,3	2,7	39,7	57,6	2,8	14,9	83,4	1,7	23,9	73,4	2,6
Chypre	16,1	69,4	14,5	15,4	72,5	12,1	3,4	85,7	10,9	8,7	75,0	16,4
Colombie	32,1	59,3	8,6	26,3	65,5	8,2	6,3	87,7	5,9	10,4	82,2	7,3
Congo	56,5	39,3	4,2	43,9	50,0	6,1	73,3	21,5	5,1	35,8	57,5	6,8

Pays	Femmes						Hommes					
	Prestataires non rémunérés de soin à autrui			Personnes sans responsabilités familiales			Prestataires non rémunérés de soin à autrui			Personnes sans responsabilités familiales		
	Inactivité	Emploi	Chômage	Inactivité	Emploi	Chômage	Inactivité	Emploi	Chômage	Inactivité	Emploi	Chômage
Côte d'Ivoire	45,4	52,8	1,8	49,1	47,7	3,3	23,3	75,0	1,8	23,2	75,4	1,4
Croatie	24,9	61,7	13,4	30,6	55,4	14,0	15,2	73,5	11,2	23,7	58,6	17,8
Danemark	14,2	81,5	4,3	20,7	75,3	4,0	3,8	94,9	1,3	20,3	75,3	4,4
Rép. dominicaine	45,3	48,3	6,5	42,9	51,6	5,5	11,8	83,6	4,6	15,9	79,0	5,0
Égypte	73,9	19,5	6,6	68,3	23,0	8,7	15,6	79,1	5,3	24,4	62,9	12,7
Équateur	37,8	58,0	4,2	32,3	62,8	4,9	6,9	89,9	3,2	14,9	80,1	4,9
Espagne	16,8	64,9	18,3	16,4	65,6	18,0	5,0	80,8	14,2	9,1	72,2	18,7
Estonie	24,9	69,3	5,8	9,4	86,0	4,6	4,9	90,8	4,3	12,0	80,2	7,8
États-Unis	29,6	67,0	3,4	21,3	75,6	3,1	8,2	88,4	3,5	14,1	82,1	3,8
Éthiopie	20,2	77,6	2,2	21,3	73,7	4,9	6,6	92,0	1,4	9,6	87,1	3,3
Finlande	25,6	68,9	5,5	16,3	77,0	6,7	6,7	87,3	6,0	17,9	71,9	10,3
France	18,0	76,3	5,8	14,0	80,4	5,5	5,0	89,6	5,4	8,6	83,1	8,3
Gambie	44,9	48,1	7,1	41,9	51,3	6,7	24,7	70,3	5,0	19,3	73,1	7,6
Ghana	19,2	78,9	1,9	22,9	73,4	3,7	15,4	83,2	1,4	15,0	81,5	3,5
Grèce	23,2	54,6	22,2	23,8	54,1	22,2	5,4	82,1	12,6	11,3	67,2	21,5
Guatemala	55,8	42,5	1,6	44,3	52,2	3,5	5,3	92,9	1,8	14,2	82,0	3,8
Hongrie	32,5	61,9	5,6	10,8	85,4	3,8	7,4	87,8	4,8	12,5	82,5	5,0
Inde	69,8	29,1	1,1	67,1	30,9	2,0	7,4	90,2	2,4	17,9	77,6	4,5
Iraq	85,5	12,6	1,9	77,6	16,9	5,5	14,2	78,7	7,1	25,0	66,0	9,1
Irlande	33,1	60,3	6,6	22,7	71,5	5,8	9,5	80,7	9,8	14,0	73,5	12,5
Islande	23,9	72,7	3,4	19,7	77,3	3,0	8,1	89,6	2,3	15,1	80,1	4,8
Italie	38,4	53,3	8,2	28,2	61,6	10,2	5,8	86,9	7,3	14,6	73,9	11,5

Pays	Femmes						Hommes					
	Prestataires non rémunérés de soin à autrui			Personnes sans responsabilités familiales			Prestataires non rémunérés de soin à autrui			Personnes sans responsabilités familiales		
	Inactivité	Emploi	Chômage	Inactivité	Emploi	Chômage	Inactivité	Emploi	Chômage	Inactivité	Emploi	Chômage
Jordanie	85,7	11,9	2,4	76,3	18,5	5,2	24,5	68,9	6,6	27,1	63,1	9,8
Rép. dém. pop. lao	11,4	88,2	0,4	16,1	83,0	0,9	8,4	90,9	0,7	16,2	83,0	0,9
Lettonie	24,4	69,8	5,8	16,6	77,3	6,1	10,1	83,3	6,6	16,4	74,8	8,8
Libéria	39,1	59,5	1,3	47,0	50,3	2,7	33,4	65,0	1,6	37,4	61,0	1,6
Lituanie	19,2	71,5	9,3	10,4	83,2	6,4	9,1	83,7	7,2	11,7	80,2	8,1
Luxembourg	18,1	76,4	5,5	15,9	78,6	5,5	3,6	92,7	3,7	8,5	86,7	4,8
Madagascar	4,8	94,6	0,6	12,2	86,6	1,2	3,1	96,4	0,5	6,7	92,1	1,2
Mali	33,9	61,7	4,4	43,2	47,5	9,3	9,7	84,6	5,6	16,5	75,9	7,6
Malte	42,0	54,9	3,0	33,6	64,0	2,4	3,8	92,4	3,8	8,5	87,0	4,5
Mexique	50,5	47,4	2,1	42,1	55,0	2,9	8,4	88,4	3,2	16,4	79,0	4,6
Myanmar	40,5	59,0	0,5	35,6	63,5	0,9	8,4	91,1	0,5	12,4	86,6	1,0
Namibie	35,9	45,0	19,1	26,1	60,1	13,9	28,5	51,7	19,8	16,1	69,0	14,9
Népal	15,2	83,8	1,0	22,3	75,9	1,8	6,2	92,5	1,3	16,2	80,3	3,5
Nicaragua	46,3	50,4	3,2	37,9	57,9	4,2	8,0	88,4	3,6	12,6	82,9	4,5
Niger	32,5	67,3	0,3	42,4	56,0	1,7	8,7	90,9	0,4	25,5	72,6	1,9
Nigéria	44,6	53,6	1,8	48,6	46,9	4,4	34,8	62,9	2,3	45,7	46,8	7,5
Norvège	14,9	82,3	2,8	20,8	76,8	2,4	5,5	92,4	2,0	13,8	81,5	4,8
Ouganda	26,9	69,7	3,4	26,4	68,8	4,8	17,8	79,8	2,3	18,1	78,9	3,0
Pakistan	74,3	25,2	0,5	77,1	22,0	1,0	9,6	89,1	1,4	19,2	77,7	3,1
Pays-Bas	21,7	74,3	4,0	18,2	76,9	5,0	5,3	93,0	1,7	11,5	83,0	5,5
Pérou	29,5	65,6	4,9	22,9	69,7	7,3	7,7	87,7	4,6	14,2	78,5	7,3

Pays	Femmes						Hommes					
	Prestataires non rémunérés de soin à autrui			Personnes sans responsabilités familiales			Prestataires non rémunérés de soin à autrui			Personnes sans responsabilités familiales		
	Inactivité	Emploi	Chômage	Inactivité	Emploi	Chômage	Inactivité	Emploi	Chômage	Inactivité	Emploi	Chômage
Philippines	47,9	50,1	2,1	38,1	58,4	3,5	14,4	82,9	2,7	22,0	73,9	4,1
Pologne	30,6	65,2	4,2	26,3	69,3	4,4	24,3	73,3	2,4	28,6	66,6	4,7
Portugal	10,8	77,3	11,9	14,5	75,3	10,2	5,3	86,5	8,2	10,4	77,2	12,4
Rép. dém. du Congo	31,0	66,4	2,6	37,4	59,0	3,6	23,0	72,6	4,4	29,1	65,9	4,9
Roumanie	36,4	60,1	3,5	32,2	64,3	3,4	13,1	83,5	3,4	17,7	78,5	3,8
Royaume-Uni	27,0	70,9	2,1	17,0	81,2	1,7	6,6	91,6	1,9	13,1	84,5	2,4
Russie, Féd. de	25,3	72,0	2,7	24,1	72,6	3,4	16,9	79,6	3,6	25,6	69,8	4,6
Serbie	29,5	51,4	19,2	35,5	45,4	19,1	17,3	61,3	21,4	26,3	48,6	25,1
Sierra Leone	35,9	61,4	2,7	39,0	58,0	3,0	35,1	61,6	3,3	40,3	52,6	7,1
Slovaquie	20,8	70,8	8,4	7,0	85,4	7,7	2,9	87,6	9,5	6,9	86,6	6,5
Slovénie	12,1	79,0	8,9	14,5	74,5	10,9	3,7	91,4	4,9	10,1	79,1	10,8
Sri Lanka	59,0	38,6	2,4	51,5	43,7	4,8	8,7	89,2	2,1	17,6	77,2	5,2
Suède	15,1	81,2	3,7	13,7	80,0	6,3	5,0	92,4	2,5	12,9	81,7	5,4
Suisse	38,1	56,3	5,6	19,7	76,5	3,8	14,9	80,9	4,2	15,6	80,3	4,2
Tanzanie, Rép.-Unie de	15,3	82,4	2,3	17,5	78,4	4,0	6,9	91,6	1,5	9,9	87,8	2,2
République tchèque	31,1	63,7	5,2	10,4	85,8	3,8	3,5	93,5	3,0	7,3	88,2	4,5
Thaïlande	29,1	70,5	0,4	21,5	77,8	0,7	9,3	90,1	0,5	12,5	86,8	0,7
Timor-Leste	74,6	22,4	3,0	73,0	24,0	2,9	49,9	44,8	5,4	60,9	31,6	7,4
Togo	19,0	79,6	1,4	24,8	73,0	2,2	15,9	82,4	1,7	19,3	77,3	3,4
Tunisie	76,7	18,7	4,5	69,5	22,5	8,0	19,8	73,6	6,6	29,3	57,7	12,9
Turquie	68,4	28,4	3,2	58,3	35,4	6,3	10,4	82,3	7,3	21,9	68,8	9,2

Pays	Femmes						Hommes					
	Prestataires non rémunérés de soin à autrui			Personnes sans responsabilités familiales			Prestataires non rémunérés de soin à autrui			Personnes sans responsabilités familiales		
	Inactivité	Emploi	Chômage	Inactivité	Emploi	Chômage	Inactivité	Emploi	Chômage	Inactivité	Emploi	Chômage
Uruguay	21,7	72,2	6,1	15,7	79,4	4,9	3,3	93,3	3,3	6,0	89,5	4,5
Venezuela, Rép. bolivarienne du	43,8	53,8	2,4	39,7	57,9	2,4	13,3	83,7	3,0	20,1	76,6	3,4
Viet Nam	13,1	86,0	0,9	16,3	82,2	1,5	5,1	93,8	1,0	12,1	85,8	2,1
Yémen	93,5	4,7	1,8	90,9	7,0	2,0	23,5	67,4	9,1	30,8	59,2	10,0
Zambie	11,6	82,7	5,6	16,4	75,6	8,0	13,1	79,4	7,5	16,1	74,0	9,9
Zimbabwe	17,9	76,6	5,5	22,8	68,8	8,4	6,4	88,8	4,8	8,2	85,9	5,9

Note: Les données sont exprimées en pourcentage de la population en âge de travailler. Tranches d'âge: 25-54 ans pour les pays à revenu élevé, 18-54 ans pour les pays à revenu faible et intermédiaire; 89 pays. Voir l'annexe A.7, tableau A.7.1, pour l'année de l'enquête.

Source: Calculs du BIT à partir de microdonnées d'enquêtes sur la main-d'œuvre et auprès des ménages.

Tableau A.3.4. Femmes prestataires non rémunérées de soin à autrui selon le lieu de résidence et la situation au regard de l'emploi, dernière année disponible

Pays	Femmes					
	Milieu urbain			Milieu rural		
	Inactivité	Emploi	Chômage	Inactivité	Emploi	Chômage
Afghanistan	84,5	12,2	3,4	71,4	26,1	2,4
Afrique du Sud	34,6	47,2	18,2	56,5	26,2	17,3
Allemagne	30,0	65,0	5,0	25,9	68,9	5,1
Angola	28,8	59,7	11,4	6,0	93,3	0,6
Autriche	34,7	60,3	4,9	30,9	65,2	3,9
Bangladesh	62,7	32,2	5,1	59,2	38,5	2,3
Belgique	20,8	72,8	6,4	15,7	79,8	4,5
Bolivie, État plurinational de	44,0	53,3	2,7	34,7	64,1	1,2
Botswana	36,5	48,3	15,2	39,9	44,3	15,7
Brésil	31,8	57,4	10,8	39,2	52,6	8,2
Brunéi Darussalam	24,6	71,3	4,1	26,6	68,2	5,2
Bulgarie	26,5	68,5	5,0	39,6	48,1	12,3
Cambodge	29,0	70,0	1,1	31,9	67,3	0,8
Cameroun	30,9	61,4	7,8	9,0	90,4	0,6
Chine	24,5	71,6	3,8	54,1	44,4	1,5
Chypre	14,4	71,6	13,9	20,5	63,7	15,9
Colombie	27,7	62,8	9,5	47,9	46,7	5,4
Côte d'Ivoire	46,2	50,8	3,0	44,6	54,9	0,5
Croatie	20,3	65,6	14,0	31,4	56,1	12,5
Danemark	13,1	81,8	5,1	16,6	80,9	2,5
Rép. dominicaine	42,6	50,7	6,8	55,6	39,1	5,3
Égypte	75,8	16,5	7,7	72,6	21,5	5,9
Équateur	39,4	55,5	5,1	34,2	63,8	2,0
Espagne	15,7	66,3	17,9	20,0	60,7	19,3
Estonie	24,2	70,7	5,2	26,0	67,3	6,8
États-Unis	29,9	66,8	3,3	28,2	67,9	3,9
Éthiopie	35,3	56,8	7,9	16,5	82,7	0,8
Finlande	26,8	67,0	6,2	22,6	73,6	3,8
France	20,5	73,0	6,4	13,3	82,1	4,6

Pays	Femmes					
	Milieu urbain			Milieu rural		
	Inactivité	Emploi	Chômage	Inactivité	Emploi	Chômage
Gambie	45,9	46,1	8,1	43,9	49,9	6,1
Ghana	23,5	73,8	2,7	14,7	84,2	1,1
Grèce	21,5	55,2	23,3	27,1	53,4	19,4
Guatemala	46,8	51,0	2,3	64,9	34,1	1,0
Hongrie	32,6	61,4	6,0	32,5	62,4	5,1
Inde	78,6	20,2	1,2	66,4	32,5	1,1
Iraq	87,3	10,5	2,2	86,3	13,2	0,5
Irlande	33,8	60,2	6,0	31,5	60,5	8,0
Islande	24,0	72,3	3,7	22,9	75,1	2,0
Italie	38,3	53,1	8,5	38,9	54,4	6,7
Jordanie	86,3	11,5	2,2	83,3	13,6	3,2
Rép. dém. pop. lao	19,7	79,4	0,9	7,9	91,9	0,2
Lettonie	24,8	69,4	5,7	23,5	70,5	6,0
Libéria	44,8	53,1	2,1	33,3	66,2	0,5
Lituanie	11,7	83,8	4,4	25,8	60,6	13,6
Luxembourg	18,0	76,1	5,9	18,2	76,9	4,9
Madagascar	12,0	86,5	1,5	2,6	97,1	0,4
Mali	43,1	50,6	6,3	30,8	65,5	3,7
Mexique	46,1	51,5	2,4	65,2	33,7	1,0
Myanmar	46,2	52,8	1,0	38,1	61,7	0,2
Namibie	28,5	50,8	20,7	45,5	37,5	17,1
Népal	36,5	60,0	3,5	11,7	87,8	0,5
Nicaragua	35,7	60,1	4,2	61,8	36,3	1,8
Niger	57,8	40,8	1,4	27,4	72,6	0,0
Nigéria	42,1	54,7	3,3	46,1	53,0	0,9
Norvège	14,0	83,5	2,5	17,5	78,8	3,7
Ouganda	29,9	60,9	9,2	26,3	71,7	2,1
Pakistan	88,7	10,6	0,7	66,6	33,0	0,4
Philippines	46,5	50,7	2,7	49,2	49,4	1,4
Pologne	29,2	66,7	4,0	32,3	63,4	4,4
Portugal	9,8	78,4	11,8	13,9	74,0	12,1
Rép. dém. du Congo	49,5	45,5	5,0	18,3	80,9	0,9

Pays	Femmes					
	Milieu urbain			Milieu rural		
	Inactivité	Emploi	Chômage	Inactivité	Emploi	Chômage
Roumanie	28,3	67,3	4,4	45,7	51,9	2,4
Royaume-Uni	27,7	70,3	2,0	21,9	75,3	2,8
Russie, Féd. de	20,8	76,6	2,6	34,9	62,2	2,9
Serbie	24,5	57,9	17,6	38,1	40,1	21,8
Sierra Leone	30,0	67,9	2,1	47,0	49,2	3,8
Slovaquie	19,5	72,6	7,9	22,7	68,3	9,0
Sri Lanka	66,6	31,7	1,7	57,5	40,0	2,6
Suède	15,8	80,2	4,0	13,4	83,8	2,8
Suisse	37,2	56,7	6,1	40,9	54,8	4,3
Tanzanie, Rép.-Unie de	23,4	71,7	4,9	10,1	89,2	0,6
Rép. tchèque	33,5	61,2	5,3	27,1	67,9	5,0
Thaïlande	29,1	70,6	0,4	29,1	70,4	0,4
Timor-Leste	68,9	26,6	4,5	77,4	20,3	2,3
Togo	28,0	69,5	2,6	12,6	86,8	0,6
Tunisie	73,9	20,8	5,2	82,2	14,6	3,2
Turquie	73,8	22,3	3,9	56,2	42,2	1,5
Uruguay	21,2	72,6	6,2	31,4	65,9	2,7
Viet Nam	19,5	79,2	1,3	9,9	89,4	0,7
Yémen	91,3	6,0	2,7	94,0	4,4	1,6
Zambie	15,8	75,8	8,4	8,1	88,6	3,3
Zimbabwe	34,5	52,0	13,5	8,4	90,7	1,0

Note: Les données sont exprimées en pourcentage de la population féminine en âge de travailler. Tranches d'âge: 25-54 ans pour les pays à revenu élevé, 18-54 ans pour les pays à revenu faible et intermédiaire; 89 pays. Voir l'annexe A.7, tableau A.7.1, pour l'année de l'enquête.

Source: Calculs du BIT à partir de microdonnées d'enquêtes sur la main-d'œuvre et auprès des ménages.

Tableau A.3.5. Déterminants du taux d'activité, coefficient estimé d'un modèle de régression linéaire, selon le sexe, dernière année disponible

A: Présence d'enfants de moins de 6 ans ou de personnes âgées dans le ménage

	Femmes				Hommes			
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
	Monde	Pays à faible revenu	Pays à revenu élevé	Pays à revenu intermédiaire	Monde	Pays à faible revenu	Pays à revenu élevé	Pays à revenu intermédiaire
Enfants de 0 à 5 ans dans le ménage (comparé à l'absence d'enfants de 0 à 5 ans dans le ménage)	-0,056 (***)	0,004	-0,08 (***)	-0,062 (***)	0,034 (***)	0,031 (***)	0,028 (***)	0,033 (***)
Personnes âgées dans le ménage (comparé à l'absence de personnes âgées dans le ménage)	-0,016 (***)	-0,019 (***)	-0,041 (***)	-0,014 (**)	-0,046 (***)	-0,047 (***)	-0,124 (***)	-0,042 (***)
Niveau d'instruction intermédiaire (comparé à un niveau élémentaire ou inférieur)	0,048 (***)	-0,061 (***)	0,182 (***)	0,042 (***)	-0,049 (***)	-0,063 (***)	0,07 (***)	-0,055 (***)
Niveau d'instruction supérieur (comparé à un niveau élémentaire ou inférieur)	0,176 (***)	-0,012	0,281 (***)	0,173 (***)	-0,021 (***)	-0,064 (***)	0,116 (***)	-0,034 (***)
Milieu rural (comparé au milieu urbain)	-0,002	0,165 (***)	0,005	-0,017 (***)	-0,029 (***)	0,065 (***)	0,000 (***)	-0,04 (***)
Effets fixes de pays	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Contrôle des tranches d'âge	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Constante	0,083 (***)	-0,018 (***)	0,582 (***)	0,635 (***)	0,465 (***)	0,554 (***)	0,803 (***)	0,463 (***)
Nombre d'observations	3 619 398	215 194	434 121	2 970 083	3 404 372	192 101	401 558	2 810 713
R ²	0,182	0,182	0,070	0,165	0,179	0,180	0,034	0,194

B: Composition du ménage

	Femmes			Hommes				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
	Monde	Pays à faible revenu	Pays à revenu élevé	Pays à revenu intermédiaire	Monde	Pays à faible revenu	Pays à revenu élevé	Pays à revenu intermédiaire
Couple seul (comparé avec célibataire)	-0,115	-0,131	-0,02	-0,162	0,037	0,018	0,042	0,031
	(***)	(***)	(***)	(***)	(***)	(***)	(***)	(***)
Famille monoparentale avec parents ou autres (comparé avec célibataire)	-0,083	-0,131	-0,032	-0,107	-0,023	-0,068	-0,019	-0,025
	(***)	(***)	(***)	(***)	(***)	(***)	(***)	(***)
Couple avec parents ou autres (comparé avec célibataire)	-0,147	-0,151	-0,047	-0,183	-0,002	-0,047	0,027	-0,01
	(***)	(***)	(***)	(***)	(***)	(***)	(***)	(***)
Famille monoparentale (comparé avec célibataire)	-0,042	-0,117	-0,017	-0,059	-0,044	-0,094	-0,083	-0,041
	(***)	(***)	(***)	(***)	(***)	(***)	(***)	(***)
Famille nucléaire (comparé avec célibataire)	-0,162	-0,164	-0,101	-0,199	0,004	-0,051	0,049	-0,006
	(***)	(***)	(***)	(***)	(***)	(***)	(***)	(***)
Famille élargie (comparé avec célibataire)	-0,166	-0,167	-0,110	-0,199	0,005	-0,069	0,028	-0,001
	(***)	(***)	(***)	(***)	(***)	(***)	(***)	(***)
Célibataire avec parents ou autres (comparé avec célibataire)	-0,122	-0,144	-0,055	-0,152	-0,022	-0,104	-0,042	-0,026
	(***)	(***)	(***)	(***)	(***)	(***)	(***)	(***)
Niveau d'instruction intermédiaire (comparé à un niveau élémentaire ou inférieur)	0,053	-0,064	0,180	0,046	-0,053	-0,065	0,067	-0,061
	(***)	(***)	(***)	(***)	(***)	(***)	(***)	(***)
Niveau d'instruction supérieur (comparé à un niveau élémentaire ou inférieur)	0,175	-0,018	0,280	0,170	-0,026	-0,068	0,109	-0,04
	(***)	(***)	(***)	(***)	(***)	(***)	(***)	(***)
Milieu rural (comparé au milieu urbain)	-0,005	0,168	0,009	-0,022	-0,032	0,067	-0,002	-0,044
	(***)	(***)	(***)	(***)	(***)	(***)	(*)	(***)

	Femmes				Hommes			
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
	Monde	Pays à faible revenu	Pays à revenu élevé	Pays à revenu intermédiaire	Monde	Pays à faible revenu	Pays à revenu élevé	Pays à revenu intermédiaire
Effets fixes de pays	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Contrôle des tranches d'âge	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Constante	0,205	0,144	0,617	0,774	0,482	0,635	0,790	0,488
	(***)	(***)	(***)	(***)	(***)	(***)	(***)	(***)
Nombre d'observations	3 549 183	214 928	434 116	2 900 139	3 337 103	191 920	401 554	2 743 629
R ²	0,193	0,185	0,073	0,176	0,179	0,182	0,043	0,195

* Statistiquement significatif au seuil de 10 pour cent.

** Statistiquement significatif au seuil de 5 pour cent.

*** Statistiquement significatif au seuil de 1 pour cent.

Note: Tranches d'âge: 25-54 ans pour les pays à revenu élevé, 18-54 ans pour les pays à revenu faible et intermédiaire. Les erreurs type robustes sont spécifiées. Les niveaux d'instruction ont été déterminés en fonction de la Classification internationale type de l'éducation (CITE 11). Inférieur à élémentaire: pas de scolarisation ou éducation de la petite enfance. Élémentaire: niveaux primaire et premier cycle du secondaire. Intermédiaire: second cycle du secondaire et postsecondaire non supérieur. Avancé: supérieur de cycle court, licence, maîtrise, doctorat ou niveaux équivalents.

Source: Calculs du BIT à partir de microdonnées d'enquêtes sur la main-d'œuvre et auprès des ménages.

Tableau A.3.6. Proportion d'inactifs, selon le sexe et la principale raison de l'inactivité, dernière année disponible

Pays	Femmes					Hommes				
	Activités non rémunérées de soin à autrui	Raisons personnelles (études, maladie, handicap)	Autres sources de revenu	Raisons tenant au marché du travail	Autres	Activités non rémunérées de soin à autrui	Raisons personnelles (études, maladie, handicap)	Autres sources de revenu	Raisons tenant au marché du travail	Autres
Afghanistan	73,8	9,8	9,9	4,9	1,6	4,0	46,2	20,9	25,5	3,4
Afrique du Sud	12,3	20,0	0,8	59,5	7,4	0,3	21,9	1,4	66,5	9,9
Allemagne	46,4	53,6	–	–	–	2,7	97,3	–	–	–
Angola	8,4	52,3	1,4	34,7	3,2	0,5	67,6	2,4	26,3	3,1
Argentine	30,4	22,8	42,2	0,3	4,3	4,5	40,0	45,8	0,3	9,4
Autriche	19,7	24,8	52,1	1,3	2,1	1,5	33,3	57,7	2,6	4,8
Bangladesh	66,6	17,0	–	0,5	15,9	6,8	58,8	–	1,1	33,3
Belgique	16,6	37,5	36,0	3,5	6,4	2,2	43,8	42,4	2,5	9,1
Bolivie, État plurinational de	51,6	27,8	13,8	1,4	5,3	0,4	63,5	22,3	3,4	10,3
Botswana	41,7	36,0	21,5	0,9	–	20,3	60,5	16,7	2,4	0,1
Brésil	28,5	24,0	–	44,3	3,2	1,8	32,3	–	60,6	5,4
Brunéi Darussalam	38,9	38,4	0,7	16,7	5,4	2,4	58,6	1,3	30,9	6,9
Bulgarie	18,8	26,3	45,0	6,4	3,4	6,9	35,8	40,6	11,3	5,4
Cambodge	19,4	17,6	–	63,0	–	4,7	18,4	–	76,8	–
Cameroun	29,2	53,9	2,0	–	14,9	–	87,1	5,2	–	7,7
Chine	35,8	20,6	25,2	–	18,4	14,1	33,5	33,4	–	19,0
Chypre	34,3	30,6	30,4	3,7	0,9	4,6	44,1	38,5	2,8	10,1
Colombie	45,0	27,1	4,7	18,4	4,8	2,2	51,6	15,1	23,9	7,2
Congo	13,0	81,7	5,4	–	–	20,7	76,8	2,6	–	–
Corée, Rép. de	11,5	3,1	–	82,1	3,3	0,1	4,5	–	91,6	3,8
Croatie	23,6	29,8	39,2	3,6	3,8	6,7	37,8	48,1	4,0	3,3
Danemark	3,7	38,8	46,2	0,5	10,9	1,0	40,8	46,3	0,6	11,3
Rép. dominicaine	55,8	32,3	0,5	9,1	2,3	3,2	67,1	0,5	23,8	5,4
Égypte	64,8	23,9	7,7	2,8	0,8	–	56,7	24,8	12,1	6,4
Équateur	74,3	8,9	–	10,5	6,4	55,5	16,7	–	16,6	11,2
Espagne	25,1	33,0	19,6	4,4	17,8	2,6	45,8	45,0	2,7	4,0
Estonie	23,6	39,5	32,4	2,5	1,9	2,3	54,9	32,1	4,9	5,8
États-Unis	27,5	29,8	–	16,9	25,8	8,3	34,1	–	27,4	30,2
Éthiopie	37,6	38,2	18,9	2,6	2,7	4,5	71,1	18,7	3,2	2,5

Pays	Femmes					Hommes				
	Activités non rémunérées de soin à autrui	Raisons personnelles (études, maladie, handicap)	Autres sources de revenu	Raisons tenant au marché du travail	Autres	Activités non rémunérées de soin à autrui	Raisons personnelles (études, maladie, handicap)	Autres sources de revenu	Raisons tenant au marché du travail	Autres
Finlande	10,7	30,5	48,3	3,3	7,2	1,7	34,2	48,4	5,6	10,0
France	9,8	33,2	45,0	1,9	10,1	0,5	38,3	53,8	1,6	5,7
Gambie	38,0	27,7	0,1	32,9	1,3	8,5	52,7	0,8	36,3	1,7
Ghana	21,2	52,8	5,5	18,7	1,7	5,2	72,6	7,0	12,4	2,8
Grèce	17,6	24,5	29,3	1,4	27,2	0,9	36,5	57,1	0,9	4,6
Hongrie	16,8	29,2	46,1	2,6	5,3	1,7	44,9	44,1	4,5	4,8
Inde	78,2	15,6	2,0	–	4,1	2,9	73,2	12,4	–	11,4
Iraq	76,8	13,4	8,8	–	0,9	0,4	63,7	28,9	–	7,1
Irlande	39,5	35,0	21,6	1,7	2,3	4,2	56,9	33,1	3,5	2,2
Islande	6,7	64,9	22,2	0,4	5,7	1,0	68,1	26,0	0,4	4,6
Italie	20,9	23,1	19,2	10,4	26,4	1,8	35,0	42,0	10,1	11,2
Jordanie	77,4	20,0	0,6	1,9	0,1	3,7	57,0	29,4	4,3	5,6
Lettonie	15,4	31,8	45,9	3,8	3,0	5,6	46,2	39,0	6,5	2,8
Libéria	74,6	–	24,8	–	0,6	46,1	–	52,2	–	1,6
Lituanie	9,9	38,5	46,3	1,0	4,3	3,3	52,4	34,0	2,1	8,1
Luxembourg	19,2	33,6	28,6	1,2	17,4	1,7	44,0	47,4	1,0	5,9
Madagascar	9,7	–	13,1	45,0	32,2	5,5	–	11,3	52,1	31,1
Mali	66,2	11,1	–	18,6	4,1	–	34,9	–	56,9	8,1
Malte	28,7	18,9	22,1	0,3	30,0	1,4	34,4	61,0	0,2	3,0
Mexique	67,3	17,3	3,9	2,9	8,6	9,4	50,9	23,1	2,2	14,5
Myanmar	68,3	8,3	–	22,1	1,3	11,8	23,6	–	61,1	3,5
Namibie	7,3	–	–	86,6	6,1	1,4	–	–	92,2	6,3
Népal	39,7	53,2	–	–	7,1	4,6	86,3	–	–	9,1
Nicaragua	64,4	23,3	–	10,4	1,9	4,7	64,2	–	25,5	5,6
Niger	65,5	14,7	0,2	16,3	3,4	–	52,3	3,0	35,7	9,0
Nigéria	36,0	44,9	8,1	7,2	3,9	1,2	70,9	7,4	14,5	5,9
Norvège	4,9	51,7	36,8	0,7	5,8	0,5	47,4	43,8	1,2	7,1
Ouganda	33,3	13,2	–	39,8	13,8	6,7	20,9	–	63,0	9,4
Pakistan	80,5	18,5	0,2	0,1	0,7	2,4	82,5	8,5	1,0	5,7
Pays-Bas	9,9	35,7	41,3	2,8	10,3	0,9	39,7	50,0	3,5	5,9
Pérou	55,0	16,3	–	26,0	2,7	6,3	30,3	–	58,6	4,8
Philippines	58,8	36,2	–	3,2	1,9	12,3	70,3	–	13,2	4,2

Pays	Femmes					Hommes				
	Activités non rémunérées de soin à autrui	Raisons personnelles (études, maladie, handicap)	Autres sources de revenu	Raisons tenant au marché du travail	Autres	Activités non rémunérées de soin à autrui	Raisons personnelles (études, maladie, handicap)	Autres sources de revenu	Raisons tenant au marché du travail	Autres
Pologne	23,0	30,1	41,8	3,5	1,7	5,4	49,8	39,5	4,1	1,1
Portugal	13,0	46,7	21,5	15,1	3,7	1,5	53,0	30,0	11,6	3,9
Roumanie	21,3	25,3	26,3	4,8	22,3	0,8	39,8	31,8	7,6	20,0
Royaume-Uni	22,4	29,1	43,1	0,2	5,3	3,7	44,5	46,0	0,3	5,4
Russie, Féd. de	40,7	59,3	—	—	—	1,7	97,1	1,2	—	—
Serbie	52,6	47,4	—	—	—	1,4	98,6	—	—	—
Sierra Leone	17,9	43,4	—	35,1	3,6	2,4	68,5	—	26,2	3,0
Slovaquie	20,1	34,3	44,6	1,0	0,0	3,3	48,2	46,8	1,6	0,1
Slovénie	9,0	31,8	54,5	2,1	2,5	3,6	36,9	54,9	2,8	1,9
Sri Lanka	33,7	18,7	—	33,8	13,8	5,2	23,5	—	49,9	21,5
Suède	4,5	41,3	45,9	1,6	6,7	0,3	42,2	48,8	1,3	7,5
Suisse	21,4	25,0	46,5	1,1	5,9	1,6	37,4	56,2	0,5	4,3
Tanzanie, Rép.-Unie de	40,7	—	—	54,5	4,8	15,1	—	—	79,2	5,7
Thaïlande	42,9	51,7	2,2	0,8	2,5	3,4	83,9	7,6	1,8	3,3
Rép. tchèque	17,7	23,0	57,2	0,9	1,2	0,5	35,4	61,8	1,1	1,2
Timor-Leste	6,2	25,5	—	47,3	21,0	17,1	24,2	—	36,5	22,3
Tunisie	77,8	13,4	1,9	—	6,9	3,8	46,8	24,9	—	24,5
Uruguay	13,2	5,6	—	1,4	79,8	0,7	8,5	—	1,4	89,4
Venezuela, Rép. bolivarienne du	55,6	33,6	2,6	0,9	7,2	2,8	67,1	5,2	2,0	22,9
Viet Nam	14,5	1,7	—	0,4	83,4	5,5	3,3	—	0,7	90,4
Yémen	71,6	19,9	1,8	5,4	1,3	0,8	73,3	3,8	18,2	3,9
Zambie	9,0	82,0	—	5,9	3,1	1,4	91,1	—	5,1	2,5
Zimbabwe	34,6	65,4	—	—	—	4,7	95,3	—	—	—

Note: Tranche d'âge: 15 ans et plus. Parmi les «raisons tenant au marché du travail» figurent: «attend d'être rappelé pour travailler», «pense qu'il n'y a pas d'emploi disponible», «n'a pas les qualifications nécessaires»; dans la catégorie «autres», on trouve «le manque d'infrastructures» (réponse possible dans 4 pays), «l'exclusion sociale» (dans 2 pays), «ne veut pas travailler» (dans 18 pays), et «non classé ailleurs» (dans 73 pays). — signifie pas de données.

Source: Calculs du BIT à partir de microdonnées d'enquêtes sur la main-d'œuvre et auprès des ménages.

Tableau A.3.7. Proportion de prestataires non rémunérés de soin à autrui et de personnes sans responsabilités familiales dans la population active occupée, selon le sexe, dernière année disponible

Pays	Femmes		Hommes	
	Prestataires de soin non rémunérés	Personnes sans responsabilités familiales	Prestataires de soin non rémunérés	Personnes sans responsabilités familiales
Afghanistan	93,2	6,8	93,9	6,1
Afrique du Sud	62,9	37,1	47,6	52,4
Allemagne	32,4	67,6	37,3	62,7
Angola	89,5	10,5	87,2	12,8
Argentine	57,4	42,6	57,9	42,1
Australie	47,3	52,7	46,5	53,5
Autriche	36,6	63,4	41,7	58,3
Bangladesh	76,5	23,5	77,4	22,6
Belgique	47,1	52,9	44,4	55,6
Bolivie, État plurinational de	70,4	29,6	68,3	31,7
Botswana	65,7	34,3	44,6	55,4
Brésil	52,9	47,1	51,8	48,2
Brunéi Darussalam	65,0	35,0	54,3	45,7
Bulgarie	44,5	55,5	43,6	56,4
Cambodge	74,1	25,9	75,5	24,5
Cameroun	85,7	14,3	69,7	30,3
Chine	48,5	51,5	48,6	51,4
Chypre	47,2	52,8	48,9	51,1
Colombie	68,4	31,6	62,6	37,4
Congo	72,3	27,7	40,9	59,1
Côte d'Ivoire	88,3	11,7	72,1	27,9
Croatie	47,5	52,5	47,7	52,3
Danemark	51,1	48,9	47,4	52,6
Rép. dominicaine	65,2	34,8	58,3	41,7
Égypte	66,6	33,4	69,4	30,6
Équateur	73,9	26,1	72,2	27,8
Espagne	45,8	54,2	44,1	55,9
Estonie	46,3	53,7	46,5	53,5
États-Unis	46,8	53,2	44,8	55,2
Éthiopie	84,1	15,9	80,7	19,3

Pays	Femmes		Hommes	
	Prestataires de soin non rémunérés	Personnes sans responsabilités familiales	Prestataires de soin non rémunérés	Personnes sans responsabilités familiales
Finlande	44,2	55,8	45,4	54,6
France	51,2	48,8	48,8	51,2
Gambie	93,7	6,3	84,1	15,9
Ghana	81,9	18,1	70,2	29,8
Grèce	45,5	54,5	48,5	51,5
Guatemala	75,9	24,1	78,1	21,9
Hongrie	36,3	63,7	40,2	59,8
Inde	69,0	31,0	69,3	30,7
Iraq	90,8	9,2	93,8	6,2
Irlande	55,4	44,6	57,2	42,8
Islande	56,2	43,8	51,2	48,8
Italie	40,9	59,1	44,1	55,9
Jordanie	61,0	39,0	66,9	33,1
Rép. dém. pop. lao	81,6	18,4	81,5	18,5
Lettonie	50,3	49,7	48,9	51,1
Libéria	88,3	11,7	81,7	18,3
Lituanie	44,9	55,1	44,1	55,9
Luxembourg	44,2	55,8	42,2	57,8
Madagascar	88,3	11,7	84,9	15,1
Mali	96,9	3,1	95,4	4,6
Malte	47,8	52,2	45,1	54,9
Mexique	65,5	34,5	65,7	34,3
Myanmar	71,7	28,3	74,1	25,9
Namibie	71,2	28,8	51,9	48,1
Népal	86,4	13,6	83,2	16,8
Nicaragua	78,7	21,3	77,3	22,7
Niger	97,5	2,5	95,1	4,9
Nigéria	87,7	12,3	86,9	13,1
Norvège	49,7	50,3	44,3	55,7
Ouganda	90,6	9,4	84,9	15,1
Pakistan	86,0	14,0	84,1	15,9
Pays-Bas	44,8	55,2	42,4	57,6

Pays	Femmes		Hommes	
	Prestataires de soin non rémunérés	Personnes sans responsabilités familiales	Prestataires de soin non rémunérés	Personnes sans responsabilités familiales
Pérou	67,7	32,3	63,8	36,2
Philippines	75,5	24,5	76,6	23,4
Pologne	52,0	48,0	52,8	47,2
Portugal	50,7	49,3	49,9	50,1
Rép. dém. du Congo	88,3	11,7	84,3	15,7
Roumanie	45,7	54,3	44,1	55,9
Royaume-Uni	45,4	54,6	43,2	56,8
Russie, Féd. de	53,4	46,6	52,7	47,3
Serbie	55,3	44,7	53,2	46,8
Sierra Leone	90,8	9,2	88,1	11,9
Slovaquie	43,1	56,9	44,8	55,2
Slovénie	51,0	49,0	46,9	53,1
Sri Lanka	64,6	35,4	68,9	31,1
Suède	47,9	52,1	45,7	54,3
Suisse	34,3	65,7	36,2	63,8
Tanzanie, Rép.-Unie de	85,5	14,5	80,3	19,7
Rép. tchèque	39,2	60,8	42,8	57,2
Thaïlande	50,5	49,5	49,5	50,5
Timor-Leste	82,5	17,5	85,7	14,3
Togo	89,5	10,5	79,5	20,5
Tunisie	51,9	48,1	61,5	38,5
Turquie	58,7	41,3	66,6	33,4
Uruguay	58,6	41,4	53,5	46,5
Venezuela, Rép. bolivarienne du	72,4	27,6	68,7	31,3
Viet Nam	66,8	33,2	64,6	35,4
Yémen	85,8	14,2	90,0	10,0
Zambie	90,2	9,8	84,5	15,5
Zimbabwe	86,4	13,6	78,7	21,3

Note: Tranches d'âge: 25-54 ans pour les pays à revenu élevé, 18-54 ans pour les pays à revenu faible et intermédiaire.

Source: Calculs du BIT à partir de microdonnées d'enquêtes sur la main-d'œuvre et auprès des ménages.

Tableau A.3.8. Situation au regard de l'emploi des femmes et des hommes avec et sans enfants de 0 à 5 ans (pourcentages), dernière année disponible

Pays	Mères (femmes vivant avec des enfants de 0 à 5 ans)			Femmes sans enfants de 0 à 5 ans			Pères (hommes vivant avec des enfants de 0 à 5 ans)			Hommes sans enfants de 0 à 5 ans		
	Inactivité	Emploi	Chômage	Inactivité	Emploi	Chômage	Inactivité	Emploi	Chômage	Inactivité	Emploi	Chômage
Afghanistan	75,2	22,5	2,3	73,0	22,6	4,3	14,4	79,8	5,8	23,6	68,5	7,9
Afrique du Sud	47,1	34,6	18,3	32,9	51,8	15,3	29,6	53,7	16,8	24,5	60,4	15,1
Allemagne	43,0	51,7	5,3	16,0	79,1	5,0	5,1	91,9	3,1	12,4	82,3	5,3
Angola	18,8	74,2	7,0	19,8	73,5	6,8	10,8	84,0	5,2	19,9	71,2	8,9
Argentine	46,0	47,9	6,1	33,3	59,8	6,8	7,9	85,9	6,2	17,2	75,0	7,9
Autriche	48,5	47,0	4,5	16,2	80,1	3,7	8,1	88,5	3,4	8,2	86,2	5,6
Bangladesh	58,6	38,0	3,4	63,0	34,2	2,8	4,2	93,7	2,1	15,0	81,5	3,5
Belgique	18,9	74,2	6,9	20,3	74,1	5,6	5,4	91,1	3,4	11,5	80,5	8,0
Bolivie, État plurinational de	45,4	52,6	2,0	36,1	60,8	3,0	5,0	93,1	1,9	16,9	80,4	2,7
Botswana	39,9	43,5	16,7	28,5	60,4	11,1	25,1	59,3	15,5	18,6	72,2	9,2
Brésil	40,7	49,7	9,7	30,5	60,6	8,9	8,2	83,9	7,9	14,3	76,5	9,3
Brunéi Darussalam	25,3	69,8	4,9	23,1	73,7	3,2	5,0	90,1	4,9	4,7	92,5	2,8
Bulgarie	40,6	53,6	5,8	23,8	68,4	7,8	12,8	74,8	12,4	18,7	71,4	9,8
Cambodge	33,3	65,9	0,8	30,0	69,2	0,8	11,7	87,1	1,1	21,6	77,1	1,3
Cameroun	17,6	79,0	3,3	18,9	77,6	3,6	7,5	90,3	2,2	12,3	84,6	3,1
Chine	46,1	51,1	2,8	37,9	59,4	2,7	13,1	85,4	1,5	21,2	76,4	2,4
Chypre	17,9	66,7	15,3	15,1	72,4	12,6	2,0	87,3	10,7	7,8	77,2	15,0
Colombie	36,0	54,6	9,4	26,9	65,1	7,9	4,4	90,3	5,4	9,5	83,5	7,0
Congo	49,3	46,2	4,5	58,0	37,2	4,8	70,6	23,5	5,9	52,4	42,0	5,6

Pays	Mères (femmes vivant avec des enfants de 0 à 5 ans)			Femmes sans enfants de 0 à 5 ans			Pères (hommes vivant avec des enfants de 0 à 5 ans)			Hommes sans enfants de 0 à 5 ans		
	Inactivité	Emploi	Chômage	Inactivité	Emploi	Chômage	Inactivité	Emploi	Chômage	Inactivité	Emploi	Chômage
Côte d'Ivoire	46,3	52,2	1,4	44,8	51,9	3,3	20,6	77,8	1,5	26,7	71,4	1,9
Croatie	23,9	63,2	12,9	29,0	57,1	13,9	6,6	82,1	11,3	22,9	61,3	15,8
Danemark	18,7	77,9	3,4	17,1	78,5	4,4	5,3	93,9	0,8	15,6	80,6	3,7
Rép. dominicaine	46,8	46,1	7,1	43,2	51,2	5,6	9,2	86,9	3,9	15,4	79,4	5,2
Égypte	74,5	18,4	7,2	70,6	22,1	7,3	9,1	87,4	3,5	24,1	65,5	10,4
Équateur	41,1	54,4	4,5	32,5	63,3	4,2	5,0	92,0	3,0	12,3	83,5	4,2
Espagne	16,9	65,7	17,4	16,5	65,2	18,3	4,2	83,2	12,6	8,2	73,9	17,9
Estonie	40,6	54,3	5,0	9,1	85,7	5,2	4,0	92,7	3,3	10,4	82,3	7,3
États-Unis	34,1	62,5	3,3	22,7	74,1	3,2	7,0	89,6	3,4	12,8	83,5	3,7
Éthiopie	19,7	78,4	1,9	21,2	75,1	3,7	4,5	94,6	1,0	10,5	86,7	2,8
Finlande	39,8	54,8	5,4	14,6	79,0	6,4	7,1	86,8	6,1	15,1	75,7	9,2
France	23,3	71,7	4,9	13,4	80,7	5,9	4,4	90,1	5,5	7,8	84,8	7,4
Gambie	44,9	48,0	7,1	43,7	49,4	6,8	23,8	71,2	5,1	24,2	69,7	6,1
Ghana	17,3	80,8	1,9	22,7	74,6	2,6	10,4	88,9	0,8	19,4	77,4	3,1
Grèce	23,3	54,2	22,5	23,6	54,3	22,1	2,3	86,3	11,4	10,1	70,9	19,0
Guatemala	60,5	37,8	1,6	46,5	51,1	2,4	3,6	95,0	1,4	11,0	86,0	3,0
Hongrie	54,2	41,5	4,3	11,6	83,7	4,7	6,3	90,3	3,4	11,4	83,3	5,3
Inde	73,3	25,5	1,2	66,4	32,1	1,5	5,2	92,6	2,2	14,0	82,4	3,6
Iraq	86,1	12,3	1,6	81,9	14,6	3,6	11,9	80,9	7,2	23,1	69,4	7,6
Irlande	32,6	61,4	6,1	27,1	66,5	6,4	6,9	82,7	10,3	13,7	75,0	11,3
Islande	31,8	65,2	3,0	17,9	78,7	3,4	8,8	88,8	2,4	12,8	83,2	4,0

Pays	Mères (femmes vivant avec des enfants de 0 à 5 ans)			Femmes sans enfants de 0 à 5 ans			Pères (hommes vivant avec des enfants de 0 à 5 ans)			Hommes sans enfants de 0 à 5 ans		
	Inactivité	Emploi	Chômage	Inactivité	Emploi	Chômage	Inactivité	Emploi	Chômage	Inactivité	Emploi	Chômage
Italie	38,9	53,3	7,8	31,3	59,0	9,7	4,0	89,0	7,0	12,6	76,9	10,4
Jordanie	86,2	11,7	2,1	80,8	15,3	3,9	16,1	78,9	5,0	30,8	59,9	9,3
Rép. dém. pop. lao	10,9	88,7	0,4	13,5	85,9	0,6	6,2	93,1	0,7	13,1	86,2	0,7
Lettonie	35,2	57,3	7,4	16,0	78,5	5,5	5,6	89,0	5,4	15,7	75,9	8,5
Libéria	38,6	60,2	1,2	42,7	55,2	2,1	30,0	68,8	1,2	39,5	58,5	2,0
Lituanie	21,5	68,3	10,3	12,7	80,2	7,1	7,4	84,9	7,8	11,4	80,9	7,7
Luxembourg	20,8	73,9	5,3	15,6	78,9	5,5	3,2	92,3	4,5	7,5	88,2	4,3
Madagascar	4,1	95,4	0,5	8,6	90,3	1,1	2,3	97,3	0,5	5,9	93,2	0,9
Mali	33,2	62,7	4,1	40,0	53,0	7,1	8,5	86,3	5,2	17,1	74,8	8,1
Malte	40,1	57,2	2,7	37,4	59,9	2,7	1,5	95,3	3,2	7,7	87,9	4,4
Mexique	54,8	43,1	2,1	43,9	53,6	2,5	5,8	91,2	3,0	14,1	81,8	4,1
Myanmar	44,9	54,7	0,5	35,7	63,7	0,6	6,8	92,8	0,4	11,3	88,0	0,7
Namibie	37,2	42,6	20,2	28,4	56,9	14,6	27,8	52,5	19,7	20,2	63,4	16,4
Népal	16,1	83,2	0,7	16,4	82,1	1,5	5,0	93,8	1,2	11,2	86,6	2,1
Nicaragua	51,3	45,1	3,6	38,1	58,6	3,3	6,8	89,7	3,5	11,1	84,8	4,0
Niger	32,2	67,6	0,2	35,1	64,3	0,7	7,1	92,6	0,3	19,1	79,9	1,0
Nigéria	43,5	54,9	1,7	47,2	50,1	2,7	25,2	73,6	1,2	48,4	46,3	5,3
Norvège	16,5	80,4	3,1	18,5	79,1	2,4	5,5	92,1	2,4	11,7	84,4	4,0
Ouganda	26,5	70,0	3,5	27,8	68,8	3,4	14,9	82,8	2,3	23,6	73,7	2,7
Pakistan	74,8	24,8	0,5	74,6	24,7	0,7	7,1	91,7	1,3	16,5	81,4	2,1
Pays-Bas	21,3	75,5	3,2	19,4	75,7	4,9	4,5	94,1	1,3	10,0	85,4	4,6

Pays	Mères (femmes vivant avec des enfants de 0 à 5 ans)			Femmes sans enfants de 0 à 5 ans			Pères (hommes vivant avec des enfants de 0 à 5 ans)			Hommes sans enfants de 0 à 5 ans		
	Inactivité	Emploi	Chômage	Inactivité	Emploi	Chômage	Inactivité	Emploi	Chômage	Inactivité	Emploi	Chômage
Pérou	34,7	60,4	4,9	23,3	70,6	6,1	5,1	91,4	3,5	12,6	80,7	6,7
Philippines	53,4	44,6	2,0	39,2	58,1	2,7	12,1	85,3	2,7	19,4	77,2	3,4
Pologne	37,4	58,3	4,3	25,4	70,3	4,3	24,1	74,0	1,9	27,2	68,7	4,1
Portugal	10,9	78,1	10,9	13,1	75,8	11,1	3,2	89,1	7,7	9,2	79,7	11,1
Rép. dém. du Congo	30,0	67,8	2,3	35,6	60,9	3,5	18,9	77,0	4,1	33,0	61,9	5,1
Roumanie	44,6	53,8	1,5	32,3	63,9	3,8	12,4	83,2	4,4	16,3	80,2	3,5
Royaume-Uni	32,4	65,6	2,0	18,1	80,1	1,9	5,1	93,5	1,4	12,0	85,5	2,4
Russie, Féd. de	26,0	71,5	2,5	24,3	72,6	3,2	10,8	86,3	3,0	24,8	70,8	4,5
Serbie	32,4	50,8	16,8	32,3	47,9	19,8	13,0	64,3	22,7	24,3	52,2	23,5
Sierra Leone	33,1	64,2	2,7	41,1	56,2	2,7	30,7	66,5	2,7	42,7	51,9	5,4
Slovaquie	40,2	53,2	6,6	6,6	85,0	8,4	1,9	90,0	8,1	5,9	86,4	7,7
Slovénie	13,6	76,4	10,0	13,3	76,8	9,9	2,4	92,4	5,2	8,6	82,4	9,0
Sri Lanka	64,4	33,5	2,2	52,1	44,1	3,8	4,9	93,4	1,7	15,4	80,7	3,9
Suède	17,2	78,4	4,5	13,5	81,3	5,2	6,0	91,5	2,5	10,6	84,8	4,7
Suisse	42,9	52,3	4,8	23,2	72,3	4,5	14,9	80,5	4,7	15,5	80,5	4,0
Tanzanie, Rép.-Unie de	15,1	82,7	2,2	16,6	80,2	3,2	5,4	93,4	1,2	10,4	87,2	2,4
Rép. tchèque	52,6	43,2	4,2	10,2	85,2	4,6	2,0	95,8	2,2	6,7	89,0	4,3
Thaïlande	36,5	63,2	0,3	21,9	77,5	0,6	6,6	92,8	0,6	12,2	87,2	0,6
Timor-Leste	75,6	21,3	3,1	73,1	24,1	2,9	47,1	47,9	5,1	57,2	36,4	6,5

Pays	Mères (femmes vivant avec des enfants de 0 à 5 ans)			Femmes sans enfants de 0 à 5 ans			Pères (hommes vivant avec des enfants de 0 à 5 ans)			Hommes sans enfants de 0 à 5 ans		
	Inactivité	Emploi	Chômage	Inactivité	Emploi	Chômage	Inactivité	Emploi	Chômage	Inactivité	Emploi	Chômage
Togo	18,6	80,1	1,4	21,7	76,5	1,7	12,4	86,5	1,1	22,0	74,8	3,3
Tunisie	79,3	16,9	3,9	71,4	21,7	6,9	12,9	83,4	3,7	28,4	59,9	11,7
Turquie	73,4	24,3	2,4	60,5	34,2	5,3	6,9	86,0	7,1	18,6	72,9	8,5
Uruguay	23,9	69,2	6,9	17,6	77,3	5,1	2,1	94,6	3,2	5,4	90,5	4,1
Venezuela, Rép. bolivarienne du	47,4	50,0	2,6	39,1	58,6	2,2	11,0	85,9	3,1	18,2	78,7	3,1
Viet Nam	14,0	85,1	0,9	14,3	84,5	1,2	3,2	95,8	1,0	9,8	88,5	1,6
Yémen	94,0	4,3	1,7	91,8	6,1	2,2	20,8	69,8	9,4	30,1	60,9	8,9
Zambie	10,4	84,8	4,8	15,7	76,2	8,1	10,4	83,3	6,4	18,9	70,7	10,4
Zimbabwe	17,6	76,9	5,5	20,3	73,0	6,7	5,0	91,0	4,0	9,1	84,6	6,3

Note: Tranches d'âge: 25-54 ans pour les pays à revenu élevé, 18-54 ans pour les pays à revenu faible et intermédiaire.

Source: Calculs du BIT à partir de microdonnées d'enquêtes sur la main-d'œuvre et auprès des ménages.

Tableau A.3.9. Durée hebdomadaire du travail rémunéré, selon le sexe et le nombre d'enfants de moins de 6 ans, dernière année disponible

Pays	Femmes				Hommes			
	Nombre d'enfants de moins de 6 ans				Nombre d'enfants de moins de 6 ans			
	0	1	2	3 ou plus	0	1	2	3 ou plus
Afghanistan	26,6	24,7	24,1	25,3	42,0	42,1	42,5	42,6
Afrique du Sud	41,3	41,0	40,8	40,1	45,4	45,4	45,7	45,6
Allemagne	33,3	25,9	24,4	21,8	43,0	43,6	43,8	44,8
Angola	36,7	37,1	36,2	36,5	38,2	39,5	38,7	37,9
Argentine	32,4	32,1	32,4	32,9	41,7	42,4	43,1	43,5
Autriche	34,5	24,7	26,5	–	42,9	43,1	43,4	39,8
Bangladesh	43,0	41,8	41,9	42,6	47,0	47,6	47,3	47,5
Belgique	34,6	33,7	31,9	36,0	42,0	41,6	41,2	44,6
Bolivie, État plurinational de	43,5	42,9	42,3	39,1	48,6	51,1	51,9	53,8
Botswana	47,0	45,0	44,7	43,1	50,0	49,4	51,0	50,2
Brésil	37,2	36,7	36,4	35,8	41,1	41,2	41,2	40,9
Brunéi Darussalam	47,6	44,5	45,5	43,8	49,3	44,4	43,4	44,6
Bulgarie	40,7	39,7	40,8	–	41,7	41,6	41,1	32,1
Cambodge	46,4	44,8	42,4	42,6	47,1	47,1	46,8	48,5
Cameroun	39,3	39,2	37,9	36,4	46,2	47,1	46,7	45,6
Chine	48,4	48,5	49,9	40,9	49,1	49,6	49,9	47,2
Chypre	37,6	35,8	36,1	38,4	40,3	40,6	41,2	42,2
Colombie	40,0	40,5	40,0	39,5	48,6	48,1	48,3	48,4
Congo	48,0	48,2	50,4	57,2	50,7	45,6	44,2	45,8
Côte d'Ivoire	42,6	41,1	40,5	40,3	48,5	47,8	47,5	50,5
Croatie	39,6	40,1	40,6	40,0	41,4	41,3	41,2	40,0
Danemark	35,2	34,8	35,9	36,8	39,4	40,1	39,6	40,1
Rép. dominicaine	38,9	38,6	39,2	38,0	43,1	43,9	44,8	45,8
Égypte	38,8	36,9	35,2	34,5	45,4	46,5	46,3	45,2
Équateur	34,4	34,2	33,3	33,4	40,9	41,7	42,2	41,9
Espagne	36,3	34,9	34,4	38,0	42,1	42,2	42,4	50,3
Estonie	38,7	36,3	34,8	–	40,8	41,1	40,8	36,9
États-Unis	37,5	37,2	36,9	36,5	41,8	41,8	42,0	42,1
Éthiopie	31,6	29,3	28,6	28,0	40,4	39,8	39,5	40,9

Pays	Femmes				Hommes			
	Nombre d'enfants de moins de 6 ans				Nombre d'enfants de moins de 6 ans			
	0	1	2	3 ou plus	0	1	2	3 ou plus
Finlande	37,2	36,1	35,5	32,0	40,5	39,9	40,6	42,3
France	35,9	35,3	35,2	29,7	41,7	41,8	43,4	40,8
Gambie	42,6	42,6	43,8	41,9	58,1	59,3	54,6	53,7
Ghana	42,9	40,2	38,3	39,3	45,4	45,7	45,5	43,3
Grèce	39,2	38,4	36,8	34,5	44,7	45,3	45,7	41,2
Guatemala	40,0	39,8	39,0	39,1	46,8	47,0	47,4	47,5
Hongrie	39,4	38,7	38,2	37,3	40,9	40,9	40,7	41,0
Irlande	31,4	30,6	30,6	33,5	40,0	39,2	39,1	45,5
Islande	38,5	38,0	36,4	–	46,3	46,5	47,1	42,9
Italie	34,7	33,4	34,2	31,7	41,0	41,1	42,3	39,0
Jordanie	42,3	39,8	39,1	37,8	44,2	43,9	43,7	43,7
Rép. dém. pop. lao	42,9	43,1	43,7	43,4	43,6	43,7	44,2	44,4
Lettonie	38,8	38,6	36,9	–	40,5	40,6	41,0	42,2
Libéria	45,7	46,5	43,4	42,6	46,5	47,8	44,2	43,6
Lituanie	38,3	37,5	37,6	–	40,0	40,0	38,7	–
Luxembourg	35,6	33,3	32,9	33,6	42,8	42,9	43,5	48,6
Madagascar	33,3	31,7	31,5	29,1	37,5	38,7	37,6	36,6
Mali	38,1	37,0	36,7	36,0	49,4	47,2	49,2	47,5
Malte	35,7	33,9	29,1	–	41,9	42,2	43,8	–
Mexique	39,2	38,7	38,5	38,3	46,5	47,0	47,1	47,4
Myanmar	49,6	49,6	48,2	47,4	52,1	52,5	52,5	50,8
Namibie	46,4	44,5	42,9	43,4	48,6	47,8	46,3	45,7
Népal	37,9	36,0	34,7	33,3	46,3	46,5	46,0	44,7
Nicaragua	39,5	37,2	37,8	39,0	45,3	46,6	44,4	47,8
Niger	32,0	29,0	27,5	25,9	44,9	42,5	41,4	42,1
Nigéria	43,7	41,9	41,8	41,1	45,5	45,2	45,2	43,7
Norvège	36,3	35,3	34,7	29,9	40,9	40,4	39,5	37,3
Ouganda	36,5	34,5	32,6	30,4	41,7	38,9	36,8	38,3
Pakistan	36,4	35,1	35,0	34,6	51,5	51,6	51,3	51,3
Pays-Bas	28,9	26,6	25,1	19,9	38,8	38,7	39,7	38,5
Pérou	43,0	42,6	42,3	42,0	47,9	47,6	48,5	49,9
Philippines	43,6	43,5	42,7	42,4	42,2	42,6	42,6	42,9

Pays	Femmes				Hommes			
	Nombre d'enfants de moins de 6 ans				Nombre d'enfants de moins de 6 ans			
	0	1	2	3 ou plus	0	1	2	3 ou plus
Pologne	39,6	38,2	37,9	38,3	43,5	43,5	43,3	43,6
Portugal	39,8	39,6	39,4	—	42,8	44,0	44,1	—
Rép. dém. du Congo	36,1	35,7	35,4	35,3	37,8	37,8	38,5	37,5
Roumanie	40,1	39,0	39,0	—	41,0	41,5	38,4	—
Royaume-Uni	35,3	30,3	28,6	29,8	42,7	42,7	43,4	41,7
Russie, Féd. de	42,3	41,6	42,0	44,0	46,7	47,5	50,1	47,2
Serbie	43,8	43,6	42,5	40,3	46,8	47,8	49,9	46,5
Slovaquie	40,3	39,8	37,0	—	42,6	43,2	43,9	42,3
Slovénie	40,0	38,9	38,2	38,4	42,1	42,2	41,8	40,9
Sri Lanka	39,9	38,1	39,1	39,5	46,3	47,0	47,3	47,9
Suède	37,5	36,6	35,3	35,9	41,3	41,2	41,6	39,9
Suisse	33,9	26,9	24,3	23,5	43,8	43,8	42,6	46,8
Tanzanie, Rép. de	42,3	39,7	37,4	35,6	48,3	48,6	45,8	41,1
Rép. tchèque	40,2	37,4	36,9	40,0	43,7	44,4	43,6	41,1
Thaïlande	44,2	43,6	43,2	42,5	44,7	44,2	43,6	43,4
Timor-Leste	37,6	37,6	39,5	38,0	42,8	42,8	45,1	46,9
Togo	46,9	44,5	42,8	43,0	50,1	50,4	51,7	52,3
Tunisie	43,5	40,1	42,8	61,4	47,9	46,7	48,4	48,4
Turquie	43,2	41,6	38,0	31,8	51,9	53,1	53,5	53,8
Uruguay	35,1	34,9	34,4	33,6	42,5	43,0	43,1	43,2
Venezuela, Rép. bolivarienne du	37,8	37,2	36,9	36,7	42,1	42,5	42,6	42,8
Viet Nam	40,7	40,0	39,4	38,1	42,8	43,1	43,0	42,7
Yémen	34,0	31,9	31,4	32,4	41,8	42,3	43,2	42,6
Zambie	40,4	38,7	34,7	33,6	44,7	45,8	42,6	40,0
Zimbabwe	38,7	35,2	34,2	36,6	44,2	44,9	44,1	39,7

Note : Tranches d'âge: 25-54 ans pour les pays à revenu élevé, 18-54 ans pour les pays à revenu faible et intermédiaire. La durée hebdomadaire du travail rémunéré correspond au nombre d'heures consacrées à l'emploi principal, sauf pour l'Éthiopie, le Pérou et le Zimbabwe où toutes les heures effectuées dans tous les emplois sont comptabilisées. Voir l'annexe A.7, tableau A.7.1, pour l'année de l'enquête. — signifie pas de données.

Source: Calculs du BIT à partir de microdonnées d'enquêtes sur la main-d'œuvre et auprès des ménages.

Tableau A.3.10. Statut d'emploi des prestataires non rémunérés de soin à autrui et des personnes sans responsabilités familiales, selon le sexe, dernière année disponible

Pays	Femmes								Hommes											
	Prestataires non rémunérés de soin à autrui				Personnes sans responsabilités familiales				Prestataires non rémunérés de soin à autrui				Personnes sans responsabilités familiales							
	Salarié	Travailleur indépendant	Travailleur familial collaborant à l'entreprise familiale	Employeur	Autres	Salarié	Travailleur indépendant	Travailleur familial collaborant à l'entreprise familiale	Employeur	Autres	Salarié	Travailleur indépendant	Travailleur familial collaborant à l'entreprise familiale	Employeur	Autres					
Afghanistan	11,0	10,0	74,5	1,9	2,6	33,2	11,1	49,7	3,1	2,9	43,6	37,2	13,8	2,7	2,7	52,5	31,4	10,3	2,1	3,8
Allemagne	94,3	4,2	–	1,5	–	95,8	2,8	0,2	1,2	–	91,3	3,7	–	4,9	–	92,1	5,1	–	2,8	–
Angola	18,6	69,0	9,7	2,6	0,1	23,1	70,0	5,6	1,4	–	43,4	44,1	6,1	6,0	0,4	42,7	45,8	8,5	2,7	0,4
Argentine	80,1	16,8	1,1	2,0	–	84,3	13,1	0,6	2,0	–	76,5	20,0	0,2	3,3	–	76,6	19,8	0,3	3,3	–
Autriche	89,1	8,6	0,8	1,6	–	91,3	5,2	0,7	2,9	–	86,3	8,7	–	5,0	–	86,3	8,6	–	5,1	–
Bangladesh	34,6	11,5	53,8	0,1	0,1	45,3	11,9	42,6	0,1	0,1	42,9	51,5	4,3	1,2	0,1	47,3	44,2	7,6	0,9	0,1
Belgique	94,3	4,7	–	1,0	–	92,0	5,4	1,0	1,6	–	87,6	8,5	–	3,9	–	86,4	8,4	–	5,1	–
Bolivie, État plurinational de	36,9	37,9	23,1	2,1	–	45,9	33,6	17,1	3,4	–	46,6	42,5	4,3	5,7	0,9	49,1	37,3	7,2	5,5	0,9
Botswana	68,5	22,0	7,0	2,3	0,2	83,2	13,5	1,7	1,6	–	71,6	18,4	6,1	3,7	0,1	81,4	12,2	3,5	2,6	0,2
Brésil	75,1	18,5	3,6	2,9	0,0	78,7	16,0	2,6	2,7	0,0	66,0	28,0	0,9	5,1	0,0	68,3	26,1	1,3	4,4	0,0
Brunéi Darussalam	94,7	3,3	0,5	1,5	–	95,0	2,8	–	2,2	–	92,3	4,2	0,2	3,3	–	96,1	1,8	0,2	1,9	–
Bulgarie	93,2	4,0	0,7	2,1	–	94,0	3,7	0,7	1,6	–	85,0	9,2	0,9	4,9	–	89,8	5,4	0,4	4,4	–
Cambodge	41,0	32,5	26,2	0,3	–	44,7	30,0	24,9	0,4	–	53,1	36,6	10,0	0,3	–	59,4	22,6	17,3	0,8	–
Cameroun	10,0	55,6	33,2	1,1	0,1	18,6	57,2	23,3	0,5	0,4	27,5	54,2	13,5	4,6	0,1	39,1	50,3	7,5	2,9	0,2
Chine	83,2	11,5	2,6	2,7	–	85,9	9,7	2,1	2,4	–	82,6	12,4	0,4	4,6	–	85,3	10,3	0,4	4,0	–
Chypre	93,6	5,5	–	0,9	–	90,4	8,1	0,5	1,1	–	90,3	6,9	–	2,8	–	86,0	10,5	–	3,5	–

	Femmes								Hommes											
	Prestataires non rémunérés de soin à autrui				Personnes sans responsabilités familiales				Prestataires non rémunérés de soin à autrui				Personnes sans responsabilités familiales							
	Salarié	Travailleur indépendant	Travailleur familial collaborant à l'entreprise familiale	Employeur	Autres	Salarié	Travailleur indépendant	Travailleur familial collaborant à l'entreprise familiale	Employeur	Autres	Salarié	Travailleur indépendant	Travailleur familial collaborant à l'entreprise familiale	Employeur	Autres					
Pays																				
Colombie	52,8	39,3	5,6	2,2	0,2	58,6	34,4	4,5	2,5	–	51,0	43,1	1,4	4,4	0,1	55,6	38,5	1,6	4,3	0,0
Congo	60,0	29,4	7,0	3,7	–	65,5	22,1	9,2	3,2	–	44,5	34,8	18,5	2,1	–	65,5	22,6	9,9	2,0	–
Côte d'Ivoire	11,4	63,3	22,0	1,1	2,1	26,1	58,7	13,2	–	2,0	30,9	58,1	8,2	2,2	0,6	44,9	44,1	8,5	2,1	0,4
Croatie	93,5	3,7	0,5	2,3	–	94,3	2,8	0,9	2,1	–	87,5	4,9	0,8	6,8	–	91,2	5,1	0,4	3,3	–
Danemark	94,4	3,6	–	2,0	–	95,7	2,7	0,5	1,1	–	86,9	6,3	–	6,8	–	91,6	4,1	–	4,4	–
Rép. dominicaine	72,3	23,5	2,1	2,1	–	73,1	22,5	2,3	2,1	–	47,0	48,2	0,7	4,1	–	48,2	47,7	1,1	3,0	–
Égypte	63,4	9,0	25,5	1,8	0,4	75,1	5,8	16,7	2,2	0,2	70,9	14,1	3,2	11,7	0,1	75,7	10,3	6,9	6,9	0,2
Équateur	46,0	33,4	18,0	1,6	1,0	52,1	29,9	14,9	2,3	0,8	64,9	26,8	4,5	3,4	0,5	61,4	26,5	7,2	4,1	0,8
Espagne	86,6	10,1	0,1	3,2	–	89,6	8,2	–	2,2	–	80,4	12,4	–	7,3	–	79,3	15,5	–	5,2	–
Estonie	92,9	3,8	–	3,3	–	93,6	4,5	0,4	1,5	–	83,3	6,5	0,1	10,1	–	86,2	7,5	0,2	6,2	–
États-Unis	95,0	–	0,1	4,9	–	95,4	–	0,0	4,5	–	93,5	–	–	6,5	–	93,7	–	–	6,3	–
Éthiopie	7,2	31,4	60,8	0,1	0,6	24,6	33,2	41,1	0,2	0,9	11,9	66,8	19,8	0,9	0,7	31,6	46,0	20,4	0,5	1,5
Finlande	90,5	7,5	0,1	1,8	–	91,1	6,6	0,2	2,1	–	82,6	10,7	–	6,8	–	84,3	10,2	0,2	5,3	–
France	93,2	6,6	0,2	–	–	93,2	6,5	0,3	–	–	87,3	12,7	–	–	–	88,8	10,4	–	0,8	–
Gambie	14,4	69,1	11,8	1,4	3,4	33,7	54,5	7,9	–	3,9	29,9	49,6	10,7	1,4	8,3	39,0	51,5	1,9	2,5	5,1
Ghana	15,3	50,7	28,2	5,7	0,2	32,0	46,0	15,3	6,2	0,5	33,4	44,6	14,4	7,3	0,3	55,4	29,2	8,5	6,7	0,2
Grèce	75,9	15,9	4,6	3,6	–	76,8	15,6	3,8	3,8	–	66,8	23,5	1,0	8,7	–	69,5	22,3	1,3	6,8	–

Pays	Femmes								Hommes											
	Prestataires non rémunérés de soin à autrui				Personnes sans responsabilités familiales				Prestataires non rémunérés de soin à autrui				Personnes sans responsabilités familiales							
	Salarié	Travailleur indépendant	Travailleur familial collaborant à l'entreprise familiale	Employeur	Autres	Salarié	Travailleur indépendant	Travailleur familial collaborant à l'entreprise familiale	Employeur	Autres	Salarié	Travailleur indépendant	Travailleur familial collaborant à l'entreprise familiale	Employeur	Autres	Salarié	Travailleur indépendant	Travailleur familial collaborant à l'entreprise familiale	Employeur	Autres
Guatemala	54,8	33,5	9,7	2,1	–	61,6	26,2	10,0	2,2	–	72,7	19,1	5,1	3,1	–	73,6	16,6	6,0	3,7	–
Hongrie	93,7	3,6	–	2,7	–	90,5	6,8	0,4	2,3	–	87,6	5,9	–	6,5	–	90,0	6,5	0,4	3,1	–
Inde	53,2	–	46,3	0,4	–	64,4	–	35,1	0,5	–	79,2	–	18,4	2,4	–	81,2	–	16,5	2,3	–
Iraq	45,8	43,3	1,1	0,4	9,5	76,8	17,1	0,8	–	5,3	69,0	23,2	2,3	3,4	2,1	75,1	15,3	3,2	3,2	3,2
Irlande	94,2	3,9	–	1,9	–	94,3	3,7	0,4	1,5	–	80,3	13,0	0,4	6,3	–	80,9	13,2	0,5	5,4	–
Islande	91,4	6,3	–	2,3	–	91,5	6,0	–	2,5	–	85,4	9,7	–	4,9	–	86,7	6,0	–	7,3	–
Italie	82,8	12,6	1,6	2,9	–	81,7	13,6	1,7	3,0	–	74,5	17,1	1,2	7,2	–	73,8	18,3	2,0	5,9	–
Jordanie	96,4	1,9	–	1,4	0,3	97,3	1,2	–	1,3	0,2	84,2	10,0	–	5,4	0,5	89,7	6,8	0,0	3,1	0,3
Rép. dém. pop. lao	10,3	44,3	45,2	0,2	–	18,8	39,9	40,9	0,4	–	20,5	54,9	23,9	0,7	–	30,8	42,2	25,8	1,2	–
Lettonie	92,1	5,7	–	2,1	–	91,4	5,9	–	2,7	–	87,4	6,7	0,3	5,6	–	86,8	8,2	0,7	4,2	–
Libéria	9,3	70,2	18,1	1,7	0,7	9,7	73,0	14,2	0,7	2,4	28,1	56,3	11,1	2,6	1,9	32,4	55,8	9,0	1,7	1,1
Lituanie	93,2	5,0	1,3	0,5	–	90,1	6,3	2,1	1,5	–	86,1	8,7	1,3	3,8	–	86,8	9,2	1,4	2,6	–
Luxembourg	92,2	3,4	0,9	3,5	–	93,2	4,2	–	2,6	–	93,7	3,1	–	3,2	–	93,1	3,7	–	3,2	–
Madagascar	7,6	30,5	60,6	1,2	0,1	16,3	30,7	50,0	3,1	–	14,1	60,0	21,0	4,9	0,1	22,9	51,5	22,2	3,1	0,3
Mali	4,0	68,8	27,1	0,1	–	22,0	52,4	25,6	–	–	14,6	54,9	29,5	1,0	–	20,6	52,2	27,2	–	–
Malte	96,8	2,5	–	0,6	–	95,0	3,7	0,5	0,7	–	83,4	11,6	–	5,1	–	85,7	9,8	–	4,5	–
Mexique	70,6	21,1	6,5	1,9	–	73,4	18,2	6,2	2,2	–	74,1	18,3	2,5	5,1	–	73,8	17,6	3,6	5,0	–
Myanmar	36,2	25,7	36,6	1,5	–	42,0	24,4	31,8	1,9	–	39,9	42,1	12,6	5,4	0,0	43,8	32,6	19,7	3,9	–

Pays	Femmes								Hommes											
	Prestataires non rémunérés de soin à autrui				Personnes sans responsabilités familiales				Prestataires non rémunérés de soin à autrui				Personnes sans responsabilités familiales							
	Salarié	Travailleur indépendant	Travailleur familial collaborant à l'entreprise familiale	Employeur	Autres	Salarié	Travailleur indépendant	Travailleur familial collaborant à l'entreprise familiale	Employeur	Autres	Salarié	Travailleur indépendant	Travailleur familial collaborant à l'entreprise familiale	Employeur	Autres					
Namibie	66,0	25,1	5,4	2,9	0,6	79,4	14,2	2,6	2,9	0,8	75,8	15,3	3,0	5,2	0,8	81,7	10,3	2,0	5,3	0,6
Népal	8,4	28,4	61,5	0,3	1,4	13,6	27,6	56,8	0,5	1,6	28,6	42,5	19,2	1,7	8,0	36,0	34,4	20,2	3,0	6,4
Ouganda	13,4	66,9	16,4	2,8	0,5	26,9	60,1	10,9	2,1	–	26,1	58,3	10,9	4,0	0,7	44,6	45,6	4,7	5,1	–
Pays-Bas	87,9	9,3	0,3	2,5	–	89,5	7,9	0,4	2,2	–	79,5	12,1	–	8,4	–	84,8	11,8	–	3,3	–
Nicaragua	51,8	36,4	9,0	1,6	1,2	54,7	31,5	9,4	2,9	1,4	61,4	22,8	8,7	6,4	0,8	59,5	21,7	11,0	6,4	1,5
Niger	2,2	54,2	43,6	0,1	–	8,7	55,2	36,1	–	–	8,2	68,8	21,9	1,2	–	27,7	44,2	28,0	–	–
Norvège	95,9	4,1	–	–	–	97,1	2,9	–	–	–	91,7	8,3	–	–	–	91,2	8,8	–	–	–
Pakistan	25,8	21,2	53,0	0,0	–	40,2	17,4	42,4	–	–	45,1	41,4	12,1	1,4	0,0	51,4	31,7	15,5	1,4	–
Pérou	62,3	28,3	6,0	3,2	0,2	70,7	20,7	5,7	2,9	–	66,2	24,1	2,0	7,8	–	68,7	22,6	2,9	5,9	–
Philippines	57,9	26,1	14,3	1,6	–	66,2	19,8	12,0	2,0	–	63,1	27,3	6,3	3,4	–	66,2	21,6	9,0	3,2	–
Pologne	81,4	12,4	4,1	2,1	–	86,4	9,5	2,4	1,8	–	76,6	17,7	0,9	4,7	–	80,6	14,0	1,1	4,3	–
Portugal	89,7	7,4	0,2	2,6	–	89,5	8,1	0,3	2,1	–	87,9	7,6	0,2	4,2	–	87,3	8,6	–	4,1	–
Rép. dém. du Congo	8,3	57,6	32,2	1,1	0,8	10,3	59,8	28,3	1,4	0,2	26,0	63,6	6,6	3,2	0,5	26,3	62,2	8,7	1,9	0,9
Roumanie	74,2	14,2	10,9	0,7	–	82,3	12,5	4,3	1,0	–	70,0	26,9	2,2	1,0	–	74,2	21,7	2,9	1,2	–
Royaume-Uni	90,4	7,8	–	1,8	–	92,1	6,2	–	1,7	–	82,5	12,4	–	5,1	–	83,2	14,2	–	2,6	–
Serbie	88,2	5,7	2,2	3,9	–	90,3	4,0	2,2	3,5	–	79,1	11,5	1,3	8,2	–	84,6	10,1	1,2	4,1	–
Sierra Leone	4,9	83,4	6,7	2,9	2,1	10,4	80,7	4,7	1,7	2,4	17,0	73,0	5,8	2,4	1,9	27,7	64,1	3,9	1,3	2,9

	Femmes								Hommes											
	Prestataires non rémunérés de soin à autrui				Personnes sans responsabilités familiales				Prestataires non rémunérés de soin à autrui				Personnes sans responsabilités familiales							
	Salarié	Travailleur indépendant	Travailleur familial collaborant à l'entreprise familiale	Employeur	Autres	Salarié	Travailleur indépendant	Travailleur familial collaborant à l'entreprise familiale	Employeur	Autres	Salarié	Travailleur indépendant	Travailleur familial collaborant à l'entreprise familiale	Employeur	Autres					
Pays																				
Slovaquie	89,4	8,7	—	1,9	—	88,5	9,7	—	1,8	—	77,6	18,2	—	4,2	—	82,9	14,2	—	2,9	—
Slovénie	93,6	4,7	0,2	1,4	—	93,2	5,3	0,4	1,1	—	86,5	10,0	—	3,5	—	87,4	9,3	0,3	3,0	—
Sri Lanka	54,5	23,8	20,6	1,1	—	62,1	19,4	17,9	0,6	—	60,6	33,0	1,9	4,5	—	62,2	29,6	5,0	3,2	—
Suède	95,3	2,8	—	1,9	—	94,1	3,5	—	2,3	—	85,7	8,1	—	6,2	—	87,3	7,6	—	5,1	—
Suisse	90,2	5,6	0,5	3,7	—	91,2	5,5	0,5	2,8	—	89,3	5,4	—	5,3	—	88,2	7,9	—	3,8	—
Tanzanie, Rép.-Unie de	8,1	37,0	53,3	1,5	—	22,6	40,8	32,7	3,9	—	17,0	60,0	18,7	4,3	—	29,6	50,4	15,7	4,2	—
Rép. tchèque	86,9	10,9	0,6	1,6	—	89,6	8,5	—	1,8	—	77,8	16,8	—	5,4	—	80,4	16,0	—	3,6	—
Thaïlande	47,3	26,1	25,1	1,3	0,1	59,8	20,2	18,4	1,5	0,1	49,2	33,1	13,5	4,0	0,2	60,1	25,7	10,6	3,5	0,1
Timor-Leste	30,5	44,8	21,7	1,5	1,5	32,7	40,5	23,8	3,0	—	52,7	29,7	13,3	3,0	1,4	51,9	28,7	14,7	4,7	—
Tunisie	74,3	9,1	7,7	1,9	7,0	73,3	9,2	5,8	1,8	9,9	70,7	16,7	1,4	7,3	4,0	68,5	15,1	4,8	5,0	6,6
Turquie	50,1	12,6	36,2	1,2	—	65,3	8,4	24,9	1,5	—	69,6	19,5	3,8	7,1	—	71,8	17,0	5,4	5,8	—
Uruguay	75,2	20,8	1,2	2,5	0,3	78,3	17,7	1,2	2,9	—	71,0	23,0	0,2	5,6	0,2	71,4	23,4	0,2	4,7	0,3
Venezuela, Rép. bolivarienne du	63,9	29,7	1,3	1,2	3,7	68,7	24,6	1,1	1,7	3,8	59,2	28,3	0,5	4,0	8,1	58,7	29,2	0,5	3,7	8,0
Viet Nam	34,6	37,6	26,5	1,3	0,1	36,7	38,5	23,5	1,3	0,1	43,4	38,9	14,2	3,4	0,1	47,6	32,3	17,7	2,4	0,1
Yémen	32,6	25,8	39,2	2,3	—	56,1	23,8	17,4	2,8	—	53,8	29,8	9,3	6,8	0,4	63,7	24,8	6,1	5,5	—

Pays	Femmes						Hommes													
	Prestataires non rémunérés de soin à autrui						Personnes sans responsabilités familiales													
	Salarié	Travailleur indépendant	Travailleur familial collaborant à l'entreprise familiale	Employeur	Autres	Salarié	Travailleur indépendant	Travailleur familial collaborant à l'entreprise familiale	Employeur	Autres	Salarié	Travailleur indépendant	Travailleur familial collaborant à l'entreprise familiale	Employeur	Autres					
Zambie	14,9	29,5	55,2	0,3	0,1	31,0	24,2	44,9	—	—	43,2	43,2	12,9	0,6	0,1	58,3	26,7	14,7	0,4	—
Zimbabwe	16,4	82,1	1,2	0,2	0,1	38,8	58,9	1,3	1,1	—	33,7	65,0	0,6	0,6	0,1	58,6	40,1	0,7	0,6	—

Note: Données en pourcentage de la population en âge de travailler. Tranches d'âge: 25-54 ans pour les pays à revenu élevé, 18-54 ans pour les pays à revenu faible et intermédiaire. Voir l'annexe A.7.1, pour l'année de l'enquête. — signifie pas de données.

Source: Calculs du BIT à partir de microdonnées d'enquêtes sur la main-d'œuvre et auprès des ménages.

Tableau A.3.11. Caractère formel ou informel de l'emploi des prestataires non rémunérés de soin à autrui et des personnes sans responsabilités familiales, selon le sexe, dernière année disponible

Pays	Femmes				Hommes			
	Prestataires non rémunérés de soin à autrui		Personnes sans responsabilités familiales		Prestataires non rémunérés de soin à autrui		Personnes sans responsabilités familiales	
	Informel	Formel	Informel	Formel	Informel	Formel	Informel	Formel
Angola	90	10	87	13	74,9	25,1	76,5	23,5
Argentine	48	52	39	61	46,9	53,1	44,5	55,5
Autriche	9	91	5	95	6,4	93,6	7,4	92,6
Bangladesh	94	6	93	7	87,1	12,9	87,8	12,2
Belgique	5	95	6	94	6,1	93,9	7,7	92,3
Bolivie, État plurinational de	85	15	80	20	82,0	18,0	80,5	19,5
Brésil	36	64	29	71	38,4	61,6	35,3	64,7
Brunéi Darussalam	28	72	33	67	18,6	81,4	54,6	45,4
Bulgarie	16	84	12	88	18,0	82,0	15,4	84,6
Cambodge	98	2	98	2	96,7	3,3	97,3	2,7
Cameroun	94	6	92	8	85,0	15,0	83,7	16,3
Chine	56	44	50	50	61,1	38,9	58,1	41,9
Chypre	7	93	10	90	10,1	89,9	15,2	84,8
Colombie	61	39	50	50	59,8	40,2	54,8	45,2
Congo	94	6	94	6	94,4	5,6	96,0	4,0
Côte d'Ivoire	96	4	92	8	90,2	9,8	90,8	9,2
Croatie	11	89	9	91	12,6	87,4	11,4	88,6
Danemark	3	97	3	97	2,6	97,4	2,2	97,8
Rép. dominicaine	92	8	93	7	85,8	14,2	87,9	12,1
Égypte	58	42	51	49	60,7	39,3	68,3	31,7
Équateur	63	37	52	48	56,4	43,6	55,5	44,5
Espagne	11	89	11	89	14,9	85,1	17,5	82,5
Estonie	6	94	3	97	3,6	96,4	3,3	96,7
Finlande	2	98	2	98	3,8	96,2	4,6	95,4
France	8	92	9	91	7,6	92,4	8,6	91,4
Gambie	84	16	72	28	70,6	29,4	50,8	49,2

Pays	Femmes				Hommes			
	Prestataires non rémunérés de soin à autrui		Personnes sans responsabilités familiales		Prestataires non rémunérés de soin à autrui		Personnes sans responsabilités familiales	
	Informel	Formel	Informel	Formel	Informel	Formel	Informel	Formel
Ghana	96	4	88	12	89,1	10,9	83,1	16,9
Grèce	25	75	25	75	29,8	70,2	29,9	70,1
Guatemala	80	20	71	29	78,0	22,0	69,4	30,6
Hongrie	8	92	10	90	11,1	88,9	9,8	90,2
Inde	91	9	85	15	83,7	16,3	78,3	21,7
Iraq	51	49	31	69	68,9	31,1	68,3	31,7
Irlande	5	95	6	94	13,2	86,8	14,0	86,0
Italie	14	86	16	84	19,7	80,3	20,6	79,4
Lettonie	10	90	9	91	13,3	86,7	13,2	86,8
Libéria	92	8	92	8	83,8	16,2	82,7	17,3
Lituanie	11	89	8	92	8,8	91,2	10,7	89,3
Luxembourg	4	96	1	99	0,5	99,5	1,2	98,8
Mali	99	1	94	6	90,3	9,7	93,2	6,8
Malte	4	96	3	97	6,6	93,4	9,7	90,3
Mexique	57	43	50	50	55,2	44,8	50,4	49,6
Myanmar	90	10	86	14	84,1	15,9	84,3	15,7
Namibie	67	33	62	38	65,9	34,1	63,8	36,2
Norvège	5	95	5	95	8,4	91,6	9,3	90,7
Ouganda	95	5	92	8	91,5	8,5	87,2	12,8
Pakistan	93	7	83	17	80,1	19,9	76,4	23,6
Pays-Bas	10	90	8	92	14,2	85,8	10,8	89,2
Pologne	29	71	24	76	31,7	68,3	28,4	71,6
Portugal	10	90	10	90	10,9	89,1	12,6	87,4
Rép. dém. du Congo	99	1	98	2	96,2	3,8	96,3	3,7
Roumanie	29	71	19	81	32,8	67,2	26,2	73,8
Royaume-Uni	11	89	7	93	13,2	86,8	14,2	85,8
Serbie	19	81	19	81	25,8	74,2	24,6	75,4
Slovaquie	12	88	12	88	15,1	84,9	12,9	87,1
Slovénie	4	96	6	94	5,5	94,5	7,8	92,2
Sri Lanka	53	47	53	47	55,3	44,7	57,0	43,0

Pays	Femmes				Hommes			
	Prestataires non rémunérés de soin à autrui		Personnes sans responsabilités familiales		Prestataires non rémunérés de soin à autrui		Personnes sans responsabilités familiales	
	Informel	Formel	Informel	Formel	Informel	Formel	Informel	Formel
Suède	5	95	6	94	10,9	89,1	10,9	89,1
Suisse	4	96	3	97	1,5	98,5	3,0	97,0
Tanzanie, Rép.-Unie de	96	4	91	9	92,9	7,1	91,5	8,5
Rép. tchèque	7	93	5	95	8,3	91,7	8,6	91,4
Timor-Leste	75	25	68	32	67,5	32,5	66,6	33,4
Tunisie	51	49	57	43	43,1	56,9	60,9	39,1
Turquie	62	38	45	55	31,3	68,7	31,0	69,0
Uruguay	23	77	16	84	20,7	79,3	20,4	79,6
Viet Nam	79	21	78	22	81,9	18,1	80,6	19,4
Yémen	82	18	68	32	75,4	24,6	75,8	24,2

Note: Données en pourcentage de la population en âge de travailler. Tranches d'âge: 25-54 ans pour les pays à revenu élevé, 18-54 ans pour les pays à revenu faible et intermédiaire. Voir l'annexe A.7, tableau A.7.1, pour l'année de l'enquête. – signifie pas de données.

Source: Calculs du BIT à partir de microdonnées d'enquêtes sur la main-d'œuvre et auprès des ménages.

Tableau A.3.12. Cotisation à la sécurité sociale des salariés prestataires non rémunérés de soin à autrui et des salariés sans responsabilités familiales, selon le sexe, dernière année disponible

Pays	Femmes				Hommes			
	Prestataires non rémunérés de soin à autrui		Personnes sans responsabilités familiales		Prestataires non rémunérés de soin à autrui		Personnes sans responsabilités familiales	
	Cotisants	Non cotisants	Cotisants	Non cotisants	Cotisants	Non cotisants	Cotisants	Non cotisants
Argentine	61,5	38,5	69,4	30,6	66,8	33,2	68,9	31,1
Autriche	94,5	5,5	98,0	2,0	97,8	2,2	97,3	2,7
Bangladesh	16,5	83,5	15,6	84,4	15,2	84,8	15,3	84,7
Belgique	97,3	2,7	97,7	2,3	98,7	1,3	97,6	2,4
Bolivie, État plurinational de	41,8	58,2	45,9	54,1	38,5	61,5	41,6	58,4
Botswana	48,3	51,7	52,2	47,8	51,8	48,2	52,7	47,3
Brésil	77,4	22,6	82,1	17,9	79,1	20,9	81,5	18,6
Brunéi Darussalam	74,8	25,2	68,3	31,7	84,7	15,3	46,8	53,2
Bulgarie	87,9	12,1	92,7	7,3	90,7	9,3	91,4	8,6
Cambodge	8,5	91,5	9,2	90,8	15,4	84,6	13,6	86,4
Cameroun	35,9	64,1	27,3	72,7	39,5	60,5	30,9	69,1
Chine	47,0	53,0	52,1	47,9	41,2	58,8	44,2	55,8
Chypre	97,0	3,0	97,6	2,4	98,2	1,8	96,0	4,0
Colombie	61,5	38,5	71,4	28,6	66,7	33,3	68,3	31,7
Côte d'Ivoire	18,9	81,1	22,8	77,2	25,7	74,3	18,7	81,3
Croatie	94,0	6,0	96,3	3,7	97,4	2,6	95,9	4,1
Danemark	98,6	1,4	98,1	1,9	98,3	1,7	98,9	1,1
Rép. dominicaine	79,5	20,5	79,0	21,0	77,2	22,8	75,3	24,7
Égypte	65,1	34,9	64,7	35,3	48,2	51,8	38,2	61,8
Équateur	63,2	36,8	73,4	26,6	53,1	46,9	54,7	45,3
Espagne	97,1	2,9	96,6	3,4	97,4	2,6	96,2	3,8
Estonie	95,5	4,5	99,2	0,8	99,6	0,4	99,8	0,2
Finlande	99,8	0,2	99,7	0,3	99,8	0,2	99,5	0,5
Gambie	32,4	67,6	51,5	48,5	47,1	52,9	54,3	45,7
Ghana	24,0	76,0	34,2	65,8	31,1	68,9	29,2	70,8
Grèce	94,4	5,6	94,9	5,1	97,3	2,7	95,4	4,6

Pays	Femmes				Hommes			
	Prestataires non rémunérés de soin à autrui		Personnes sans responsabilités familiales		Prestataires non rémunérés de soin à autrui		Personnes sans responsabilités familiales	
	Cotisants	Non cotisants	Cotisants	Non cotisants	Cotisants	Non cotisants	Cotisants	Non cotisants
Guatemala	36,1	63,9	46,6	53,4	29,6	70,4	41,0	59,0
Hongrie	96,2	3,8	97,9	2,1	98,4	1,6	98,2	1,8
Inde	22,8	77,2	28,3	71,7	20,6	79,4	24,9	75,1
Iraq	84,2	15,8	84,4	15,6	42,6	57,4	41,2	58,8
Irlande	97,8	2,2	98,5	1,5	97,0	3,0	98,4	1,6
Italie	96,6	3,4	95,7	4,3	96,9	3,1	96,0	4,0
Rép. dém. pop. lao	35,2	64,8	30,3	69,7	33,3	66,7	35,0	65,0
Lettonie	92,7	7,3	93,8	6,2	90,4	9,6	89,5	10,5
Libéria	35,8	64,2	37,2	62,8	42,2	57,8	35,0	65,0
Lituanie	91,4	8,6	98,6	1,4	97,6	2,4	97,4	2,6
Luxembourg	97,1	2,9	99,6	0,4	99,7	0,3	98,8	1,2
Mali	6,6	93,4	17,7	82,3	9,5	90,5	7,4	92,6
Malte	97,1	2,9	98,9	1,1	99,2	0,8	98,4	1,6
Mexique	47,8	52,2	52,8	47,2	44,8	55,2	50,0	50,0
Myanmar	14,5	85,5	20,3	79,7	7,6	92,4	12,6	87,4
Népal	1,5	98,5	2,6	97,4	1,8	98,2	2,9	97,1
Nicaragua	52,4	47,6	60,8	39,2	36,0	64,0	37,3	62,7
Niger	33,0	67,0	38,5	61,5	26,2	73,8	17,0	83,0
Nigéria	38,1	61,9	33,5	66,5	44,1	55,9	15,4	84,6
Norvège	97,6	2,4	97,1	2,9	97,2	2,8	94,8	5,2
Ouganda	12,8	87,2	13,6	86,4	14,2	85,8	16,8	83,2
Pays-Bas	96,9	3,1	98,6	1,4	97,5	2,5	98,0	2,0
Pologne	85,8	14,2	85,9	14,1	83,5	16,5	84,2	15,8
Portugal	97,4	2,6	98,3	1,7	97,7	2,3	96,6	3,4
Royaume-Uni	82,7	17,3	93,4	6,6	96,8	3,2	96,7	3,3
Serbie	89,4	10,6	89,4	10,6	90,9	9,1	87,6	12,4
Sierra Leone	66,3	33,7	67,7	32,3	46,7	53,3	40,3	59,7
Slovaquie	95,9	4,1	97,0	3,0	97,9	2,1	97,5	2,5
Slovénie	98,1	1,9	97,9	2,1	98,9	1,1	97,6	2,4
Sri Lanka	69,2	30,8	64,9	35,1	54,4	45,6	52,9	47,1

Pays	Femmes				Hommes			
	Prestataires non rémunérés de soin à autrui		Personnes sans responsabilités familiales		Prestataires non rémunérés de soin à autrui		Personnes sans responsabilités familiales	
	Cotisants	Non cotisants	Cotisants	Non cotisants	Cotisants	Non cotisants	Cotisants	Non cotisants
Suède	96,1	3,9	97,8	2,2	97,0	3,0	95,2	4,8
Suisse	99,1	0,9	99,4	0,6	99,8	0,2	99,7	0,3
Tanzanie, Rép.-Unie de	39,2	60,8	39,7	60,3	36,8	63,2	33,5	66,5
Rép. tchèque	95,4	4,6	99,5	0,5	99,2	0,8	99,6	0,4
Tunisie	61,8	38,2	54,2	45,8	63,6	36,4	48,1	51,9
Turquie	72,4	27,6	79,9	20,1	77,3	22,7	78,9	21,1
Uruguay	88,9	11,1	93,3	6,7	91,4	8,6	92,3	7,7
Viet Nam	63,9	36,1	63,9	36,1	42,5	57,5	43,9	56,1
Yémen	52,2	47,8	56,7	43,3	37,5	62,5	29,6	70,4
Zambie	66,8	33,2	69,1	30,9	69,8	30,2	66,3	33,7
Zimbabwe	39,3	60,7	50,9	49,1	50,1	49,9	50,8	49,2

Note: Données en pourcentage de la population en âge de travailler. Tranches d'âge: 25-54 ans pour les pays à revenu élevé, 18-54 ans pour les pays à revenu faible et intermédiaire. Voir l'annexe A.7, tableau A.7.1, pour l'année de l'enquête.

Source: Calculs du BIT à partir de microdonnées d'enquêtes sur la main-d'œuvre et auprès des ménages.

A.4. LES TRAVAILLEURS ET LES EMPLOIS DANS LES ACTIVITÉS DE SOIN À AUTRUI: MÉTHODOLOGIE ET DONNÉES

A.4.1. Rendre opérationnelles les définitions des travailleurs et de la main-d'œuvre du soin à autrui

Afin d'exploiter au mieux les données des enquêtes auprès des ménages et sur la main-d'œuvre, nous avons choisi de rendre opérationnelle l'identification des travailleurs du soin à autrui en utilisant à la fois la Classification internationale type des professions (CITP-08 ou versions antérieures)⁴ et la Classification internationale type, par industrie, de toutes les branches d'activité économique (CITI, Rév. 4, ou versions antérieures)⁵, au niveau des catégories à deux chiffres⁶. Cela suppose un certain degré d'agrégation, en partie résolu par la combinaison des deux classifications. Le respect de l'anonymat ne permet pas de disposer de données au niveau des catégories à trois et quatre chiffres, ce qui aurait entraîné l'utilisation d'un plus petit échantillon de données nationales et des estimations moins fiables.

Dans la CITP-08, on dénombre les *professions du soin à autrui* suivantes: 22. Spécialistes de la santé; 23. Spécialistes de l'enseignement; 32. Professions intermédiaires de la santé; 53. Personnel soignant. D'autres professions des activités de soin à autrui se retrouvent dans les catégories 13. Directeurs et cadres de direction, production et services spécialisés; 26. Spécialistes de la justice, des sciences sociales et de la culture; 34. Professions intermédiaires des services juridiques, des services sociaux et assimilés; 51. Personnel des services directs aux particuliers; 91. Aides de ménage. Ces professions sont indirectement identifiées par la combinaison des codes de la CITP et de la CITI de la façon expliquée ci-après.

Dans la CITI, on relève quatre branches des activités de soin à autrui: 85. Éducation; 86. Activités relatives à la santé; 87. Activités de soins de santé dispensés en établissement; 88. Activités d'action sociale sans hébergement. Dans plusieurs cas (notamment dans les bases de données européennes), la santé et le travail social sont agrégés dans une catégorie à un chiffre.

Les travailleurs domestiques (employés par des ménages) sont identifiés par leur classification dans la catégorie 97 de la CITI: Activités des ménages privés employant du personnel domestique.

La combinaison des professions du soin à autrui, des branches d'activité du soin à autrui et des ménages en tant qu'employeurs rend possible l'identification de la main-d'œuvre du soin à autrui et sa répartition en quatre catégories:

1. Personnel du soin à autrui employé dans les branches d'activité du soin à autrui;
2. Travailleurs domestiques (employés par des ménages);
3. Personnel du soin à autrui employé dans des activités autres que celles du soin à autrui;
4. Personnel de soutien (employé dans des activités de soin à autrui mais n'effectuant pas un travail de soin à autrui).

Les catégories 1 et 4 peuvent être désagrégées. En effet, l'emploi dans une des branches des activités de soin à autrui sectoriel correspond à l'addition de personnel appartenant aux catégories 1 et 4. Les quatre catégories sont ainsi définies comme suit:

1. Personnel du soin à autrui employé dans les branches d'activité du soin à autrui

- Travailleurs classés dans les catégories de la CITP 85, 86, 87, 88 *aussi inclus* dans les catégories CITP 22, 23, 32, 53 (noyau central des professions du soin à autrui)
- Travailleurs classés dans les catégories de la CITP 85, 86, 87, 88 *aussi inclus* dans la catégorie CITP 13
- Travailleurs classés dans les catégories de la CITP 85, 86, 87, 88 *aussi inclus* dans les catégories CITP 26 et 34

2. Travailleurs domestiques (employés par des ménages)

- Tous les travailleurs classés dans la catégorie de la CITI 97

3. Personnel du soin à autrui employé dans des activités autres que celles du soin à autrui

- Tous les autres travailleurs classés dans la catégorie de la CITP 22, à l'exception de ceux qui sont classés dans la catégorie de la CITI 75. Activités de services vétérinaires
- Tous les autres travailleurs classés dans la catégorie de la CITP 23
- Tous les autres travailleurs classés dans la catégorie de la CITP 32, à l'exception de ceux qui sont classés dans la catégorie de la CITI 75. Activités de services vétérinaires
- Tous les autres travailleurs classés dans la catégorie de la CITP 53

4. Personnel de soutien (employé dans des activités de soin à autrui mais n'effectuant pas un travail de soin à autrui)

- Travailleurs classés dans les catégories de la CITP 85, 86, 87, 88 n'appartenant pas aux catégories de la CITP 22, 23, 32, 53, 26, 34 et 13

A.4.2. Estimation de la main-d'œuvre mondiale des activités de soin à autrui

L'estimation de la main-d'œuvre mondiale des activités de soin à autrui est fondée sur les estimations nationales du nombre de travailleurs du soin figurant dans les groupes 1, 2, 3 et 4, représentant 89 pour cent de la population active occupée dans le monde. Pour 93 pays, l'estimation était calculée à partir des microdonnées d'enquêtes sur la main-d'œuvre et auprès des ménages (voir l'annexe A.7 pour plus de précisions sur les enquêtes). Les estimations officielles figurant dans des tableaux publiés ont été utilisées pour 6 pays: Arabie saoudite, Émirats arabes unis, Éthiopie, Japon, Qatar et Rwanda. Les enquêtes sont postérieures à 2012 pour 97 pour cent d'entre elles, et 50 enquêtes sont de 2016.

Les estimations mondiales et régionales du nombre de travailleurs des activités de soin, qui sont présentées au chapitre 4, portent sur l'année 2018. La méthode suivie est celle du recensement avec non-réponse. Selon la méthode du recensement, l'objectif est d'obtenir des données pour tous les pays et de mettre au point un traitement explicite pour

l'ensemble des cas de non-réponse. L'objectif était de collecter des microdonnées sur 189 pays et territoires regroupés en cinq régions. Pour faciliter les comparaisons avec les tendances régionales de l'emploi, les regroupements régionaux sont compatibles avec ceux des Modèles économétriques des tendances du BIT⁷.

Afin d'obtenir les estimations pour l'année 2018, la première étape a été d'estimer le nombre de travailleurs du soin des groupes $g = [1, 2, 3, 4]$ de chaque pays à partir des sources de données les plus récentes. Partant de l'hypothèse que l'évolution de l'emploi dans les activités de soin est proportionnelle à celle de l'emploi total, on calcule la part des travailleurs du soin dans l'emploi total du groupe g , d_{gj} , comme le rapport entre D_{gjt} , nombre de travailleurs du soin du groupe g , dans le pays j , l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données, t , et E_{jt} qui est l'emploi total pour le même pays et les mêmes années estimé à partir des microdonnées ou d'une source nationale officielle:

$$d_{gj} = \frac{D_{gjt}}{E_{jt}} \quad 1$$

Le rapport obtenu par l'équation 1 est ensuite utilisé pour estimer le nombre de travailleurs du soin du groupe g , $\hat{D}_{gj}$, dans un pays j pour l'année 2018, comme le produit entre $\hat{d}_{gj}$, qui est la proportion de travailleurs du soin dans le groupe g du pays j dans l'emploi total, et E_j qui est l'emploi total pour l'année 2018 figurant dans les Modèles économétriques des tendances du BIT⁸.

$$\hat{D}_{gj} = \hat{d}_{gj} \cdot E_j \quad 2$$

La valeur obtenue par l'équation 2 est une estimation non biaisée du nombre de travailleurs du soin dans le groupe g du pays j , sous réserve qu'il n'y ait pas eu de changement systématique de la proportion de travailleurs du soin du groupe g dans l'emploi total entre l'année t de collecte des données et 2018.

Le rapport ψ_{gj} entre le nombre de travailleuses du soin dans le groupe g , Df_{gjt} , dans le pays j , au temps (l'année) t , et le total de travailleurs du soin dans le même groupe, D_{gjt} , permet de ventiler par sexe le nombre total de travailleurs du soin dans chaque groupe. Il s'agira d'estimations non biaisées si la proportion de femmes dans le personnel du soin ψ_{gj} est restée constante depuis la collecte des données:

$$\psi_{gj} = \frac{Df_{gjt}}{D_{gjt}} \quad 3$$

Le résultat de l'équation 3 est ensuite utilisé pour estimer le nombre de travailleuses du soin dans chaque groupe pour l'année 2018:

$$\hat{D}f_{gj} = \hat{D}_{gj} \cdot \hat{\psi}_{gj} \quad 4$$

Une estimation du nombre d'hommes travailleurs du soin dans chaque groupe pour l'année 2018 est ensuite obtenue par la différence entre le nombre total de travailleurs du soin et le nombre de travailleuses du soin.

Pour les ajustements dans les situations de non-réponse (lorsqu'aucune donnée sur l'emploi des travailleurs du soin n'est disponible pour un pays donné), on a utilisé une méthode consistant à considérer que les non-réponses relèvent d'un problème d'échantillonnage. Du fait que les pays pour lesquels on n'a pas de réponse peuvent avoir un nombre de travailleurs du soin différent de celui des pays qui ont répondu, les non-réponses peuvent biaiser les estimations finales. La méthode classique pour réduire les effets adverses des non-réponses est de calculer la propension à répondre des différents pays, puis de pondérer par l'inverse de cette propension les données des pays qui ont répondu. Cela implique de ne pas imputer de données pour les pays qui n'ont pas répondu.

Dans ce cadre, la probabilité que des données soient collectées pour un pays j est ϕ_j . On suppose que les probabilités que les données nationales soient collectées sont indépendantes les unes des autres (échantillonnage de Poisson). Au moyen de la probabilité de réponse ϕ_j , il est possible d'estimer la valeur totale Y de toutes les variable y_j :

$$Y = \sum_{j \in U} y_j \quad 5$$

au moyen de l'estimateur

$$\hat{Y} = \sum_{j \in R} \frac{y_j}{\phi_j} \quad 6$$

où U est la population et R l'ensemble des pays ayant fourni des réponses. L'estimateur est non biaisé si les hypothèses sont vérifiées. Dans notre cas, U est l'univers de tous les pays et territoires dont la liste figure à l'annexe A.6, et R l'ensemble des pays pour lesquels on a pu obtenir des données sur l'emploi des travailleurs du soin à autrui. La difficulté, toutefois, est que la propension à répondre, ϕ_j , d'un pays j , n'est en général pas connue et doit être estimée. On trouve dans la littérature de nombreuses méthodes pour le faire⁹. Ici, la propension a été estimée en mettant en rapport le fait que le pays ait répondu ou non avec sa population active occupée et son PIB rapporté à cette population.

La propension à répondre d'un pays ϕ_j a été estimée au moyen de la régression logistique suivante:

$$\text{prob}(\text{réponse}) = \Lambda(\alpha_r + \beta_1 \ln(Epop_{j2018}) + \beta_2 \ln(gdppc_{j2018})) \quad 7$$

où: α_r est une variable indicatrice pour la région (selon la classification régionale établie par l'OIT): Afrique, Amériques, Asie et Pacifique, États arabes, Europe et Asie centrale); $\ln(Epop_{j2018})$ est le logarithme naturel du total de la population active occupée dans le pays j en 2018; $\ln(gdppc_{j2018})$ est le logarithme naturel du PIB rapporté à la population active occupée, à parité de pouvoir d'achat de 2011, dans le pays j en 2016. L'univers de la régression logistique est de 189 pays, et le pseudo R^2 est égal à 0,213. Le pouvoir explicatif relativement faible de la régression peut paraître décevant au premier abord.

Toutefois, c'est un résultat bienvenu, car il démontre seulement un faible biais systématique de réponse (au moins en ce qui concerne les différences de PIB par actif occupé, de région et de population active occupée). Autrement dit, la division des pays entre ceux pour lesquels on a des réponses et ceux pour lesquels on n'en a pas est légèrement biaisée en faveur des pays qui ont un grand nombre d'actifs occupés ou un PIB par actif occupé supérieur, ce qui devrait améliorer la fiabilité des estimations régionales et mondiales.

Les paramètres estimés sont ensuite utilisés pour calculer la propension à répondre du pays j , ϕ_j . La pondération utilisée pour le pays j peut être calculée comme l'inverse de cette propension:

$$\varphi_j = \frac{1}{\phi_j} \quad 8$$

Afin de garantir la cohérence des estimations avec les agrégats connus (groupes régionaux selon la classification établie par l'OIT), les coefficients de pondération doivent être calibrés. Cela garantit que les différentes régions sont représentées de façon appropriée dans l'estimation mondiale finale, c'est-à-dire proportionnellement à leur part de l'emploi mondial¹⁰. L'emploi total en 2018 a donc été utilisé pour ce calibrage. Dans ce cas simple, les facteurs de calibrage Υ_j sont donnés par:

$$\Upsilon_j = \frac{E_r}{\hat{E}_r}, j \in r \quad 9$$

où r est la région à laquelle appartient le pays j ; E_r est l'emploi total de tous les pays de la région r ; et $\hat{E}_r$ est l'emploi total obtenu pour la région r en multipliant le chiffre de l'emploi des pays qui ont répondu par le coefficient de pondération non calibrée donné par l'équation 8.

Les facteurs de calibrage pour l'année 2018 étaient les suivants: 0,98 (Afrique), 0,91 (Amériques), 0,93 (États arabes), 0,93 (Asie et Pacifique), 1,08 (Europe et Asie centrale). Du fait qu'elles sont toutes très proches de 1, ces valeurs montrent que les estimations $\hat{E}_r$ étaient déjà très proches du nombre connu de travailleurs du soin dans chaque région.

À la dernière étape, les réponses pondérées obtenues par l'équation 8 sont multipliées par les facteurs de calibrage obtenus à l'équation 9 pour obtenir les coefficients de pondération calibrés:

$$\varphi'_j = \varphi_j \cdot \Upsilon_j \quad 10$$

Les coefficients de pondération calibrés de l'équation 10 permettent un ajustement des différences de non-réponse entre les régions. Ils sont proches de 1 dans les régions où l'on dispose de données sur l'emploi des travailleurs du soin pour la majorité des pays; ils sont supérieurs à 1 pour les petits pays et ceux dont le PIB par actif occupé est faible, qui sont sous-représentés parmi les pays pour lesquels on dispose de réponse.

À partir des données collectées et des coefficients de pondération calculés au moyen de l'équation 10, il est possible d'estimer directement le nombre de personnes employées comme travailleurs du soin à autrui dans le groupe g de chaque région et dans le monde (univers R : monde plus régions, dont chaque élément est r):

$$\hat{D}_{gr} = \sum_{j \in R} \hat{D}_{gj} \cdot \varphi'_j \quad 11$$

L'estimation de la main-d'œuvre totale du soin à autrui est égale à la somme des estimations régionales et mondiales pour les groupes 1, 2, 3, et 4.

Tableau A.4.1. Main-d'œuvre des activités de soin à autrui. Estimations régionales et mondiales, par région et par sexe (en milliers), 2018

Total	Personnel du soin à autrui employé dans les branches d'activité du soin à autrui	Travailleurs domestiques (employés par des ménages)	Personnel du soin à autrui employé dans d'autres activités	Personnel de soutien	Total
<i>Monde</i>	215 394	70 146	23 497	71 990	381 028
<i>Afrique</i>	17 041	11 693	1 588	4 568	34 891
<i>Amériques</i>	47 842	16 503	5 979	20 441	90 766
<i>Asie et Pacifique</i>	92 844	36 041	9 441	28 228	166 554
<i>États arabes</i>	3 978	3 028	461	1 190	8 657
<i>Europe et Asie centrale</i>	53 690	2 881	6 026	17 563	80 160

Femmes	Personnel du soin à autrui employé dans les branches d'activité du soin à autrui	Travailleurs domestiques (employés par des ménages)	Personnel du soin à autrui employé dans d'autres activités	Personnel de soutien	Total
<i>Monde</i>	142 819	49 251	13 806	43 017	248 893
<i>Afrique</i>	8 668	9 393	640	2 218	20 919
<i>Amériques</i>	36 232	15 195	3 914	13 831	69 171
<i>Asie et Pacifique</i>	53 639	20 469	4 898	14 326	93 332
<i>États arabes</i>	1 917	1 638	142	391	4 088
<i>Europe et Asie centrale</i>	42 364	2 555	4 212	12 252	61 383

Hommes	Personnel du soin à autrui employé dans les branches d'activité du soin à autrui	Travailleurs domestiques (employés par des ménages)	Personnel du soin à autrui employé dans d'autres activités	Personnel de soutien	Total
<i>Monde</i>	72 575	20 896	9 691	28 973	132 135
<i>Afrique</i>	8 373	2 300	948	2 350	13 972
<i>Amériques</i>	11 610	1 309	2 066	6 611	21 595
<i>Asie et Pacifique</i>	39 205	15 572	4 544	13 902	73 223
<i>États arabes</i>	2 061	1 390	319	799	4 568
<i>Europe et Asie centrale</i>	11 326	326	1 814	5 311	18 777

Note: Voir le tableau A.4.2 de l'annexe A.4 pour les données nationales, et le tableau A.7.1 de l'annexe A.7 pour l'année des enquêtes.

Source: Calculs du BIT à partir des microdonnées d'enquêtes sur la main-d'œuvre et auprès des ménages.

A.4.3. Analyse typologique

L'analyse typologique ou l'analyse par regroupement convient pour identifier des catégories homogènes d'éléments, dans notre cas les pays, classés selon leur modèle d'emploi dans les activités de soin à autrui.

Le but de l'analyse typologique présentée au chapitre 4 est de détecter des similarités structurelles dans le niveau et la composition de la main-d'œuvre du soin des pays soumis à l'analyse. Les variables utilisées pour déterminer le profil de chaque pays sont les suivantes, exprimées en pourcentage des actifs occupés: les travailleurs des activités de soin dans l'éducation (*g1edu*); les travailleurs des activités de soin dans la santé (*g1hsw*); les travailleurs domestiques (employés par des ménages) (*g2*); les travailleurs des activités de soin employés dans d'autres activités (*g3*); le personnel de soutien dans les activités de soin (*g4*) (voir le tableau A.4.2). Du fait que les variables ont toutes les mêmes unités de mesure et ordres de grandeur (pourcentages allant de 0 à 100), aucune normalisation n'est nécessaire.

La méthode utilisée au chapitre 4 est une classification hiérarchique ascendante: les catégories sont formées de façon consécutive à partir d'éléments individuels. Au départ, chaque pays représente une catégorie, puis ces catégories sont fusionnées en fonction de leurs similitudes. Cette procédure est répétée jusqu'à ce que les 99 pays analysés constituent une seule catégorie¹¹.

Cela permet de hiérarchiser les catégories à partir du bas, comme le montre le dendrogramme représenté à la figure A.4.2. La similitude en fonction des variables est mesurée par la distance euclidienne, figurée par la ligne droite entre deux objets, et exprimée par la racine carrée de la somme des différences au carré entre les valeurs des variables. Ainsi, la distance euclidienne entre les pays c_i et c_j sera:

$$d_{euclidienne}(c_i; c_j) = \sqrt{(g1edu_i - g1edu_j)^2 + (g1hsw_i - g1hsw_j)^2 + (g2_i - g2_j)^2 + (g3_i - g3_j)^2 + (g4_i - g4_j)^2}$$

Les distances entre toutes les paires de pays sont calculées et entrées dans une matrice des distances, qui est symétrique et où tous les éléments non diagonaux sont les distances entre les paires d'objets et où les éléments diagonaux sont nuls, dont un exemple est présenté à la figure A.4.1.a. L'élément de la matrice qui présente la plus petite distance constitue la première catégorie: dans l'exemple de la figure A.4.1.a, il s'agit de la cellule CE.

Après avoir choisi la méthode des distances, il faut définir un algorithme de classification. Il existe diverses procédures d'agrégation qui se distinguent par la façon dont est définie la distance entre un objet donné et une nouvelle catégorie constituée. Dans l'exemple de la figure A.4.1.a, l'algorithme déterminera la façon de calculer la distance entre la cellule CE et les autres éléments. Dans la mesure où les variables ne présentent pas de valeurs aberrantes (voir le tableau A.4.2), la méthode utilisée est celle du regroupement à liens complets (plus lointain voisin) qui part du principe que la distance entre deux catégories dépend de la plus longue distance entre deux membres de chacune de ces catégories. Dans l'exemple de la figure A.4.1.a, c'est cette méthode qui est utilisée; la distance entre la cellule CE et tout autre élément est égale à la distance maximale

Figure A.4.1. Exemple d'analyse typologique par groupement à liens complets**a. Matrice des distances avant la constitution de la première catégorie**

	A	B	C	D	E
A	0				
B	9	0			
C	3	7	0		
D	6	5	9	0	
E	11	10	1	8	0

b. Matrice des distances après la constitution de la première catégorie

	CE	A	B	D
CE	0			
A	11	0		
B	10	9	0	
D	9	6	5	0

Source: Auteurs.

entre cet élément et C ou E. Dans notre exemple, la distance entre A et CE est égale à 11 (voir la figure A.4.1.b). En poursuivant de cette façon, tout élément est inclus dans une catégorie.

Le moyen habituel de visualiser les résultats d'une classification hiérarchique est le dendrogramme (figure A.4.2) qui fait apparaître la distance à laquelle on procède aux regroupements. Le dendrogramme se lit de gauche à droite: les lignes verticales indiquent la distance à laquelle on procède au regroupement¹². La classification hiérarchique n'indique ni le nombre de catégories ni la distance à laquelle arrêter le dendrogramme. Toutefois, la visualisation a permis d'identifier quatre catégories, avec des sous-catégories, qui sont les suivantes:

1. Niveau d'emploi très élevé dans les activités de soin.
2. Niveau d'emploi élevé dans les activités de soin, comprenant deux subdivisions (niveau d'emploi élevé dans les activités de soin avec une très faible proportion de travailleurs domestiques, et niveau d'emploi moyen à élevé dans les activités de soin avec une proportion de travailleurs domestiques faible mais significative).
3. Recours important au travail domestique, avec 3 subdivisions (niveau d'emploi moyen à élevé dans les activités de soin avec une proportion très élevée de travailleurs domestiques; niveau d'emploi moyen à élevé dans les activités de soin avec une proportion élevée de travailleurs domestiques; niveau d'emploi faible dans les activités de soin avec une proportion élevée de travailleurs domestiques).
4. Niveau d'emploi moyen à faible dans les activités de soin, avec deux subdivisions (niveau d'emploi moyen dans les activités de soin avec une très faible proportion de travailleurs domestiques et faible niveau d'emploi dans les activités de soin).

Tableau A.4.2. Personnel du soin à autrui en pourcentage des actifs occupés, dernière année disponible

Modèle d'emploi	Pays	Personnel du soin à autrui employé dans l'éducation	Personnel du soin à autrui employé dans la santé et le travail social	Travailleurs domestiques (employés par des ménages)	Personnel du soin à autrui employé dans d'autres activités	Personnel de soutien
1	Danemark	7,1	14,8	0,0	1,2	4,9
1	Finlande	5,8	14,7	0,4	1,6	3,9
1	Pays-Bas	5,0	12,0	0,0	1,6	5,3
1	Norvège	7,7	18,8	0,0	1,3	3,4
1	Suède	9,6	13,9	0,0	1,6	3,9
2.1	Australie	7,0	10,9	0,1	1,3	5,7
2.1	Autriche	5,7	8,0	0,2	2,0	3,7
2.1	Belgique	7,7	10,2	0,1	1,6	6,4
2.1	Canada	4,9	9,3	0,7	1,0	5,3
2.1	France	5,6	9,6	1,1	2,0	7,0
2.1	Allemagne	5,4	10,1	0,5	1,7	4,2
2.1	Islande	11,5	9,0	0,0	1,6	3,8
2.1	Irlande	5,9	9,6	0,3	1,2	4,9
2.1	Japon	3,5	9,0	0,0	0,6	4,8
2.1	Luxembourg	6,4	7,5	1,3	1,0	4,0
2.1	Malte	7,9	7,1	0,2	1,0	4,6
2.1	Suisse	5,6	10,0	1,0	2,	5,6
2.1	Royaume-Uni	7,7	10,0	0,2	1,7	6,5
2.1	États-Unis	6,0	9,8	0,5	2,1	6,9
2.2	Croatie	5,7	5,4	0,1	0,9	3,2
2.2	Rép. tchèque	4,9	5,5	0,0	1,4	3,4
2.2	Estonie	7,1	5,1	0,0	1,2	3,3
2.2	Grèce	7,0	4,5	1,1	1,1	2,7
2.2	Hongrie	5,6	4,9	0,1	1,1	3,5
2.2	Italie	5,3	6,5	3,3	2,7	3,2
2.2	Corée, Rép. de	5,4	5,2	0,3	1,5	3,5
2.2	Lettonie	6,8	4,2	0,1	1,0	4,6
2.2	Lituanie	7,1	5,4	0,0	1,2	4,8
2.2	Pologne	5,3	4,6	0,2	1,1	3,6
2.2	Portugal	6,3	7,1	2,4	1,2	4,8

Modèle d'emploi	Pays	Personnel du soin à autrui employé dans l'éducation	Personnel du soin à autrui employé dans la santé et le travail social	Travailleurs domestiques (employés par des ménages)	Personnel du soin à autrui employé dans d'autres activités	Personnel de soutien
2.2	Russie, Féd. de	6,8	5,6	0,0	0,9	4,6
2.2	Slovaquie	5,1	6,1	0,0	1,1	3,3
2.2	Slovénie	6,9	5,6	0,0	1,2	3,9
2.2	Espagne	5,6	6,5	3,4	2,2	3,1
3.1	Koweït	5,1	2,4	14,2	2,0	2,1
3.1	Arabie saoudite	8,8	2,8	12,5	0,9	4,4
3.2	Argentine	5,9	4,3	7,6	2,1	4,0
3.2	Brésil	4,7	3,2	6,9	1,3	3,6
3.2	Brunéi Darussalam	7,5	2,4	5,6	2,3	3,6
3.2	Chypre	6,6	4,0	3,5	1,4	2,7
3.2	Jordanie	8,2	3,0	3,4	0,8	3,5
3.2	Afrique du Sud	3,5	4,2	8,2	0,4	4,7
3.2	Uruguay	4,6	5,2	6,9	0,7	4,7
3.2	Venezuela, Rép. bolivarienne du	5,6	2,2	3,9	0,6	4,6
3.3	Angola	4,0	1,4	1,8	0,3	1,1
3.3	Botswana	3,8	1,4	5,5	2,3	2,5
3.3	Chine	3,3	1,9	3,3	0,5	1,8
3.3	Rép. dominicaine	3,4	2,0	5,6	0,6	3,3
3.3	Équateur	3,8	1,9	2,6	0,4	1,3
3.3	Éthiopie	1,5	0,5	7,3	0,2	0,2
3.3	Guatemala	3,7	1,2	3,9	0,5	1,2
3.3	Honduras	3,0	1,0	4,1	0,8	1,4
3.3	Indonésie	4,1	0,8	2,3	0,2	1,2
3.3	Mexique	3,5	2,1	4,6	0,5	2,3
3.3	Namibie	4,6	1,9	6,4	0,6	2,5
3.3	Nicaragua	3,5	1,3	4,4	0,5	1,4
3.3	Panama	4,1	2,8	4,5	0,6	2,6

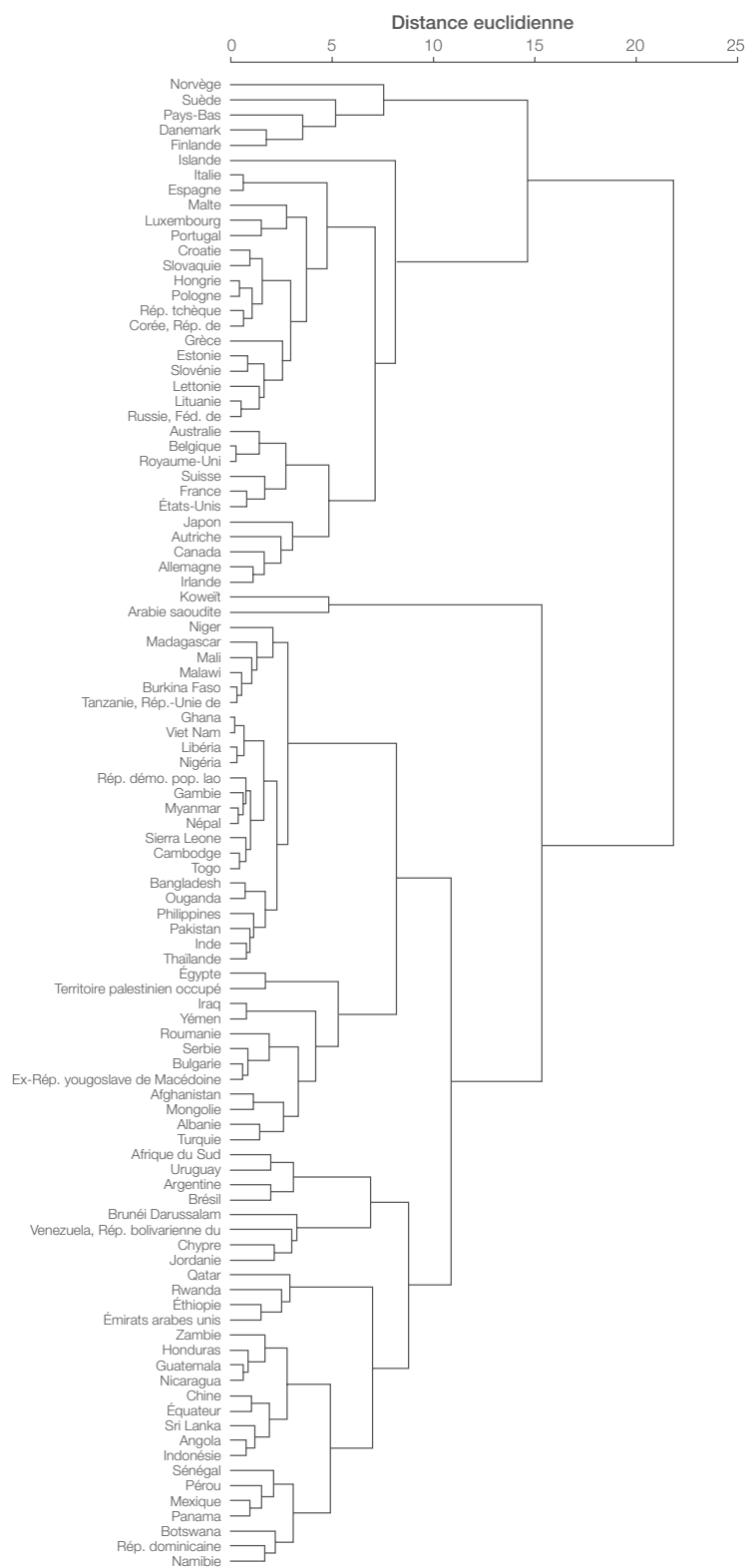
Modèle d'emploi	Pays	Personnel du soin à autrui employé dans l'éducation	Personnel du soin à autrui employé dans la santé et le travail social	Travailleurs domestiques (employés par des ménages)	Personnel du soin à autrui employé dans d'autres activités	Personnel de soutien
3.3	Pérou	4,5	2,6	3,6	0,3	2,3
3.3	Qatar	1,9	1,1	8,5	0,1	1,0
3.3	Rwanda	2,0	2,1	5,8	0,5	1,2
3.3	Sénégal	3,5	1,0	4,3	0,3	2,9
3.3	Sri Lanka	3,5	1,1	2,1	1,1	0,9
3.3	Émirats arabes unis	1,3	0,7	6,0	0,1	0,8
3.3	Zambie	2,3	0,7	3,9	0,1	0,7
4.1	Afghanistan	4,9	1,9	0,1	0,2	2,8
4.1	Albanie	4,9	2,4	0,3	0,8	1,2
4.1	Bulgarie	4,5	4,4	0,2	0,9	2,3
4.1	Égypte	7,1	1,9	1,0	0,9	3,1
4.1	Iraq	5,0	1,2	0,1	1,1	1,4
4.1	Mongolie	5,1	2,3	0,1	0,6	3,7
4.1	Territoire palestinien occupé	8,1	2,7	0,0	0,7	3,3
4.1	Roumanie	3,3	4,0	0,6	0,8	1,6
4.1	Serbie	4,5	4,4	0,6	0,8	3,0
4.1	Ex-Rép. yougoslave de Macédoine	4,6	4,1	0,1	1,1	2,7
4.1	Turquie	4,8	3,4	0,6	1,0	2,1
4.1	Yémen	5,1	1,0	0,4	1,2	0,7
4.2	Bangladesh	3,0	0,9	2,0	0,2	0,6
4.2	Burkina Faso	1,5	0,5	0,9	0,1	0,6
4.2	Cambodge	2,3	0,8	0,6	0,2	0,3
4.2	Gambie	2,3	0,6	0,0	0,1	0,6
4.2	Ghana	3,2	0,8	0,4	0,2	0,7
4.2	Inde	2,6	0,7	0,9	0,5	0,9
4.2	Rép. dém. pop. lao	2,1	0,4	0,1	0,7	0,3
4.2	Libéria	3,3	1,1	0,1	0,4	0,8
4.2	Madagascar	1,6	0,4	2,1	0,1	0,4

Modèle d'emploi	Pays	Personnel du soin à autrui employé dans l'éducation	Personnel du soin à autrui employé dans la santé et le travail social	Travailleurs domestiques (employés par des ménages)	Personnel du soin à autrui employé dans d'autres activités	Personnel de soutien
4.2	Malawi	1,6	0,8	1,2	0,1	0,9
4.2	Mali	1,7	0,4	0,8	0,3	0,1
4.2	Myanmar	2,0	0,3	0,2	0,3	0,3
4.2	Népal	2,1	0,4	0,3	0,1	0,5
4.2	Niger	0,9	0,4	0,2	0,6	0,3
4.2	Nigéria	3,3	1,1	0,1	0,6	0,6
4.2	Pakistan	3,2	1,0	1,0	0,2	1,1
4.2	Philippines	2,5	0,9	1,4	1,0	1,0
4.2	Sierra Leone	2,4	0,8	0,2	0,1	0,0
4.2	Tanzanie, Rép.-Unie de	1,6	0,6	1,1	0,1	0,6
4.2	Thaïlande	2,4	1,3	0,6	0,4	1,2
4.2	Togo	2,1	0,6	0,8	0,1	0,4
4.2	Ouganda	2,8	0,8	1,3	0,1	0,6
4.2	Viet Nam	3,0	0,8	0,4	0,2	0,7

Note: Voir le tableau A.7.1 de l'annexe A.7 pour l'année des enquêtes. Pour l'Iraq, les chiffres sont rapportés aux seuls salariés.

Source: Calculs du BIT à partir des microdonnées d'enquêtes sur la main-d'œuvre et auprès des ménages.

Figure A.4.2. Dendrogramme de l'analyse typologique



Note: Classification en fonction des distances euclidiennes entre les 5 variables suivantes: personnel du soin à autrui employé dans l'éducation, personnel du soin à autrui employé dans la santé et le travail social, travailleurs domestiques (employés par des ménages), personnel du soin à autrui employé dans d'autres activités, personnel de soutien.

Source: Calculs du BIT à partir des microdonnées d'enquêtes sur la main-d'œuvre et auprès des ménages.

A.5. CRÉATION D'EMPLOIS: ESTIMATIONS NATIONALES DES TABLEAUX D'ENTRÉES-SORTIES

Tableau A.5.1. Coût à l'échelle nationale de l'expansion des services de soin à autrui selon le scénario du statu quo (SQ) et le scénario optimal (SO)

Pays	Éducation SQ		Éducation SO		Revettes fiscales induites en proportion des dépenses (%) dans les deux scénarios	Santé et travail social SQ		Santé et travail social SO		Revettes fiscales induites en proportion des dépenses (%) dans les deux scénarios	Total SQ		Total SO		Revettes fiscales induites en proportion des dépenses (%) dans les deux scénarios
	Coût (dépenses nécessaires en millions de dollars E.-U., prix de 2015)	Coût en proportion du PIB de 2030 (%)	Coût (dépenses nécessaires en millions de dollars E.-U., prix de 2015)	Coût en proportion du PIB de 2030 (%)		Coût (dépenses nécessaires en millions de dollars E.-U., prix de 2015)	Coût en proportion du PIB de 2030 (%)	Coût (dépenses nécessaires en millions de dollars E.-U., prix de 2015)	Coût en proportion du PIB de 2030 (%)		Coût (dépenses nécessaires en millions de dollars E.-U., prix de 2015)	Coût en proportion du PIB de 2030 (%)			
Allemagne	178 000	4,3	217 000	5,3	18,8	790 000	19,1	872 600	21,1	19,2	968 000	23,4	1 089 600	26,4	19,2
Argentine	29 800	3,4	38 400	4,4	14,0	34 994	4,0	46 210	5,3	17,3	64 794	7,4	84 610	9,7	15,8
Australie	88 000	4,4	107 000	5,3	16,9	200 240	10,0	260 320	13,0	16,2	288 240	14,4	367 320	18,3	16,4
Autriche	22 500	4,8	27 700	5,9	26,7	91 170	19,3	93 500	19,8	30,3	113 670	24,1	121 200	25,7	29,6
Belgique	31 200	5,5	34 300	6,0	20,0	68 400	12,0	83 600	14,7	24,7	99 600	17,5	117 900	20,7	23,2
Brésil	129 000	5,7	168 000	7,5	18,1	275 120	12,2	296 100	13,1	22,3	404 120	17,9	464 100	20,6	21,0
Brunéï Dar.	525	2,0	624	2,4	0,0	655	2,5	777	3,0	0,0	1 180	4,5	1 401	5,3	0,0
Bulgarie	2 410	3,2	3 420	4,6	13,9	5 656	7,5	6 294	8,4	16,3	8 066	10,7	9 714	12,9	15,6
Canada	90 000	4,4	107 000	5,2	11,7	250 500	12,2	280 100	13,7	12,4	340 500	16,6	387 100	18,9	12,2
Chine	366 000	1,4	407 000	1,5	9,9	928 380	3,5	1 165 000	4,4	12,7	1 294 380	4,8	1 572 000	5,9	11,9
Chypre	2 420	8,7	2 800	10,1	24,9	2 802	10,1	3 245	11,7	26,3	5 222	18,8	6 045	21,8	25,6
Corée, Rép. de	82 800	3,9	95 300	4,5	12,6	151 500	7,1	165 700	7,8	15,5	234 300	11,0	261 000	12,3	14,5
Danemark	25 400	6,4	30 100	7,6	26,6	54 100	13,7	66 300	16,8	26,7	79 500	20,2	96 400	24,5	26,6
Espagne	57 700	3,6	68 800	4,3	9,7	188 600	11,8	213 500	13,3	11,4	246 300	15,4	282 300	17,6	11,0
Estonie	1 210	3,4	1 660	4,7	1,4	1 979	5,6	2 988	8,5	1,4	3 189	9,0	4 648	13,2	1,4
États-Unis	1 110 000	4,7	1 520 000	6,5	16,3	5 398 000	23,0	6 320 000	26,9	16,7	6 508 000	27,7	7 840 000	33,4	16,7
Finlande	15 000	5,0	18 100	6,1	23,8	27 890	9,3	28 380	9,5	24,3	42 890	14,3	46 480	15,6	24,1
France	160 000	5,1	175 000	5,5	27,9	458 100	14,5	545 700	17,2	28,9	618 100	19,5	720 700	22,8	28,6
Grèce	11 600	4,9	14 600	6,2	31,6	29 210	12,4	37 740	16,0	37,3	40 810	17,3	52 340	22,2	35,7
Hongrie	5 220	3,0	6 570	3,8	21,4	11 811	6,8	11 821	6,8	22,8	17 031	9,8	18 391	10,6	22,4

Pays	Éducation SQ		Éducation SO		Recettes fiscales induites en proportion des dépenses (%) dans les deux scénarios		Santé et travail social SQ		Santé et travail social SO		Recettes fiscales induites en proportion des dépenses (%) dans les deux scénarios		Total SQ		Total SO		Recettes fiscales induites en proportion des dépenses (%) dans les deux scénarios
	Coût (dépenses nécessaires en millions de dollars E.-U., prix de 2015)	Coût en proportion du PIB de 2030 (%)	Coût (dépenses nécessaires en millions de dollars E.-U., prix de 2015)	Coût en proportion du PIB de 2030 (%)	Recettes fiscales induites en proportion des dépenses (%) dans les deux scénarios	Coût (dépenses nécessaires en millions de dollars E.-U., prix de 2015)	Coût en proportion du PIB de 2030 (%)	Coût (dépenses nécessaires en millions de dollars E.-U., prix de 2015)	Coût en proportion du PIB de 2030 (%)	Recettes fiscales induites en proportion des dépenses (%) dans les deux scénarios	Coût (dépenses nécessaires en millions de dollars E.-U., prix de 2015)	Coût en proportion du PIB de 2030 (%)	Coût (dépenses nécessaires en millions de dollars E.-U., prix de 2015)	Coût en proportion du PIB de 2030 (%)	Coût (dépenses nécessaires en millions de dollars E.-U., prix de 2015)	Coût en proportion du PIB de 2030 (%)	
Inde	80 600	1,2	367 000	5,5	7,4	155 287	2,3	204 400	3,1	9,8	235 887	3,6	571 400	8,6	571 400	8,6	9,0
Indonésie	44 000	2,3	142 000	7,5	11,3	30 714	1,6	95 640	5,0	11,1	74 714	3,9	237 640	12,5	237 640	12,5	11,2
Irlande	11 900	2,7	13 300	3,0	13,7	72 000	16,1	83 500	18,6	16,3	83 900	18,7	96 800	21,6	96 800	21,6	15,9
Italie	91 200	4,4	105 000	5,0	22,6	248 800	11,9	317 600	15,2	28,7	340 000	16,3	422 600	20,2	422 600	20,2	27,0
Japon	229 000	4,7	257 000	5,3	8,0	601 400	12,4	949 000	19,5	11,0	830 400	17,1	1 206 000	24,8	1 206 000	24,8	10,1
Lettonie	1 510	3,5	1 570	3,7	26,1	2 020	4,7	2 456	5,7	27,5	3 530	8,3	4 026	9,4	4 026	9,4	26,9
Lituanie	1 960	3,0	2 410	3,7	6,0	3 285	5,0	3 822	5,9	6,6	5 245	8,1	6 232	9,6	6 232	9,6	6,4
Luxembourg	2 740	2,9	3 160	3,4	16,2	–	0,0	–	0,0	0,0	2 740	2,9	3 160	3,4	3 160	3,4	16,2
Malte	677	3,9	806	4,6	21,3	1 211	6,9	1 422	8,1	22,3	1 888	10,8	2 228	12,7	2 228	12,7	21,9
Mexique	66 400	4,0	96 400	5,7	12,9	144 900	8,6	146 900	8,7	14,0	211 300	12,6	243 300	14,5	243 300	14,5	13,7
Pays-Bas	41 300	4,1	53 200	5,3	39,3	175 100	17,4	194 800	19,3	39,6	216 400	21,5	248 000	24,6	248 000	24,6	39,5
Pérou	9 910	3,0	13 700	4,2	13,7	15 797	4,8	23 370	7,1	15,4	25 707	7,8	37 070	11,3	37 070	11,3	14,7
Philippines	41 900	5,3	82 500	10,5	11,4	68 733	8,8	71 150	9,1	12,3	110 633	14,1	153 650	19,6	153 650	19,6	12,0
Pologne	25 300	3,5	29 500	4,1	18,7	32 340	4,5	51 800	7,2	21,2	57 640	8,0	81 300	11,3	81 300	11,3	20,1
Portugal	9 740	4,0	11 000	4,5	23,6	24 020	9,8	28 580	11,6	29,7	33 760	13,8	39 580	16,1	39 580	16,1	27,9
Roumanie	4 610	1,5	6 360	2,1	20,9	11 248	3,7	13 800	4,5	23,4	15 858	5,2	20 160	6,6	20 160	6,6	22,7
Royaume-Uni	170 000	4,6	197 000	5,4	24,5	391 300	10,6	397 000	10,8	32,2	561 300	15,3	594 000	16,2	594 000	16,2	29,9
Russie, Féd. de	82 900	4,9	108 000	6,4	18,8	267 300	15,9	274 200	16,3	20,4	350 200	20,8	382 200	22,7	382 200	22,7	20,0
Slovaquie	4 360	3,0	5 440	3,7	23,1	5 790	4,0	5 810	4,0	24,2	10 150	7,0	11 250	7,8	11 250	7,8	23,7
Slovénie	2 640	4,5	3 160	5,4	24,2	5 493	9,4	5 653	9,7	24,6	8 133	13,9	8 813	15,1	8 813	15,1	24,5
Suède	44 400	6,7	46 200	6,9	22,8	111 000	16,7	137 800	20,7	20,8	155 400	23,3	184 000	27,6	184 000	27,6	21,4

Pays	Éducation SQ		Éducation SO		Recettes fiscales induites en proportion des dépenses (%) dans les deux scénarios	Santé et travail social SQ		Santé et travail social SO		Recettes fiscales induites en proportion des dépenses (%) dans les deux scénarios	Total SQ		Total SO		Recettes fiscales induites en proportion des dépenses (%) dans les deux scénarios
	Coût (dépenses nécessaires en millions de dollars É.-U., prix de 2015)	Coût en proportion du PIB de 2030 (%)	Coût (dépenses nécessaires en millions de dollars É.-U., prix de 2015)	Coût en proportion du PIB de 2030 (%)		Coût (dépenses nécessaires en millions de dollars É.-U., prix de 2015)	Coût en proportion du PIB de 2030 (%)	Coût (dépenses nécessaires en millions de dollars É.-U., prix de 2015)	Coût en proportion du PIB de 2030 (%)		Coût (dépenses nécessaires en millions de dollars É.-U., prix de 2015)	Coût en proportion du PIB de 2030 (%)	Coût (dépenses nécessaires en millions de dollars É.-U., prix de 2015)	Coût en proportion du PIB de 2030 (%)	
Rép. tchèque	9 280	3,5	11 300	4,3	13,7	25 560	9,6	30 490	11,5	14,7	34 840	13,1	41 790	15,8	14,5
Tunisie	3 070	4,1	5 370	7,1	18,1	7 099	9,4	7 616	10,1	21,0	10 169	13,5	12 986	17,2	20,1
Turquie	43 800	3,0	61 600	4,2	21,6	85 286	5,8	99 100	6,7	28,4	129 086	8,8	160 700	10,9	26,1
Viet Nam	17 400	3,6	45 400	9,5	11,6	36 838	7,7	44 310	9,3	10,4	54 238	11,4	89 710	18,8	10,8
Total	3 449 382	3,4	4 711 750	4,69	15,8	11 491 627	11,4	13 690 094	13,6	17,9	14 941 009	14,9	18 401 844	18,3	17,4

Source: Ilkharacan et Kim, à paraître.

Tableau A.5.2. Créations directes d'emplois dans la santé, les soins de longue durée et l'éducation en 2030; créations supplémentaires d'emploi dans la santé et le travail social, et éducation en 2030 du fait des investissements dans les activités de soin à autrui; par pays (milliers d'emplois)

Pays	Santé SQ	Santé SO	Soins de longue durée SQ	Soins de longue durée SO	Éducation SQ	Éducation SO	Santé et travail social (emplois supplémentaires) SQ	Santé et travail social (emplois supplémentaires) SO	Éducation (emplois supplémentaires) SQ	Éducation (emplois supplémentaires) SO
Allemagne	2 382,1	2 649,6	1 102,6	1 102,6	1 749,3	2 346,9	6 072,4	6 339,8	2 439,0	3 036,5
Argentine	720,4	806,4	15,9	279,6	1 079,3	1 449,2	1 104,4	1 454,0	1 260,6	1 569,4
Australie	767,7	998,1	346,1	346,1	522,6	636,0	2 094,6	2 325,0	1 019,9	1 133,3
Autriche	240,6	240,6	90,8	108,3	190,8	286,1	540,3	557,8	246,4	341,8
Belgique	425,5	528,3	90,1	103,3	277,9	333,1	620,3	736,2	466,5	521,7
Brésil	5 009,6	5 009,6	75,5	1 325,2	4 206,8	5 564,0	5 801,5	7 051,3	6 238,0	7 595,2
Brunéi Darussalam	9,8	9,8	0,1	2,2	13,0	16,8	8,0	10,0	18,4	22,2
Bulgarie	133,0	133,0	15,7	65,5	129,4	177,7	178,1	227,9	195,8	244,1
Canada	771,8	872,4	388,8	388,8	789,8	944,7	2 546,6	2 647,3	1 315,0	1 394,4
Chine	15 833,0	17 305,2	606,7	10 700,0	21 051,5	26 091,7	25 440,1	37 005,6	27 591,7	32 631,9
Chypre	22,4	22,4	0,6	10,1	25,6	32,9	37,0	46,5	53,7	60,9
Corée, Rép. de	960,6	960,6	416,5	669,4	1 079,4	1 352,3	1 610,7	1 863,6	2 351,0	2 623,9
Danemark	206,0	261,7	119,3	119,3	171,5	233,3	507,7	563,4	243,5	305,3
Espagne	1 194,8	1 335,5	506,2	514,3	792,1	1 051,8	1 833,7	1 982,5	1 150,2	1 409,9
Estonie	24,6	36,3	15,4	24,6	42,9	49,1	40,5	61,5	67,0	70,6
États-Unis	8 669,6	9 281,9	8 447,9	16 100,0	9 664,8	13 114,5	26 191,6	34 456,0	15 987,8	19 437,5
Finlande	105,4	107,3	59,4	59,4	129,0	161,8	407,1	409,0	205,0	237,8
France	2 166,8	2 559,3	595,4	703,2	1 191,2	1 489,7	4 299,9	4 800,2	1 969,7	2 268,2
Grèce	239,7	284,1	6,8	118,8	203,7	259,6	264,1	420,6	315,5	371,4

Pays	Santé SQ	Santé SO	Soins de longue durée SQ	Soins de longue durée SO	Éducation SQ	Éducation SO	Santé et travail social (emplois supplémentaires) SQ	Santé et travail social (emplois supplémentaires) SO	Éducation (emplois supplémentaires) SQ	Éducation (emplois supplémentaires) SO
Hongrie	194,8	194,8	49,5	49,5	205,6	267,7	284,7	284,7	333,9	396,1
Inde	12 925,8	15 768,6	104,4	5 547,0	13 365,6	29 057,9	10 353,4	18 638,8	21 344,9	37 037,2
Indonésie	1 024,4	2 966,2	19,9	1 059,3	6 587,2	10 452,7	1 691,3	4 672,5	7 728,1	11 593,7
Irlande	153,8	194,3	92,7	92,7	104,4	130,8	353,2	393,7	130,5	156,9
Italie	1 162,3	1 463,6	581,2	718,2	1 051,6	1 236,8	1 900,3	2 338,6	1 394,1	1 579,4
Japon	3 842,1	3 842,1	2 227,8	3 073,1	3 101,6	3 836,8	6 309,8	7 155,1	2 965,4	3 700,6
Lettonie	30,2	30,2	4,8	18,0	54,6	66,4	49,0	62,2	92,1	104,0
Lituanie	53,7	53,7	6,8	27,4	105,2	120,5	90,8	111,3	145,1	160,5
Luxembourg	–	–	–	–	18,3	23,0	32,9	32,9	23,6	28,4
Malte	9,9	9,9	0,3	4,7	11,5	14,7	18,8	23,2	17,9	21,1
Mexique	1 483,4	1 502,6	2 355,4	2 355,4	2 717,8	4 397,3	3 984,0	4 003,2	3 317,6	4 997,1
Pays-Bas	414,6	466,0	367,6	367,6	378,2	488,9	1 832,9	1 884,3	549,7	660,4
Pérou	222,1	304,3	9,3	163,4	738,4	989,3	613,0	849,2	922,9	1 149,7
Philippines	1 635,7	1 644,6	6,9	365,8	1 457,1	2 555,1	1 700,3	2 068,1	822,5	1 871,9
Pologne	476,0	560,4	85,7	367,5	888,4	1 103,2	944,3	1 310,4	1 333,1	1 548,0
Portugal	201,5	231,6	60,0	102,4	183,9	240,0	186,5	258,9	313,2	369,3
Roumanie	302,3	302,3	3,2	167,8	299,0	409,7	396,5	561,1	356,7	467,4
Royaume-Uni	1 654,1	1 660,9	823,6	823,6	1 256,5	1 620,4	4 505,0	4 511,8	3 458,0	3 822,0
Russie, Féd. de	3 914,6	3 914,6	764,3	1 177,0	3 610,7	4 580,9	6 862,5	7 275,3	7 508,9	8 479,1
Slovaquie	60,0	60,0	15,7	15,7	107,2	133,1	154,7	154,7	163,5	189,5
Slovénie	38,1	38,1	30,0	30,0	50,3	61,1	72,4	72,4	88,5	99,2

Pays	Santé SQ	Santé SO	Soins de longue durée SQ	Soins de longue durée SO	Éducation SQ	Éducation SO	Santé et travail social (emplois supplémentaires) SQ	Santé et travail social (emplois supplémentaires) SO	Éducation (emplois supplémentaires) SQ	Éducation (emplois supplémentaires) SO
Suède	296,2	374,8	294,1	294,1	359,0	399,0	857,4	936,0	680,2	720,1
Rép. tchèque	253,4	306,4	128,5	128,5	194,8	223,9	428,1	481,1	350,4	379,5
Tunisie	191,9	191,9	1,3	69,1	289,1	392,6	193,2	261,0	289,1	392,6
Turquie	947,7	1 005,8	26,4	462,9	1 488,8	2 882,9	1 392,5	1 887,0	1 850,3	3 244,4
Viet Nam	1 332,4	1 510,7	10,7	570,5	2 204,6	2 586,2	1 362,3	2 100,3	2 162,4	2 544,0
Total	72 705,0	82 001,0	20 969,9	50 791,7	84 140,0	123 862,3	126 168,5	165 286,1	121 477,7	160 988,1

— = pas de données. SQ = statu quo. SO = scénario optimal.

Note: Pour la santé et le travail social, les emplois supplémentaires concernent les soins de santé et les soins de longue durée. Dans tous les cas, les chiffres correspondent à la somme des travailleurs des activités de soin et du personnel de soutien.

Source: Ilkkaracan et Kim, à paraître.

A.6. GROUPES RÉGIONAUX ET CATÉGORIES DE REVENUS

Tableau A.6.1. Groupes nationaux, régionaux, sous-régionaux et catégories de revenu

Région	Sous-région	Code du pays	Pays
Afrique	Afrique du Nord	DZA	Algérie
		EGY	Égypte
		LYB	Libye
		MAR	Maroc
		SDN	Soudan
		TUN	Tunisie
		ESH	Sahara occidental
	Afrique subsaharienne	ZAF	Afrique du Sud
		AGO	Angola
		BEN	Bénin
		BWA	Botswana
		BFA	Burkina Faso
		BDI	Burundi
		CPV	Cabo Verde
		CMR	Cameroun
		CAF	Rép. centrafricaine
		COM	Comores
		COG	Congo
		CIV	Côte d'Ivoire
		DJI	Djibouti
		GNQ	Guinée équatoriale
		ERI	Érythrée
		SWZ	Eswatini
		ETH	Éthiopie
		GAB	Gabon
		GMB	Gambie
		GHA	Ghana
		GIN	Guinée
		GNB	Guinée-Bissau
		KEN	Kenya

Région	Sous-région	Code du pays	Pays
		LSO	Lesotho
		LBR	Libéria
		MDG	Madagascar
		MWI	Malawi
		MLI	Mali
		MUS	Maurice
		MRT	Mauritanie
		MOZ	Mozambique
		NAM	Namibie
		NER	Niger
		NGA	Nigéria
		UGA	Ouganda
		COD	Rép. dém du Congo
		RWA	Rwanda
		STP	Sao Tomé-et-Principe
		SEN	Sénégal
		SLE	Sierra Leone
		SOM	Somalie
		SSD	Soudan du Sud
		TZA	Tanzanie, Rép.-Unie de
		TCD	Tchad
		TGO	Togo
		ZMB	Zambie
		ZWE	Zimbabwe
Amériques	Amérique latine et Caraïbes	ARG	Argentine
		BHS	Bahamas
		BRB	Barbade
		BLZ	Belize
		BOL	Bolivie, État plurinational de
		BRA	Brésil
		CHL	Chili
		COL	Colombie
		CRI	Costa Rica
		CUB	Cuba

Région	Sous-région	Code du pays	Pays
		DOM	Rép. dominicaine
		SLV	El Salvador
		ECU	Équateur
		GTM	Guatemala
		GUY	Guyana
		HTI	Haïti
		HND	Honduras
		VIR	Îles Vierges américaines
		JAM	Jamaïque
		MEX	Mexique
		NIC	Nicaragua
		PAN	Panama
		PRY	Paraguay
		PER	Pérou
		PRI	Porto Rico
		LCA	Sainte-Lucie
		VCT	Saint-Vincent-et-les Grenadines
		SUR	Suriname
		TTO	Trinité-et-Tobago
		URY	Uruguay
		VEN	Venezuela, Rép. bolivarienne du
	Amérique du Nord	CAN	Canada
		USA	États-Unis
Asie et Pacifique	Asie de l'Est	CHN	Chine
		KOR	Corée, Rép. de
		PRK	Corée, Rép. dém. de
		HKG	Hong-kong, Chine
		JPN	Japon
		MAC	Macao, Chine
		MNG	Mongolie
		TWN	Taïwan, Chine
	Asie du Sud-Est et Pacifique	AUS	Australie
		BRN	Brunéi Darussalam
		KHM	Cambodge
		FJI	Fidji

Région	Sous-région	Code du pays	Pays
		GUM	Guam
		SLB	Îles Salomon
		IDN	Indonésie
		LAO	Rép. dém. pop. lao
		MYS	Malaisie
		MMR	Myanmar
		NCL	Nouvelle-Calédonie
		NZL	Nouvelle-Zélande
		PNG	Papouasie-Nouvelle-Guinée
		PHL	Philippines
		PYF	Polynésie française
		WSM	Samoa
		SGP	Singapour
		THA	Thaïlande
		TLS	Timor-Leste
		TON	Tonga
		VUT	Vanuatu
		VNM	Viet Nam
	Asie du Sud	AFG	Afghanistan
		BGD	Bangladesh
		BTN	Bhoutan
		IND	Inde
		IRN	Iran, Rép. islamique d'
		MDV	Maldives
		NPL	Népal
		PAK	Pakistan
		LKA	Sri Lanka
États arabes		SAU	Arabie saoudite
		BHR	Bahrain
		ARE	Émirats arabes unis
		IRQ	Iraq
		JOR	Jordanie
		KWT	Koweït
		LBN	Liban

Région	Sous-région	Code du pays	Pays
		OMN	Oman
		QAT	Qatar
		SYR	Rép. arabe syrienne
		PSE	Territoire palestinien occupé
		YEM	Yémen
Europe et Asie centrale	Asie centrale et occidentale	ARM	Arménie
		AZE	Azerbaïdjan
		CYP	Chypre
		GEO	Géorgie
		ISR	Israël
		KAZ	Kazakhstan
		KGZ	Kirghizistan
		UZB	Ouzbékistan
		TJK	Tadjikistan
		TKM	Turkménistan
		TUR	Turquie
	Europe orientale	BLR	Bélarus
		BGR	Bulgarie
		HUN	Hongrie
		MDA	Moldova, Rép. de
		POL	Pologne
		ROU	Roumanie
		RUS	Russie, Féd. de
		SVK	Slovaquie
		CZE	Rép. tchèque
		UKR	Ukraine
	Europe du Nord, du Sud et de l'Ouest	ALB	Albanie
		DEU	Allemagne
		AUT	Autriche
		BEL	Belgique
		BIH	Bosnie-Herzégovine
		HRV	Croatie
		DNK	Danemark

Région	Sous-région	Code du pays	Pays
		ESP	Espagne
		EST	Estonie
		MKD	Ex-Rép. yougoslave de Macédoine
		FIN	Finlande
		FRA	France
		GRC	Grèce
		IRL	Irlande
		ISL	Islande
		–	Îles Anglo-Normandes
		ITA	Italie
		LVA	Lettonie
		LTU	Lituanie
		LUX	Luxembourg
		MLT	Malte
		MNE	Monténégro
		NOR	Norvège
		NLD	Pays-Bas
		PRT	Portugal
		GBR	Royaume-Uni
		SRB	Serbie
		SVN	Slovénie
		SWE	Suède
		CHE	Suisse

Source: Département de statistique du BIT, à partir de ISO 3166-1 alpha-3.

Pays à revenu élevé		
Allemagne	Grèce	Oman
Arabie saoudite	Guam	Pays-Bas
Australie	Hong-kong, Chine	Pologne
Autriche	Hongrie	Polynésie française
Bahamas	Îles Anglo-Normandes	Porto Rico
Bahreïn	Îles Vierges américaines	Portugal
Barbade	Irlande	Qatar
Belgique	Islande	Royaume-Uni
Brunéi Darussalam	Israël	Singapour
Canada	Italie	Slovaquie
Chili	Japon	Slovénie
Chypres	Koweït	Suède
Corée, Rép. de	Lettonie	Suisse
Danemark	Lituanie	Taïwan
Espagne	Luxembourg	Rép. tchèque
Émirats arabes unis	Macao, Chine	Trinité-et Tobago
Estonie	Malte	Uruguay
États-Unis	Norvège	
Finlande	Nouvelle-Calédonie	
France	Nouvelle-Zélande	

Pays à faible revenu		
Afghanistan	Malawi	Zimbabwe
Bénin	Mali	
Burkina Faso	Mozambique	
Burundi	Népal	
Rép. centrafricaine	Niger	
Comores	Ouganda	
Corée, Rép. de	Rép. dém. du Congo	
Érythrée	Rwanda	
Éthiopie	Sénégal	
Gambie	Sierra Leone	
Guinée	Somalie	
Guinée-Bissau	Soudan du Sud	
Haïti	Tanzanie, Rép.-Unie de	
Libéria	Tchad	
Madagascar	Togo	

Pays à revenu intermédiaire		
Afrique du Sud	Gabon	Pakistan
Albanie	Géorgie	Panama
Algérie	Ghana	Papouasie-Nouvelle-Guinée
Angola	Guatemala	Paraguay
Argentine	Guinée équatoriale	Pérou
Arménie	Guyana	Philippines
Azerbaïdjan	Honduras	Roumanie
Bangladesh	Îles Salomon	Russie, Féd. de
Bélarus	Inde	Sahara occidental
Belize	Indonésie	Sainte-Lucie
Bhoutan	Iran, Rép. islamique d'	Saint-Vincent-et-les Grenadines
Bolivie, État plurinational de	Iraq	Samoa
Bosnie-Herzégovine	Jamaïque	Sao Tomé-et-Principe
Botswana	Jordanie	Serbie
Brésil	Kazakhstan	Soudan
Bulgarie	Kenya	Sri Lanka
Cabo Verde	Kirghizistan	Suriname
Cambodge	Rép. dém. pop. lao	Rép. arabe syrienne
Cameroun	Lesotho	Tadjikistan
Chine	Liban	Territoire palestinien occupé
Colombie	Libye	Thaïlande
Congo	Malaisie	Timor-Leste
Costa Rica	Maroc	Tonga
Côte d'Ivoire	Maurice	Tunisie
Croatie	Mauritanie	Turkménistan
Cuba	Mexique	Turquie
Djibouti	Moldova, Rép. de	Ukraine
Rép. dominicaine	Mongolie	Vanuatu
Égypte	Monténégro	Venezuela, Rép. bolivarienne du
El Salvador	Myanmar	Viet Nam
Équateur	Namibie	Yémen
Eswatini	Nicaragua	Zambie
Ex-Rép. yougoslave de Macédoine	Nigéria	
Fidji	Ouzbékistan	

Source: Les catégories de revenus correspondent à la classification des groupes de revenu de la Banque mondiale, disponible à l'adresse <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519>.

A.7. ENQUÊTES SUR LA MAIN-D'ŒUVRE, AUPRÈS DES MÉNAGES ET SUR L'UTILISATION DU TEMPS**Tableau A.7.1. Enquêtes sur la main-d'œuvre et auprès des ménages, par pays et années, microdonnées**

Pays	Enquête	Année	Chapitre 2	Chapitre 4
Afghanistan	Enquête sur les conditions de vie	2014	x	x
Afrique du Sud	Quarterly Labour Force Survey	2015	x	x
	General Household Survey 2016		x	
Albanie	Enquête sur la main-d'œuvre	2013	x	x
Allemagne	Enquête sur les forces de travail dans l'Union européenne (EFT-UE)	2016		x
	Statistiques communautaires sur le revenu et les conditions de vie de l'Union européenne (EU-SILC)	2012	x	
Angola	Inquérito de Indicadores Básicos de Bem-Estar (QUIBB)	2011	x	x
Arabie saoudite	Enquête sur la main-d'œuvre	2016		x
Argentine	Encuesta Permanente de Hogares – EPH	2016	x	x
Australie	Household, Income and Labour Dynamics in Australia (HILDA)	2015	x	x
Autriche	Enquête sur les forces de travail dans l'Union européenne (EFT-UE)	2016		x
	Statistiques communautaires sur le revenu et les conditions de vie de l'Union européenne (EU-SILC)	2016	x	
Bangladesh	Enquête sur la main-d'œuvre et sur le travail des enfants	2013	x	x
Belgique	Enquête sur les forces de travail dans l'Union européenne (EFT-UE)	2016		x
	Statistiques communautaires sur le revenu et les conditions de vie de l'Union européenne (EU-SILC)	2016	x	
Bolivie, État plurinational de	Encuesta de Hogares	2015	x	
Botswana	Enquête du Botswana sur les indicateurs clés du bien-être	2009	x	x
Brésil	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Continua (PNAD)	2016	x	x
Brunéi Darussalam	Enquête sur la main-d'œuvre	2014	x	x

Pays	Enquête	Année	Chapitre 2	Chapitre 4
Bulgarie	Enquête sur les forces de travail dans l'Union européenne (EFT-UE)	2016		x
	Statistiques communautaires sur le revenu et les conditions de vie de l'Union européenne (EU-SILC)	2016	x	
Burkina-Faso	Enquête harmonisée sur les conditions de vie des ménages	2014	x	x
Cambodge	Enquête sur la main-d'œuvre	2012	x	x
Cameroun	Troisième enquête camerounaise auprès des ménages (ECAM3)	2007	x	
Canada	Enquête sur la population active	2015		x
Chine	Chinese Household Income Project (CHIP)	2013	x	x
Chypre	Enquête sur les forces de travail dans l'Union européenne (EFT-UE)	2016		x
	Statistiques communautaires sur le revenu et les conditions de vie de l'Union européenne (EU-SILC)	2016	x	
Colombie	Gran Encuesta Integrada de Hogares	2016	x	
Congo	Enquête sur l'emploi et le secteur informel	2009	x	
Corée, Rép. de	Enquête locale sur la main-d'œuvre	2016	x	x
Côte d'Ivoire	Enquête nationale sur la situation de l'emploi et le secteur informel (ENSESI)	2016	x	
Croatie	Enquête sur les forces de travail dans l'Union européenne (EFT-UE)	2016		x
	Statistiques communautaires sur le revenu et les conditions de vie de l'Union européenne (EU-SILC)	2016	x	
Danemark	Enquête sur les forces de travail dans l'Union européenne (EFT-UE)	2016		x
	Statistiques communautaires sur le revenu et les conditions de vie de l'Union européenne (EU-SILC)	2016	x	
République dominicaine	Enquête sur la main-d'œuvre	2014	x	x
Égypte	Enquête sur la main-d'œuvre	2016	x	x
Émirats arabes unis	Enquête sur la main-d'œuvre	2016		x
Équateur	Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo	2016	x	x

Pays	Enquête	Année	Chapitre 2	Chapitre 4
Espagne	Enquête sur les forces de travail dans l'Union européenne (EFT-UE)	2016		x
	Statistiques communautaires sur le revenu et les conditions de vie de l'Union européenne (EU-SILC)	2016	x	
Estonie	Enquête sur les forces de travail dans l'Union européenne (EFT-UE)	2016		x
	Statistiques communautaires sur le revenu et les conditions de vie de l'Union européenne (EU-SILC)	2016	x	
États-Unis	Current Population Survey	2016	x	x
Éthiopie	Enquête nationale sur la main-d'œuvre	2013	x	x
Ex-République yougoslave de Macédoine	Enquête sur les forces de travail dans l'Union européenne (EFT-UE)	2016		x
Finlande	Enquête sur les forces de travail dans l'Union européenne (EFT-UE)	2016		x
	Statistiques communautaires sur le revenu et les conditions de vie de l'Union européenne (EU-SILC)	2016	x	
France	Enquête sur les forces de travail dans l'Union européenne (EFT-UE)	2016		x
	Statistiques communautaires sur le revenu et les conditions de vie de l'Union européenne (EU-SILC)	2016	x	
Gambie	Enquête sur la main-d'œuvre	2012	x	x
Ghana	6 ^e Enquête sur le niveau de vie au Ghana (avec module sur la main-d'œuvre)	2013	x	
Grèce	Enquête sur les forces de travail dans l'Union européenne (EFT-UE)	2016		x
	Statistiques communautaires sur le revenu et les conditions de vie de l'Union européenne (EU-SILC)	2016	x	
Guatemala	Encuesta Nacional de Empleo e Ingresos (ENEI)	2016	x	x
Honduras	Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples	2014		x
Hongrie	Enquête sur les forces de travail dans l'Union européenne (EFT-UE)	2016		x
	Statistiques communautaires sur le revenu et les conditions de vie de l'Union européenne (EU-SILC)	2016	x	
Inde	National Sample Survey (NSS)	2012		x

Pays	Enquête	Année	Chapitre 2	Chapitre 4
Indonésie	Enquête sur la main-d'œuvre (SAKERNAS)	2015		x
Iraq	Household Socio Economic Survey (HSES)	2012	x	x
Irlande	Enquête sur les forces de travail dans l'Union européenne (EFT-UE)	2016		x
	Statistiques communautaires sur le revenu et les conditions de vie de l'Union européenne (EU-SILC)	2015	x	
Islande	Enquête sur les forces de travail dans l'Union européenne (EFT-UE)	2016		x
	Statistiques communautaires sur le revenu et les conditions de vie de l'Union européenne (EU-SILC)	2015	x	
Italie	Enquête sur les forces de travail dans l'Union européenne (EFT-UE)	2016		x
	Statistiques communautaires sur le revenu et les conditions de vie de l'Union européenne (EU-SILC)	2015	x	
Japon	Enquête sur la main-d'œuvre	2015		x
Jordanie	Harmonized Labour Force Survey (HLFS)	2010	x	x
Koweït	Enquête sur la main-d'œuvre	2015		x
Rép. démocratique populaire lao	Enquête sur la main-d'œuvre et le travail des enfants	2010	x	x
Lettonie	Enquête sur les forces de travail dans l'Union européenne (EFT-UE)	2016		x
	Statistiques communautaires sur le revenu et les conditions de vie de l'Union européenne (EU-SILC)	2016	x	
Libéria	Enquête sur la main-d'œuvre	2010	x	x
Lituanie	Enquête sur les forces de travail dans l'Union européenne (EFT-UE)	2016		x
	Statistiques communautaires sur le revenu et les conditions de vie de l'Union européenne (EU-SILC)	2016	x	
Luxembourg	Enquête sur les forces de travail dans l'Union européenne (EFT-UE)	2016		x
	Statistiques communautaires sur le revenu et les conditions de vie de l'Union européenne (EU-SILC)	2015	x	
Madagascar	Enquête sur l'emploi 1-2	2012	x	x
Malawi	Enquête sur la main-d'œuvre	2013		x

Pays	Enquête	Année	Chapitre 2	Chapitre 4
Mali	Enquête modulaire permanente auprès des ménages (EMOP)	2015	x	x
Malte	Enquête sur les forces de travail dans l'Union européenne (EFT-UE)	2016		x
	Statistiques communautaires sur le revenu et les conditions de vie de l'Union européenne (EU-SILC)	2015	x	
Mexique	Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE)	2016	x	x
Mongolie	Enquête sur la main-d'œuvre	2015		x
Myanmar	Enquête sur la main-d'œuvre, le travail des enfants et la transition de l'école au travail	2015	x	x
Namibie	Enquête sur la main-d'œuvre	2016	x	x
Népal	Enquête sur la main-d'œuvre	2008	x	x
Nicaragua	Encuesta Nacional de Hogares para la Medición del Nivel de Vida (EMNV)	2014	x	x
Niger	Enquête nationale sur les conditions de vie des ménages et l'agriculture	2014	x	x
Nigéria	Enquête générale auprès des ménages	2013	x	x
Norvège	Enquête sur les forces de travail dans l'Union européenne (EFT-UE)	2016		x
	Statistiques communautaires sur le revenu et les conditions de vie de l'Union européenne (EU-SILC)	2016	x	
Ouganda	Enquête sur la main-d'œuvre le travail des enfants	2012	x	x
Pakistan	Enquête sur la main-d'œuvre	2015	x	x
Panama	Encuesta de Mercado Laboral	2014		x
Pays-Bas	Enquête sur les forces de travail dans l'Union européenne (EFT-UE)	2016		x
	Statistiques communautaires sur le revenu et les conditions de vie de l'Union européenne (EU-SILC)	2016	x	
Pérou	Encuesta Permanente de Empleo	2016	x	x
Philippines	Enquête sur la main-d'œuvre	2013	x	x
Pologne	Enquête sur les forces de travail dans l'Union européenne (EFT-UE)	2016		x
	Statistiques communautaires sur le revenu et les conditions de vie de l'Union européenne (EU-SILC)	2016	x	
Portugal	Enquête sur les forces de travail dans l'Union européenne (EFT-UE)	2016		x

Pays	Enquête	Année	Chapitre 2	Chapitre 4
	Statistiques communautaires sur le revenu et les conditions de vie de l'Union européenne (EU-SILC)	2016	x	
Qatar	Enquête sur la main-d'œuvre	2016		x
Rép. démocratique du Congo	Enquête sur l'emploi, le secteur informel et sur la consommation des ménages	2012	x	
Roumanie	Enquête sur les forces de travail dans l'Union européenne (EFT-UE)	2016		x
	Statistiques communautaires sur le revenu et les conditions de vie de l'Union européenne (EU-SILC)	2016	x	
Royaume-Uni	Enquête sur les forces de travail dans l'Union européenne (EFT-UE)	2016		x
	Statistiques communautaires sur le revenu et les conditions de vie de l'Union européenne (EU-SILC)	2016	x	
Russie, Fédération de	Enquête longitudinale de suivi de la Russie	2014	x	
	Enquête sur la main-d'œuvre	2016		x
Rwanda	Enquête sur la main-d'œuvre	2016		x
Sénégal	Enquête nationale sur l'emploi	2015		x
Serbie	Enquête sur les forces de travail dans l'Union européenne (EFT-UE)	2016		x
	Statistiques communautaires sur le revenu et les conditions de vie de l'Union européenne (EU-SILC)	2016	x	
Sierra Leone	Enquête sur la main-d'œuvre	2014	x	x
Slovaquie	Enquête sur les forces de travail dans l'Union européenne (EFT-UE)	2016		x
	Statistiques communautaires sur le revenu et les conditions de vie de l'Union européenne (EU-SILC)	2016	x	
Slovénie	Enquête sur les forces de travail dans l'Union européenne (EFT-UE)	2016		x
	Statistiques communautaires sur le revenu et les conditions de vie de l'Union européenne (EU-SILC)	2016	x	
Sri Lanka	Enquête trimestrielle sur la main-d'œuvre	2013	x	x
Suède	Enquête sur les forces de travail dans l'Union européenne (EFT-UE)	2016		x
	Statistiques communautaires sur le revenu et les conditions de vie de l'Union européenne (EU-SILC)	2016	x	

Pays	Enquête	Année	Chapitre 2	Chapitre 4
Suisse	Enquête sur les forces de travail dans l'Union européenne (EFT-UE)	2016		x
	Statistiques communautaires sur le revenu et les conditions de vie de l'Union européenne (EU-SILC)	2015	x	
Tanzanie, Rép. Unie de	Enquête intégrée sur la main-d'œuvre	2014	x	x
Rép. tchèque	Enquête sur les forces de travail dans l'Union européenne (EFT-UE)	2016		x
	Statistiques communautaires sur le revenu et les conditions de vie de l'Union européenne (EU-SILC)	2016	x	
Territoire palestinien occupé	Enquête sur la main-d'œuvre	2015		x
Thaïlande	Enquête sur la main-d'œuvre	2015	x	x
Timor-Leste	Enquête sur la main-d'œuvre	2013	x	
Togo	Questionnaire unifié des indicateurs de base du bien-être	2011	x	x
Tunisie	Enquête par panel sur le marché du travail en Tunisie	2014	x	x
Turquie	Enquête sur les forces de travail dans l'Union européenne (EFT-UE)	2016		x
	Enquête auprès des ménages sur la main-d'œuvre	2011	x	
Uruguay	Encuesta Continua de Hogares	2016	x	x
Venezuela, Rép. bolivarienne du	Encuesta de Hogares por Muestreo (EHM)	2012	x	x
Viet Nam	Enquête sur la main-d'œuvre	2014	x	x
Yémen	Enquête sur la main-d'œuvre	2014	x	x
Zambie	Enquête sur la main-d'œuvre	2014	x	x
Zimbabwe	Enquête sur la main-d'œuvre et le travail des enfants	2011	x	

Note: Les enquêtes EU-SILC ont été utilisées lorsqu'elles étaient disponibles pour les estimations relatives aux activités informelles, dans le chapitre 4.

Tableau A.7.2. Années des enquêtes sur l'utilisation du temps

Pays	Année	Pays	Année	Pays	Année
Afrique du Sud	2000	Colombie	2012-13	Finlande	1979
	2010	Corée, Rép. de	1999		1987
Albanie	2010-11		2004		1999
Algérie	2012		2009		2009
Allemagne	2001-02		2014	France	1974
	2012	Costa Rica	2004		1986
Argentine	2005	Cuba	2001		1999
Arménie	2008	Danemark	2001		2010
Australie	1992	El Salvador	2010	Ghana	2009
	1997	Équateur	2012	Grèce	2013-14
	2006	Espagne	2002-03	Hongrie	1999-2000
Autriche	2008-09		2009-10	Inde	1998-99
Azerbaïdjan	2008	Estonie	1999-2000	Iran , Rép. islamique d'	2009
	2012		2009-10		
Bélarus	2014-15	États-Unis	2003	Iraq	2007
Belgique	1999		2004	Irlande	2005
	2005		2005	Italie	1988-89
	2013		2006		2002-03
Bénin	1998		2007		2008-09
	2015		2008		2013-14
Bulgarie	2009-10		2009	Japon	2001
Cabo Verde	2012		2010		2006
Cambodge	2004		2011		2011
Cameroun	2014		2012		2016
Canada	1992		2013	Kazakhstan	2012
	1998		2014	Kirghizistan	2010
	2005		2015	Lettonie	2003
	2010		2016	Lituanie	2003
	2015	Éthiopie	2013	Madagascar	2001
Chili	2015	Ex-Rép. yougoslave de	2014-15	Mali	2008
Chine	2008	Macédoine		Maroc	2011-12

Pays	Année	Pays	Année	Pays	Année
Maurice	2003	Oman	2007-08	Taïwan	2004
Mexique	2002	Pakistan	2007	Tanzanie,	2006
	2009	Panama	2011	Rép.-Unie de	2014
	2014	Pays-Bas	2005-06	Territoire	1999-2000
Moldova, Rép. de	2011-12	Pérou	2010	palestinien occupé	2012-13
Mongolie	2007	Pologne	2003-04	Thaïlande	2004
	2011	Portugal	1999		2009
Norvège	1970	Qatar	2012-13		2014-15
	1980	Roumanie	2011-12	Tunisie	2005-06
	1990	Royaume-Uni	2000	Turquie	2006
	2000		2005		2014-15
	2010		2015	Uruguay	2007
Nouvelle-Zélande	1998-99	Serbie	2010-11		2013
	2009-10	Slovénie	2000-01		
		Suède	2000-01		
			2010-11		

NOTES

- 1 Nations Unies, 2017c.
- 2 Sprague, 1880.
- 3 OMS, 2018b
- 4 BIT, 2012b.
- 5 Nations Unies, 2009.
- 6 Les microdonnées de plusieurs enquêtes sur la main-d'œuvre ou auprès des ménages suivent uniquement les classifications nationales des professions et des branches d'activité. Dans ces enquêtes, les classifications nationales suivent les catégories à deux chiffres de la CITI Rev. 4 et la CIP-08. Pour les pays suivants, nous avons utilisé les catégories à 1 chiffre de la CITI Rev. 4: Afrique du Sud, Canada, Chine, Malawi, Fédération de Russie, Sénégal.
- 7 BIT, 2017j.
- 8 *Ibid.*
- 9 Tillé, 2011.
- 10 Deville et Sarndal, 1992.
- 11 Tschanz et Staub, 2017; Bambra, 2007.
- 12 Mooi et Sarstedt, 2011.

BIBLIOGRAPHIE

- Abraham, K.; Mackie, C. (dir. de publication). 2005. *Beyond the market: Designing nonmarket accounts for the United States* (Washington, DC, National Academies Press).
- Adams, A.; Berg, J. 2018. *When home affects pay: An analysis of the gender pay gap among crowdworkers* (Rochester, NY, Social Science Research Network). Disponible à l'adresse https://papers.ssrn.com/sol3/cf_dev/AbsByAuth.cfm?per_id=690094 [25 janv. 2018].
- Adamson, E.; Brennan, D. 2016. «Return of the nanny: Public policy towards in-home child-care in the UK, Canada and Australia», *Social Policy & Administration*, vol. 51, n° 7, pp. 1386-1405.
- Addati, L. 2010. «France», dans l'ouvrage publié sous la direction de C. Hein et N. Cassirer: *Workplace solutions for childcare* (Genève, BIT).
- ; Cassirer, N.; Gilchrist, K. 2014. *Maternity and paternity at work: Law and practice across the world* (Genève, BIT).
- ; Cheong, L. T. 2013. «Satisfaire également les besoins de ma famille», Protection de la maternité et mesures destinées à concilier travail et vie familiale pour les travailleuses et travailleurs domestiques, Note d'information sur le travail domestique n° 6 (Genève, BIT).
- Adema, W.; Clarke, C.; Frey, V. 2015. *Paid parental leave: Lessons from OECD countries and selected U.S. States*, OECD Social, Employment and Migration Working Papers No. 172 (Paris, OCDE).
- Agence européenne pour l'environnement. 2006. *Vulnerability and adaptation to climate change in Europe* (Copenhague).
- Ahmed, S. 2017. *The demographic impact of extended paid maternity-leave in Bangladesh* (International Growth Centre). Disponible à l'adresse <http://eprints.lse.ac.uk/81667/1/The%20demographic%20impact%20of%20extended%20paid%20maternity-leave%20in%20Bangladesh%20-%20IGC.pdf> [11 janv. 2018].
- Aiken, L. H.; Sermeus, W.; Van den Heede, K.; Sloane, D. M.; Busse, R.; McKee, M.; Bruyneel, L. et coll. 2012. «Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: Cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States», *The British Medical Journal*, vol. 344, e1717.
- Alfers, L. 2016. *Initiative garde d'enfants de WIEGO. Résumé des résultats de recherche sur les travailleuses de l'économie informelle et la garde d'enfants, issus de six organisations de base de travailleurs pauvres*. Disponible à l'adresse <http://www.wiego.org/publications/r%C3%A9sum%C3%A9-des-r%C3%A9sultats-de-recherche-sur-les-travailleuses-de-l%C2%B4%C3%A9conomie-informelle-et-la-> [29 nov. 2018].
- Altintas, E.; Sullivan, O. 2016. «Fifty years of change updated: Cross-national gender convergence in housework», *Demographic Research*, vol. 35, pp. 455-469.
- ; Sullivan, O.; Billari, F. C. 2014. «Fathers' changing contributions to child care and domestic work in very low-fertility countries: The effect of education», *Journal of Family Issues*, vol. 35, n° 8, pp. 1048-1065.
- Amarante, V.; Rossel, C. 2018. «Unfolding patterns of unpaid household work in Latin America», *Feminist Economics*, vol. 24, n° 1, pp. 1-34.

- Anand, P.; Sevak, P. 2017. «The role of workplace accommodations in the employment of people with disabilities», *IZA Journal of Labor Policy*, vol. 6, n° 12, pp. 6-12.
- Anderson, B.; Shutes, I. 2014. *Migration and care labour: Theory, policy and politics* (Basingstoke, Palgrave Macmillan).
- Antonopoulos, R. 2009. *The unpaid care work–paid work connection*, Working Paper No. 86 (Genève, BIT).
- Appleton, S.; Morgan, W. J.; Sives, A. 2006. «Should teachers stay at home? The impact of international teacher mobility», *Journal of International Development*, vol. 18, n° 6, pp. 771-786.
- Arbeitsmarktservice Österreich. 2018. *FiT: Frauen in Handwerk und Technik*. Disponible à l'adresse www.ams.at/service-arbeitsuchende/angebote-frauen/frauen-handwerk-technik [2 fév. 2018].
- Armstrong, P.; Pederson, A. (dir. de publication). 2015. *Women's health: Intersections of policy, research, and practice*, 2^e édition (Toronto, Women's Press).
- Austen, S.; Jefferson, T.; Ong, R.; Sharp, R.; Lewin, G.; Adams, V. 2016. «Recognition: Applications in aged care work», *Cambridge Journal of Economics*, vol. 40, n° 4, pp. 1037-1054.
- Bach, S.; Kessler, I.; Heron, P. 2006. «Changing job boundaries and workforce reform: The case of teaching assistants», *Industrial Relations Journal*, vol. 37, n° 1, pp. 2-21.
- Bambra, C. 2007. «Defamilisation and welfare state regimes: A cluster analysis», *International Journal of Social Welfare*, vol. 16, n° 4, pp. 326-338.
- Banque asiatique de développement. 2017. *Gender equality and the labor market: Women, work, and migration in the People's Republic of China* (Manille).
- Banque mondiale. 2012a. *Cutting-edge technology helps boost crop yields and farm incomes* (Washington, DC).
- . 2012b. *Rapport sur le développement dans le monde 2012* (Washington, DC).
- . 2015a. *The state of social safety nets 2015* (Washington, DC).
- . 2015b. *Women, business and the law 2016: Getting to equal* (Washington, DC).
- . 2016. *Harmonized list of fragile situations in 2016*. (Washington, DC). Disponible à l'adresse <http://www.worldbank.org/en/topic/fragilityconflictviolence/brief/harmonized-list-of-fragile-situations> [12 fév. 2018].
- . 2018a. *Indicateurs du développement dans le monde*. (Washington, DC). Disponible à l'adresse <http://databank.banquemondiale.org/data/reports.aspx?source=world-development-indicators> [4 déc. 2018].
- . 2018b. *Women, business and the law data, 2010, 2012, 2014, 2016 and 2018*. (Washington, DC). Disponible à l'adresse <http://pubdocs.worldbank.org/en/869191522241162608/WBL-RAW-DATA-2010-2018-29-March-2018.xlsx> [9 janv. 2018].
- ; Australian Aid. 2014. *Where are we during flooding? A qualitative assessment of poverty and social impacts of flooding in selected neighborhoods of HCMC* (Washington, DC).
- ; FAO (Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture); FIDA (Fonds international de développement agricole). 2008. *Gender in agriculture sourcebook*. Disponible à l'adresse <http://elibrary.worldbank.org/doi/book/10.1596/978-0-8213-7587-7> [1^{er} déc. 2017].
- Bárcia de Mattos, F.; Dasgupta, S. 2017. *MGNREGA, women's empowerment and transformative equality*, Employment Working Paper No. 230 (Genève, BIT).

- Berg, J. 2016. *Income security in the on-demand economy: Findings and policy lessons from a survey of crowdworkers*, Conditions of Work and Employment Series No. 74 (Genève, BIT).
- . 2017. Lecture critique de l'ouvrage *Heteromation, and other stories of computing and capitalism*, de Hamid R. Ekbria et Bonnie A. Nardi, parue dans la *Revue internationale du Travail* (rubrique Livres), vol. 156, n° 3-4, pp. 609-614.
- Bernardi, L.; Mortelmans, D. (dir. de publication). 2018. *Lone parenthood in the life course*, Life Course Research and Social Policies, vol. 8 (Londres, Springer Open). Disponible à l'adresse <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-319-63295-7> [1^{er} fév. 2018].
- Bettio, F.; Simonazzi, A.; Villa, P. 2006. «Change in care regimes and female migration: The 'care drain' in the Mediterranean», *Journal of European Social Policy*, vol. 16, n° 3, pp. 271-285.
- Bianchi, S. M.; Sayer, L. C.; Milkie, M. A.; Robinson, J. P. 2012. «Housework: WHO did, does or will do it, and how much does it matter?», *Social Forces*, vol. 91, n° 1, pp. 55-63.
- BIT (Bureau international du Travail). 2006. *Cadre multilatéral de l'OIT pour les migrations de main-d'œuvre: principes et lignes directrices non contraignants pour une approche des migrations de main-d'œuvre fondée sur les droits* (Genève).
- . 2008. *ABC des droits des travailleuses et de l'égalité entre hommes et femmes*, 2^e édition (Genève).
- . 2009. *Emplois verts: améliorer le climat pour l'égalité des genres aussi!* (Genève).
- . 2011a. *Le temps de travail au XXI^e siècle: rapport soumis pour discussion à la Réunion tripartite d'experts sur l'aménagement du temps de travail* (Genève, 17-21 octobre 2011) (Genève).
- . 2011b. *Domestic workers in the Philippines: Profile and working conditions*. Disponible à l'adresse www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@protrav/@travail/documents/publication/wcms_167021.pdf [17 janv. 2018].
- . 2012a. *Un bon départ: éducation et éducateurs de la petite enfance: rapport soumis aux fins de discussion lors du Forum de dialogue mondial sur les conditions d'emploi du personnel de l'éducation de la petite enfance* (22-23 février 2012), Genève, 2012 (Genève).
- . 2012b. *International Standard Classification of Occupations: ISCO-08* (Genève).
- . 2013a. *Domestic workers across the world: Global and regional statistics and the extent of legal protection* (Genève).
- . 2013b. *Emploi et protection sociale face à la nouvelle donne démographique*, rapport IV, Conférence internationale du Travail, 102^e session, Genève, 2013 (Genève).
- . 2013c. *Résolution I: résolution concernant les statistiques du travail, de l'emploi et de la sous-utilisation de la main-d'œuvre*, adoptée par la dix-neuvième Conférence internationale des statisticiens du travail, oct. 2013 (Genève).
- . 2014a. *Business as unusual: Making workplaces inclusive of people with disabilities* (Genève).
- . 2014b. *Coopérer pour sortir de l'isolement: les coopératives de travailleurs domestiques*, Les coopératives et le monde du travail n° 2 (Genève).
- . 2014c. *Guide sur les normes internationales du travail* (Turin, Centre international de formation de l'OIT).
- . 2014d. *Les règles du jeu: une brève introduction aux normes internationales du travail*, 3^e édition révisée (Genève).

- . 2014e. *World Social Protection Report 2014–15: Building economic recovery, inclusive development and social justice* (Genève).
- . 2014f. *Directives de l'OIT sur la promotion du travail décent pour le personnel de l'éducation de la petite enfance* (Genève).
- . 2015a. *Advancing gender equality: The co-operative way* (Genève).
- . 2015b. *Gender equality and green jobs: policy brief* (Genève).
- . 2015c. *ILO Global estimates on migrant workers and migrant domestic workers: Results and methodology*. Résumé français: «Estimations mondiales de l'OIT concernant les travailleuses et les travailleurs migrants: résultats et méthodologie» (Genève).
- . 2015d. *Portability of social security rights to nationals of both the EU and third countries* (Genève).
- . 2015e. *Social protection for migrant workers*, Labour Migration Highlights n° 4 (Genève).
- . 2015f. *L'initiative du centenaire sur l'avenir du travail*, Conférence internationale du Travail, 104^e session, Genève, 2015 (Genève).
- . 2015g. *Togo – Un socle de protection sociale et des garanties pour l'emploi: pour une réduction de la pauvreté durable d'ici 2030* (Genève).
- . 2015h. *Women in business and management: Gaining momentum*, Global report. Version abrégée en français: «Femmes d'affaires et femmes cadres: une montée en puissance. Rapport mondial» (Genève).
- . 2015i. *HealthWISE: amélioration du travail dans les services de santé – Manuel d'intervention* (Genève).
- . 2016a. *Formalizing domestic work* (Genève).
- . 2016b. *Principes généraux et directives opérationnelles concernant le recrutement équitable* (Genève).
- . 2016c. *Maternity cash benefits for workers in the informal economy*, Social Protection for All Issue Brief (Genève).
- . 2016d. *Non-standard employment around the world: Understanding challenges, shaping prospects* (Genève). Version abrégée en français: «L'emploi atypique dans le monde: identifier les défis, ouvrir des perspectives. Vue d'ensemble». Disponible à l'adresse https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_534516.pdf [3 déc. 2018].
- . 2016e. *Promouvoir la diversité et l'inclusion grâce à des ajustements sur le lieu de travail: guide pratique* (Genève).
- . 2016f. *Providing care through cooperatives 1: Survey and interview findings* (Genève).
- . 2016g. *Rural teachers in Africa: A report for ILO*, Working Paper No. 312 (Genève).
- . 2016h. *Rapport de la Commission sur le travail décent dans les chaînes d'approvisionnement mondiales: résolution et conclusions soumises pour adoption par la Conférence*, Conférence internationale du Travail, 105^e session, mai-juin 2016 (Genève).
- . 2016i. *Les femmes au travail: tendances 2016* (Genève).
- . 2016j. *Le travail décent dans les chaînes d'approvisionnement mondiales*, rapport IV, Conférence internationale du Travail, 105^e session, Genève, 2016 (Genève).
- . 2016k. *Own use production work (II) – Services for own final use*, communication lors du ILO Pilot LFS Studies Analysis Workshop, 15-18 nov. (Genève).

- . 2016l. *Rapport de la Commission d'experts pour l'application des conventions et recommandations* (Genève, BIT).
- . 2017a. *Ending child labour by 2025: A review of policies and programmes* (Genève).
- . 2017b. *Mettre fin à la violence et au harcèlement contre les femmes et les hommes dans le monde du travail*, rapport V (1), Conférence internationale du Travail, 107^e session, Genève, 2018 (Genève).
- . 2017c. *Améliorer les conditions d'emploi et de travail dans les services de santé* (Genève).
- . 2017d. *Rapport initial pour la Commission mondiale sur l'avenir du travail* (Genève).
- . 2017e. *Les peuples autochtones et les changements climatiques: de victimes à agents de changement grâce au travail décent* (Genève).
- . 2017f. «Methodology», *Global estimates of child labour: Results and trends 2012–2016*, (Genève).
- . 2017g. *Migration of health workers from Nepal* (Genève).
- . 2017h. *Providing care through cooperatives 2: Literature review and case studies* (Genève).
- . 2017i. *Strengthening social protection for the future of work*, document présenté à l'occasion du 2nd Meeting of the G20 Employment Working Group (Genève).
- . 2017j. *Trends Econometric Models* (Genève).
- . 2017k. *Women in non-standard employment*, fiche d'information (Genève).
- . 2017l. *World employment and social outlook: Trends for women 2017*. Résumé français: «Emploi et questions sociales dans le monde: tendances de l'emploi des femmes 2017» (Genève).
- . 2017m. *Rapport mondial sur la protection sociale 2017-2019: protection sociale universelle pour atteindre les objectifs de développement durable* (Genève).
- . 2017n. *Estimations mondiales du travail des enfants: résultats et tendances 2012-2016* (Genève).
- . 2017o. *Common interests, shared goals: Promoting decent work from Asia and Africa to the Middle East*, Beyrouth, Bureau régional de l'OIT pour les États arabes. Disponible à l'adresse www.ilo.org/beirut/WCMS_578736/lang--en/index.htm [9 fév. 2018].
- . 2017p. *Employer–migrant worker relationships in the Middle East: Exploring scope for internal labour market mobility and fair migration*, Beyrouth, Bureau régional de l'OIT pour les États arabes. Disponible à l'adresse www.ilo.org/beirut/publications/WCMS_552697/lang--en/index.htm [9 fév. 2018].
- . 2018a. *L'initiative sur les femmes au travail: un nouvel élan pour l'égalité*, rapport du Directeur général I (B), Conférence internationale du Travail, 107^e session, Genève, 2018 (Genève).
- . 2018b. *Étude d'ensemble concernant les instruments relatifs au temps de travail – Garantir un temps de travail décent pour l'avenir*, rapport III (B), Conférence internationale du Travail, 107^e session, Genève, 2018 (Genève).
- . 2018c. *South Africa: Expanded public works programme* (Genève, Département de la protection sociale).
- . 2018d. *Emploi et questions sociales dans le monde: tendances pour les femmes 2018 – Aperçu global* (Genève).
- . 2018e. Base de données sur la protection sociale dans le monde (World Social Protection Database) fondée sur l'enquête sur la sécurité sociale du BIT (Social Security Inquiry

- SSI) Disponible à l'adresse www.socialsecurityextension.org/gimi/gess/Wspr.action [1^{er} fév. 2018].
- . 2018f. *Women and men in the informal economy: A statistical picture*, troisième édition (Genève).
- . 2018g. *Cooperatives meeting informal economy workers' child care needs*, A Joint ILO and WIEGO Initiative (Genève). Disponible à l'adresse www.ilo.org/global/topics/cooperatives/publications/WCMS_626682/lang--en/index.htm [8 janv. 2018].
- . 2018h. *The impact of HIV and AIDS on the world of work: Global estimates* (Genève).
- . 2018i. Ratifications de conventions fondamentales par région, sur le site NORMLEX. Disponible à l'adresse https://www.ilo.org/dyn/normlex/fr/f?p=NORMLEXPUB:10011:0::NO::P10011_DISPLAY_BY,P10011_CONVENTION_TYPE_CODE:3,F [25 janv. 2018].
- . 2018j «Coopératives». Voir le site de l'OIT à l'adresse www.ilo.org/coop [17 janv. 2018].
- , CII (Conseil international des infirmières), OMS (Organisation mondiale de la santé), ISP (Internationale des services publics). 2002. *Directives générales sur la violence au travail dans le secteur de la santé* (Genève, BIT).
- ; Gallup. 2017. *Vers un meilleur avenir pour les femmes au travail: ce qu'en pensent les femmes et les hommes* (Genève).
- ; UNESCO (Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture). 2016. *Recommandation OIT/UNESCO de 1966 concernant la condition du personnel enseignant et Recommandation de l'UNESCO de 1997 concernant la condition du personnel enseignant de l'enseignement supérieur* (Genève).
- Blofield, M.; Martínez Franzoni, J. 2015. «Maternalism, co-responsibility, and social equity: A typology of work–family policies», *Social Politics: International Studies in Gender, State and Society*, vol. 22, n° 1, pp. 38-59.
- Blum, S.; Koslowski, A.; Moss, P. (dir. de publication). 2017. *13th International Review of Leave Policies and Related Research 2017* (Philadelphie, PA, International Network on Leave Policies and Research).
- Boll, C.; Leppin, J.; Reich, N. 2014. «Paternal childcare and parental leave policies: Evidence from industrialized countries», *Review of Economics of the Household*, vol. 12, n° 1, pp. 129-158.
- Boris, E.; Klein, J. 2006. «Organizing home care: Low-waged workers in the welfare state», *Politics & Society*, vol. 34, n° 1, pp. 81-108.
- ; Unden, M.; Kulick, A. 2017. *Conditions of care: Home care workers and their union in California*, présentation lors du Global Carework Summit, Lowell, MA, 1^{er}-3 juin. À propos du sommet, voir www.uml.edu/Research/CWW/carework/Summit/ [30 janv. 2018].
- Brodsky, J.; Habib, J.; Hirschfeld, M. (dir. de publication). 2003. *Long-term care in developing countries: Ten case-studies*, World Health Organization Collection on Long-Term Care (Genève, OMS).
- Brophy, J. T.; Keith, M. M.; Hurley M. 2017. «Assaulted and unheard: Violence against health-care staff», *New Solutions: A Journal of Environmental and Occupational Health Policy*, vol. 27, n° 4, pp. 581-606.
- Budig, M. J.; Hodges, M. J.; England, P. 2018. «Wages of nurturant and reproductive care workers: Individual and job characteristics, occupational closure, and wage-equalizing institutions», *Social Problems*. Disponible à l'adresse <https://academic.oup.com/socpro/advance-article/doi/10.1093/socpro/spy007/4976108> [21 janv. 2018].

- ; Misra, J. 2010. «Les emplois dans les services d’aide à la personne financièrement pénalisés? Une perspective internationale», *Revue internationale du Travail*, vol. 149, n° 4 (numéro spécial: Économie mondialisée: qui prend soin de qui?), pp. 489-512.
- Budlender, D. 2007. *A critical review of selected time use survey*, Gender and Development Programme Paper No. 2 (Genève, UNRISD).
- . 2008. *The statistical evidence on care and non-care work across six countries*, Gender and Development Programme Paper No. 4 (Genève, UNRISD).
- . 2010. *Compensation for contributions: Report on interviews with volunteer caregivers in six countries* (New York, NY, The Huairou Commission).
- . 2011. *Mesurer la valeur économique et sociale du travail domestique*, Travail domestique, Note d’information n° 3 (Genève, BIT).
- . 2016. *The introduction of a minimum wage for domestic workers in South Africa*, Conditions of Work and Employment Series No. 72 (Genève, BIT).
- Bünning, M. 2015. «What happens after the ‘daddy months’? Fathers’ involvement in paid work, childcare, and housework after taking parental leave in Germany», *European Sociological Review*, vol. 31, n° 6, pp. 738-748.
- Burnham, L.; Theodore, N. 2012. *Home economics: The invisible and unregulated world of domestic work* (New York, National Domestic Workers Alliance).
- CAF (Caisse d’allocations familiales). 2018. *Le complément de libre choix du mode de garde*. Disponible à l’adresse www.caf.fr/allocataires/droits-et-prestations/s-informer-sur-les-aides/petite-enfance/le-complement-de-libre-choix-du-mode-de-garde [29 nov. 2018].
- Calenda, D. (dir. de publication). 2016. *Case studies in the international recruitment of nurses: Promising practices in recruitment among agencies in the United Kingdom, India, and the Philippines* (Bangkok, Bureau régional de l’OIT pour l’Asie et le Pacifique).
- Campbell, J.; Ikegami, N.; Gori, C.; Barbabella, F.; Chomik, R.; d’Amico, F. et coll. 2015. «How different countries allocate long-term care resources to older users: A comparative snapshot», dans l’ouvrage publié sous la direction de C. Gori, J.-L. Fernandez et R. Wittenberg: *Long-term care reforms in OECD countries* (Bristol, Policy Press), pp. 47-76.
- Cangiano, A. 2009. *Migrant care workers in ageing societies: Report on research findings in the UK* (Oxford, Centre on Migration, Policy and Society (COMPAS)).
- Caravatti, M.-L.; McLeod Lederer, S.; Lupico, A.; Van Meter, N. 2014. *Getting teacher migration and mobility right* (Bruxelles, Internationale de l’éducation). Disponible à l’adresse <http://download.ei-ie.org/Docs/WebDepot/TeacherMigrationStudy.pdf>.
- Carling, J.; Carino, J.; Sherpa, L. N. 2015. *Asia report on climate change and indigenous peoples* (Chiang Mai, Pacte des peuples indigènes d’Asie).
- Cassirer, N.; Addati, L. 2007. *Accroître les opportunités de travail des femmes: les travailleurs de l’économie informelle et les services de garde des enfants* (Genève, BIT).
- Castagnone, E.; Salis, E.; Premazzi, V. 2013. *Promoting integration for migrant domestic workers in Italy* (Genève, BIT).
- Castles, S.; Ozkul, D. 2014. «Circular migration: Triple win, or a new label for temporary migration?», dans l’ouvrage publié sous la direction de G. Battistella: *Global and Asian perspectives on international migration*, vol. 4 (Cham, Suisse, Springer International Publishing), pp. 27-49.
- Castro-García, C.; Pazos-Moran, M. 2016. «Parental leave policy and gender equality in Europe», *Feminist Economics*, vol. 22, n° 3, pp. 51-73.

- CEPALC (Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes). 2013. *Guaranteeing indigenous people's rights in Latin America. Progress in the past decade and remaining challenges* (Santiago, Nations Unies, et CEPALC).
- . 2017. *Derechos de las personas mayores: retos para la interdependencia y autonomía*. Disponible à l'adresse www.cepal.org/es/publicaciones/41471-derechos-personas-mayores-retos-la-interdependencia-autonomia [10 fév. 2018].
- Cha, Y.; Weeden, K. A. 2014. «Overwork and the slow convergence in the gender gap in wages», *American Sociological Review*, vol. 79, n° 3, pp. 457-484.
- Chakraborty, L. 2016. *Fiscal policy practices for women's economic empowerment*, Réunion du groupe d'experts de la Commission de la condition de la femme des Nations Unies, Genève (New York, ONU-Femmes).
- Chamies, J. 2016. *320 million children in single-parent families* (IPS Inter Press Service News Agency). Disponible à l'adresse <http://www.ipsnews.net/2016/10/320-million-children-in-single-parent-families/> [12 fév. 2018].
- Chan, M. F.; Kamala Devi, M. 2015. «Factors affecting life expectancy: Evidence from 1980–2009 data in Singapore, Malaysia, and Thailand», *Asia Pacific Journal of Public Health*, vol. 27, n° 2, pp. 136-146.
- Charmes, J. 2015. *Time use across the world: Findings of a world compilation of time use surveys*, étude thématique du BRDH (New York, PNUD). Disponible à l'adresse http://www.hdr.undp.org/sites/default/files/charmes_hdr_2015_final.pdf.
- . À paraître. *The unpaid care work and the labour market. An analysis of time use data based on the latest world compilation of time-use surveys* (Genève, BIT).
- CHCA (Cooperative Home Care Associates). 2018. Informations disponibles à l'adresse www.chcany.org/ et www.bcorporation.net/community/cooperative-home-care-associates-chca [10 janv. 2018].
- Chen, F.; Liu G.; Mair, C. A. 2011. «Intergenerational ties in context: Grandparents caring for grandchildren in China», *Social Forces*, vol. 90, n° 2, pp. 571-594.
- Child Care Aware of America. 2017. *Checking in: A snapshot of the child care landscape – 2017 State fact sheets* (Arlington, VA). Disponible à l'adresse <https://usa.childcareaware.org/advocacy-public-policy/resources/research/statefactsheets/> [4 déc. 2017].
- Chioda, L. 2016. *Work and family: Latin American and Caribbean women in search of a new balance* (Washington, DC, Banque mondiale).
- Cho, E.; Sloane, D. M.; Kim, E.-Y.; Kim, S.; Choi, M.; Yoo, I. Y. et coll. 2015. «Effects of nurse staffing, work environments, and education on patient mortality: An observational study», *International Journal of Nursing Studies*, vol. 52, n° 2, pp. 535-542.
- Chopra, D.; Wanjiku Kelbert, A.; Iyer, P. 2013. *A feminist political economy analysis of public policies related to care: A thematic review* (Brighton, Institute of Development Studies). Disponible à l'adresse www.ids.ac.uk/publication/a-feminist-political-economy-analysis-of-public-policies-related-to-care-a-thematic-review [20 fév. 2017].
- Cichon, M.; Scholz, W.; van de Meerendonk, A.; Hagemeyer, K.; Bertranou, F.; Plamondon, P. 2004. *Financing social protection*, Quantitative Methods in Social Protection Series (Genève, BIT).
- Cloutier, E.; David, H.; Ledoux, E.; Bourdouxhe, M.; Gagnon, I.; Ouellet, F. 2008. «Effects of government policies on the work of home care personnel and their occupational health and safety», *Work*, vol. 30, n° 4, pp. 389-402.

- Colombo, F.; Llana-Nozal, A.; Mercier, J.; Tjadens, F. 2011. *Help wanted? Providing and paying for longterm care*, OECD Health Policy Studies (Paris, OCDE).
- ; Muir, T. 2015. «Developing a skilled long-term care workforce», dans l'ouvrage publié sous la direction de C. Gori, J.-L. Fernandez et R. Wittenberg: *Long-term care reforms in OECD countries* (Bristol, Policy Press).
- Cometto, G.; Scheffler, R.; Liu, J. X.; Maeda, A.; Tomblin Murphy, G.; Hunter, D.; Campbell, J. 2016. *Health workforce needs, demand and shortages to 2030: An overview of forecasted trends in the global health labour market*, Background Paper No. 1, Commission de haut niveau sur l'emploi dans le secteur de la santé et la croissance économique (Genève, OMS).
- Commission européenne. 2008. *Rapport de la commission au parlement européen, au conseil, au comité économique et social européen et au comité des régions: mise en œuvre des objectifs de Barcelone concernant les structures d'accueil pour les enfants en âge*, SEC (2008) 2524 (Bruxelles).
- . 2017. *Réalisation du socle européen des droits sociaux – Questions et réponses*. Disponible à l'adresse europa.eu/rapid/press-release_MEMO-17-1005_fr.pdf [30 nov. 2018].
- ; Parlement européen, Bruxelles. 2015. *Eurobarometer 82.4* (2014). GESIS Data Archive. Disponible à l'adresse <https://dbk.gesis.org/dbksearch/sdesc2.asp?no=5933&db=e&doi=10.4232/1.12265> [26 oct. 2017].
- Congrès de Colombie. 2010. *Loi 1413 de 2010* (Bogota). Disponible à l'adresse www.lexbase.co/lexdocs/indice/2010/1413de2010 [15 janv 2018].
- Connelly, R.; Kongar, E. 2017. «Feminist approaches to time use», dans l'ouvrage publié sous la direction de R. Connelly et E. Kongar: *Gender and time use in a global context* (New York, Palgrave Macmillan), pp. 1-26.
- Connolly, S.; Aldrich, M.; O'Brien, M.; Speight, S.; Poole, E. 2016. «Britain's slow movement to a gender egalitarian equilibrium: Parents and employment in the UK 2001–13», *Work, Employment and Society*, vol. 30, n° 5, pp. 838-857, doi: [10.1177/0950017016638009](https://doi.org/10.1177/0950017016638009).
- Cook, L. J. 2010. «Eastern Europe and Russia», dans l'ouvrage publié sous la direction de F. G. Castles et coll.: *The Oxford handbook of the welfare state* (Oxford, Oxford University Press).
- Cook, S.; Dong, X.-Y. 2011. «Harsh choices: Chinese women's paid work and unpaid care responsibilities under economic reform», *Development and Change*, vol. 42, n° 4, pp. 947-965.
- Cox, R. (dir. de publication). 2015. *Au pairs' lives in global context: Sisters or servants?* (Basingstoke, Palgrave Macmillan).
- Cross, G. 1998. «Time for life: The surprising ways Americans use their time. By John P. Robinson and Geoffrey Godbey», notice bibliographique, *American Journal of Sociology*, vol. 104, n° 1, pp. 246-248.
- CSI (Confédération syndicale internationale). 2016. *Investir dans l'économie des soins: une analyse par sexe d'une stimulation de l'emploi dans sept pays de l'OCDE* (Bruxelles).
- Daly, M. E. (dir. de publication). 2001. *Care work: The quest for security* (Genève, BIT).
- Dammert, A. C.; de Hoop, J.; Mvukiyeye, E.; Rosati, F. C. 2017. *The effects of public policy on child labor: Current knowledge, gaps, and implications for program design*, UCW Working Paper Series (Rome, Understanding Children's Work).
- Da Roit, B.; van Bochove, M. 2017. «Migrant care work going Dutch? The emergence of a live-in migrant care market and the restructuring of the Dutch long-term care system», *Social Policy and Administration*, vol. 51, n° 1, pp. 76-94.

- ; Le Bihan, B. 2010. «Similar and yet so different: Cash-for-care in six European countries' long-term care policies», *The Milbank Quarterly*, vol. 88, n° 3, pp. 286-309.
- ; Weicht, B. 2013. «Migrant care work and care, migration and employment regimes: A fuzzy-set analysis», *Journal of European Social Policy*, vol. 23, n° 5, pp. 469-486.
- Dasgupta, J.; Sandhya, Y. K.; Mukerjee, A. (dir. de publication). 2012 *The crisis of maternity: Healthcare and maternity protection for women wage workers in the informal sector in India* (Uttar Pradesh, SAHAYOG).
- Deaton, A.; Stone, A. A. 2014. «Grandpa and the snapper: The wellbeing of the elderly who live with children», dans l'ouvrage publié sous la direction de D. A. Wise: *Discoveries in the economics of aging* (Chicago, University of Chicago Press).
- DeGraff, D. S.; Levison, D.; Dungumaro, E. W. 2017. «Environmental chores, household time use, and gender in rural Tanzania», dans l'ouvrage publié sous la direction de R. Connelly et E. Kongar: *Gender and time use in a global context* (New York, Palgrave Macmillan), pp. 407-433.
- De Henau, J.; Himmelweit, S.; Lapniewska, Z.; Perrons, D. 2016. *Investing in the care economy: A gender analysis of employment stimulus in seven OECD countries* (UK Women's Budget Group et Confédération syndicale internationale).
- ; Himmelweit, S.; Perrons, D. 2017. *Investing in the care economy: Simulating employment effects by gender in countries in emerging economies* (UK Women's Budget Group, ONU-Femmes et Confédération syndicale internationale).
- Devecchi, C.; Dettori, F.; Doveston, M.; Sedgwick, P.; Jament, J. 2012. «Inclusive classrooms in Italy and England: The role of support teachers and teaching assistants», *European Journal of Special Needs Education*, vol. 27, n° 2, pp. 171-184.
- Deville, J.-C.; Sarndal, C.-E. 1992. «Calibration estimators in survey sampling», *Journal of the American Statistical Association*, vol. 87, n° 418, pp. 376-382.
- Dhillon, I. 2015. *Assessing the relevance and effectiveness of the WHO global code of practice on the international recruitment of health personnel: Evidence and reflection*. Disponible à l'adresse www.who.int/workforcealliance/05.pdf [29 janv. 2018].
- Dimova, A.; Rohova, M.; Moutafova, E.; Atanasova, E.; Koeva, S.; Panteli, D.; van Ginneken, E. 2012. «Bulgaria health system review», *Health Systems in Transition*, vol. 14, n° 3, pp. 1-186.
- Domínguez-Serrano, M. 2012. *Unpaid care work in Africa*, Document de travail 6/2012 (Bilbao, Fondation BBVA).
- Dong, X.-Y.; Feng, J.; Yu, Y. 2017. «Relative pay of domestic eldercare workers in Shanghai, China», *Feminist Economics*, vol. 23, n° 1, pp. 135-159.
- Downes, R.; von Trapp, L.; Nicol, S. 2016. «Gender budgeting in OECD countries», *OECD Journal on Budgeting*, vol. 2016, n° 3, pp. 1-37.
- Drake, L. J.; Woolnough, A. (dir. de publication). 2016. *Global school feeding sourcebook: Lessons from 14 countries* (Londres, Imperial College Press).
- Duffy, M. 2011. *Making care count* (New Brunswick, NJ, Rutgers University Press).
- ; Albelda, R.; Hammonds, C. 2013. «Counting care work: The empirical and policy applications of care theory», *Social Problems*, vol. 60, n° 2, pp. 145-167.
- ; Armenia, A.; Stacey, C. L. (dir. de publication). 2015. *Caring on the clock: The complexities and contradictions of paid care work*, Families in Focus (New Brunswick, NJ, Rutgers University Press).

- Dumont, J.; Lafortune, G. 2016. *International migration of doctors and nurses to OECD countries: Recent trends and policy implications* (Genève, OMS).
- Duncan, K. 2007. «Global climate change and women's health», *Women and Environments International Magazine*, n° 74/75, pp. 10-11.
- Duvander, A.-Z.; Jans, A.-C. 2009. «Consequences of fathers' parental leave use: Evidence from Sweden», *Finnish Yearbook of Population Research*, vol. 44, pp. 49-62.
- Eberth, B.; Elliott, R. F.; Skåtun, D. 2016. «Pay or conditions? The role of workplace characteristics in nurses' labor supply», *The European Journal of Health Economics*, vol. 17, n° 6, pp. 771-785.
- EFSI (Fédération européenne des services à la personne). 2013. *White book on personal and household services in ten EU Member States*. Disponible à l'adresse www.thefamilywatch.org/2013/11/15/doc-0436-es/ [3 nov. 2017].
- Eichhorst, W.; Marx, P. (dir. de publication). 2015. *Non-standard employment in post-industrial labour markets* (Cheltenham, Edward Elgar).
- EIGE (Institut européen pour l'égalité entre les hommes et les femmes). 2012. *Review of the implementation in the EU of area K of the Beijing platform for action: Women and the environment, Gender equality and climate change – main findings* (Luxembourg, Office des publications de l'Union européenne).
- Elson, D. 1998. «The economic, the political and the domestic: Businesses, states and households in the organisation of production», *New Political Economy*, vol. 3, n° 2, pp. 189-208.
- England, P.; Budig, M.; Folbre, N. 2002. «Wages of virtue: The relative pay of care work», *Social Problems*, vol. 49, n° 4, pp. 455-473.
- EPT (Éducation pour tous); UNESCO (Organisation des Nations Unies pour l'éducation la science et la culture). 2015. *The challenge of teacher shortage and quality: Have we succeeded in getting enough quality teachers into classrooms?*, Education for All Global Monitoring Report Policy Paper 19 (Paris).
- Espinoza, R. 2017. *Immigrants and the direct care workforce* (Paraprofessional Healthcare Institute). Disponible à l'adresse <https://phinational.org/resource/immigrants-and-the-direct-care-workforce/> [2 fév. 2018].
- Esquivel, V. 2010. «Les travailleurs des services à autrui en Argentine: entre institutions du marché du travail et services», *Revue internationale du Travail*, vol. 149, n° 4 (numéro spécial: Économie mondialisée: qui prend soin de qui?), pp. 533-552.
- . 2017a. «The rights-based approach to care policies: Latin American experience», *International Social Security Review*, vol. 70, n° 4, pp. 87-103.
- . 2017b. «Time-use surveys in Latin America: 2005–15», dans l'ouvrage publié sous la direction de I. Hirway: *Mainstreaming unpaid work* (Oxford, Oxford University Press), pp. 110-140.
- ; Budlender, D.; Folbre, N.; Hirway, I. 2008. «Explorations: Time-use surveys in the south», *Feminist Economics*, vol. 14, n° 3, pp. 107-152.
- ; Kaufmann, A. 2017. *Innovations in care. New concepts, new actors, new policies* (Berlin, Friedrich Ebert Stiftung).
- ; Pereyra, F. 2017. «Las condiciones laborales de las y los trabajadores del cuidado en Argentina: Reflexiones en base al análisis de tres ocupaciones seleccionadas», *Trabajo y Sociedad*, n° 28, pp. 55-82.
- ; —. 2018. «Care workers in Argentina», *New Solutions: A Journal of Environmental and Occupational Health Policy*, vol. 27, n° 4, pp. 462-482.

- E Tū. 2017. *Equal pay*. Disponible à l'adresse www.etu.nz/campaigns/equal-pay/ [23 janv. 2018].
- Eurofound. 2013. *Troisième enquête européenne sur la qualité de vie. Contrôle de la qualité: Évaluer la société et les services publics* (Luxembourg, Office des publications de l'Union européenne).
- . 2015. *Sixième enquête européenne sur les conditions de travail: 2015*. Disponible à l'adresse <https://www.eurofound.europa.eu/fr/surveys/european-working-conditions-surveys/sixth-european-working-conditions-survey-2015> [30 nov. 2018].
- . 2017. *Modèles de temps de travail pour un travail durable* (Luxembourg, Office des publications de l'Union européenne).
- ; BIT. 2017. *Working anytime, anywhere: The effects on the world of work* (Luxembourg et Genève, Office des publications de l'Union européenne et BIT).
- EUROSTAT. 2017. *People outside the labour market*. Disponible à l'adresse http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/People_outside_the_labour_market [30 nov. 2018].
- Fagan, C.; Norman, H.; Smith, M.; Gonzalez Menendez, M. C. 2014. *In search of good quality part-time employment*, Conditions of Work and Employment Series No. 43 (Genève, BIT).
- Ferguson, L. 2013. «Gender, work, and the sexual division of labor», dans l'ouvrage publié sous la direction de G. Waylen: *The Oxford handbook of gender and politics* (Oxford, Oxford University Press), pp. 337-357.
- Ferrant, G.; Pesando, L. M.; Nowacka, K. 2014. *Unpaid care work: The missing link in the analysis of gender gaps in labour outcomes* (Paris, OCDE).
- Ferreira, F. H. G. 2013. *Economic mobility and the rise of the Latin American middle class*, World Bank Latin American and Caribbean Studies (Washington, DC, Banque mondiale).
- FIDA (Fonds international de développement agricole) 2016a. *Compendium of rural women's technologies and innovations* (Rome).
- . 2016b. *Rapport sur le développement rural 2016: encourager une transformation inclusive du monde rural* (Rome).
- Figueiredo, M. da C.; Suleman, F.; do Carmo Botelho, M. 2018. «Workplace abuse and harassment: The vulnerability of informal and migrant domestic workers in Portugal», *Social Policy and Society*, vol. 17, n° 1, pp. 65-85.
- Filleul, L.; Larrieu, S.; Lefranc, A. 2011. «Extreme temperatures and mortality», dans l'ouvrage publié sous la direction de J. O. Nriagu: *Encyclopedia of Environmental Health* (Amsterdam, Elsevier), pp. 693-699.
- Fleury, A. 2016. *Understanding women and migration: A literature review*, Working Paper 8 (Washington, DC, Global Knowledge Partnership on Migration and Development (KNOMAD)).
- Flynn, L. B.; Schwartz, H. M. 2017. «No exit: Social reproduction in an era of rising income inequality», *Politics & Society*, vol. 45, n° 4, pp. 471-503.
- FMI (Fonds monétaire international). 2018. *Real GDP growth. Annual percent change*, IMF Data Mapper (Washington, DC). Disponible à l'adresse www.imf.org/external/datamapper/NGDP_RPCH@WEO/OEMDC/ADVEC/WEOWORLD [29 janv. 2018].
- Folbre, N. 2006a. «Demanding quality: Worker/consumer coalitions and “high road” strategies in the care sector», *Politics & Society*, vol. 34, n° 1, pp. 11-32.
- . 2006b. «Measuring care: Gender, empowerment, and the care economy», *Journal of Human Development*, vol. 7, n° 2, pp. 183-199.

- . 2010. *Valuing children: Rethinking the economics of the family*, The Family and Public Policy (Cambridge, MA, Harvard University Press).
- . 2017. «The care penalty and gender inequality», dans l'ouvrage publié sous la direction de S. L. Averett, L. M. Argys et S. D. Hoffman: *The Oxford handbook of women and the economy* (Oxford, Oxford University Press).
- ; Smith, K. 2017. *Wages of power vs. wages of care*. Disponible à l'adresse www.aeaweb.org/conference/2017/preliminary/paper/ae62fSBQ [29 janv. 2018].
- Foster, G.; Williamson, J. 2000. «A review of current literature of the impact of HIV/AIDS on children in sub-Saharan Africa», *AIDS*, vol. 14, n° 3, pp. 275-284.
- Fournier, M. 2017. «La labor de las trabajadoras comunitarias de cuidado infantil en el conurbano bonaerense ¿Una forma de subsidio de «abajo hacia arriba»?», *Trabajo y Sociedad*, n° 28, pp. 83-108.
- Franck, A. K.; Olsson, J. 2014. «Sous-déclaration et sous-estimation du travail des femmes en Malaisie», *Revue internationale du Travail*, vol. 153, n° 2 (numéro spécial: Activité et emploi des femmes: de l'inégalité à la ségrégation).
- Fudge, J. 2011. *The precarious migrant status and precarious employment: The paradox of international rights for migrant workers*, SSRN Scholarly Paper (Rochester, NY, Social Science Research Network).
- ; Hobden, C. 2018. *Conceptualizing the role of intermediaries in formalizing domestic work* (Genève, BIT).
- ; Strauss, K. (dir. de publication). 2014. *Temporary work, agencies and unfree labour: Insecurity in the new world of work*, Routledge Studies in Employment and Work Relations in Context 11 (New York, Routledge, Taylor & Francis).
- 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*, GED Working Paper 4/2013. Disponible à l'adresse www.ilo.org/gender/Informationresources/WCMS_233599/lang--en/index.htm [8 déc. 2017].
- Fumasoli, T.; Goastellec, G.; Kehm, B. M. 2015. «Academic careers and work in Europe: Trends, challenges, perspectives», dans l'ouvrage publié sous la direction de T. Fumasoli, G. Goastellec et B. Kehm: *Academic work and careers in Europe: Trends, challenges, perspectives*, The Changing Academy – The Changing Academic Profession in International Comparative Perspective, vol. 12 (Cham, Suisse, Springer), pp. 201-214.
- Futur en tous genres. 2018. *Nouvelles perspectives pour filles et garçons* (Genève). Disponible à l'adresse <https://www.futurentousgenres.ch/fr/home/> [7 fév. 2018].
- Gallo, L. E. 2015. «El proceso de reforma de la salud en el Uruguay: Pasado, presente y futuro», *Monitor Estratégico*, n° 7 (Bogotá, Uruguay, ministère de la Santé et de la Protection sociale), pp. 1-43. Disponible à l'adresse www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/proceso-reforma-salud-uruguay.pdf [29 janv. 2018].
- Gallotti, M. 2015. *Faire du travail décent une réalité pour les travailleurs domestiques migrants*, Note d'information sur le travail domestique n° 9 (Genève, BIT). Disponible à l'adresse https://www.ilo.org/travail/whatwedo/publications/WCMS_436977/lang--fr/index.htm [2 déc. 2018].
- Gambara, L. 2017. «Who is minding the kids? New developments and lost opportunities in reforming the British early education workforce», *Journal of European Social Policy*, vol. 27, n° 4, pp. 320-331.

- Garofalo Geymonat, G.; Marchetti, S.; Kyritsis, P. (dir. de publication). 2017. *Domestic workers speak: A global fight for rights and recognition* (Londres, openDemocracy). Disponible à l'adresse <https://drive.google.com/file/d/0B2IN4rGTopsaZ0VLdmZuYnBuc0U/view> [22 janv. 2018].
- Gasparini, L.; Marchionni, M. 2015. *Bridging gender gaps? The rise and deceleration of female labor force participation in Latin America* (La Plata, Center for Distributive, Labor and Social Studies – CEDLAS).
- Gatenio Gabel, S.; Kaufman, D. S. 2017. «United States country note», dans l'ouvrage publié sous la direction de S. Blum, A. Koslowski et P. Moss: *International review of leave policies and research 2017* (Philadelphia, PA, International Network on Leave Policies and Research). Disponible à l'adresse www.leavenetwork.org/lp_and_r_reports/ [29 janv. 2018].
- Ghosh, J. À paraître. *Decent work and the care economy: Recognizing, reducing, redistributing, representing and rewarding care work* (Genève, BIT).
- Giddens, A. 1992. *The transformation of intimacy: Sexuality, love and eroticism in modern societies* (Stanford, CA, Stanford University Press).
- Glaser, K.; di Gessa, G.; Tinker, A. 2014. *Grandparenting in Europe: The health and wellbeing of grandparents caring for grandchildren: The role of cumulative advantage/disadvantage* (Londres, Grandparents Plus).
- ; Price, D.; Ribe Montserrat, E.; di Gessa, G.; Tinker, A. 2013. *Grandparenting in Europe: Family policy and grandparents' role in providing childcare* (Londres, Grandparents Plus).
- Glenn, E. N. 1992. «From servitude to service work: Historical continuities in the racial division of paid reproductive labor», *Signs*, vol. 18, n° 1, pp. 1-43.
- . 2000. «Creating a caring society», *Contemporary Sociology*, vol. 29, n° 1, pp. 84-94.
- Goldberg, H. 2015. *The long journey home: The contested exclusion and inclusion of domestic workers from federal wage and hour protections in the United States*, Conditions of Work and Employment Series No. 58 (Genève, BIT).
- . À paraître. *Case study on USA unionization of domestic workers and bill of rights* (Genève, BIT), Service des marchés du travail inclusifs, des relations professionnelles et des conditions de travail (Genève, BIT).
- Goldblatt, B. 2016. *Developing the right to social security – A gender perspective* (Abingdon, Oxon, Routledge).
- Goldin, C. 2014. «A grand gender convergence: Its last chapter», *American Economic Review*, vol. 104, n° 4, pp. 1091-1119.
- Gori, C.; Fernández, J.; Wittenberg, R. 2016. *Long-term care reforms in OECD countries*.
- Gouvernement de l'Argentine. 2014. Loi 14628, Province de Buenos Aires. Disponible à l'adresse www.gob.gba.gov.ar/legislacion/legislacion/l-14628.html [23 fév. 2018].
- Gouvernement de l'Australie. 2013. Fair Work Ombudsman: *Gender pay equity*. Disponible à l'adresse www.fairwork.gov.au/ [6 fév. 2018].
- Gouvernement du Canada. 2017. *Apprentissage et la garde des jeunes enfants*. Rapport ministériel sur le rendement (Emploi et Développement social Canada). Disponible à l'adresse <https://www.canada.ca/fr/emploi-developpement-social/programmes/apprentissage-garde-jeunes-enfants.html> [31 janv. 2018].
- Gouvernement du Chili. 2018. *Chile Crece Contigo*. Disponible à l'adresse www.crececontigo.gob.cl/ [6 fév. 2018].

- Gouvernement de la Colombie. 2013. *Cuenta Satélite de la economía del cuidado. Fase 1: Valoración económica del trabajo doméstico y de cuidados no remunerado* (Bogotá, DANE – Département administratif national de statistique).
- . 2014. *Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2014–2018* (Bogotá, DNP – Département national de la planification).
- Gouvernement de l'Équateur. 2015. *Amas de casa se informan sobre beneficios de afiliación al IESS* (IESS – Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social). Disponible à l'adresse www.iess.gob.ec.
- . 2018. *La afiliación de las amas de casa a la seguridad social ya es una realidad*, Secrétariat technique, Plan «Toda una Vida».
- Gouvernement du Japon. 2015. *Japan's robot strategy* (Tokyo, METI – ministère de l'Économie, du Commerce et de l'Industrie du Japon). Disponible à l'adresse www.meti.go.jp/english/press/2015/0123_01.html [23 fév. 2018].
- Gouvernement de la Nouvelle Zélande. 2017a. «\$2b pay equity settlement for 55,000 health care workers signed», *The Beehive*. Disponible à l'adresse www.beehive.govt.nz/release/2b-pay-equity-settlement-55000-health-care-workers-signed [23 janv. 2018].
- . 2017b. *Care and support workers pay equity settlement* (ministère de la Santé). Disponible à l'adresse www.health.govt.nz/new-zealand-health-system/care-and-support-workers-pay-equity-settlement [23 janv. 2018].
- . 2017c. *Employment (Pay Equity and Equal Pay) Bill 2017* (New Zealand Parliamentary Service).
- Gouvernements des Philippines et de Bahreïn. 2007. *Memorandum of Agreement Between the Government of the Republic of the Philippines and the Government of the Kingdom of Bahrain on Health Services Cooperation* (Manama, Bahreïn).
- Gouvernement du Royaume-Uni. 2018. *Flexible working*. Disponible à l'adresse www.gov.uk/flexible-working [1^{er} fév. 2018].
- Gouvernement de l'Uruguay. 2015. *Plan Nacional de Cuidados 2016–2020*. Junta Nacional de Cuidados. Disponible à l'adresse www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/61181/1/plan-nacional-de-cuidados-2016-2020.pdf [15 janv. 2018].
- . 2018. *Sistema de Cuidados: Página Principal* (Système national de soins). Disponible à l'adresse www.sistemadecuidados.gub.uy/ [10 fév. 2018].
- Gresz, M.; Borbás, F.; Dózsa, C. 2016. «A description of the utilization of long term care and elderly care facilities in Hungary», *International Journal of Integrated Care*, vol. 16, n° 6.
- Griffiths, P.; Dall'Ora, C.; Simon, M.; Ball, J.; Lindqvist, R.; Rafferty, A.-M.; Schoonhoven, L.; Tishelman, C.; Aiken, L. H. 2014. «Nurses' shift length and overtime working in 12 European countries», *Medical Care*, vol. 52, n° 11, pp. 975-981.
- Grimshaw, D.; Rubery, J. 2015. *The motherhood pay gap: A review of the issues, theory and international evidence* (Genève, BIT).
- Guzmán, J. M.; Martine, G.; McGranahan, G.; Schensul, D.; Tacoli, C. 2009. *Population dynamics and climate change* (New York, FNUAP (Fonds des Nations Unies pour la population) et IIED (Institut international pour l'environnement et le développement)).
- Haas, L.; Rostgaard, T. 2011. «Fathers' rights to paid parental leave in the Nordic countries: Consequences for the gendered division of leave», *Community, Work and Family*, vol. 14, n° 2, pp. 177-195.
- Hallegatte, S.; Bangalore, M.; Bonzanigo, L.; Fay, M.; Kane, T.; Narloch, U.; Rozenberg, J.; Treguer, D.; Vogt-Schilb, A. 2016. *Shock waves* (Washington, DC, Banque mondiale).

- Halvorsen, R.; Hvinden, B.; Bickenbach, J.; Ferri, D.; Guillén Rodríguez, A. M. (dir. de publication). 2017. *The changing disability policy system*, Active Citizenship and Disability in Europe, vol. 1 (Abingdon, Oxon, Routledge).
- Hayes, L. J. B. 2016. *Stories of care: A labour of law* (Londres, Palgrave Macmillan).
- Heilman, B.; Levitov, R.; van der Gaag, N. Hassink, A.; Barker, G. 2017. *State of the world's fathers: Time for action* (Washington, DC, Promundo, Sonke Gender Justice, Save the Children, MenEngage Alliance).
- Hein, C.; Cassirer, N. (dir. de publication). 2010. *Workplace solutions for childcare* (Genève, BIT). Résumé en français: «Les solutions de garde d'enfants sur le lieu de travail», disponible à l'adresse http://www.ilo.org/public/libdoc/ilo/2010/110B09_12_engl_resume_executif.pdf.
- Heintz, J. 2015. *Pourquoi la politique macroéconomique est-elle importante pour l'égalité des sexes?*, Document de politique générale n° 4 (New York, ONU-Femmes). Disponible à l'adresse <http://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2015/unwomen-policybrief04-macroeconomicpolicymattersforgenderequality-fr.pdf?la=en&vs=308> [2 déc. 2018].
- Hellgren, Z.; Serrano, I. 2017. «Transnationalism and financial crisis: The hampered migration projects of female domestic workers in Spain», *Social Sciences*, vol. 6, n° 1, pp. 1-18.
- HelpAge. 2017. *Investing in an ageing world: Shifting debates from costs to investments* (Londres).
- Hepple, B. 2017. «Égalité et renforcement du pouvoir d'action pour un travail décent», *Revue internationale du Travail*, vol. 140, n° 1, pp. 7-22.
- Heymann, J.; Sprague, A. R.; Nandi, A.; Earle, A.; Batra, P.; Schickedanz, A.; Chung, P. J.; Raub, A. 2017. «Paid parental leave and family wellbeing in the sustainable development era», *Public Health Reviews*, vol. 38, n° 1, pp. 1-16.
- Hill, E. 2017. *A better future for women at work: Legal and policy strategies for informal work*, présenté lors de la conférence intitulée «A Better Future for Women at Work», organisée par l'Oxford Human Rights Hub, l'OIT et l'Université de Kent, Oxford, 18-19 mai. Informations disponibles à l'adresse www.law.ox.ac.uk/news/2017-06-05-better-future-women-work [2 déc. 2018].
- Himmelweit, S. 2006. «The prospects for caring: Economic theory and policy analysis», *Cambridge Journal of Economics*, vol. 31, n° 4, pp. 581-599.
- . 2017. *Care jobs and the care economy: Framing the issues for the future of decent work*, communication non publiée, 1^{re} séance plénière, Conférence de l'OIT sur la régulation pour le travail décent 2017 (Genève, BIT).
- Hirose, K.; Czepulis-Rutkowska, Z. 2016. *Challenges in long-term care of the elderly in Central and Eastern Europe* (Genève, Équipe d'appui technique au travail décent et du Bureau de pays de l'OIT pour l'Europe centrale et orientale. Disponible à l'adresse www.ilo.org/budapest/what-we-do/publications/WCMS_532427/lang--en/index.htm [25 juil. 2017].
- Hirway, I. (dir. de publication). 2017. *Mainstreaming unpaid work: Time-use data in developing policies*, 1^{re} édition (New Delhi, Oxford University Press).
- Hobden, C. 2015. *L'organisation comme outil permettant aux travailleurs domestiques de faire entendre leur voix et d'être représentés*, Note d'information sur le travail domestique n° 8 (Genève, BIT). Disponible à l'adresse https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-ed_protect/---protrav/---travail/documents/publication/wcms_436284.pdf [2 déc 2018].
- Hobson, B.; Hellgren, Z.; Bede, L. 2015. *How institutional contexts matter: Migration and domestic care services and the capabilities of migrants in Spain and Sweden*, Families and

- Societies Working Paper Series 46. Disponible à l'adresse www.familiesandsocieties.eu/wp-content/uploads/2015/11/WP46HobsonEtAl2015.pdf [3 nov. 2017].
- Hochschild, A. R. 1989. *The second shift* (Harmondsworth, Penguin Books).
- Hoffmann, F.; Huber, M.; Rodrigues, R. 2013. «Policies to support carers», dans l'ouvrage publié sous la direction de A. Moreno Minguez: *Family well-being: European perspectives*, Social Indicators Research Series, vol. 49 (Dordrecht, Springer), pp. 243-260.
- Holmes, R.; Jones, N. 2010. *Rethinking social protection using a gender lens* (Londres, Overseas Development Institute).
- Hook, J. L. 2006. «Care in context: Men's unpaid work in 20 countries, 1965–2003», *American Sociological Review*, vol. 71, n° 4, pp. 639-660.
- Hrženjak, M. 2017. «Precarious situations of care workers in home-based elder care in Slovenia», *New Solutions: A Journal of Environmental and Occupational Health Policy*, vol. 27, n° 4, pp. 483-500, doi: [10.1177/1048291117740682](https://doi.org/10.1177/1048291117740682).
- Hsiao, W.; Li, M.; Zhang, S. 2015. *Universal health coverage: The case of China*, document de travail (Genève, UNRISD).
- Huerta, M. del C.; Adema, W.; Baxter, J.; Han, W.-J.; Lausten, M.; Lee, R.; Waldfogel, J. 2013. *Fathers' leave, fathers' involvement and child development: Are they related? Evidence from four OECD countries*, OECD Social, Employment and Migration Working Papers No. 140 (Paris, OCDE).
- Hugo, G. 2013. *What we know about circular migration and enhanced mobility*, Migration Policy Institute Policy Brief No. 7 (Washington, DC, Migration Policy Institute). Disponible à l'adresse www.migrationpolicy.org/research/what-we-know-about-circular-migration-and-enhanced-mobility [16 fév. 2018].
- Human Rights Watch 2006. *Swept under the rug: Abuses against domestic workers around the world* (New York, NY). Disponible à l'adresse <https://www.hrw.org/report/2006/07/27/swept-under-rug/abuses-against-domestic-workers-around-world> [18 déc. 2018].
- Humer, Ž.; Hrženjak, M. 2017. «Socialization of childcare in Slovenia and its impact on informal care markets», *Laboratorium: Russian Review of Social Research*, vol. 8, n° 3, pp. 52-67.
- Humphries, N.; McAleese, S.; Matthews, A.; Brugha, R. 2015. «'Emigration is a matter of self-preservation. The working conditions ... are killing us slowly': Qualitative insights into health professional emigration from Ireland», *Human Resources for Health*, vol. 13, art. 35.
- Hunt, A.; Machingura, F. 2016. *A good gig? The rise of on-demand domestic work* (London, Overseas Development Institute). Disponible à l'adresse www.odi.org/publications/10658-good-gig-rise-demand-domestic-work [23 fév. 2018].
- Hussein, S. 2017. «'We don't do it for the money' ... The scale and reasons of poverty-pay among frontline long-term care workers in England», *Health and Social Care in the Community*, vol. 25, n° 6, pp. 1817-1826.
- Igel, C.; Szydlík, M. 2011. «Grandchild care and welfare state arrangements in Europe», *Journal of European Social Policy*, vol. 21, n° 3, pp. 210-224.
- Ikeda, S. 2017. «Family care leave and job quitting due to caregiving: Focus on the need for longterm leave», *Japan Labor Review*, vol. 14, n° 1, pp. 25-44.
- Ilkcaracan, I. 2017. «Unpaid work in macroeconomics: A stocktaking exercise», dans l'ouvrage publié sous la direction de R. Connelly et E. Kongar: *Gender and time use in a global context* (New York, Palgrave Macmillan), pp. 29-50.

- . 2018. *Promoting women's economic empowerment: Recognizing and investing in the care economy*, document de travail (New York, ONU-Femmes).
- ; Kim, K. À paraître. *The employment generation impact of meeting SDG targets in early childhood care, education, health and long-term care in 45 countries* (Genève, BIT).
- ; Kaya, T. 2015. *The impact of public investment in social care services on employment, gender equality, and poverty: The Turkish case* (Istanbul, Istanbul Technical University, Women's Studies Center in Science, Engineering and Technology et Levy Economics Institute).
- Inamori, K. 2017. «Current situation and problems of legislation on long-term care in Japan's super-aging society», *Japan Labor Review*, vol. 14, n° 1, pp. 8-24.
- Inglehart, R.; Haerpfer, C.; Moreno, A.; Welzel, C.; Kizilova, K.; Diez-Medrano, J.; Lagos, M.; Norris, P.; Ponarin, E.; Puranen, B. 2014. *World values survey: Round six – country-pooled datafile version* (Madrid, JD Systems Institute).
- INIDEN (Instituto de Investigación para el Desarrollo y la Defensa Nacional). 2012. «Educación privada en lo que va del siglo», *Informe de Educación*, vol. 21, n° 11. Disponible à l'adresse <https://www.scribd.com/document/115639886/Informe-de-Iniden-Educacion-privada-en-lo-que-va-del-siglo> [23 fév. 2018].
- Internationale de l'éducation. 2010. *Early childhood education: A global scenario* (Bruxelles).
- Ipsos MORI. 2017. «Male responsibility in the home», *Ipsos global trends* (Londres). Disponible à l'adresse <https://www.ipsosglobaltrends.com/male-responsibility-in-the-home/> [27 fév. 2017].
- ISSP (International Social Survey Programme). 2016. Groupe de recherche ISSP. *International Social Survey Programme: Family and Changing Gender Roles IV – ISSP 2012, ZA5900 data file Version 4.0.0* (Cologne, GESIS Data Archive). Disponible à l'adresse <https://dbk.gesis.org/dbksearch/sdesc2.asp?ll=10¬abs=&af=&nf=&search=&search2=&db=e&no=5900> [12 sept. 2017].
- JHL. 2017. *New forms of advocacy for personal assistants* (Helsinki). Disponible à l'adresse www.jhl.fi/en/new-forms-of-advocacy-for-personal-assistants/ [17 janv. 2018].
- Jimenez, R. 2017. *Development effects of rural electrification* (Washington, DC, Banque inter-américaine de développement).
- Jochimsen, M. A. 2003. «Integrating vulnerability: On the impact of caring on economic theorizing», dans l'ouvrage publié sous la direction de D. K. Barker et E. Kuiper: *Toward a feminist philosophy of economics, Economics as Social Theory* (Londres, Routledge), pp. 231-246.
- Jokela, M. 2015. «Macro-level determinants of paid domestic labour prevalence: a cross-national analysis of seventy-four countries», *Social Policy and Society*, vol. 14, n° 3, pp. 385-405.
- . À paraître. «Patterns of precarious employment in a female-dominated sector in five Welfare States: The case of paid domestic labor sector», *Social Politics*.
- Kamerman, S. B.; Gatenio Gabel, S. 2010. «Cash vs. care: A child and family policy issue», dans l'ouvrage publié sous la direction de J. Sipilä, K. Repo et T. Rissanen: *Cash for childcare. The consequences for caring mothers* (Cheltenham, UK, Edward Elgar).
- Kan, M. Y.; Sullivan, O.; Gershuny, J. 2011. «Gender convergence in domestic work: Discerning the effects of interactional and institutional barriers from large-scale data», *Sociology*, vol. 45, n° 2, pp. 234-251.

- Kaul, V.; Bhargav Chaudhary, A.; Sharma, S. 2015. *Quality and diversity in early childhood education: A view from Andhra Pradesh, Assam and Rajasthan* (New Dehli, Centre for Early Childhood Education and Development et Ambedkar University).
- Kim, W. H.; Park, Y. G.; Shin, H.-I.; Im, S. H. 2014. «The world report on disability and recent developments in South Korea», *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, vol. 93, pp. S58-S62.
- King-Dejardin, A. À paraître. *The social construction of migrant care work: At the intersection of care, migration and gender* (Genève, BIT).
- Klaver, P.; van der Graaf, A.; Grijpstra, D.; Snijders, J. 2013. *More and better jobs in home-care services* (Luxembourg, Eurofound).
- Klerk, M. de; Boer, A. de; Plaisier, I.; Schyns, P.; Kooiker, S. E. 2015. *Informele hulp: Wie doet er wat? Omvang, aard en kenmerken van mantelzorg en vrijwilligerswerk in de zorg en ondersteuning in 2014* (La Haye, Sociaal en Cultureel Planbureau).
- Klinth, R. 2008. «The best of both worlds? Fatherhood and gender equality in Swedish paternity leave campaigns, 1976–2006», *Fathering: A Journal of Theory, Research, and Practice about Men as Fathers*, vol. 6, n° 1, pp. 20-38.
- Klugman, J.; Tyson, L. 2016. *Leave no one behind. A call to action for gender equality and women's economic empowerment*, UN Secretary General's High-Level Panel on Women's Economic Empowerment (New York). Disponible à l'adresse <http://womenseconomicempowerment.org/reports> [29 janv: 2018].
- Kluge, J.; Schmitz, S. 2018. «Back to work: Parental benefits and mothers' labor market outcomes in the medium run», *ILR Review*, vol. 71, n° 1, pp. 143-173.
- Knaebel, R. 2015. *The invisible workers caring for the German elderly* (ETUI).
- Kofman, E.; Raghuram, P. 2015. *Gendered migrations and global social reproduction*, Migration, Minorities and Citizenship (Basingstoke, UK, Palgrave Macmillan).
- Kongar, E.; Price, M. 2017. «Gender, socioeconomic status, time use of married and cohabiting opposite-sex parents, and the great recession in the USA», dans l'ouvrage publié sous la direction de R. Connelly et E. Kongar: *Gender and time use in a global context* (New York, Palgrave Macmillan), pp. 113-159.
- Kowalchuk, L. 2016. «Nurses' labor conditions, gender, and the value of care work in post-neoliberal El Salvador», *Critical Sociology*, doi: [10.1177/0896920516675203](https://doi.org/10.1177/0896920516675203).
- Kring, S. A. 2017. *Gender in employment policies and programmes: What works for women?*, Employment Working Paper No. 235 (Genève, BIT).
- Kunze, A. 2016. «Parental leave and maternal labor supply», *IZA World of Labor*, 279.
- Lalive, R.; Zweimüller, J. 2009. «How does parental leave affect fertility and return to work? Evidence from two natural experiments», *The Quarterly Journal of Economics*, vol. 124, n° 3, pp. 1363-1402.
- Landivar, L. C. 2013. *Men in nursing occupations*, US Census Bureau. Disponible à l'adresse www.census.gov/library/working-papers/2013/acs/2013_Landivar_02.html [25 janv. 2018].
- Langer, A.; Meleis, A.; Knaul, F. M.; Atun, R.; Aran, M.; Arreola-Ornelas, H. et coll. 2015. «Women and health: The key for sustainable development», *The Lancet*, vol. 386, n° 9999, pp. 1165-1210.
- Lansky, M.; Ghosh, J.; Méda, D.; Rani, U. 2017. «Social choices and inequalities», dans l'ouvrage publié sous la direction de M. Lansky et coll.: *Women, gender and work: Social choices and inequalities*, vol. 2 (Genève, BIT), pp. 3-43.

- Le Feuvre, N. 2015. *Contextualizing women's academic careers in cross-national perspective*, GARCIA Working Papers 3 (Trente, Italie).
- Levtov, R. G.; Barker, G.; Contreras-Urbina, M.; Heilman, B.; Verma, R. 2014. «Pathways to gender-equitable men: Findings from the international men and gender equality survey in eight countries», *Men and Masculinities*, vol. 17, n° 5, pp. 467-501.
- ; van der Gaag, N.; Greene, M.; Kaufman, M.; Barker, G. 2015. *State of the world's fathers: A MenCare Advocacy publication* (Washington, DC, Promundo, Rutgers, Save the Children, Sonke Gender Justice et MenEngage Alliance).
- Lexarta, L.; Chaves, M. J.; Carcedo, A. 2016. *Políticas de formalización del trabajo doméstico remunerado en América Latina y El Caribe*. (Lima, Bureau régional de l'OIT pour l'Amérique latine et les Caraïbes). Disponible à l'adresse www.ilo.org/americas/temas/economia-informal/WCMS_480352/lang-es/index.htm [12 fév. 2018].
- Li, K.; Pan, Y.; Hu, B.; Burchinal, M.; De Marco, A.; Fan, X.; Qin, J. 2016. «Early childhood education quality and child outcomes in China: Evidence from Zhejiang Province», *Early Childhood Research Quarterly*, vol. 36, pp. 427-438.
- Lightman, N. 2017. «Les services à la personne, toujours dévalorisés? Analyse et classification dans une optique comparative», *Revue internationale du Travail*, vol. 156, n° 2, pp. 271-298.
- Lippel, K. 2016. *Addressing occupational violence: An overview of conceptual and policy considerations viewed through a gender lens*, GED Working Paper No. 5/2016 (Genève, BIT). Disponible à l'adresse www.ilo.org/gender/Informationresources/Publications/WCMS_535656/lang-en/index.htm [16 fév. 2018].
- Lipszyc, B.; Sail, E.; Xavier, A.; European Commission; Directorate-General for Economic and Financial Affairs. 2012. *Long-term care: Need, use and expenditure in the EU-27*, Economic Papers 469 (Bruxelles, Commission européenne).
- Liu, J. X.; Goryakin, Y.; Maeda, A.; Bruckner, T.; Scheffler, R. 2017. «Global health workforce labor market projections for 2030», *Human Resources for Health*, vol. 15, art. 11.
- Lund, F. 2010. «Hiérarchie des activités de soin en Afrique du Sud: infirmières, travailleurs sociaux et aides à domicile. *Revue internationale du Travail*, vol. 149, n° 4 (numéro spécial: Économie mondialisée: qui prend soin de qui?», pp. 553-570.
- Luppi, M.; Oomkens, R.; Knijn, T.; Weicht, B. 2015. *Citizenship in the context of migrant care work: Regimes, rights and recognition*, Zenodo. Disponible à l'adresse <https://zenodo.org/record/20306> [25 fév. 2017].
- Lutz, H.; Palenga-Möllénbeck, E. 2011. «Care, gender and migration: Towards a theory of transnational domestic work migration in Europe», *Journal of Contemporary European Studies*, vol. 19, n° 3, pp. 349-364.
- MacPhail, F. 2017. «Paid and unpaid work time by labor force status of prime age women and men in Canada: The great recession and gender inequality in work time», dans l'ouvrage publié sous la direction de R. Connelly et E. Kongar: *Gender and time use in a global context* (New York, Palgrave Macmillan), pp. 85-112.
- Magar, V.; Gerecke, M.; Dhillon, I.; Campbell, J. 2016. *Women's contribution to sustainable development through work in health: Using a gender lens to advance a transformative 2030 agenda* (Genève, OMS).
- Manyika, J.; Lund, S.; Chui, M.; Bughin, J.; Woetzel, J.; Batra, P.; Ko, R.; Sanghvi, S. 2017. *What the future of work will mean for jobs, skills, and wages: Jobs lost, jobs gained* (New York, McKinsey Global Institute).

- Marope, P. T. M.; Kaga, Y. 2015. *Les preuves sont là: il faut investir dans l'éducation et la protection de la petite enfance; état des lieux dans le monde* (Paris, UNESCO).
- Marten, R.; McIntyre, D.; Travassos, C.; Shishkin, S.; Longde, W.; Reddy, S.; Vega, J. 2014. «An assessment of progress towards universal health coverage in Brazil, Russia, India, China, and South Africa (BRICS)», *The Lancet*, vol. 384, n° 9960, pp. 2164-2171.
- Martin, P.; Abella, M. 2014. *Labour markets and the recruitment industry: Trends, challenges and opportunities*, document de travail. Disponible à l'adresse https://www.ilo.org/manila/publications/WCMS_319001/lang--en/index.htm [20 déc. 2018].
- Martin, S.; Lowell, L. B.; Gozdzia, E. M.; Bump, M.; Breeding, M. E. 2009. *The role of migrant care workers in aging societies: Report on research findings in the United States* (Washington, DC, Institute for the Study of International Migration, Walsh School of Foreign Service, Georgetown University).
- Martínez Franzoni, J.; Rodríguez Enríquez, C.; Salvador, S.; Arza, C. 2018. *Maternidad, trabajo e ingresos: ¿cuáles son los costos y los beneficios y cómo se distribuyen?* (Genève, BIT). Disponible à l'adresse https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-li-ma/---sro-lima/documents/publication/wcms_493913.pdf.
- ; Sánchez-Ancochea, D. 2016. *The quest for universal social policy in the south: Actors, ideas, and architectures* (Cambridge, Cambridge University Press).
- ; Voorend, K. 2012. «Blacks, whites, or grays? Conditional transfers and gender equality in Latin America», *Social Politics: International Studies in Gender, State and Society*, vol. 19, n° 3, pp. 383-407.
- Maurer-Fazio, M.; Connelly, R. 2017. «How do caregiving responsibilities shape the time use of women and men in rural China», dans l'ouvrage publié sous la direction de R. Connelly et E. Kongar: *Gender and time use in a global context* (New York, Palgrave Macmillan), pp. 333-371.
- McLoughlin, S.; Münz, R. 2011. *Temporary and circular migration: Opportunities and challenges*, Working Paper No. 35 (Bruxelles, EPC – Centre d'étude des politiques européennes).
- Meagher, G.; Szebehely, M. (dir. de publication). 2013. *Marketisation in Nordic eldercare: A research report on legislation, oversight, extent and consequences*, Stockholm Studies of Social Work 30 (Stockholm, Département du travail social, Université de Stockholm).
- Meil, G. 2013. «European men's use of parental leave and their involvement in child care and housework», *Journal of Comparative Family Studies*, vol. 44, n° 5, pp. 557-570.
- MenCare. 2018 *MenCare+*. Disponible à l'adresse <https://men-care.org/what-we-do/programming/mencareplus/> [17 janv. 2018].
- Merker, T.; Kristiansen, I. S.; Sæther, E. M. 2016. «Human resources for health care in the Nordic welfare economies: Successful today, but sustainable tomorrow?» (Genève, OMS).
- Messenger, J. C.; Vidal, P. 2015. *The organization of working time and its effects in the health services sector: A comparative analysis of Brazil, South Africa and the Republic of Korea*, Conditions of Work and Employment Series No. 56 (Genève, BIT).
- ; Wallot, P. 2015. *The diversity of "marginal" part-time employment*, INWORK Policy Brief No. 7 (Genève, BIT).
- Michel, S.; Peng, I. 2012. «All in the family? Migrants, nationhood, and care regimes in Asia and North America», *Journal of European Social Policy*, vol. 22, n° 4, pp. 406-418.
- . 2017. *Gender, migration, and the work of care: A multi-scalar approach to the Pacific Rim* (Cham, Switzerland, Springer International Publishing).

- Minghui, L. 2017. *Migrant and cities: Research report on recruitment, employment, and working conditions of domestic workers in China*, Conditions of Work and Employment Series No. 92 (Genève, BIT).
- Molina, O.; López-Roldán, P. 2015. «Occupational growth and non-standard employment in the Spanish service sector: From upgrading to polarisation», dans l'ouvrage publié sous la direction de W. Eichhorst et P. Marx: *Non-standard employment in post-industrial labour markets: An occupational perspective* (Cheltenham, R.-U., Edward Elgar), pp. 110-149.
- Molinier, P. 2012. «Care as work: Mutual vulnerabilities and discrete knowledge», dans l'ouvrage publié sous la direction de N. H. Smith et J.-P. Deranty: *New philosophies of labour: Work and the social bond*, Social and Critical Theory, vol. 13 (Leiden, Brill), pp. 251-271.
- Molyneux, M.; Jones, N.; Samuels, F. 2016. «Can cash transfer programmes have 'transformative' effects?», *The Journal of Development Studies*, vol. 52, n° 8, pp. 1087-1098.
- Montefiori, M.; Cattaneo, U.; Licata, M. À paraître. *The impact of HIV on care work and the care workforce, prepared for the care economy report* (Genève, BIT).
- Mooi, E.; Sarstedt, M. 2011. *A concise guide to market research* (Berlin, Springer).
- Morahan, P. S.; Gleason, K. A.; Richman, R. C.; Dannels, S.; McDade, S. A. 2010. «Advancing women faculty to senior leadership in U.S. academic health centers: Fifteen years of history in the making», *NASPA Journal about Women in Higher Education*, vol. 3, n° 1, pp. 140-165.
- Morrongiello, B. A.; Corbett, M.; McCourt, M.; Johnston, N. 2006. «Understanding unintentional injury risk in young children II. The contribution of caregiver supervision, child attributes, and parent attributes», *Journal of Pediatric Psychology*, vol. 31, n° 6, pp. 540-551.
- Moss, P. 2012. «Caring and learning together: Exploring the relationship between parental leave and early childhood education and care», *European Journal of Education*, vol. 47, n° 4, pp. 482-493.
- Muir, T. 2017. *Measuring social protection for long-term care*, OECD Health Working Paper No. 93 (Paris, OCDE).
- Munnich, E.; Wozniak, A. 2017. *What explains the rising share of U.S. men in registered nursing?* (Washington, DC, Center for Equitable Growth).
- Muñoz Boudet, A. M.; Petesch, P.; Turk, C. 2013. *On norms and agency: Conversations about gender equality with women and men in 20 countries* (Washington, DC, Banque mondiale).
- Nandi, A.; Hajizadeh, M.; Harper, S.; Koski, A.; Strumpf, E. C.; Heymann, J. 2016. «Increased duration of paid maternity leave lowers infant mortality in low- and middle-income countries: A quasi-experimental study», *PLOS Medicine*, vol. 13, n° 3, e1001985.
- Nations Unies. 1979. *Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, 1979* (New York). Disponible à l'adresse www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/fconvention.htm [4 déc. 2018].
- . 1996. *Rapport de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes, Beijing, 4-15 sept. 1995* (New York). Disponible à l'adresse www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20F.pdf [4 déc. 2018].
- . 2006. *Convention relative aux droits des personnes handicapées et Protocole facultatif*. Disponible à l'adresse www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-f.pdf [4 déc. 2018].
- . 2009. *Classification internationale type, par industrie, de toutes les branches d'activité économique (CITI) Révision 4*. Études statistiques Série M N° 4/Rev.4 (New York,

- Département des affaires économiques et sociales, Division de statistique). Disponible à l'adresse https://unstats.un.org/unsd/publication/seriesm/seriesm_4rev4f.pdf.
- . 2013. *L'extrême pauvreté et les droits de l'homme*, Note du Secrétaire général (Genève).
- . 2015a. *The world's women 2015: Trends and statistics* (New York, Département des affaires économiques et sociales, Division de statistique).
- . 2015b. *Transformer notre monde: le Programme de développement durable à l'horizon 2030*, Assemblée générale des Nations Unies (New York).
- . 2015c. Résolution adoptée par l'Assemblée générale le 11 décembre 2014, 69/132: *Santé mondiale et politique étrangère* (New York). Disponible à l'adresse http://www.un.org/fr/documents/view_doc.asp?symbol=A/RES/69/132 [4 déc. 2018].
- . 2016. *Autonomisation économique des femmes dans un monde du travail en pleine évolution. Rapport du Secrétaire général, E/CN.6/2017/3* (New York). Disponible à l'adresse <http://undocs.org/fr/E/CN.6/2017/3> [4 déc. 2018].
- . 2017a. *International Classification of Activities for Time Use Statistics 2016 (ICATUS 2016): Statistical Commission: Report on the forty-eighth session, 7–10 March 2017* (New York).
- . 2017b. *World fertility report 2015* (New York, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population).
- . 2017c. *World population prospects: The 2017 revision. Key findings and advance tables* (New York, Département des affaires économiques et sociales).
- ; Commission européenne; FMI; OCDE; Banque mondiale. 2009. *Système de comptabilité nationale 2008* (New York).
- Nelson, J. A.; Folbre, N. 2006. «Why a well-paid nurse is a better nurse», *Nursing Economics*, vol. 24, n° 3, pp. 127-130.
- Nepomnyaschy, L.; Waldfogel, J. 2007. «Paternity leave and fathers' involvement with their young children», *Community, Work and Family*, vol. 10, n° 4, pp. 427-453.
- Neuman, M. J.; Josephson, K.; Chua, P. G. 2015. *Analyse de littérature: le personnel d'éducation et protection de la petite enfance (EPPE) dans les pays à revenu faible et moyen* (Paris, UNESCO).
- Nogueira, P. J.; Falcão, J. M.; Contreiras, M. T.; Paixão, E.; Brandão, J.; Batista, I. 2005. «Mortality in Portugal associated with the heat wave of August 2003: Early estimation of effect, using a rapid method», *Eurosurveillance*, vol. 10, n° 7, pp. 150-153.
- Nussbaum, M. C. 2017. «Preface», dans l'ouvrage publié sous la direction de M. Lansky et coll.: *Women, gender and work: Social choices and inequalities*, vol. 2 (Genève, BIT), pp. vii-x.
- NZCTU (Conseil des syndicats de la Nouvelle-Zélande). 2017. *Historic day as caregivers offered equal pay settlement*. Disponible à l'adresse www.union.org.nz/historic-day-as-caregivers-offered-equal-pay-settlement/ [23 janv. 2018].
- O'Brien, M. 2009. «Fathers, parental leave policies, and infant quality of life: International perspectives and policy impact», *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, vol. 624, pp. 190-213.
- . 2012. *Work-family balance practices in action: Innovation and barriers in the private sector*, document préparé pour le Département des affaires économiques et sociales, Division de la politique sociale et du développement (New York, Nations Unies).
- ; Wall, K. (dir. de publication). 2017. *Comparative perspectives on work-life balance and gender equality: Fathers on leave alone*, Life Course Research and Social Policies (Cham, Suisse, Springer Open).

- OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques). 2007. «Matching educational background and employment: A challenge for immigrants in host countries», *International Migration Outlook 2007* (Paris), pp. 131-159.
- . 2010. *Perspectives de l'emploi de l'OCDE 2010* (Paris).
- . 2015. *Perspectives des migrations internationales 2015* (Paris).
- . 2016a. La base de données de l'OCDE sur la famille, PF4.3: accueil périscolaire. Disponible à l'adresse <http://www.oecd.org/fr/els/famille/basededonnees.htm> [29 janv. 2018].
- . 2016b. *Base de données de l'OCDE sur la famille PF1.4: Neutralité des systèmes d'imposition/de prestations dans leurs effets sur la situation respective des hommes et des femmes*. Disponible à l'adresse www.oecd.org/els/soc/PF1_4_Neutrality_of_tax_benefit_systems.pdf [12 nov. 2017].
- . 2017a. *Regards sur l'éducation 2017*. Disponible à l'adresse https://www.oecd-ilibrary.org/education/education-at-a-glance-2017/summary/french_530c5362-fr [3 déc. 2018].
- . 2017b. *Panorama de la santé 2017*. Disponible à l'adresse <http://www.oecd.org/fr/sante/panorama-de-la-sante-19991320.htm> [3 déc 2018].
- . 2017c. *Base de données de l'OCDE sur la famille PF3.3: Modes de garde informelle des enfants*. Disponible à l'adresse <http://www.oecd.org/fr/els/famille/basededonnees.htm> [23 janv. 2018].
- . 2017d. *Base de données de l'OCDE sur la famille PF3.4: Aide à la garde des enfants*. Disponible à l'adresse <http://www.oecd.org/fr/els/famille/basededonnees.htm> [23 janv. 2018].
- . 2017e. *Petite enfance, grands défis 2017: les indicateurs clés de l'OCDE sur l'éducation et l'accueil des jeunes enfants* (Paris).
- . 2017f. *Petite enfance, grands défis V: cap sur l'école primaire* (Paris).
- . 2017g. *The pursuit of gender equality: An uphill battle* (Paris).
- . 2018a. *Ressources et utilisation des soins de longue durée*. Disponible à l'adresse https://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/data/statistiques-de-l-ocde-sur-la-sante_health-data-fr [3 déc. 2018].
- . 2018b. *Statistiques de l'OCDE*. Disponible à l'adresse <http://www.oecd.org/fr/sdd/> [3 déc. 2018].
- . 2018c. *Taux d'emploi à temps partiel (indicateur)*, doi: 10.1787/f2ad596c-en. Disponible à l'adresse <https://data.oecd.org/fr/emp/taux-d-emploi-a-temps-partiel.htm> [3 déc. 2018].
- ; Commission européenne. 2013. *A good life in old age? Monitoring and improving quality in long-term care*, OECD Health Policy Studies (Paris).
- Ochs, K.; Yonemura, A. 2013. «Managing teacher migration: Implications for policy and practice», *World Studies in Education*, vol. 14, n° 1, pp. 37-56.
- Oelz, M.; Rani, U. 2015. *Domestic work, wages, and gender equality: Lessons from developing countries*, GED Working Paper No. 5. Disponible à l'adresse https://www.ilo.org/global/publications/working-papers/WCMS_430902/lang--en/index.htm [20 fév. 2018].
- OMS (Organisation mondiale de la santé). 2004. *The importance of caregiver-child interactions for the survival and healthy development of young children: A review* (Genève).
- . 2006. *Travailler ensemble pour la santé. Rapport sur la santé dans le monde 2006* (Genève).
- . 2010a. *Code pour le recrutement international des personnels de santé* (Genève).

- . 2010b. *Global experience of community health workers for delivery of health related millennium development goals: A systematic review, country case studies, and recommendations for integration into national health systems*, Alliance mondiale pour les personnels de santé (Genève).
- . 2011. *Changement climatique, genre et santé* (Genève).
- . 2015. *Rapport mondial sur le vieillissement et la santé* (Genève).
- . 2016a. *A dynamic understanding of health worker migration* (Genève).
- . 2016b. *Health workforce requirements for universal health coverage and the Sustainable Development Goals*, Human Resources for Health Observer Series No. 17 (Genève).
- . 2016c. *WHO Global Code of Practice on the international recruitment of health personnel: Second round of national reporting*. Disponible à l'adresse http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_37-en.pdf [29 janv. 2018].
- . 2016d. *Ressources humaines pour la santé: stratégie mondiale à l'horizon 2030* (Genève).
- . 2017. *Déclaration de Dublin sur les ressources humaines en santé: former la main-d'œuvre de demain*, Quatrième forum mondial sur les ressources humaines en santé. Disponible à l'adresse https://api.ning.com/files/ou1v4sxccR44XMjsgzunmT28-6vIFL12Gac*Fjorkk5tWUFyhXP7RCfxOtOHBgguvs6bheLc8Prgquw2WRG2xv8PoqHoPuH/DublinDeclaration_VersionFR.pdf [20 déc. 2018].
- . 2018a. *Bases de données de l'Observatoire mondial de la santé* (Genève). Disponible à l'adresse <https://www.who.int/gho/database/fr/> [4 déc. 2018].
- . 2018b. *Health workforce, aggregated data*, Observatoire mondial de la santé de l'OMS. Disponible à l'adresse <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1444> [13 fév. 2018].
- ; Banque mondiale. 2011. *Rapport mondial sur le handicap* (Genève).
- ; UNICEF. 2013. *Développement de la petite enfance et handicap: document de travail* (Genève).
- ; —. 2017. *Progrès en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène: mise à jour 2017 et évaluation des ODD* (Genève).
- ONU-Femmes. 1995. *Quatrième Conférence mondiale sur les femmes*, Déclaration et le Programme d'action de Beijing. Disponible à l'adresse <http://www.unwomen.org/fr/how-we-work/intergovernmental-support/world-conferences-on-women> [4 déc. 2016].
- . 2012. *Integrated child development services: Identifying critical gender concerns* (New York).
- . 2015. *Le progrès des femmes dans le monde 2015-2016: transformer les économies, réaliser les droits* (New York).
- . 2016. *Autonomisation des femmes et lien avec le développement durable*, conclusions concertées, 60^e session de la Commission de la condition de la femme (New York).
- . 2017. *Autonomisation économique des femmes dans un monde du travail en pleine évolution*, Conclusions concertées, 61^e session de la Commission de la condition de la femme (New York).
- Orozco Corona, M. E.; Gammage, S. 2017. *Cash transfer programmes, poverty reduction and women's economic empowerment: Experience from Mexico*, Working Paper No. 1/2017. Disponible à l'adresse www.ilo.org/global/topics/equality-and-discrimination/publications/WCMS_571096/lang--en/index.htm [5 déc. 2017].
- Ortiz, I.; Cummins, M.; Karunanethy, K. 2015. *Fiscal space for social protection. Options to expand social investments in 187 countries*, document de travail.

- Pacolet, J. et coll. 1999. *La protection sociale des personnes âgées dépendantes dans les 15 pays de l'UE et en Norvège*, Rapport de synthèse commandé par la Commission européenne et le ministre belge des Affaires sociales (Luxembourg, Office des publications officielles des Communautés européennes).
- Palriwala, R.; Neetha, N. 2010. «Pratiques et compromis dans le secteur des services à la personne: domestiques et employées des Anganwadis en Inde», *Revue internationale du Travail*, vol. 149, n° 4 (numéro spécial: Économie mondialisée: qui prend soin de qui?), pp. 571-590.
- PAM (Programme alimentaire mondial). 2013. *La situation de l'alimentation scolaire dans le monde 2013* (Rome).
- Parakh, R. 2016. «Why are Anganwadi workers across the country considering going on strike?», *The Logical Indian*, 20 fév. 2016. Disponible à l'adresse <https://thelogicalindian.com/story-feed/exclusive/how-can-arun-jaitley-fight-indias-national-shame-and-help-malnourished-children-through-his-budget/> [21 déc. 2018].
- Parent-Thirion, A.; Biletta, I.; Cabrita, J.; Vargas, O.; Vermeylen, G.; Wilczynska, A.; Wilkens, M. 2017. *Sixth European working conditions survey: Overview report*, 2017 update, EF 16/34 (Luxembourg, Office des publications de l'Union européenne).
- Parreñas, R. 2010. «Transnational mothering: A source of gender conflicts in the family», *North Carolina Law Review*, n° 88, pp. 1825-1856.
- Patel, L. 2009. *The gendered character of social care in the non-profit sector in South Africa*, document thématique (Genève, UNRISD, et Université de Johannesburg, Centre for social development in Africa).
- Peeters, J. 2007. «Including men in early childhood education: Insights from the European experience», *NZ Research in Early Childhood Education*, vol. 10, pp. 15-24.
- Peng, I. 2010. «Extension et réforme des services sociaux: conséquences pour les travailleurs de ce secteur en République de Corée», *Revue internationale du Travail*, vol. 149, n° 4 (numéro spécial: «Économie mondialisée: qui prend soin de qui?», pp. 513-531.
- . 2012. «The boss, the worker, his wife and no babies: South Korean political and social economy of care in a context of institutional rigidities», dans l'ouvrage publié sous la direction de S. Razavi et S. Staab: *Global variations in the political and social economy of care: Worlds apart* (New York, Routledge), pp. 80-100.
- . 2016. «Testing the limits of welfare state changes: The slow-moving immigration policy reform in Japan», *Social Policy and Administration*, vol. 50, n° 2, pp. 278-295.
- ; Wong, O. M. H. 2016. «Who takes care of my left-behind children? Migrant mothers and caregivers in transnational child care», *Journal of Family Issues*, vol. 37, n° 14, pp. 2021-2044.
- Pereyra, F. 2017. *Trabajadoras domésticas y protección social en Argentina: avances y desafíos pendientes* (Buenos Aires, Bureau régional de l'OIT).
- ; Micha, A. S. 2016. «The configuration of nursing labor conditions in the Buenos Aires metropolitan area: An analysis at the intersection of the gender order and the organization of the health system», *Salud Colectiva*, vol. 12, n° 2, pp. 221-238.
- Petmesidou, M.; Guillén, A. M. 2015. *Economic crisis and austerity in Southern Europe: Threat or opportunity for a sustainable welfare state?*
- Pflegestützpunkte Berlin. 2017. Informationsblätter A-Z. Disponible à l'adresse www.pflegestuetzpunkteberlin.de/index.php/informationsblaetter-a-z-2 [11 janv. 2018].

- Philip, K. 2013. *The community work programme: Building a society that works*, Employment Working Paper No. 149 (Genève, BIT).
- Pillinger, J. 2010. *Pay and the gender wage gap in health and social care* (Bruxelles, Fédération syndicale européenne des services publics).
- . 2014. *Bargaining for equality* (Bruxelles, Confédération européenne des syndicats).
- ; Schmidt, V.; Wintour, N. 2016. *Négociier pour instaurer l'égalité entre hommes et femmes*, Note d'information n° 4 (Genève, BIT).
- Pirard, P.; Vandentorren, S.; Pascal, M.; Laaidi, K.; Le Tertre, A.; Cassadou, S.; Ledrans, M. 2005. «Summary of the mortality impact assessment of the 2003 heat wave in France», *Eurosurveillance*, vol. 10, n° 7, pp. 7-8.
- Postic, N. 2013. *Volunteer work in the health and care sector*, document de travail non publié (Genève, BIT).
- Press, F.; Hayes, A. 2000. *OECD thematic review of early childhood education and care policy: Australian background report* (Canberra, Commonwealth Government of Australia).
- Rao, M.; Rao, K. D.; Shiva Kumar, A. K.; Chatterjee, M.; Sundararaman, T. 2011. «Human resources for health in India», *The Lancet*, vol. 377, n° 9765, pp. 587-598.
- Ravenswood, K. 2017. *Improving care worker conditions for aged care workers in New Zealand*, communication au Global Carework Summit, Lowell, MA, 1^{er}-3 juin. Informations sur le sommet disponibles à l'adresse www.uml.edu/Research/CWW/carework/Summit/ [30 janv. 2018].
- Ray, R.; Gornick, J. C.; Schmitt, J. 2010. «Who cares? Assessing generosity and gender equality in parental leave policy designs in 21 countries», *Journal of European Social Policy*, vol. 20, n° 3, pp. 196-216.
- Razavi, S. 2007. *The political and social economy of care in a development context: Conceptual issues, research questions and policy options* (Genève, UNRISD).
- . 2011. «Rethinking care in a development context: An introduction», *Development and Change*, vol. 42, n° 4, pp. 873-903.
- . 2013. «Households, families, and social reproduction», dans l'ouvrage publié sous la direction de G. Waylen: *The Oxford handbook of gender and politics* (Oxford, Oxford University Press).
- ; Staab, S. 2010. «Des travailleurs exploités: une perspective internationale sur les emplois dans les services à autrui», *Revue internationale du Travail*, vol. 149, n° 4 (numéro spécial: Économie mondialisée: qui prend soin de qui?), pp. 449-467.
- Rege, M.; Solli, I. 2010. *The impact of paternity leave on long-term father involvement*, SSRN Scholarly Paper (Rochester, NY, Social Science Research Network).
- Rehel, E. M. 2014. «When dad stays home too: Paternity leave, gender, and parenting», *Gender and Society*, vol. 28, n° 1, pp. 110-132.
- Rhee, J. C.; Done, N.; Anderson, G. F. 2015. «Considering long-term care insurance for middle-income countries: Comparing South Korea with Japan and Germany», *Health Policy*, vol. 119, n° 10, pp. 1319-1329.
- Rodrigues, R.; Huber, M.; Lamura, G. 2012. *Facts and figures on healthy ageing and long-term care* (Vienne, Centre européen de recherche en politique sociale).
- Rodríguez Enríquez, C. 2016. «Basic income and time use democratization», *Basic Income Studies*, vol. 11, n° 1.

- Rost, L.; Bates, K.; Dellepiane, L. 2015. *Women's economic empowerment and care: Evidence for influencing* (Oxford, Oxfam).
- Rubery, J.; Grimshaw, D.; Hebson, G.; Ugarte, S. M. 2015. «'It's all about time': Time as contested terrain in the management and experience of domiciliary care work in England», *Human Resource Management*, vol. 54, n° 5, pp. 753-772.
- Sainsbury, D. 2013. «Gender, care; welfare», dans l'ouvrage publié sous la direction de G. Waylen: *The Oxford handbook of gender and politics* (Oxford, Oxford University Press).
- Salami, B.; Amodu, P.; Philomena, Okeke-Ihejirika, P. 2016. *Migrant nurses and care workers' rights in Canada* (Genève, UNRISD).
- Salmi, M.; Lammi-Taskula, J. 2017. «Finland country note», dans l'ouvrage publié sous la direction de S. Blum, A. Koslowski et P. Moss: *International review of leave policies and research 2017* (Philadelphia, PA, International Network on Leave Policies and Research). Disponible à l'adresse www.leavenetwork.org/lp_and_r_reports/ [29 janv. 2018].
- Samman, E.; Presler-Marshall, E.; Jones, N. 2016. *Women's work: Mothers, children and the global childcare crisis* (Londres, Overseas Development Institute).
- Saraceno, C. 2016. «Varieties of familialism: Comparing four southern European and East Asian welfare regimes», *Journal of European Social Policy*, vol. 26, n° 4, pp. 314-326.
- ; Keck, W. 2010. «Can we identify intergenerational policy regimes in Europe?», *European Societies*, vol. 12, n° 5, pp. 675-696.
- Scheil-Adlung, X. 2015. *Long-term care (LTC) protection for older persons: A review of coverage deficits in 46 countries*, Extension of Social Security (ESS), ESS – Working Paper No. 50 (Genève, BIT).
- Schmid, G.; Wagner J. 2016. *Managing social risks of non-standard forms of employment: Europe compared to selected countries in Asia, Latin America, and Africa*, document de travail non publié (Genève, BIT).
- Schmidt, A. E.; Fuchs, M.; Rodrigues, R. 2016. *Juggling family and work: Leaves from work to care informally for frail or sick family members – an international perspective*, note de synthèse (Vienne, European Center for Social Welfare Policy and Research).
- Schwalbe, N. 2017. «Global health: generation men», *The Lancet*, vol. 390, n° 10096, p. 733.
- Sekeráková Búriková, Z. 2017. «Exploring the demand for paid domestic workers in Slovakia through the intersection of welfare and gender regimes», *Laboratorium: Russian Review of Social Research*, vol. 8, n° 3, pp. 28-51.
- Selwyn, P. A.; Goulet, J. L.; Molde, S.; Constantino, J.; Fennie, K. P.; Wetherill, P.; Gaughan, D. M.; Brett-Smith, H.; Kennedy, C. 2000. «HIV as a chronic disease: Implications for long-term care at an AIDS-dedicated skilled nursing facility», *Journal of Urban Health*, vol. 77, n° 2, pp. 187-203.
- Sepúlveda Carmona, M. 2013. *Report of the special rapporteur on extreme poverty and human rights: Unpaid care work and women's human rights* (Genève, Conseil des droits de l'homme des Nations Unies).
- . 2017. «Ensuring inclusion and combatting discrimination in social protection programmes: The role of human rights standards», *International Social Security Review*, vol. 70, n° 4, pp. 13-43.
- ; Nyst, C.; Hautala, H. 2012. *The human rights approach to social protection*, SSRN Scholarly Paper (Helsinki, ministère des Affaires étrangères de la Finlande).
- Sexsmith, K.; Smaller, C.; Speller, W. 2017. *How to improve gender equality in agriculture* (Winnipeg, Manitoba, International Institute for Sustainable Development).

- SFI (Société financière internationale). 2017. *Tackling childcare: The business case for employer-supported childcare* (Washington, DC).
- Shaeffer, S. 2015. *Comité conjoint OIT/UNESCO d'experts sur l'application des recommandations concernant le personnel enseignant (CEART)*, document d'information en vue de la douzième session du CEART (Genève et Paris, BIT et UNESCO).
- Shakespeare, T.; Williams, F. À paraître. *Care and assistance: Issues for persons with disabilities, women and care workers* (Genève, BIT).
- Shan, J. 2017. «Long-term care insurance may become mandatory», *China Daily*. Disponible à l'adresse http://m.chinadaily.com.cn/en/2017-03/11/content_28515881.htm [13 fév. 2018].
- Sharma, R. 2012. «Teachers on the move», *Journal of Studies in International Education*, vol. 17, n° 3, pp. 262-283.
- Shi, L.; Zhang, D.; Zhou, C.; Yang, L.; Sun, T.; Hao, T.; Peng, X. et coll. 2017. «A cross-sectional study on the prevalence and associated risk factors for workplace violence against Chinese nurses», *British Medical Journal*, vol. 7, n° 6, e013105.
- Shutes, I.; Chiatti, C. 2012. «Migrant labour and the marketisation of care for older people: The employment of migrant care workers by families and service providers», *Journal of European Social Policy*, vol. 22, n° 4, pp. 392-405.
- ; Walsh, K. 2012. «Negotiating user preferences, discrimination, and demand for migrant labour in long-term care», *Social Politics: International Studies in Gender, State and Society*, vol. 19, n° 1, pp. 78-104.
- Sinyavskaya, O. 2017. «Russian Federation country note», dans l'ouvrage publié sous la direction de S. Blum, A. Koslowski et P. Moss: *International review of leave policies and research 2017* (Philadelphia, PA, International Network on Leave Policies and Research). Disponible à l'adresse www.leavenetwork.org/lp_and_r_reports/ [29 janv. 2018].
- Sipilä, J.; Repo, K.; Rissanen, T. (dir. de publication). 2010. *Cash-for-childcare: The consequences for caring mothers* (Cheltenham, Edward Elgar).
- Sjöberg, O. 2004. «The role of family policy institutions in explaining gender-role attitudes: A comparative multilevel analysis of thirteen industrialized countries», *Journal of European Social Policy*, vol. 14, n° 2, pp. 107-123.
- Smeaton, D.; Ray, K.; Knight, G. 2014. *Costs and benefits to business of adopting work life balance working practices: A literature review* (Londres, Department for Business, Innovation and Skills).
- Spencer, S.; Martin, S.; Lynn Bourgeault, I.; O'Shea, E. 2010. *The role of migrant care workers in ageing societies: Report on research findings in the United Kingdom, Ireland, Canada and the United States* (Genève, OIM).
- Speroni, K. G.; Fitch, T.; Dawson, E.; Dugan, L.; Atherton, M. 2014. «Incidence and cost of nurse workplace violence perpetrated by hospital patients or patient visitors», *Journal of Emergency Nursing*, vol. 40, n° 3, pp. 218-228.
- Sprague, T.-B. 1880. «Explanation of a new formula for interpolation», *Journal of the Institute of Actuaries*, vol. 22, p. 270.
- Standing, G. 2001. «Care work: Overcoming insecurity and neglect», dans l'ouvrage publié sous la direction de M. E. Daly: *Care work: The quest for security* (Genève, BIT), pp. 15-32.
- Stenum, H. 2011. *Abused domestic workers in Europe. The case of au pairs* (Bruxelles, Parlement européen).
- Stiglitz, J.; Sen, A.; Fitoussi, J.-P. 2009. *Rapport de la Commission sur la mesure des performances économiques et du progrès social* (Paris, La Documentation française). Disponible

- à l'adresse www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/094000427.pdf [4 déc. 2018].
- Stotsky, J. G. 2016. *Gender budgeting: Fiscal context and current outcomes*, document de travail (Washington, DC, FMI).
- Sullivan, O. 2000. «The division of domestic labour: Twenty years of change?», *Sociology*, vol. 34, n° 3, pp. 437-456.
- . 2013. «What do we learn about gender by analyzing housework separately from child care? Some considerations from time-use evidence», *Journal of Family Theory and Review*, vol. 5, n° 2, pp. 72-84.
- Sunuwar, D. K. 2015. «7 out of every 10 victims of trafficking in person are indigenous women and girls in Nepal», *Indigenous voices*. Disponible à l'adresse <https://www.indigenousvoice.com/en/7-out-of-every-10-victims-of-trafficking-in-person-are-indigenous-women-and-girls-in-nepal.html> [12 déc. 2018].
- Svallfors, S. (dir. de publication). 2012. *Contested welfare states: Welfare attitudes in Europe and beyond*, Studies in Social Inequality (Stanford, CA, Stanford University Press).
- Szebehely, M.; Meagher, G. 2017. «Nordic eldercare – Weak universalism becoming weaker?», *Journal of European Social Policy*, doi: [10.1177/0958928717735062](https://doi.org/10.1177/0958928717735062).
- Széman, Z. 2015. «Transition of long-term care in Hungary: Problems and solutions», *European Journal of Mental Health*, vol. 10, n° 2, pp. 245-255.
- Tanzarn, N.; Gutierrez, M. T. 2015. *Public works programmes: A strategy for poverty alleviation – The gender dimension revisited in employment-intensive investment programmes in 30 countries in Africa, Asia, Latin America and the Caribbean*, Employment Working Paper No. 194 (Genève, BIT).
- Thévenon, O.; Solaz, A. 2013. *Labour market effects of parental leave policies in OECD countries*, OECD Social, Employment and Migration Working Papers (Paris, OCDE).
- Tijdens, K.; de Vries, D. H.; Steinmetz, S. 2013. «Health workforce remuneration: Comparing wage levels, ranking, and dispersion of 16 occupational groups in 20 countries», *Human Resources for Health*, vol. 11, art. 11.
- Tillé, Y. 2001. *Théorie des sondages: échantillonnage et estimation en populations finies: cours et exercices avec solutions* (Paris, Dunod).
- Tkach, O.; Hrženjak, M. 2017. «Paid domestic work in postsocialist contexts: Regional traits of a global phenomenon: an introduction», *Laboratorium: Russian Review of Social Research*, vol. 8, n° 3, pp. 4-14.
- Tomblin Murphy, G.; Birch, S.; MacKenzie, A.; Bradish, S.; Elliott Rose, A. 2016a. «A synthesis of recent analyses of human resources for health requirements and labour market dynamics in high-income OECD countries», *Human Resources for Health*, vol. 14, art. 59.
- ; Birch, S.; MacKenzie, A.; Rigby, J. 2016b. «Simulating future supply of and requirements for human resources for health in high-income OECD countries», *Human Resources for Health*, vol. 14, art. 77.
- Tomei, M.; Belser, P. 2011. «Nouvelles normes de l'OIT sur le travail décent pour les travailleurs domestiques: résumé des débats», *Revue internationale du Travail*, vol. 150, n° 3-4, pp. 471-479.
- Trafford, Z.; Swartz, A.; Colvin, C. J. 2018. «Contract to volunteer»: South African community health worker mobilization for better labor protection», *New Solutions: A Journal of Environmental and Occupational Health Policy*, vol. 27, n° 4, pp. 648-666.

- Tronto, J. 2015. *Who cares? How to reshape a democratic politics* (Ithaca, NY, Cornell University Press).
- Trotter, L. J. 2017. «Making a career: Reproducing gender within a predominately female profession», *Gender and Society*, vol. 31, n° 4, pp. 503-525.
- Tschanz, C.; Staub, I. 2017. «Disability-policy models in European welfare regimes: comparing the distribution of social protection, labour-market integration and civil rights», *Disability and Society*, vol. 32, n° 8, pp. 1199-1215.
- Tsikata, D. 2011. «Employment agencies and the regulation of domestic workers in Ghana: Institutionalizing informality?», *Canadian Journal of Women and the Law*, vol. 23, n° 1, pp. 213-234.
- UNESCO (Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture). 2007. *Un bon départ: protection et éducation de la petite enfance*, Rapport mondial de suivi sur l'EPT, 2007 (Paris).
- . 2009a. *The implications of HIV and AIDS on women's unpaid labour burden* (Paris, Division pour l'égalité des genres, Bureau du Directeur général).
- . 2009b. *La scolarisation primaire universelle en Afrique: le défi enseignant* (Dakar, BREDA).
- . 2011. *Classification internationale type de l'éducation, CITE 2011* (Montréal, Institut de statistique de l'UNESCO).
- . 2012. *Sub-Saharan Africa 2012 EFA report*, Réunion mondiale sur l'éducation pour tous (Paris).
- . 2014. *Enseigner et apprendre: atteindre la qualité pour tous*, Rapport mondial de suivi sur l'éducation pour tous 2013/4 (Paris).
- . 2015a. *Analyse de la littérature. Le personnel d'éducation et protection de la petite enfance (EPPE) dans les pays à revenu faible et moyen*, Série de documents de travail sur l'éducation et la protection de la petite enfance, n° 4 (Paris).
- . 2015b. *Éducation pour tous 2000-2015: progrès et enjeux*, Rapport mondial de suivi sur l'éducation pour tous 2015 (Paris).
- . 2016a. *L'eau et l'emploi*, rapport mondial des Nations Unies sur la mise en valeur des ressources en eau 2016, publié par l'UNESCO pour ONU-Eau (Paris).
- . 2016b. *L'éducation pour les peuples et la planète: créer des avenir durables pour tous*, Rapport mondial de suivi sur l'éducation 2016 (Paris).
- . 2017. *Rendre des comptes en matière d'éducation: tenir nos engagements*, Rapport mondial de suivi sur l'éducation pour tous 2017 (Paris).
- . 2018. *UIS.Stat* (Montréal, Institut de statistique de l'UNESCO). Disponible à l'adresse <http://data.uis.unesco.org/> [1^{er} fév. 2018].
- Ungerson, C.; Yeandle, S. (dir. de publication). 2007. *Cash for care in developed welfare states*, The Future of Work Series (Basingstoke, Palgrave Macmillan).
- UNHLP (Groupe de haut niveau du Secrétaire général de l'ONU sur l'autonomisation économique des femmes). 2017. *Leave no one behind: Taking action for transformational change on women's economic empowerment*, rapport du Secrétaire général de l'ONU (New York).
- UNICEF (Fonds des Nations Unies pour l'enfance). 2012. *Examples of positive developments for the rights of children in the context of international migration. 2012 Day of General Discussion of the Committee on the Rights of the Child* (New York). Disponible à l'adresse https://www.unicef.org/socialpolicy/files/Examples_of_positive_developments_for_the_rights_of_children_in_the_context_of_international_migration.pdf [20 déc. 2018].

- . 2013a. *La situation des enfants dans le monde 2013: Les enfants handicapés* (New York).
- . 2013b. *The formative years: UNICEF's work on measuring early childhood development* (New York).
- . 2018. *UNICEF data: Protection, care and support for children affected by HIV and AIDS*. (New York). Disponible à l'adresse <https://data.unicef.org/topic/hiv/aids/protection-care-and-support-for-childrenaffected-by-hiv-and-aids/> [23 janv. 2018].
- Union interparlementaire. 2008. *Égalité en politique: enquête auprès de femmes et d'hommes dans les parlements*, Rapports et documents n° 54 (Genève).
- UNRISD (Institut de recherche des Nations Unies pour le développement social). 2016. *Policy innovations for transformative change: Implementing the 2030 Agenda for sustainable development*. Résumé français: «Politiques novatrices porteuses de transformation: mettre en œuvre le Programme de développement durable à l'horizon 2030» (Genève).
- Valarino, I.; Duvander, A.-Z.; Haas, L.; Neyer, G. 2017. «Exploring leave policy preferences: A comparison of Austria, Sweden, Switzerland, and the United States», *Social Politics: International Studies in Gender, State and Society*. Disponible à l'adresse <http://academic.oup.com/sp/advance-article/doi/10.1093/sp/jxx020/4772851> [17 janv. 2018].
- Vázquez Pimentel, A. D.; Macías Aymar, I.; Lawson, M. 2018. *Reward work, not wealth: To end the inequality crisis, we must build an economy for ordinary working people, not the rich and powerful* (Oxford, Oxfam).
- Vladescu, C.; Scintee, S. G.; Olsavszky, V.; Hernandez-Quevedo, C.; Sagan, A. 2016. «Romania: Health system review», *Health Systems in Transition*, vol. 18, n° 4, pp. 1-170.
- Wickramasekara, P. 2015. *Bilateral agreements and memoranda of understanding on migration of low skilled workers: A review*, SSRN Scholarly Paper (Rochester, NY, Social Science Research Network).
- WIEGO (Femmes dans l'emploi informel: globalization et organisation). 2017. *Initiative garde d'enfants de WIEGO*. Disponible à l'adresse <http://www.wiego.org/sites/default/files/publications/files/Alfers-Child-Care-Initiative-Summary-Report-French.pdf> [20 déc. 2018].
- . 2018 *Child care and informal workers*. Disponible à l'adresse www.wiego.org/wiego/child-care-initiative [7 fév. 2018].
- Wielers, R.; Raven, D. 2013. «Part-time work and work norms in the Netherlands», *European Sociological Review*, vol. 29, n° 1, pp. 105-113.
- Williams, F. 2012. «Converging variations in migrant care work in Europe», *Journal of European Social Policy*, vol. 22, n° 4, pp. 363-376.
- ; Gavanas, A. 2008. «The intersection of childcare regimes and migration regimes: A three-country study», dans l'ouvrage publié sous la direction de H. Lutz: *Migration and domestic work* (Londres, Routledge), pp. 13-28.
- Wils, A. 2015. *Reaching education targets in low and lower-middle income countries: Costs and finance gaps to 2030 for pre-primary, primary, lower- and upper secondary schooling* (Paris, UNESCO).
- Windebank, J. 2010. «Barriers to outsourcing domestic chores in dual-earner households», *International Journal of Sociology and Social Policy*, vol. 30, n° 7/8, pp. 387-398.
- Wismar, M.; Maier, C. B.; Glinos, I. A.; Dussault, G.; Figueras, J. 2011. *Health professional mobility and health systems: Evidence from 17 European countries*, Observatory Studies Series 23 (Copenhague, OMS, pour l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé).

- Woetzel, J.; Madgavkar, A.; Ellingrud, K.; Labaye, E.; Devillard, S.; Kutcher, E.; Manyika, J.; Dobbs, R.; Mekala, K. 2015. *The power of parity: How advancing women's equality can add \$12 trillion to global growth* (New York, McKinsey Global Institute).
- Wright, E. O. 2012. «Defining care», dans l'ouvrage publié sous la direction de N. Folbre: *For love and money: Care provision in the United States* (New York, Russell Sage Foundation), pp. 1-20.
- Yeandle, S.; Chou, Y.-C.; Fine, M.; Larkin, M.; Milne, A. 2017. «Care and caring: Interdisciplinary perspectives on a societal issue of global significance», *International Journal of Care and Caring*, vol. 1, n° 1, pp. 3-25.
- ; Kröger, T. 2014. «Reconciling work and care for older parents, disabled children and partners: Convergent or separate paths in three welfare systems?», dans l'ouvrage publié sous la direction de T. Kröger et S.Yeandle: *Combining paid work and family care: Policies and experiences in international perspective* (Bristol, Policy Press), pp. 219-239.
- Yeates, N. 2012. «Global care chains: A state-of-the-art review and future directions in care transnationalization research», *Global Networks*, vol. 12, n° 2, pp. 135-154.
- ; Pillinger, J. 2013. *Human resources for health migration: Global policy responses, initiatives, and emerging issues*. Disponible à l'adresse <http://oro.open.ac.uk/39072/> [19 janv. 2018].
- Yun, A. 2017. A 'state-generated' maid?: Care workers in the South Korea (OxHRH Blog, 15 December 2017). Disponible à l'adresse <http://ohrh.law.ox.ac.uk/a-state-generated-maid-care-workers-in-the-south-korea/> [20 déc. 2018].
- Zacharias, A. 2017. *How time deficits and hidden poverty undermine the Sustainable Development Goals* (Annandale-on-Hudson, NY, Levy Economics Institute of Bard College).
- ; Antonopoulos, R.; Masterson, T. 2012. *Why time deficits matter: Implications for the measurement of poverty* (Annandale-on-Hudson, NY, UNDP, Levy Economics Institute of Bard College).
- Zanoni, J.; Kauffman, K.; McPhaul, K.; Nickels, L.; Hayden, M.; Glassman, M.; Vega, L.; Sokas R.; Lipscomb, J. 2007. «Personal care assistants and blood exposure in the home environment: Focus group findings», *Progress in Community Health Partnerships: Research, Education, and Action*, vol. 1, n° 2, pp. 125-131.
- Zdravomyslova, E.; Tkach, O. 2017. «Cultural patterns of class inequality in the realm of paid domestic work in Russia», *Laboratorium: Russian Review of Social Research*, vol. 8, n° 3, pp. 68-99.

PRENDRE SOIN D'AUTRUI: UN TRAVAIL ET DES EMPLOIS POUR L'AVENIR DU TRAVAIL DÉCENT

Ce rapport dresse un état des lieux complet sur les activités de soin à autrui, qu'il s'agisse de travail rémunéré ou non rémunéré, dans un monde du travail en mutation. Il propose une analyse des moyens par lesquels le travail de soin est reconnu et organisé, de la qualité des emplois dans cette branche d'activité, et de leurs effets sur le bien-être des individus et de la société. Une attention particulière est portée aux inégalités persistantes entre hommes et femmes, dans les ménages et sur le marché du travail: ces inégalités sont inextricablement liées aux activités de soin.

Une série de politiques transformatrices sont détaillées dans cinq grands domaines: activités de soin, macroéconomie, travail, protection sociale et migrations. Le but de ces politiques est de faire reconnaître la valeur du travail de soin non rémunéré, de réduire la pénibilité de certaines de ses formes et de redistribuer les responsabilités à cet égard entre les hommes et les femmes, mais également entre les ménages et l'État. Il est aussi nécessaire que ces politiques induisent la création d'emplois – en plus grand nombre et de meilleure qualité – et qu'elles favorisent la représentation – dans le dialogue social – des prestataires non rémunérés, des travailleurs rémunérés et des bénéficiaires des activités de soin. L'importance vitale de politiques, d'infrastructures et de services de soin publics de bonne qualité et abordables est réaffirmée ici.

En soutien de ces recommandations, le rapport contient quantité de données inédites en provenance de plus de 90 pays de toutes les régions du monde. Ces données se rapportent à de nombreuses questions, dont les suivantes:

- La façon dont les changements de la dimension et de la structure des ménages – du fait de l'évolution démographique, des migrations et d'un marché du travail en mutation – modifient le besoin d'activités de soin.
- Le volume et la valeur du travail de soin non rémunéré, sa répartition inégale entre femmes et hommes et ses effets sur les inégalités professionnelles entre les sexes.
- La couverture des politiques en matière de soin et la façon dont celles-ci peuvent améliorer le bien-être et l'emploi des prestataires et des bénéficiaires.
- Les effectifs, la répartition et les conditions de travail de la main-d'œuvre dans les branches de la santé, du travail social, de l'éducation et du travail domestique.
- Le potentiel de création d'emplois décents que présenteraient le comblement des déficits actuels en matière de soin et la réalisation d'ici à 2030 des cibles qui s'y rapportent dans les objectifs de développement durable.

Le rapport se conclut par des orientations politiques élaborées à l'intention des mandants de l'OIT sur la base de l'analyse des données recueillies et de l'expérience de divers pays.

**Service des questions de genre, de l'égalité et de la diversité (GED) et ILOAIDS
Département des conditions de travail et de l'égalité**

Bureau international du Travail (BIT)
4, route des Morillons
CH-1211 Genève 22, Suisse
Tél. +41 (0) 22 799 6730
Fax +41 (0) 22 798 8685

www.ilo.org/ged
www.ilo.org/care-economy



Flanders
State of the Art



ISBN 978-92-2-133484-2



9 789221 334842 >

