



Pourquoi les soins sont importants pour le développement social

Les activités de soins et d'assistance aux personnes, rémunérées ou non, contribuent au bien-être, au développement social et à la croissance économique. Mais les coûts des soins ne sont pas équitablement répartis entre hommes et femmes et entre les classes. Les familles, sous leurs diverses formes, sont en première ligne lorsqu'il s'agit de répondre aux besoins de soins et d'assistance. Le défi consiste à élaborer des politiques qui les soutiennent et reposent sur certains principes essentiels: reconnaissance et garantie des droits des soignants et des soignés; répartition moins inégale des coûts sur l'ensemble de la société; et défense de soins professionnels, convenablement rémunérés et empreints de compassion.

Le problème

Les activités de soins et d'assistance non rémunérées englobent les travaux ménagers (cuisine, ménage) et les soins aux personnes (toilette des enfants, assistance à une personne âgée et faible) exécutés dans les foyers et les communautés. Elles concourent au bien-être et à la croissance économique par la reproduction d'une main-d'œuvre valide, productive, capable d'apprendre et d'innover. Dans toutes les économies et toutes les cultures, les femmes assument la plus grande part des soins non rémunérés. De plus, on estime que si l'on attribuait une valeur monétaire à ces travaux, ils représenteraient entre 10 et 39 pour cent du PIB.¹

Les enquêtes sur la population active ne tiennent pas compte des soins non rémunérés, malgré la valeur

¹ Ces chiffres ont été calculés pour les six pays inclus dans l'étude de l'UNRISD. On l'a fait en multipliant le nombre estimé d'heures de travail consacrées aux soins non rémunérés par un "salaire généraliste", c'est-à-dire en prenant le salaire horaire moyen d'une personne active—d'une employée de maison ou d'une gouvernante par exemple—qui effectuerait l'ensemble des tâches liées aux soins (Budlender 2008).

économique qu'ils représentent. Ils n'entrent pas non plus dans le calcul du PIB. Ils sont donc invisibles dans les représentations de l'économie qui dictent les politiques. Ils ne sont pas mentionnés non plus dans les Objectifs du Millénaire pour le développement bien qu'ils tiennent une grande place dans la réalisation de plusieurs d'entre eux (réduction de la mortalité infantile, lutte contre le VIH/sida, enseignement primaire, réduction de la mortalité maternelle).

Les services de soins et d'assistance rémunérés tels que la garde des enfants, les soins aux personnes âgées, les soins infirmiers et l'enseignement constituent aussi une part croissante de l'économie et des emplois dans de nombreux pays. Aux Etats-Unis, par exemple, les services de soins professionnels et domestiques qui représentaient 13,3 pour cent des actifs en 1900 en employaient 22,6 pour cent en 1998 (presque autant de travailleurs que le secteur manufacturier). En Inde, la libéralisation économique des dix dernières années s'est accompagnée d'une hausse sensible du nombre des employés de maison. Lorsque les activités de soins et

Recherches de l'UNRISD sur l'économie politique et sociale des soins (2007–2009)

Cette synthèse de la série "Recherches et politiques" résume les conclusions du projet de l'UNRISD *Economie politique et sociale des soins*. Le projet regroupe six études de fond réalisées dans des pays de trois régions: l'Afrique du Sud et la Tanzanie, l'Argentine et le Nicaragua, l'Inde et la République de Corée. Les pays ont été choisis sur la base de deux critères: d'abord pour chaque région, un pays doté d'une architecture sociale relativement développée et un autre où elle l'est moins; et ensuite, l'existence d'au moins une enquête sur l'emploi du temps. Les équipes présentes dans chaque pays ont fait porter leurs recherches sur quatre questions connexes: (i) l'évolution économique, sociale et démographique au cours des 20 à 30 dernières années; (ii) les données fournies par les enquêtes sur l'emploi du temps; (iii) les politiques sociales et en matière de soins et les institutions dans ces domaines; et (iv) des groupes choisis d'actifs travaillant dans le secteur des soins (leurs salaires, conditions de travail, la façon dont ils répondent à leurs propres besoins en matière de soins et aux besoins des personnes qui sont à leur charge). Les systèmes de santé de deux pays industrialisés, le Japon et la Suisse, ont été étudiés aussi à des fins de comparaison. Cinq documents thématiques ont complété les recherches dans les pays.

Tous les rapports nationaux, documents thématiques et documents de programme peuvent être téléchargés à partir du site Internet de l'UNRISD (www.unrisd.org/research/gd/care); voir aussi plus bas les Sources de l'UNRISD et autres lectures.

d'assistance sont convenablement rémunérées et protégées, elles peuvent servir les intérêts des travailleurs comme des utilisateurs des services. Mais ce n'est pas souvent le cas.

Pourquoi la politique de développement devrait-elle s'intéresser aux soins? Certains insisteront sur leur importance pour la croissance économique, que ce soit par la contribution qu'ils apportent à la formation du "capital humain" ou comme composante d'un "investissement social". D'autres ont une vision plus large des soins, et les considèrent comme partie intégrante du tissu social et du développement social. La façon dont les sociétés règlent le problème des soins a aussi une incidence considérable sur les rapports et les inégalités entre hommes et femmes.

Il est plus urgent que jamais de s'employer à résoudre le problème des soins par des politiques publiques. L'entrée massive des femmes sur le marché du travail, qui est une tendance quasi mondiale, a réduit le temps qu'elles consacraient jusqu'à présent aux soins non rémunérés des proches parents et des amis. En même temps, le vieillissement de la population dans certains pays et des crises sanitaires majeures (en particulier le VIH et le sida) dans d'autres ont rendu plus aigu le besoin de services de soins. Dans de nombreux pays en développement où les systèmes de santé publique ont été gravement affaiblis pendant les décennies des réformes inspirées par la philosophie du marché, une grande partie de la charge des soins est retombée sur les femmes et les filles.

Les soins sont à la base du développement social et économique mais les dispositions prises à ce sujet dans les pays en développement ont été peu étudiées. Les recherches de l'UNRISD ont commencé à combler cette lacune.

Résultats des recherches

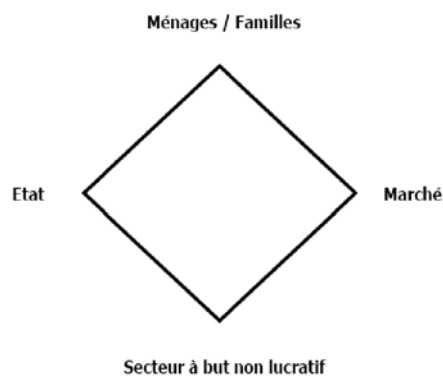
Les conclusions de l'UNRISD contestent l'idée que seuls les pays relativement développés peuvent se permettre d'avoir l'Etat et le marché comme prestataires de soins spécialisés et que les pays pauvres doivent avoir recours aux solutions non rémunérées offertes par la famille et la communauté. Les politiques en matière de soins sont rudimentaires dans de nombreux pays en développement. Pourtant, nombreuses sont celles qui pourraient influencer sur l'offre des soins: développement de l'infrastructure, services sociaux assurés par l'Etat et programmes de protection sociale. De plus, de nombreux gouvernements de pays en développement expérimentent actuellement de nouvelles manières de répondre aux besoins de soins de leurs sociétés. Les variations que l'on constate entre les pays pour ce qui est des politiques sociales et des politiques des soins nous éclairent sur les conséquences de ces politiques.

Diverses institutions participent à l'offre des soins...

Quatre grandes institutions participent à la conception, au financement et à la prestation des soins: les ménages et familles, les marchés, l'Etat et le secteur à but non lucratif. On peut se représenter ces institutions sous la forme d'un "carré des soins" (figure 1). Pourtant, elles interagissent de manières complexes, et les limites entre elles ne sont ni clairement définies ni statiques. Par exemple, l'Etat finance

souvent des services rendus par des organisations à but non lucratif. De plus, son rôle est qualitativement différent de celui des autres piliers du carré, parce qu'il n'est pas seulement *prestataire* de services de soins publics, mais *décide* aussi des droits et des responsabilités d'autres institutions. La façon dont l'Etat exerce son rôle—s'il l'exerce effectivement—est essentielle en ce qu'elle définit qui a accès à des soins de qualité et qui en supporte les frais. La création, l'encadrement et le financement efficaces des services de soins peuvent en élargir l'accès, en améliorer la qualité, les rendre plus abordables et réduire le temps que les soignants non rémunérés doivent y consacrer. Les congés parentaux, les allocations familiales et d'autres transferts peuvent être financés par les impôts et des programmes d'assurance sociale, et socialiser ainsi certains des coûts à la charge des soignants non rémunérés.

Figure 1: Le carré des soins



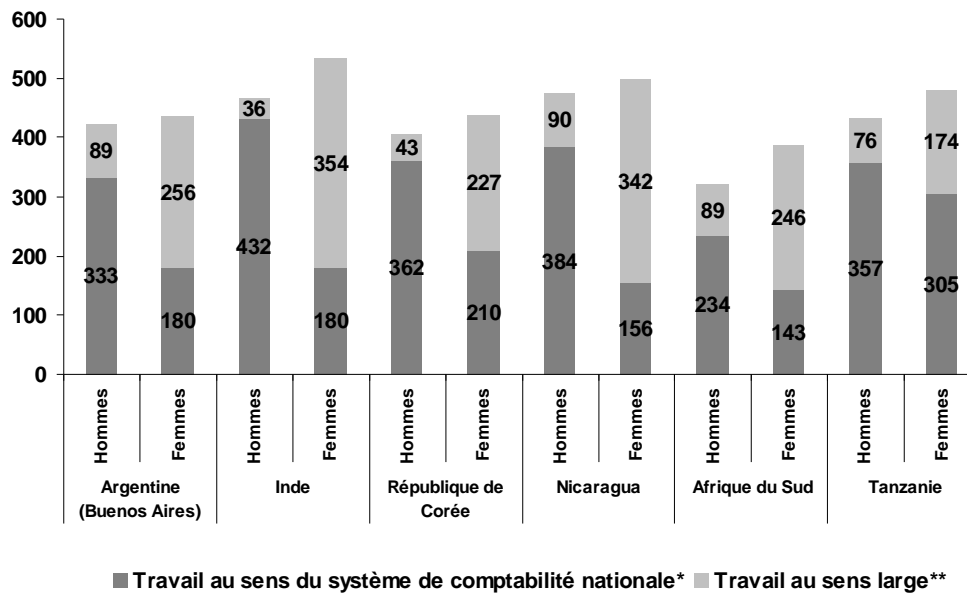
...et leur rôle varie d'un pays à l'autre et évolue avec le temps

Lorsque l'Etat n'a pas la capacité (ni la volonté politique) d'organiser, de financer et d'encadrer la prestation des soins à une échelle suffisante, les familles et les ménages en assument inévitablement une part plus grande. Cela ne vaut pas uniquement pour les pays en développement. Dans des pays aussi divers que l'Italie, le Japon, l'Espagne et la Suisse, la plupart des familles doivent prendre leurs propres dispositions pour les soins et la garde des enfants, et parfois engagent clandestinement des immigrées pour faire le travail. Dans le contexte des crises économiques en particulier, comme les dispositions prises par l'Etat pour l'infrastructure et les services sociaux sont érodées, la responsabilité des soins retombe souvent sur les familles, alors que l'achat des articles de première nécessité et des substituts des soins devient difficile en raison de la baisse des revenus et de la disparition d'emplois.

Les femmes dispensent l'essentiel des soins non rémunérés ...

Les femmes assument la plus grande part des travaux non rémunérés, et pas seulement en temps de crise. En fait, en dépit d'importantes variations des indicateurs démographiques, économiques et sociaux, le temps que consacrent hommes et femmes aux soins non rémunérés est marqué par un grand déséquilibre, et ce dans tous les pays. Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à

Figure 2: Temps moyen consacré par jour au travail au sens du système de comptabilité nationale et au travail au sens large (en minutes, selon le sexe et le pays, pour l'ensemble de la population)



■ Travail au sens du système de comptabilité nationale* ■ Travail au sens large**

Notes: * Le système de comptabilité nationale distingue la production qui doit entrer dans le calcul du PIB de celle qui doit en être exclue. Le travail au sens du système de comptabilité nationale inclut la production de tous les biens (qu'ils soient ou non vendus sur le marché). En revanche, pour ce qui est des services, seuls ceux qui sont vendus sur le marché sont inclus. **Le travail au sens large—ou activités de soins et d'assistance non rémunérées—désigne les activités qui n'entrent pas dans le calcul du PIB. Les travaux ménagers dans son propre ménage et la garde des enfants, les soins aux personnes âgées, aux malades et aux handicapés, s'ils ne sont pas rémunérés, n'entrent pas dans le calcul du PIB. **Source:** Budlender 2008.

dispenser des soins non rémunérés et elles y consacrent beaucoup plus de temps (figure 2). Pour tous les pays pris en compte dans la figure 2, les femmes y consacrent en moyenne deux fois plus de temps que les hommes. C'est en Inde que l'écart entre hommes et femmes est le plus marqué et en Tanzanie qu'il est le plus faible.

De nombreux soignants non professionnels trouvent gratifiant en soi le fait de dispenser des soins. Cependant, dans les sociétés où, en règle générale, on est reconnu et récompensé dans la mesure où l'on participe à l'économie rémunérée, les soins non rémunérés entraînent des coûts importants sous la forme d'obligations financières, de pertes de chances, de manque à gagner et de stress physique et émotionnel. De plus, dans les pays pauvres où l'accès à une infrastructure adéquate et aux techniques permettant d'économiser le travail est limité, beaucoup de tâches associées aux soins non rémunérés sont ardues et prennent beaucoup de temps.

... et si l'on combine soins rémunérés et soins non rémunérés, elles y consacrent plus de temps que les hommes

Si les femmes consacrent moins de temps que les hommes au travail rémunéré, elles passent plus de temps à travailler si l'on combine tous les types de travaux (rémunérés et non rémunérés), ce qui veut dire moins de temps pour les loisirs, l'éducation, la vie politique et les soins de sa personne. Comme on peut s'y attendre, la présence de jeunes enfants (de moins de six ans) augmente sensiblement le temps alloué aux soins non rémunérés. De même, les femmes des ménages économiquement faibles consacrent

plus de temps aux tâches liées aux soins que celles des ménages à haut revenu, ce qui s'explique par les possibilités limitées de louer les services d'autres personnes, la taille du ménage et le manque d'équipement. Les données concernant le temps passé à se procurer du combustible en Tanzanie illustrent bien ce point. Si 42 pour cent des femmes et 22 pour cent des hommes des ménages les plus pauvres disent consacrer du temps à cette besogne, les pourcentages tombent à 15 pour cent et 7 pour cent, respectivement, dans les ménages relativement aisés.

Un environnement propice à la prestation de soins demande différents types de ressources

De bons soins supposent que l'on dispose de diverses ressources, notamment de *temps et de ressources matérielles*. Si le *temps* est un apport essentiel à la prestation de soins, dans les pays en développement comme dans les pays développés, plusieurs autres *conditions* essentielles doivent être remplies. Il faut notamment disposer:

- d'un travail rémunéré (ou, sinon, de transferts sociaux) pour avoir un revenu qui permette d'acheter les intrants nécessaires à l'administration directe des soins (d'assurer une alimentation acceptable, de payer les frais de transport jusqu'au centre de santé le plus proche);
- de l'infrastructure et des techniques appropriées (eau et assainissement, équipement ménager) pour accélérer et faciliter l'exécution des travaux ménagers non rémunérés; et
- de services sociaux de base (santé, enseignement primaire) qui complètent les soins non rémunérés.

Aucune de ces conditions ne va de soi dans un pays en développement. Pour que la population bénéficie de soins

suffisants, il faut aussi, outre ces conditions générales, des politiques spécifiques dont les effets se fassent directement sentir sur la prestation des soins.

Les dispositions relatives aux congés et les versements en espèces ne sauraient remplacer les services de soins et de garde

Dans le secteur des soins, les politiques peuvent agir sur trois leviers: le temps, les ressources financières et les services.

- Des *congés payés* (tels que le congé parental) donnent aux soignants du temps et des ressources pour s'occuper des personnes à leur charge mais il est rare que les travailleurs employés dans le secteur informel en profitent. Ils risquent aussi d'accentuer encore la féminisation des soins s'ils ne visent que les femmes qui travaillent (comme c'est le cas dans de nombreux pays). En Argentine, par exemple, la loi qui prévoit un congé de maternité de trois mois avec versement du salaire intégral ne s'applique qu'à la moitié de la population active féminine.
- Les *transferts monétaires* peuvent aider financièrement les familles à subvenir aux coûts de l'éducation des enfants. Cependant, là où ils visent les mères et sont soumis à des conditions (visites médicales régulières pour les enfants, fréquentation d'ateliers sur la nutrition pour les mères), ils peuvent ajouter à la charge de travail déjà lourde des femmes pauvres sans associer les hommes à ce travail.
- L'offre de *services de garderie* accessibles et abordables (crèches, jardins d'enfants publics) peut permettre aux soignants d'exercer d'autres activités, y compris génératrices de revenu, tout en assurant une certaine qualité de garde et la sécurité des enfants à charge. Investis de manière judicieuse, les crédits affectés aux services de garderie et aux jardins d'enfants peuvent créer de nouveaux emplois, libérer les femmes et leur permettre d'entrer sur le marché du travail et, en développant les capacités des enfants, se révéler à l'avenir un placement très profitable.

La coexistence de services publics et de services privés de soins ou de garderie suppose un encadrement et un financement de l'Etat

De nombreux pays en développement, en particulier à revenu intermédiaire, qui mettent en place des services de garderie se heurtent à une difficulté, celle de multiplier le nombre des bénéficiaires sans reproduire les inégalités existantes. Si les ménages disposant d'un revenu relativement élevé ont généralement diverses options, telles que celles de confier

leurs enfants à une garderie privée ou d'engager des employés de maison, les ménages moins aisés n'ont pas la même capacité de louer des services. L'organisation pluraliste des services peut alors dégénérer en fragmentation si les besoins sont satisfaits par des prestataires qui offrent des services de qualité différente selon les segments de population auxquels ils s'adressent. Une coexistence efficace et équitable de services publics et de services privés suppose un Etat assez fort, capable d'encadrer le marché et les prestataires à but non lucratif. Pourtant, on plaide souvent pour une telle coexistence là où l'Etat est faible.

Les services de garderie sont insuffisants dans de nombreux pays à faible revenu. Cependant, une partie de l'infrastructure nécessaire à l'offre de ces services peut être déjà en place, comme le montre l'exemple des crèches-services de nutrition (*anganwadis*) en Inde, des garderies au Nicaragua, ou du programme des soins à domicile en Tanzanie. Pourtant, le financement public de ces services est extrêmement bas et, s'ils dépendent de "volontaires" ou d'un personnel très peu rémunéré, ceux-ci ne reçoivent pas la formation et les ressources dont ils auraient besoin.

Les soins sont féminisés et souvent dévalorisés, qu'ils relèvent du marché ou du secteur public

Les activités liées aux soins recouvrent diverses professions qui se différencient de façon marquée les unes des autres par le statut et les qualifications et qui vont des médecins aux employées de maison. Bien que les salaires et les conditions de travail de ces personnels varient selon les catégories et les pays, les formes marchandisées des soins présentent deux caractéristiques dominantes: ce sont des professions dans lesquelles les femmes dominent et qui sont souvent en butte à une discrimination salariale par rapport à d'autres professions exigeant des niveaux d'études et de qualifications comparables: c'est ce que l'on appelle la "pénalisation des soins", qui est en général plus lourde dans les pays dans lesquels les inégalités de revenu sont marquées, où les négociations passent peu par les syndicats et où le secteur public est assez modeste.

Dans le secteur informel, les soins sont souvent très mal payés. Les employées de maison, par exemple, constituent une part importante des emplois féminins dans bien des pays à faible revenu et à revenu intermédiaire. Beaucoup d'entre elles ne sont toujours pas visées par les dispositions du code du travail relatives au salaire

Illustration: La coexistence des services publics et privés en Argentine et en République de Corée

S'agissant de l'accès des enfants de moins de cinq ans à l'éducation préscolaire, les différences de classe et disparités régionales ont été sensiblement réduites en Argentine par l'inscription obligatoire des enfants de cet âge. Cependant, les taux d'inscription pour les enfants de ménages à relativement faible revenu ne représentent qu'une fraction de ceux des enfants plus jeunes de ménages plus aisés, pour lesquels le marché joue un rôle prépondérant car les services publics sont limités. Comme les garderies privées ne sont pas à la portée des familles à faible revenu, celles-ci inscrivent leurs enfants dans des crèches publiques où les listes d'attente sont longues, et où les services, rendus par des personnes de la communauté ou par des parents travaillant bénévolement, sont moins professionnels.

En République de Corée—où l'Etat finance et encadre en partie les services de garderie mais n'en est pas forcément prestataire—l'offre privée-public ne semble pas renforcer de la même manière les inégalités sociales. Les subventions du gouvernement sont calculées selon un barème variable sur la base des revenus des parents et versées directement à l'établissement dans lequel l'enfant est inscrit. Aussi le même établissement peut-il accueillir des enfants des couches économiquement faibles comme des couches aisées, et la part des enfants des familles à faible revenu est subventionnée par l'Etat.

minimum, au nombre maximum d'heures de travail et aux contributions obligatoires des employeurs. Le fait que les services et programmes sociaux, même *publics*, sont très tributaires d'un travail invariablement qualifié de "volontaire" ou de "communautaire" est un autre motif de préoccupation. En clair, cela signifie très souvent que le travail n'est pas rémunéré ou payé à un tarif inférieur à la normale.

Il est problématique de compter sur le "volontariat" lorsque les budgets sont serrés

Les programmes sociaux qui ciblent les orphelins, les personnes vivant avec le VIH et le sida et les enfants des communautés pauvres dépendent très souvent du travail non rémunéré ou sous-payé de femmes qui elles-mêmes comptent très souvent parmi les pauvres: c'est cette réalité que recouvre très souvent l'expression de "participation communautaire". Bien que cela réduise le coût monétaire des programmes sociaux, on peut se demander s'il est juste de s'appuyer sur des bénévoles lorsque les familles, en particulier les femmes, sont déjà prises par de multiples activités. On ne sait pas très bien non plus ce que signifie le "volontariat" lorsque la pauvreté est partout et/ou le chômage élevé ou que l'accès aux rares services disponibles dépend du travail "volontaire".

Les programmes de soins à domicile qui se sont répandus dans toute l'Afrique subsaharienne dans le contexte du VIH et du sida illustrent bien ce problème. Ces programmes se substituent aux services de santé publique qui, après des années d'abandon et de financement insuffisant, ne peuvent pas répondre à une demande en pleine expansion. Pourtant, le fait que ces programmes sont exécutés dans un contexte de stress et de pénurie, sans financement ni formation suffisants, risque de reporter la responsabilité des soins sur des "communautés" sans ressources (c'est-à-dire sur les femmes de ces communautés), sur des "volontaires" qui très souvent sont en réalité des employés sous-payés, et sur des soignants non rémunérés dans les ménages (des femmes et des filles, le plus souvent).

Leçons à retenir et conséquences pour les politiques

Un environnement politique qui reconnaît la valeur des soins et y voit la pierre angulaire du développement social et économique doit respecter les droits et les besoins tant des soignants que des soignés. Dans un tel contexte, les soins seraient d'un accès universel, abordables pour tous, et les soignés auraient la liberté et le pouvoir de décider de la forme sous laquelle l'aide ou l'assistance nécessaire à leur indépendance doit leur être apportée. Les soignants non rémunérés seraient en mesure d'améliorer l'existence et de renforcer les capacités de ceux qu'ils entourent de leurs soins sans compromettre leur propre sécurité économique. Et les soins comme activité deviendraient une option véritable, et seraient reconnus et récompensés à leur juste valeur.

Si les options concrètes qui s'offrent en matière de politiques dépendent du pays et du contexte, on peut cependant

dégager un certain nombre de priorités en se laissant guider par ces principes.

- **Investir dans l'infrastructure et les services sociaux de base.** En investissant dans l'infrastructure (eau, assainissement, électricité) des pays à faible revenu, on peut accroître sensiblement l'efficacité du travail domestique non rémunéré. Lorsqu'ils existent, les services sociaux de base (enseignement primaire, santé) améliorent les conditions de vie, accroissent les capacités de ceux qui les utilisent et réduisent le temps que les membres de la famille doivent consacrer à ces tâches. Ces deux types d'investissement laissent aux personnes plus de temps pour d'autres activités (soins de leur personne, éducation, participation à la vie politique, travail rémunéré) et sont donc prioritaires.
- **Assurer une source de revenu suffisante et fiable.** Si ceux qui dispensent des soins ont besoin de temps, ils doivent aussi avoir une source de revenu suffisante et fiable qui leur permette de s'assurer un niveau de vie décent (de payer leur alimentation, leur logement et leur transport). Ils peuvent l'obtenir par le travail rémunéré et par des transferts sociaux suffisants (pensions, allocations familiales ou par enfant). Ces derniers revêtent une importance particulière là où les soins à dispenser prennent beaucoup de temps.
- **Créer des synergies entre les transferts sociaux et les services sociaux.** Les pensions et les allocations familiales ou par enfant complètent des services de soins accessibles et de qualité mais ne sauraient les remplacer. L'État a un rôle important à jouer en finançant, encadrant et organisant la prestation de ces services. Le fait est de plus en plus reconnu pour ce qui est de la garde des enfants, secteur où la difficulté réside à multiplier le nombre des bénéficiaires tout en réduisant les inégalités entre classes et entre régions. Un ou deux ans de fréquentation obligatoire d'un établissement préscolaire peut être une mesure efficace dans ce sens. D'un autre côté, les débats politiques sur les soins aux personnes âgées portent souvent sur des questions financières telles que les pensions et négligent l'aide pratique dont ces personnes ont besoin dans leurs activités quotidiennes et les soins de longue durée que nécessite leur état. Dans de nombreux pays, ce sont là des questions qui doivent retenir d'urgence l'attention des politiques.
- **S'appuyer sur les programmes existants pour répondre aux besoins en matière de soins.** Les pays à faible revenu peuvent s'appuyer sur les programmes sociaux existants. Le développement des centres de nutrition infantile en établissements préscolaires ou éducatifs de qualité ouverts à un large public, ou la formation dispensée dans le cadre des programmes de santé communautaire, et l'apport des ressources nécessaires aux repas, l'organisation des transports et la fourniture de trousseaux médicaux peuvent aider à améliorer à la fois les conditions de travail et la qualité des soins.
- **Reconnaître les travailleurs du secteur des soins et garantir leurs droits.** Les responsables politiques doivent être les premiers à tourner le dos à une stratégie qui mise sur le marché et l'exploitation des volontaires pour obtenir des soins improvisés et à opter pour des soins professionnels, décemment rémunérés et empreints de compassion. Cela demande un encadrement et un contrôle effectifs de la part des États. Les organisations des

travailleurs du secteur et des utilisateurs des soins doivent y être associées aussi pour que le public ait confiance dans ces services et maintienne son financement par le biais des contributions publiques. Les organisations à but non lucratif et les milieux associatifs prennent une part de plus en plus grande à la prestation des services de soins. Il est du devoir de l'Etat d'établir des règles claires sur les droits des volontaires (santé et sécurité au travail, allocations périodiques) et de les reconnaître comme travailleurs vu leur nombre croissant dans le secteur des soins.

- **Donner aux soins une place plus visible dans les statistiques et les débats publics.** A bien des égards, les soins constituent un bien public, dont la contribution à

la croissance économique, au développement social et à la cohésion sociale dépasse de loin les bénéfices que les soignés en retirent individuellement. Les coûts des soins doivent donc être répartis plus équitablement entre tous les membres de la société. Pour que soignants et soignés soient mieux soutenus par les politiques, les soins doivent sortir du domaine privé et devenir un enjeu public. Ce serait faire un pas important dans ce sens que de rendre les soins plus visibles dans les statistiques et dans les débats publics. On a besoin d'indicateurs actuels et réguliers tels que ceux que fournissent les enquêtes sur l'emploi du temps, pour évaluer dans quelle mesure les politiques ont réussi à alléger la charge des soins et à l'égaliser.

Sources de l'UNRISD et autres lectures

- Bedford, Kate. A paraître. *Harmonizing Global Care Policy? Care and the Commission on the Status on Women*. Document du Programme Genre et développement, UNRISD, Genève.
- Budig, Michelle et Joya Misra. 2008. *How Care Work Employment Shapes Earnings in a Cross-National Perspective*. Document de référence pour le rapport de l'UNRISD sur la pauvreté, UNRISD, Genève.
- Budlender, Debbie. 2008. *The Statistical Evidence on Care and Non-Care Work across Six Countries*. Programme Genre et développement, Document No. 4, UNRISD, Genève.
- Faur, Eleonor. 2008. *The "Care Diamond": Social Policy Regime, Care Policies and Programmes in Argentina*. Economie politique et sociale des soins, Rapport No. 3, Argentine, UNRISD, Genève.
- Filgueira, Fernando et al. A paraître. *The Coming-of-Age of a Mature Welfare Regime and the Challenge of Care: Labour Market Transformation, Second Demographic Transition and the Future of Social Protection in Uruguay*. Document du Programme Genre et développement, UNRISD, Genève.
- Folbre, Nancy et Julie Nelson. 2000. "For love or money—Or both?" *Journal of Economic Perspectives*, Vol. 14, No. 4, pp. 123–140.
- Lund, Francie et Debbie Budlender. 2009. *Paid Care Providers in South Africa: Nurses, Domestic Workers, and Home-Based Care Workers*. Economie politique et sociale des soins, Rapport No. 4, Afrique du Sud, UNRISD, Genève.
- Martinez-Franzoni, Juliana et al. A paraître. *The Political and Social Economy of Care in Nicaragua. Familialism of Care under an Exclusionary Social Policy Regime*. Document du Programme Genre et développement, UNRISD, Genève.
- Meena, Ruth. 2008. *Social Policy Regime, Care Policies and Programmes in the Context of HIV/AIDS*. Economie politique et sociale des soins, Rapport No. 3, Tanzanie, UNRISD, Genève.
- Molyneux, Maxine. 2007. *Change and Continuity in Social Protection in Latin America: Mothers at the Service of the State?* Programme Genre et développement, Document No. 1, UNRISD, Genève.
- Palriwala, Rajni et N. Neetha. 2009. *Paid Care Workers in India: Domestic Workers and Anganwadi Workers*. Economie politique et sociale des soins, Rapport No. 4, Inde, UNRISD, Genève.
- Patel, Leila. 2009. *The Gendered Character of Social Care in the Non-Profit Sector in South Africa*. UNRISD et Centre for Social Development in Africa, Université de Johannesburg, Johannesburg.
- Peng, Ito. 2009. *The Political and Social Economy of Care in the Republic of Korea*. Programme Genre et développement, Document No. 6, UNRISD, Genève.
- Razavi, Shaira. 2007. *The Political and Social Economy of Care in a Development Context: Conceptual Issues, Research Questions and Policy Options*. Programme Genre et développement, Document No. 3, UNRISD, Genève.
- Staab, Silke et Roberto Gerhard. A paraître. *Childcare Service Expansion in Chile and Mexico: For Women or Children or Both?* Document du Programme Genre et développement, UNRISD, Genève.
- Williams, Fiona. 2009. *Claiming and Framing in the Making of Care Policies: The Recognition and Redistribution of Care*. Document thématique établi pour le projet Economie politique et sociale des soins, UNRISD, Genève.

Les Synthèses de l'UNRISD sur les recherches et politiques visent à améliorer la qualité du dialogue sur le développement. Elles replacent les recherches de l'Institut dans le cadre général des débats sur le développement social, font la synthèse des résultats et attirent l'attention sur des questions à prendre en considération dans le processus décisionnel. Elles fournissent ces informations sous une forme condensée qui devrait être utile notamment aux décideurs politiques, aux universitaires, aux militants et aux journalistes.

Les recherches de l'UNRISD sur l'économie politique et sociale des soins ont été financées par le Programme des Nations Unies pour le développement (Japon/Fonds WID), le Centre de recherches pour le développement international (CRDI, Canada), et la Direction du développement et de la coopération (DDC) de Suisse. L'UNRISD remercie aussi les gouvernements d'Afrique du Sud, du Danemark, de Finlande, du Mexique, du Royaume-Uni, de Suède et de Suisse qui ont assuré le financement de son budget général en 2009. Téléchargez cette publication gratuitement à partir du site www.unrisd.org/publications/rpb9f.

Copyright © UNRISD. De brefs extraits de cette publication peuvent être reproduits en l'état sans autorisation, à condition d'en indiquer la source. Pour obtenir des droits de reproduction ou de traduction, adresser sa demande à l'UNRISD, Palais des Nations, 1211 Genève 10, Suisse. L'UNRISD accueille favorablement ces demandes.



UNRISD
INSTITUT DE RECHERCHE
DES NATIONS UNIES POUR
LE DÉVELOPPEMENT SOCIAL

L'Institut de recherche des Nations Unies pour le développement social (UNRISD) est une institution autonome qui encourage des recherches sur des enjeux sociaux du développement. Menées principalement dans des pays en développement, ses études multidisciplinaires sont effectuées en collaboration avec le vaste réseau d'universitaires et d'instituts de recherche avec lequel il travaille.

Pour de plus amples informations sur l'Institut, s'adresser à l'UNRISD, Palais des Nations, 1211 Genève 10, Suisse; téléphone 41 (0)22 9173020, fax 41 (0)22 9170650, info@unrisd.org, www.unrisd.org.