



Conseil économique et social

Distr. générale
18 décembre 2008
Français
Original : anglais

Commission de la condition de la femme

Cinquante-troisième session

2-13 mars 2009

Point 3 a) de l'ordre du jour provisoire*

**Suivi de la quatrième Conférence mondiale
sur les femmes et de la vingt-troisième session
spéciale de l'Assemblée générale intitulée
« Les femmes en l'an 2000 : égalité entre les sexes,
développement et paix pour le XXI^e siècle » :
mise en œuvre des objectifs stratégiques
et mesures dans les domaines critiques,
et autres actions et initiatives**

Le Partage égal des responsabilités entre femmes et hommes, y compris les soins dispensés dans le contexte du VIH/SIDA

Rapport du Secrétaire général

Résumé

Le présent rapport a été préparé dans le respect de la résolution ECOSOC 2006/9, dans laquelle le Conseil a identifié « Le partage égal des responsabilités entre femmes et hommes, y compris les soins dispensés dans le contexte du VIH/SIDA » comme le thème prioritaire de la cinquante-troisième session de la Commission de la condition de la femme. Il analyse la situation actuelle et propose des recommandations à examiner par la Commission.

* E/CN.6/2009/2.



Table des matières

	<i>Page</i>
I. Introduction	3
II. Politique globale et cadres légaux	3
III. Modèles et tendances dans le partage inégal des responsabilités entre femmes et hommes . . .	6
IV. Fourniture de soins dans le contexte du VIH/sida	12
V. Réponses politiques	15
VI. Conclusions et recommandations	20

I. Introduction

1. Conformément à la résolution 2006/9 de l'ECOSOC, dans laquelle le Conseil a identifié « Le partage égal des responsabilités entre femmes et hommes, y compris les soins dispensés dans le contexte du VIH/SIDA » comme le thème prioritaire de la cinquante-troisième session de la Commission de la condition de la femme, le présent rapport analyse la situation actuelle par rapport au thème et propose des recommandations à examiner par la Commission¹.

2. Le présent rapport s'appuie, entre autres sources, sur une réunion du Groupe d'experts consacrée au thème prioritaire et organisée en octobre 2008 par la Division de la promotion de la femme en collaboration avec l'Organisation internationale du Travail (OIT), le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) et l'Institut de recherche des Nations Unies pour le développement social (UNRISD), qui avait eu lieu à la Commission économique pour l'Europe. La DPF a également organisé une discussion en ligne sur ce thème en juillet-août 2008².

II. Politique globale et cadres légaux

3. Les conclusions de nombreuses agences intergouvernementales ont abordé le partage égal des responsabilités entre femmes et hommes. Le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (1994)³ a observé que la pleine participation et le partenariat des femmes et des hommes sont nécessaires dans les activités productives et reproductives, y compris les responsabilités partagées dans le cadre des soins et de l'éducation des enfants, ainsi que de la tenue du ménage. Les responsabilités des hommes dans le cadre de l'éducation des enfants et des travaux ménagers ont été soulignées et des investissements destinés à alléger le fardeau des responsabilités domestiques pesant au quotidien sur les femmes ont été demandés (par. 4.1).

4. Le Sommet mondial pour le développement social (1995)⁴ a abordé la nécessité de créer un partenariat d'égal à égal entre l'homme et la femme au sein de la famille, de la collectivité et de la société, ainsi que dans le partage de la responsabilité pour les soins et l'éducation des enfants et pour le soutien aux parents âgés. Les gouvernements se sont engagés à prendre les dispositions voulues afin de reconnaître et de montrer l'étendue des activités menées par les femmes et leurs apports à l'économie nationale, y compris dans les secteurs non rémunérés et au titre des services d'aide familiale [Déclaration de Copenhague sur le développement social, engagement 5 g) et n)].

¹ Le présent rapport devrait être lu conjointement avec le document E/CN.6/2009/4.

² Des informations à propos de la réunion du Groupe d'experts et de la discussion en ligne sont disponibles à l'adresse http://www.un.org/womenwatch/daw/egm/equalsharing/egm_equalsharing.htm.

³ *Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement, Le Caire, 5-13 septembre 1994* (publication des Nations Unies, numéro de vente E.95.XIII.13), chap. I, résolution 1, annexe.

⁴ Voir *Rapport du Sommet mondial pour le développement, Copenhague, 6-12 mars 1995* (publication des Nations Unies, numéro de vente E.96.IV.8); chap. I, résolution 1, annexes I et II.

5. La Déclaration de Beijing de 1995⁵ a souligné que le partage égal des responsabilités et un partenariat harmonieux entre femmes et hommes étaient des éléments essentiels à leur bien-être et à celui de leurs familles et participaient également de la consolidation de la démocratie (par. 15). L'impact de la répartition inégale du travail et des responsabilités sur les femmes et les jeunes filles a été abordé par le Programme d'action⁶ dans le contexte des domaines critiques axés sur la pauvreté, l'éducation et la formation, la santé, l'économie, ainsi que l'exercice du pouvoir et la prise de décisions.

6. Le Programme d'action a observé qu'un partage plus équitable de ces responsabilités entre femmes et hommes leur donnera aussi l'occasion de participer à l'élaboration des politiques, des pratiques administratives et des budgets afin que leurs intérêts soient reconnus et qu'il en soit tenu compte. Le Programme d'action a demandé aux gouvernements de prendre des mesures d'incitation permettant aux hommes et aux femmes de prendre un congé parental et de bénéficier des prestations parentales et d'encourager le partage des responsabilités familiales entre hommes et femmes, notamment en adoptant une législation et des mesures d'incitation appropriées [par. 179 c)].

7. Les autres mesures et incitants de mise en application de la Déclaration de Beijing et de le Programme d'action⁷ adoptées par l'Assemblée générale lors de sa vingt-troisième session spéciale ont mis en exergue le fait que l'incapacité de reconnaître et de mesurer quantitativement le travail non rémunéré des femmes, qui n'est fréquemment pas valorisé dans les comptes nationaux, a débouché sur la sous-estimation et la sous-évaluation de la contribution globale des femmes au développement social et économique. Les États Membres ont observé qu'aussi longtemps que perdure le partage insuffisant des tâches et des responsabilités avec les hommes, l'association entre travail rémunéré et fourniture de soins entraînera toujours une charge de travail disproportionnée pour les femmes par rapport aux hommes (par. 47).

8. Les conclusions concertées 1996/3, intitulées « Les femmes en l'an 2000 : égalité entre les sexes : développement et paix pour le XXI^e siècle » de la Commission de la condition de la femme, traitant des enfants et de la garde de personnes à charge, y compris le partage du travail et des responsabilités familiales⁸, ont souligné le fait qu'une participation accrue des hommes dans les responsabilités familiales (y compris les travaux ménagers et les soins aux enfants et aux personnes à charge) contribuerait au bien-être des enfants, des femmes et des hommes eux-mêmes.

⁵ *Rapport de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes, Beijing, 4-15 septembre 1995* (publication des Nations Unies, numéro de vente E.96.IV.13), chap. I, résolution 1, annexe II.

⁶ Ibid., annexe II.

⁷ Résolution de l'Assemblée générale S-23/3, annexe.

⁸ Voir *Dossiers officiels de l'ECOSOC, 1996, Supplément n° 6* (E/1996/26); chap. I. sect. C.

9. Les conclusions concertées à propos du rôle des hommes et des garçons dans la matérialisation de l'égalité entre les sexes (2004)⁹, par exemple, ont également reconnu qu'un partenariat entre femmes et jeunes filles d'une part, et hommes et garçons d'autre part était essentiel pour parvenir à l'égalité entre les sexes (par. 3). La Commission a demandé que les hommes et les femmes prennent davantage conscience de leurs rôles en tant que parents, tuteurs légaux et dispensateurs de soins [par. 6 c)].

10. La pandémie du VIH/sida a renforcé l'urgence de la question de la fourniture de soins, notamment en termes de division du travail entre femmes et hommes. Le Programme d'action de Beijing a appelé au renforcement des politiques et programmes sexospécifiques, et notamment à la mise à disposition des femmes qui ont la charge morale ou financière des personnes infectées par le VIH/sida, de ressources et des services [par. 108 g)].

11. Les conclusions concertées de la Commission de la condition de la femme sur les femmes, les jeunes filles et le VIH/sida (2001)¹⁰ ont encouragé l'implication active des hommes et des garçons dans la remise en cause des stéréotypes et des attitudes fondés sur le sexe, ainsi que leur pleine participation aux mesures de prévention du VIH/sida, de réduction de son impact et de son traitement (par. 10, Mesures à prendre par les gouvernements, le système des Nations Unies et la société civile, selon le cas (par. 2.1)). Les conclusions concertées de la Commission sur l'élimination de toutes les formes de discrimination et de violence à l'encontre des jeunes filles (2007)¹¹ ont exhorté les gouvernements à identifier et à aborder les besoins des filles chefs de ménage, notamment dans le contexte de la pandémie du VIH/sida, et à renforcer la responsabilité des hommes pour les soins à domicile afin de réduire la charge de travail disproportionnée qui pèse sur les femmes et les jeunes filles s'occupant des malades chroniques [par. 145 e)].

12. L'article 5 a) de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes¹² stipulait la nécessité de prendre des mesures appropriées en vue de parvenir à l'élimination des préjugés et des pratiques qui sont fondés sur l'idée de l'infériorité ou de la supériorité de l'un ou de l'autre sexe ou d'un rôle stéréotypé des hommes et des femmes. En vertu de l'article 11 2 c), les États parties sont encouragés à fournir des services sociaux d'appui nécessaires pour permettre aux parents de combiner les obligations familiales avec les responsabilités professionnelles et la participation à la vie publique, en particulier en favorisant l'établissement et le développement d'un réseau de garderies d'enfants. L'article 18 de la Convention des droits de l'enfant¹³ demande aux États parties de s'employer de leur mieux à assurer la reconnaissance du principe selon lequel les deux parents ont une responsabilité commune pour ce qui est d'élever l'enfant et d'assurer son développement.

⁹ Voir résolution de l'ECOSOC 2004/11, par. 3 et 6 c).

¹⁰ Voir résolution 2001/5 de l'ECOSOC, sect. A.

¹¹ Voir *Dossiers officiels de l'ECOSOC, 2007, Supplément n° 7* (E/2007/27); chap. I. sect. A.

¹² Nations Unies, *Série des Traités*, vol. 1249, n° 20378.

¹³ *Ibid.*, vol. 1577, n° 27531.

13. La Convention de l'OIT n° 156 sur les travailleurs avec des responsabilités familiales (1981) relative à l'égalité des chances et à l'égalité de traitement entre travailleurs masculins et féminins, et la recommandation 165 y afférente, ont souligné que les travailleurs masculins et les travailleurs féminins avaient des responsabilités familiales et ont prévu des mesures spécifiques en matière de responsabilité de l'État dans la mise en œuvre des politiques et des mesures destinées à aider les travailleurs masculins et les travailleurs féminins à concilier travail et responsabilités familiales.

III. Modèles et tendances dans le partage inégal des responsabilités entre femmes et hommes

14. Toute une série d'activités qui sont entreprises dans les ménages sont non rémunérées; il s'agit notamment du travail dans des entreprises familiales et d'autres activités génératrices de revenus, ainsi que la cuisine, le nettoyage et les soins à prodiguer à des membres de la famille. Dans de nombreuses contrées du monde, les activités ménagères impliquent également la recherche d'eau et de bois de chauffage et peuvent aussi concerner la production agricole vivrière et les soins au petit bétail. Dans les zones rurales et les taudis urbains de nombreux pays en voie de développement, le manque d'infrastructure et d'équipement de service, ainsi que l'accès limité à la technologie appropriée et aux équipements économiseurs de main-d'œuvre, alourdissent la charge de travail et le temps y consacré au niveau ménager, notamment dans le chef des femmes.

15. La fourniture de soins au sein de la famille implique la prise en charge directe de personnes dont les enfants, les personnes âgées, les personnes malades et handicapées, ainsi que les adultes valides. La nature de la fourniture de soins est modifiée par des facteurs tels que la taille du ménage et le nombre, ainsi que l'âge des enfants. Des différences significatives sont en outre observées entre les pays développés et les pays en voie de développement en termes de disponibilité de l'infrastructure et des services d'appui à la fourniture de soins. Sur fond de la pandémie du VIH/sida, les changements démographiques survenant dans nos sociétés en rapide vieillissement ont accru le besoin en soins et ont élargi le champ d'action des soins des enfants aux personnes âgées et aux adultes d'âge actif.

16. Les données disponibles dans toutes les régions, y compris des études sur l'emploi du temps, attestent de différences et d'inégalités significatives entre les femmes et les hommes en termes de travail rémunéré, de répartition des responsabilités ménagères et des activités de soins¹⁴. Bien que la quote-part des femmes dans le travail rémunéré ait sensiblement augmenté dans le monde au cours de ces dernières décennies, avec une quote-part de 46,4 % des femmes dans l'ensemble de la main-d'œuvre en 2007¹⁵, les femmes continuent d'endosser une quote-part disproportionnée du travail non rémunéré au sein des ménages. Les données disponibles pour un certain nombre de pays montrent que les femmes consacrent plus de temps que les hommes à la cuisine, au nettoyage et aux soins aux

¹⁴ Fonds de développement pour les femmes (UNIFEM), *Progress of the World's Women: Women, Work and Poverty*, New York, UNIFEM, 2005).

¹⁵ OIT « Equal sharing of responsibilities between women and men, including caregiving in the context of HIV/AIDS » (EGM/ESOR/2008/BP.2), document de référence préparé pour la réunion du Groupe d'experts.

enfants¹⁶. Lorsque les heures de travail rémunéré et de travail non rémunéré sont additionnées, les heures de travail hebdomadaires des femmes sont supérieures à celles des hommes et leurs périodes de divertissement et de sommeil, inférieures. En revanche, le temps consacré par les hommes au travail rémunéré est en règle générale supérieur à celui des femmes.

17. Dans de nombreux domaines, les femmes sont confrontées à des obstacles dans la mise en œuvre efficace de ces responsabilités, en raison du manque d'accès aux ressources, telles que les biens immobiliers, les revenus, la technologie et les services essentiels, ainsi que du potentiel limité de participation aux processus décisionnels.

18. Le travail non rémunéré dans le ménage, y compris la fourniture de soins, demeure invisible et n'est toujours pas mesuré; sa contribution au développement économique et social n'a pas été correctement reconnu et valorisé en termes économiques, en dépit de son caractère essentiel pour la reproduction de la main-d'œuvre et le bien-être des sociétés. Certains chercheurs suggèrent que les femmes paient une « taxe de reproduction » en raison du partage inégal des responsabilités en matière de fourniture de soins¹⁷ et observent que le travail d'aide non les finances publiques et l'économie¹⁸.

19. Le Système de comptabilité nationale (SCN) fixe des normes internationales de mesure de l'économie de marché. Alors que le SCN mesure certains types de travail non rémunéré comme les activités dans des entreprises familiales et des activités telles que la recherche de bois de chauffage et d'eau, il ne tient pas compte, pour calculer le produit intérieur brut (PIB), de tâches telles que la cuisine, la lessive et le nettoyage, les soins aux enfants, aux personnes âgées, aux personnes malades et handicapées, ainsi que du bénévolat. Par voie de conséquence, la contribution bénévole des femmes à l'économie n'est pas reconnue dans la collecte de données et se retrouve de manière insuffisante dans l'élaboration des politiques. Toutefois, certains pays mesurent ces activités par le biais de « comptes satellites »¹⁹.

20. Même si les femmes ont accru leur participation sur le marché du travail, leurs responsabilités en matière de fourniture de soins et d'autres tâches ménagères n'ont pas fait l'objet d'un partage plus équitable avec les hommes. Soit les femmes continuent à assumer ces responsabilités en plus de leur activité sur le marché du travail, ce qui alourdit considérablement leur charge de travail, soit ces responsabilités sont endossées par d'autres femmes en tant que travailleurs sociaux rémunérés dans le secteur officiel ou en tant que travailleurs domestiques dans le secteur informel.

¹⁶ Programme des Nations unies pour le Développement : *Fighting climate change: human solidarity in a divided world* (Basingstoke, Royaume-Uni, Palgrave MacMillan, 2007), Rapport sur le développement humain 2007/2008, cité dans M. Daly (2008) : *Equal sharing of responsibilities between women and men, including caregiving in the context of HIV/AIDS*, (EGM/ESOR/2008/BP.1), document de référence préparé pour la réunion du Groupe d'experts.

¹⁷ Ingrid Palmer, « *Public finance from a gender perspective* », *World Development*, vol. 23, n° 11, novembre 1995, p. 1981 à 1986.

¹⁸ R. Antonopoulos, *The unpaid care work-paid work connection*, The Levy Economics Institute, document de travail n° 541, (Annandale-on-Hudson, New York, juillet 2008).

¹⁹ UNRISD, *The social and political economy of care: contesting gender and class inequalities* (EGM/ESOR/2008/BP.3), document de référence préparé pour la réunion du Groupe d'experts.

21. La participation des femmes au marché du travail a accru la demande en fourniture de soins à l'extérieur de la maison. Dans les pays en voie de développement comme dans les pays développés, les activités de prise en charge rémunérées fournies par les secteurs public, privé et non-marchand sont devenues un secteur de croissance économique. L'État peut influencer la qualité des soins fournis par le biais de son rôle dans la prestation de services, le financement et l'exercice de ses fonctions législatives et réglementaires.

22. La division sexospécifique du travail et la sous-évaluation des activités de soins dans les ménages ont été reproduites dans la sphère publique. Les femmes assument davantage d'activités de soins non rémunérées que les hommes et elles sont également surreprésentées dans le secteur des soins rémunérés, tant dans les pays en voie de développement que dans les pays développés. Bien que les salaires et les conditions de travail des travailleurs sociaux rémunérés varient entre les catégories professionnelles et les niveaux de compétence, de nombreux travailleurs sociaux perçoivent des salaires inférieurs à ceux des travailleurs disposant de niveaux d'aptitude comparables dans des activités non liées à la fourniture de soins. Le statut et le salaire inférieurs du travailleur social sont influencés par la dominance des femmes dans ce secteur.

23. Les activités de soins sont à forte intensité de main-d'œuvre. Des soins de bonne qualité exigent que chaque dispensateur soit responsable d'un nombre limité de bénéficiaires, ce qui accroît le coût des soins et rend malaisée toute hausse de productivité dans le secteur des soins, sans en affecter la qualité. Les efforts destinés à augmenter l'efficacité induisent souvent une rémunération inférieure pour les activités sociales par rapport aux métiers nécessitant des niveaux d'aptitude similaires.

24. Le recrutement d'aides-familiales a de tout temps été une solution classique pour de nombreuses familles dans le monde entier, désireuses de concilier les responsabilités ménagères avec les exigences propres à tout emploi. Le travail domestique est devenu l'une des principales sources d'emploi pour les femmes; c'est ainsi que 10 % de tous les nouveaux emplois créés en Amérique latine en 2004 l'avaient été dans les services d'aide familiale. Dans de nombreux pays, les travailleurs domestiques (qui sont souvent des femmes migrantes ou originaires de groupes minoritaires) travaillent souvent dans des conditions difficiles. Nombre d'entre elles ne disposent d'aucun contrat officiel et ne bénéficient d'aucune prestation sociale, comme l'assurance-santé ou les retraites²⁰.

25. L'emploi de jeunes filles en tant qu'employées de maison est habituel dans de nombreuses contrées. Ces jeunes filles sont souvent l'objet de mesures discriminatoires et d'actes de violence, car elles sont isolées dans des maisons, avec peu ou pas d'aide sociale ou de protection. L'implication de jeunes filles dans les tâches domestiques dans leurs propres ménages ou en tant qu'employées de maison contribue à leurs niveaux réduits de fréquentation et de réussite scolaire²¹.

²⁰ Shahra Razavi, *The political and social economy of care in a development context: conceptual issues, research questions and policy options*, document de travail de l'UNRISD sur les sexes et le développement, n° 3 (Genève, UNRISD, juin 2007).

²¹ Voir rapport du Secrétaire général du 12 décembre 2006 intitulé « L'élimination de toutes les formes de discrimination et de violence à l'égard des jeunes filles » (E/CN.6/2007/2).

26. L'urbanisation et la migration ont affaibli les systèmes traditionnels d'aide familiale. En outre, la croissance des ménages monoparentaux a encore alourdi la charge de travail représentée par les activités de soins. Sur fond des défis à relever pour satisfaire les besoins des ménages, les familles élaborent toute une panoplie de solutions pour combiner travail rémunéré et responsabilités en matière de soins. Les familles pauvres dans de nombreuses parties du monde doivent laisser leurs enfants seuls, les confier à des frères ou sœurs plus âgés ou les prendre au travail. En Indonésie par exemple, 40 % des femmes actives s'occupent de leurs enfants au travail; 37 % s'appuient sur des parentes et dix % sont aidées par des jeunes filles.

27. Des études menées dans plusieurs pays – dont le Brésil, le Canada, le Guatemala, les Pays-Bas, l'Afrique du Sud et les États-Unis d'Amérique – indiquent une hausse, au cours de ces dernières décennies, de l'implication des hommes dans les activités de prise en charge, notamment dans le rôle parental²². D'autres études menées dans les Caraïbes, au Mexique et au Brésil indiquent que les hommes pourraient être davantage tentés de participer à la fourniture de soins dans certaines circonstances, par exemple lorsqu'ils sont sans emploi, ont du temps disponible ou n'ont pas les moyens d'engager et de payer une personne pour ces tâches de prise en charge. Les résultats de diverses études, s'appuyant sur des enquêtes sur l'emploi du temps menées entre 1965 et 1998 dans 20 pays industrialisés, ont montré que le temps consacré par les hommes au travail non rémunéré s'est accru de la manière la plus significative lorsque les femmes travaillaient à temps plein et que les hommes pouvaient bénéficier de congé payé²³. Certaines études montrent que les hommes auront davantage tendance à être impliqués dans certains types d'activités de soins, comme la prise en charge et les jeux avec les enfants, plutôt que dans des activités de soins immédiates et routinières comme donner le bain, préparer les repas ou nettoyer.

28. Les études disponibles montrent qu'une part plus égale des responsabilités pourrait induire des avantages pour les femmes et les hommes, y compris, notamment, un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie privée, une amélioration du bien-être, ainsi que des relations plus harmonieuses avec les partenaires et les enfants²⁴. D'autres avantages pour les familles résultant de l'engagement accru des hommes dans la fourniture de soins ont également été observés dans différentes parties du monde²⁵. Un avantage capital – quoique souvent négligé – du partage égal des responsabilités entre hommes et femmes est le potentiel inhérent à cette implication dans le cadre de la promotion de l'égalité entre les sexes parmi les enfants.

²² Voir Gary Barker, « Engaging men and boys in caregiving: reflections from research, practice and policy advocacy in Latin America », document de travail (EGM/ESOR/2008/EP.1), préparé pour la réunion du Groupe d'experts et note de bas de page 19 ci-dessus.

²³ Jennifer Hook, « Care in context: men's unpaid work in 20 countries, 1965-2003 »; *American Sociological Review*, vol. 71, n° 4 (p. 639 à 660).

²⁴ Robert W. Connell (2003), rapport de la discussion en ligne organisée par la Division pour la promotion de la femme, 30 juin -25 juillet 2003 sur « Le rôle des hommes et des garçons dans la concrétisation de l'égalité entre les sexes (*Role of men and boys in achieving gender equality*), (EGM/Men-Boys-GE/2003/WP 2 du 7 octobre 2003).

²⁵ Division de la promotion de la femme, *Women 2000 and Beyond: The role of men and boys in achieving gender equality* (à venir).

Causes du partage inégal des responsabilités

29. Le partage inégal des responsabilités entre femmes et hommes est étroitement lié à la persistance de l'inégalité entre les sexes et de la discrimination, qui demeurent profondément enracinées dans les sociétés, y compris dans la législation, les structures politiques, les normes socioculturelles, ainsi que les économies locales, nationales et mondiale. Les efforts entrepris pour s'attaquer aux déséquilibres actuels dans le partage des responsabilités doivent être replacés dans le programme mondial de promotion de l'égalité entre les sexes, des droits humains des femmes, ainsi que de l'autonomisation des femmes et des jeunes filles.

30. Les inégalités sexospécifiques dans le droit coutumier et la législation par exemple peuvent contribuer à une répartition inégale des responsabilités entre femmes et hommes. Les lois n'accordant pas les mêmes droits aux femmes et aux hommes dans le mariage, les relations familiales, le divorce et l'accès à la propriété contribuent également à la dépendance économique des femmes par rapport aux hommes et réduisent leur accès aux ressources. Ce phénomène renforce la quote-part disproportionnée des femmes dans les tâches ménagères et les responsabilités en matière de fourniture de soins et réduit les incitants à investir dans l'éducation des jeunes filles. Même lorsque des pays ont adopté des lois stipulant que les femmes et les hommes sont égaux devant la loi, des pratiques discriminatoires et la connaissance réduite des droits pourraient entraver leur mise en œuvre.

31. Les hypothèses stéréotypées à propos du rôle des femmes et des hommes dans la société sont une cause majeure de la répartition inégale des responsabilités entre femmes et hommes. Les stéréotypes fondés sur le sexe véhiculent généralement des représentations des hommes en tant que soutiens de famille et salariés idéaux, capables de s'engager pleinement dans leur travail. En revanche, les femmes sont dépeintes comme des dispensatrices de soins naturelles ou idéales, principalement responsables de l'éducation des enfants et des tâches ménagères. Par voie de conséquence, les employeurs pourraient considérer les femmes comme des travailleurs peu fiables, incapables de générer le même niveau d'engagement professionnel que les hommes²⁶. Les hommes, en revanche, sont souvent considérés comme de piètres dispensateurs de soins et leur rôle dans la fourniture de soins n'est ni encouragé, ni reconnu. Ces stéréotypes créent des attentes et influencent à la fois le potentiel des femmes à participer à la vie professionnelle et à la vie publique et la disponibilité des hommes à assumer leurs responsabilités à part égale, et à garantir leur droit à être impliqués dans la fourniture de soins.

32. La culture en vigueur sur le lieu de travail jouera un rôle dans l'encouragement ou la dissuasion de la capacité des travailleurs, femmes et hommes, à trouver un équilibre entre vie professionnelle et responsabilités familiales. La pression à laquelle les hommes en tant que travailleurs idéaux sont soumis sur le marché du travail et les longues heures de travail réduisent considérablement le temps disponible pour la vie familiale et les responsabilités ménagères. Cette situation dissuade en outre les hommes à tirer parti des droits au congé et à solliciter des horaires de travail flexibles ou à temps partiel. Dans le même temps, les femmes

²⁶ Mary Daly (2008), « The equal sharing of responsibilities between men and women in the context of HIV/AIDS » (EGM/ESOR/2508/BP1); Document de référence préparé pour la réunion du Groupe d'experts.

pourraient faire l'objet de discriminations sur le marché du travail en raison de leurs responsabilités en matière de fourniture de soins, réelles ou supposées.

33. Le fait que la disponibilité en établissements de soins pour enfant fiables n'ait pas suivi l'accroissement de la participation des femmes au marché du travail explique aussi pour une bonne part le partage inégal des responsabilités. Les décideurs n'ont pas mis suffisamment l'accent sur la fourniture de services tels que des garderies, des cliniques et des services pour personnes âgées. Dans de nombreux pays, des coupes sombres dans les dépenses publiques ont induit un affaiblissement des services publics essentiels, tels que la santé, l'éducation et les services sociaux et une dépendance accrue par rapport aux coûts d'utilisation. Cette situation devrait selon toute probabilité s'aggraver en raison de la crise financière actuelle et dès lors alourdir plus encore le fardeau de la fourniture de soins pesant sur les femmes dans leur ménage.

Conséquences du partage inégal des responsabilités

34. Parmi les coûts du partage inégal des responsabilités, citons un relâchement des liens avec le marché du travail (renonciation à des emplois, réduction des heures de travail, confinement à des tâches informelles et salaires inférieurs), un accès moins aisé aux prestations de sécurité sociale et une réduction du temps disponible pour l'enseignement /la formation, les loisirs, les soins personnels et les activités politiques¹⁹.

35. Dans la plupart des parties du monde, les femmes sont souvent contraintes d'adapter leur comportement face au marché du travail à la nécessité de combiner travail rémunéré et responsabilités dans le ménage et les soins¹⁹. En Amérique latine par exemple, plus de la moitié des femmes sans emploi âgées de 10 à 24 ans ont cité leur travail domestique non rémunéré comme la principale raison pour laquelle elles ne cherchaient pas un travail rémunéré²⁷. Il y a dès lors fort à parier que les femmes se cantonneront dans les emplois mal payés, caractérisés en outre par une ségrégation professionnelle. Nombre d'entre elles pourraient occuper des emplois informels et/ou temporaires ou à temps partiel, dont des travaux domestiques¹⁵.

36. En raison de leur concentration dans les activités informelles, de nombreuses femmes ne bénéficient pas des droits élémentaires et ne peuvent pas prétendre avoir accès aux prestations de sécurité sociale, dont les propriétés définissent un travail décent. La qualité de la participation des femmes au marché du travail influence l'ampleur de leurs prétentions. L'accès à des retraites appropriées pourrait être mis en péril par des salaires inférieurs et des antécédents professionnels réduits en raison d'interruptions liées à l'éducation des enfants. En définitive, l'absence des femmes du marché du travail ou leur sous-représentation affecte négativement la croissance économique et la lutte contre la pauvreté.

37. Lorsque les femmes ne peuvent pas trouver du travail en raison de leurs responsabilités domestiques et en matière de soins, elles sont davantage dépendantes du revenu des membres masculins de la famille. Ce constat a des répercussions sur leur rôle dans le partage du pouvoir au sein de la cellule familiale et dans la prise de décisions et pourrait les rendre plus vulnérables face aux actes de violence et aux

²⁷ Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (ECLAC). *Social panorama of Latin America 2006*, (publication des Nations Unies, numéro de vente E.06.II.G.133).

mauvais traitements²⁸. La participation inégale au processus décisionnel limite également le droit des femmes à décider du nombre d'enfants à concevoir, de la période de leur naissance et de leur étalement, ce qui pourrait accroître leurs tâches ménagères et de prise en charge.

38. Dans de nombreux pays du monde, et notamment dans les ménages pauvres, les probabilités sont grandes que les jeunes filles, en raison de leurs responsabilités ménagères et dans la fourniture de soins, abandonnent l'école plus rapidement que les garçons. Cette situation met en péril leur éducation, leurs opportunités d'emploi ultérieures et leur potentiel d'indépendance économique¹⁵; elle induit également une intensification du transfert intergénérationnel de la pauvreté.

39. L'inégalité sexospécifique de la répartition des responsabilités au sein des ménages limite également la possibilité pour les femmes d'exploiter les aptitudes requises pour participer à la vie publique, et notamment aux sphères décisionnelles. Par voie de conséquence, les possibilités qu'ont les femmes d'influencer la mise au point de politiques et de stratégies, l'attribution des ressources et la prestation de services, dans des domaines qui concernent directement leurs existences, sont limitées. En novembre 2008, le pourcentage de femmes siégeant dans les parlements nationaux dans le monde entier était de 18,3 %²⁹. Une étude récente consacrée aux femmes et aux hommes dans les parlements a indiqué que les responsabilités domestiques étaient considérées comme la principale raison dissuadant les femmes de participer à la vie politique³⁰.

IV. Fourniture de soins dans le contexte du VIH/SIDA

40. La pandémie du VIH/SIDA a attiré l'attention à la fois sur l'importance des soins et sur les faiblesses et les insuffisances des politiques et institutions publiques à faire face aux besoins en soins induits par cette maladie. Plus de 33 millions de personnes dans le monde entier vivent avec le VIH/SIDA. Dans les pays à faible ou à moyen revenu, pratiquement dix millions de malades doivent être immédiatement soignés et doivent bénéficier d'un traitement intensif et à long terme; trois millions seulement reçoivent le traitement et les soins qu'ils attendent²⁸.

41. Les nombreux défis auxquels font face les femmes et les jeunes filles dans leurs activités de fourniture de soins dans des circonstances ordinaires sont considérablement amplifiés dans les familles touchées par le VIH/SIDA, notamment en ce qui concerne les ressources et le support fourni, le manque d'implication des hommes et l'impact sur l'autonomisation des jeunes filles.

42. Dans de nombreux pays en voie de développement, notamment dans ceux où le taux de prévalence du VIH/SIDA est élevé, l'absence de personnel médical, associée à la faillite des systèmes de santé et à une distribution des ressources inappropriée, a fait en sorte que les dispensateurs de soins à domicile assument de nombreux

²⁸ Dean Peacock et Mark Weston, « Men and care in the context of HIV and AIDS: structure, will and greater male involvement » (EGM/ESOR/2008/EP.9), document de travail présenté lors de la réunion du Groupe d'experts.

²⁹ Union interparlementaire, à l'adresse <http://www.ipu.org/wmn-e/world.htm> (accédé le 15 novembre 2008).

³⁰ Union interparlementaire, *Egalité en Politique: enquête auprès de femmes et d'hommes dans les Parlements* (Genève, Union interparlementaire, 2008).

aspects de la fourniture de soins, en rendant des services que les hôpitaux et cliniques publics surchargés ne peuvent assurer²⁰. Dans de multiples contrées, les soins à domicile sont dispensés par des membres de la famille et des voisins, mais aussi, de plus en plus souvent, par le biais de volontaires, agissant bénévolement ou percevant éventuellement une indemnité ou une rémunération en nature³¹. Les organisations de soins à domicile – c'est-à-dire une multitude d'entités, dont des associations sans but lucratif organisées sous la forme d'associations communautaires ou confessionnelles – sont de plus en plus nombreuses dans les pays touchés par le VIH/SIDA.

43. Les dispensateurs de soins à domicile, qu'il s'agisse de membres de la famille ou de volontaires, travaillent souvent avec peu ou pas de formation, un soutien limité et sans l'équipement élémentaire leur permettant d'effectuer leurs tâches en toute sécurité²⁰. Alors que certaines organisations de soins à domicile perçoivent un financement public, la majorité reçoit un financement et un appui technique de la part d'organisations non-gouvernementales internationales et d'agences de développement.

44. La fourniture de soins à domicile pour les patients atteints du VIH/SIDA est une mission à temps plein assortie d'une charge physique et émotionnelle significative. La crainte de la stigmatisation et de la discrimination pousse de nombreuses personnes à dispenser des soins en secret, ce qui renforce d'autant l'isolation du fournisseur de soins et du bénéficiaire³². Les obstacles financiers sont également grands, qu'il s'agisse de la perte de revenus lorsqu'un dispensateur de soins reste à la maison ou des coûts liés à l'achat des médicaments ou au transport à la clinique, des frais inhérents aux services de soins de santé et de la hausse des prix de l'alimentation. Les coûts élevés de la fourniture de soins conduisent souvent à l'endettement. En Thaïlande, pratiquement la moitié des parents qui étaient des pourvoyeurs primaires de soins d'une personne atteinte du SIDA devaient emprunter des fonds et nombre d'entre eux s'attendaient à ne jamais être en mesure de rembourser cette dette³³.

45. Les données et les informations à propos des soins dispensés à domicile sont rares, la plupart de ces renseignements provenant d'études à petite échelle. La collecte systématique de données au niveau national ou international à propos de la répartition par âge ou par sexe des dispensateurs de soins, à propos des coûts inhérents à la fourniture de soins et de l'impact de cette fourniture sur les ménages ne sont pas légion³⁴.

³¹ Fonds de développement pour les femmes (UNIFEM), « Who's taking care of the carers? Desk review of promising initiatives supporting caregivers », 2007.

³² HelpAge International, « Building bridges: home-based care model for supporting older carers of people living with HIV/AIDS in Tanzania » (Dar-es-Salaam, HelpAge International Tanzanie, 2007).

³³ J. Knodel et al, cité dans le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA), « Fourniture de soins dans le contexte du VIH/sida » (EGM/ESOR/2008/BP.4), document de référence préparé pour la réunion du Groupe d'experts.

³⁴ C. Miller, tel que cité dans ONUSIDA, « Fourniture de soins dans le contexte du VIH/sida », document de référence préparé pour la réunion du Groupe d'experts (2008).

46. La plupart des études indiquent que les femmes et les jeunes filles assument de manière disproportionnée, par rapport aux hommes et aux garçons, les responsabilités en matière de soins dans le contexte du VIH/sida, en qualité à la fois de membres de la famille et de volontaires. Il existe des estimations selon lesquelles, dans le monde, les femmes et les jeunes filles assument jusqu'à 90 % des besoins en soins générés par la maladie³⁵. En outre, en cas de décès ou d'absence des parents, les femmes plus âgées endossent cette responsabilité à l'égard de leurs petits-enfants. Les probabilités que les femmes mariées prennent soin de leurs maris malades sont supérieures à celles qu'elles bénéficient elles-mêmes de soins. Les enfants – dont deux tiers de filles – endossent une quote-part énorme de la fourniture de soins³⁶.

47. Des études menées dans des pays en voie de développement ont montré que le partage inégal des responsabilités en matière de soins liés au VIH/sida peut contraindre les femmes à abandonner leur travail productif, aggravant de la sorte l'insécurité alimentaire du ménage³⁶. Lorsque les femmes n'ont pas de droit de propriété ni de droits de succession, les ménages dirigés par les femmes et les jeunes filles sont particulièrement vulnérables en raison du caractère inapproprié des ressources²⁸. Les femmes qui sont veuves en raison du VIH/sida courent en outre un risque particulièrement élevé de tomber dans la misère si elles ne bénéficient pas de droits de succession³⁷. Certaines études montrent que les pressions économiques inhérentes à un accroissement des responsabilités en matière de soins peuvent induire une prise de risque au niveau sexuel dans le chef des dispensatrices de soins de tous âges, augmentant de ce fait leur prédisposition à être infectées par le VIH³⁶.

48. Les données et les analyses dont nous disposons à propos des contributions des hommes dans les soins à domicile et dans des programmes volontaristes sont limitées. Les partis pris des chercheurs pourraient induire une sous-déclaration du rôle des hommes en tant que dispensateurs de soins³⁶. Nous disposons cependant de certains éléments de preuve attestant que les hommes contribuent à la fourniture de soins, en assurant le transport, en portant les malades et en fournissant un appui financier³⁶. Les images stéréotypées à propos des rôles des hommes érigent des barrières sociales entravant la prise en charge par les hommes et les garçons de la fourniture de soins. Même si les hommes reconnaissent la nécessité de partager les responsabilités de manière plus égale, ils pourraient ne pas concrétiser cette volonté de peur d'être tournés en dérision et de perdre le respect parmi leurs pairs en raison de la réalisation de tâches dites « réservées aux femmes »²⁸. L'absence de rémunération pour les bénévoles a également été identifiée comme un obstacle à la participation des hommes à la fourniture de soins³⁸.

³⁵ Programme commun des Nations Unies pour le VIH/sida (ONUSIDA), du Fonds des Nations unies pour la population (FNUAP) et du Fonds de développement des Nations unies pour la femme (UNIFEM), « Fourniture de soins » dans *Women and HIV/AIDS: Confronting the Crisis*. Un rapport conjoint d'ONUSIDA, du FNUAP et de l'UNIFEM (Genève et New York, 2004).

³⁶ Rapport conjoint des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) : « Fourniture de soins dans le contexte du VIH/SIDA » (EGM/ESOB/2008/BP4) : document de référence préparé pour la réunion du Groupe d'experts.

³⁷ Programme commun des Nations Unies pour le VIH/sida (ONUSIDA), 2008. Rapport sur l'épidémie mondiale du sida, Genève.

³⁸ Olagoke Akintola, « Towards equal sharing of AIDS caring responsibilities: learning from Africa » (EGM/ESOR/2008/BP.5), document de référence préparé pour la réunion du Groupe d'experts.

49. Outre l'allègement de la pression pesant sur les femmes et sur les filles, l'implication accrue des hommes dans la fourniture de soins à domicile ou dans les organisations bénévoles pourrait induire des avantages pour les hommes eux-mêmes, notamment en acceptant plus volontiers de subir un test de dépistage du VIH ou en bénéficiant de l'appui de groupes de personnes infectées par le virus. Elle pourrait également accroître le recours par les hommes aux soins fournis par des organisations bénévoles³⁶.

50. La crise sanitaire liée au VIH/SIDA démontre clairement que le partage des responsabilités en matière de soin entre femmes et hommes ne suffira pas à réduire la charge inhérente à ces soins pesant sur les ménages et les communautés. Le renforcement des investissements dans les services sociaux et de santé publique, fonctionnant correctement et accessibles, dans les efforts de prévention, dans les traitements abordables, dans la formation des prestataires de soins de santé, ainsi que dans l'expansion de l'infrastructure (dont l'accès à l'eau et aux équipements sanitaires), est indispensable³⁶.

V. Réponses politiques

51. Le partage inégal des responsabilités a des implications pour de très nombreux domaines de politique, dont la santé, l'aide sociale, la famille, l'éducation et le marché du travail, et nécessite un ensemble complexe de réponses politiques. Une transformation des attitudes et comportements individuels, ainsi que des modalités institutionnelles est nécessaire, notamment sur le marché du travail. Dans le même temps, les charges inégales pesant actuellement sur les femmes et les jeunes filles doivent être supprimées.

52. Les réponses politiques n'ont pas toujours été explicitement motivées par l'objectif de réduire le partage inégal des responsabilités entre femmes et hommes, mais ont souvent été liées à d'autres questions, dont la nécessité de renforcer l'engagement des femmes sur le marché du travail afin d'accroître l'efficacité économique, d'améliorer les besoins en soins dans une population vieillissante, la baisse des taux de fertilité et les craintes à propos du bien-être des enfants³⁹.

53. Il convient de veiller à ce que les réponses politiques ne perpétuent ni n'exacerbent par inadvertance l'impact des stéréotypes et des inégalités. C'est ainsi que les politiques en matière de congé parental, de crèches et d'équilibre entre vie professionnelle et vie privée qui ne sont ciblées que sur les femmes reposent sur l'hypothèse selon laquelle les femmes endossent seules les responsabilités en matière de soins et omettent également de reconnaître les responsabilités des hommes. Il est plus vraisemblable que les politiques conçues à la fois pour les femmes et pour les hommes contribueront au partage équitable des responsabilités¹⁵.

54. Afin de s'assurer que la charge disproportionnée des responsabilités en matière de soins reposant sur les épaules des femmes soit abordée dans un cadre plus global d'égalité entre les sexes, des garanties constitutionnelles et législatives interdisant la discrimination ont été adoptées dans plusieurs pays. L'abrogation de lois

³⁹ Voir S Himmelweit, « The right to request flexible working: a "very British" approach to gender (in) equality? » *Australian Bulletin of Labour*, vol. 33, n° 2, p. 243 à 246, et Organisation de Coopération et de développement économiques, *Babies and Bosses: Reconciling Work and Family Life – A Synthesis of Findings for OECD Countries* (Paris, OCDE, 29 novembre 2007).

discriminatoires en matière d'emploi et l'adoption de législations garantissant des droits égaux en matière de famille, de mariage, de divorce et d'accès à la terre, ainsi que les efforts destinés à renforcer la mise en œuvre de ces lois sont particulièrement importants.

55. Toute une série d'initiatives politiques prises par les gouvernements se sont focalisées sur la réduction de la charge du travail non rémunéré, particulièrement sur la fourniture de soins, ainsi que sur l'aide aux femmes et aux hommes en vue de leur permettre de combiner responsabilités professionnelles et familiales. Des options stratégiques ont été façonnées par différentes perceptions du rôle de l'État en tant que fournisseur de dispositions sociales universelles et équitables ou de concepteur de politiques ciblées, destinées à combler des lacunes en cas de faillite des structures familiales ou de marché⁴⁰. Les réponses formulées ont été variées, qu'il s'agisse de dispositions en matière de congé, de prestations en espèces, de différentes formes d'équipements et de prestations de services de soins, ainsi que de l'amélioration dans l'accès à l'infrastructure et aux services de base, particulièrement dans les pays en voie de développement. Des activités relatives à la recherche et à la défense ont été utilement mises en œuvre pour promouvoir des changements d'attitudes et de comportements. L'impact de régimes fiscaux et de retraite a également été examiné et abordé par certains pays.

56. Les dispositions en matière de congé constituent une réponse de sécurité sociale classique apportée par les gouvernements, tant dans les pays développés que dans les pays en voie de développement, en vue d'aider les femmes et les hommes à concilier travail et responsabilités familiales. Ces dispositions varient cependant clairement en termes d'éligibilité, de montant et de durée et, dans certains cas, leur pertinence est réduite dans les pays à faible revenu où les relations de travail sont en grande partie informelles¹⁹. L'octroi de *congés de maternité* et de *congés de paternité* progresse également tant dans les pays développés que dans les pays en voie de développement. Le *congé parental* – c'est-à-dire des dispositions à plus long terme, d'une durée variable, permettant de s'occuper de jeunes enfants – peut être pris par l'un des deux parents¹⁵. De nombreux pays prévoient l'octroi de congés de circonstance, qui permettent aux travailleurs de prendre de courtes périodes de congés en vue de gérer des crises familiales telles que des accidents ou de graves maladies. De brèves périodes de congé d'urgence peuvent également être attribuées¹⁵.

57. Des mesures innovantes sont actuellement prises pour étendre la couverture et le recours à ces dispositions en matière de congé. Dans certains pays, les prestations en matière de congé de maternité pour les travailleurs domestiques et temporaires, ainsi que pour les femmes sans emploi, sont explicitement incluses dans la législation sur le travail⁴¹. C'est ainsi qu'en Uruguay, diverses dispositions relatives aux prestations en matière de congé de maternité s'appliquent explicitement aux travailleuses domestiques et aux femmes sans emploi. Une approche novatrice mise en œuvre en Europe Centrale et Orientale prévoit un droit au congé parental pour les grands-parents, en reconnaissance de la valeur de cette assistance intergénérationnelle.

⁴⁰ UNRISD, « Gender Equality: Striving for Justice in an Unequal World » (Genève, UNRISD, 21 février 2005).

⁴¹ OIT, « Maternity at work: A review of national legislation », Constats de la base de données sur les conditions de travail et d'emploi de l'OIT, *International Labour Officer* Genève, 2005).

58. Des allocations sont habituellement fournies par le biais d'une forme donnée d'assurance sociale (à laquelle cotisent les collaborateurs pendant une période minimale) ou s'appuient sur un système de mutualisation des coûts entre employeurs, salariés et pouvoirs publics. Lorsque les employeurs supportent une quote-part élevée des coûts, l'impact sur l'accès des femmes au marché du travail pourrait être négatif, car certains employeurs pourraient considérer l'emploi de femmes comme étant onéreux⁴². Le fait que, dans la plupart des pays, le temps pris pour le congé parental ne soit pas inclus dans le calcul des prestations de retraite a également des conséquences négatives pour les femmes, qui utilisent majoritairement ces modalités. Certains pays, dont l'Allemagne, la Norvège, la Suède et la Suisse, ont instauré des dispositions visant à garantir que des personnes prenant un congé parental bénéficient de droits à la retraite¹⁵.

59. Alors que les périodes de congé permettent d'assurer les soins familiaux, des périodes prolongées de responsabilités inhérentes à la fourniture de soins pourraient avoir pour effet de réduire les perspectives d'emploi futures des femmes. Des études laissent à penser que lorsque les femmes s'absentent de leur travail pour de longues périodes de congé parental, il leur est malaisé de réintégrer leur emploi même si les employeurs sont tenus de les réengager⁴³. Certains pays ont modifié leurs dispositions en matière de congé afin de limiter la période de congé et ainsi de réduire les probabilités de tomber dans un « piège au congé ». La possibilité de prendre un congé parental à temps partiel pourrait faciliter la reprise de contact avec le monde du travail, tout en obviant aux problèmes de la réintégration.

60. Dans la plupart des pays, le taux de participation des hommes à ces régimes de congé est limité. Des études ont montré que certains pères craignent d'être considérés comme peu motivés par leurs emplois et, partant, les conséquences sur leurs carrières de la prise de congés pour prodiguer des soins¹⁵. Ce faible taux de participation des hommes est également lié à l'attente stéréotypée que les femmes endossent la responsabilité familiale principale¹⁵. Toutefois, le caractère rémunéré du congé et le montant versé ont une influence directe sur la propension des hommes à prendre ce type de congé. Les expériences observées dans plusieurs pays prévoyant des montants relativement élevés pendant le congé parental attestent d'une réponse positive des hommes. Afin de s'attaquer au problème du faible taux de participation des hommes, certains pays, dont l'Autriche, le Danemark, l'Islande, la Norvège et la Suède, stipulent qu'une partie du congé parental ne peut être prise que par le père et est perdue en cas de non-exercice de ce droit¹⁵.

61. Pour permettre aux femmes et aux hommes de concilier travail et responsabilités familiales, plusieurs pays ont instauré des politiques régissant des modalités de travail, dont une réduction des heures légales de travail, la flexibilité des horaires et des lieux de travail, ainsi que la possibilité de travailler à temps partiel¹⁵.

62. Le travail à temps partiel, ou la possibilité de passer d'un horaire à temps plein à un horaire à temps partiel, donne plus de flexibilité aux travailleurs. Aux Pays-Bas, la législation prévoit que tous les travailleurs ont le droit de modifier leurs heures de travail, sans que, pour cela, ils ne doivent assumer des responsabilités en

⁴² Banque Mondiale, Diminution de la pauvreté et Réseau de gestion économique, « *Labour market regulations for women: are they beneficial ?* », notes PREM, n° 94 (Décembre 2004).

⁴³ OCDE, Perspective en matière d'emploi: Vers plus d'emplois de meilleure qualité, (Paris, OCDE, 2003).

matière de fourniture de soins. Toutefois, même en cas de disponibilité d'options de travail à temps partiel pour les femmes et les hommes, force est de constater que les femmes y recourent massivement, en raison, d'une part, d'hypothèses stéréotypées à propos de leurs rôles en tant que dispensatrices de soins et, d'autre part, de la perception de salaires inférieurs¹⁵.

63. Même si le travail à temps partiel confère davantage de flexibilité, il est également souvent assorti d'inconvénients, dont un accès réduit aux revenus, à la formation professionnelle et aux opportunités de promotion. L'amélioration de la qualité du travail à temps partiel, par le biais de la réglementation des conditions de travail et des prestations sociales, pourrait induire une utilisation accrue de ces modalités dans le chef tant des femmes que des hommes et pourrait mettre un terme au mythe selon lequel le travail à temps partiel n'est qu'une option réservée aux travailleurs féminins¹⁵.

64. Plusieurs pays ont adopté des approches innovantes destinées à étendre la couverture sociale aux travailleurs dans le secteur informel. C'est ainsi qu'en Inde par exemple, l'Association des Travailleuses indépendantes (SEWA) a, par le biais de partenariats avec les pouvoirs publics et le secteur de l'assurance, proposé, via son mécanisme d'assurance intégré, une formule complète de prestations d'assurance sociale couvrant les travailleuses du secteur informel. Au Chili, des révisions de la politique d'assurance-santé a permis aux travailleurs agricoles et horticoles temporaires ou saisonniers de participer et de bénéficier d'une couverture sociale⁴⁰.

65. Certains pays proposent des prestations en espèces sous la forme d'allocations familiales afin d'aider les familles à supporter les coûts inhérents à l'éducation des enfants et d'améliorer leur bien-être. D'autre part, les versements en espèces tendent à consolider la fourniture de soins par des membres de la famille et pourraient renforcer l'image des femmes en tant que dispensatrices de soins et exonérer d'autres secteurs de leur responsabilité²⁰. Au cours de ces dernières années, les transferts en espèces, souvent ciblés sur les familles pauvres, sont devenus un instrument d'assistance sociale habituel. Leur fourniture est souvent conditionnée au respect, par les familles, de certaines exigences susceptibles d'accroître les responsabilités des femmes (dont la fréquentation scolaire, la présence au côté des enfants lors de bilans de santé ou la participation à des ateliers consacré à la nutrition). Des programmes novateurs menés en Argentine et au Chili associent des versements en espèces à un accès à la formation, en facilitant de la sorte la participation des femmes au travail rémunéré en tant que moyen plus durable de les sortir de la pauvreté²⁰.

66. La mise à disposition d'équipements capables de prendre en charge, de manière fiable et abordable, les enfants, les malades et les personnes âgées joue un rôle majeur pour faciliter la conciliation entre vie professionnelle et vie privée. Les équipements les plus fréquents sont les établissements préscolaires et les écoles maternelles. Pour les enfants âgés de moins de trois ans, le financement public d'équipements de prise en charge est moins fréquent. Les pouvoirs publics ont encouragé le secteur privé, les organisations non-gouvernementales et les entités privées à devenir des prestataires actifs et ont consenti des efforts pour rendre les services à la petite enfance plus abordables en accordant des subventions aux prestataires ou des allocations aux parents¹⁵. L'Argentine, le Chili, la République de Corée et l'Uruguay par exemple ont opté pour une prestation de services de soins

plus globale, par le biais de services plus complets et en recherchant d'autres modes de financement et de prestation¹⁹.

67. La fourniture de services élémentaires, comme l'enseignement primaire et les services de santé, est en mesure de réduire la prise en charge par les familles, notamment dans les pays en voie de développement. Dans les pays où les équipements d'enseignement primaire sont sous-financés et où les taux de décrochage sont élevés, ou lorsque les heures d'école ne sont pas adaptées aux heures de travail des parents, la prise en charge bénévole des soins s'est intensifiée¹⁹. L'expérience montre que les avantages retirés de services publics s'accroissent s'ils sont adaptés aux besoins des gens en termes d'emplacement et d'heures d'ouverture, par exemple, via l'extension des heures d'école en vue de se conformer aux heures de travail ou via la décentralisation de services publics¹⁵.

68. Des investissements dans l'infrastructure publique comme l'eau, les transports et l'énergie constituent d'importantes réponses politiques dans les pays en voie de développement et ont un impact majeur sur les activités de soins au sein des ménages, notamment dans le contexte du VIH/SIDA. Les progrès technologiques pourraient entraîner une nouvelle réduction de la charge en temps et en énergie dépensée par les femmes dans les travaux ménagers et la fourniture de soins, mais ils sont souvent trop onéreux pour les familles pauvres¹⁵.

69. Certains pays ont consenti des efforts en vue de donner aux travailleurs domestiques les droits sociaux et du travail élémentaires. En Afrique du Sud par exemple, une nouvelle législation a introduit des salaires minimaux, le droit d'obtenir un contrat écrit, des congés payés, une indemnité de départ, un préavis écrit et l'obligation faite aux employeurs d'inscrire les travailleurs à la caisse de chômage publique. Des études consacrées à cette loi ont indiqué l'impact positif, sur les salaires et les conditions de travail, des interventions liées au marché du travail¹⁹.

70. Plusieurs pays ont pris des mesures pour impliquer les (jeunes) hommes et pour les rendre davantage conscients des responsabilités masculines au sein de la famille. Des initiatives se sont focalisées sur la promotion de la paternité active et responsable, par le biais de cycles de formation et de sensibilisation, d'initiatives de pression de conformité et de campagnes de sensibilisation organisé(e)s notamment sur les lieux de travail, les institutions d'enseignement et les établissements sportifs. De nombreux pays ont consenti des efforts visant à impliquer et à soutenir les jeunes pères.

71. Même si les mesures politiques en faveur de la fourniture de soins à domicile dans le contexte du VIH/sida ont été limitées, plusieurs initiatives novatrices, dont l'élaboration de mesures de protection sociale destinées à fournir une assistance pécuniaire aux ménages touchés par le VIH et des efforts destinés à renforcer l'implication des hommes dans la fourniture de soins, ont vu le jour. C'est ainsi qu'au Zimbabwe, un projet mis au point par Africare a permis de former 120 hommes de 20 à 65 ans aux tâches de dispensateurs de soins bénévoles afin d'accroître la participation des hommes dans les soins à domicile et la connaissance du VIH/sida. Ce projet a été axé sur l'extension des notions traditionnelles en matière de masculinité en vue d'y inclure la fourniture de soins et l'attitude coopérative, ainsi que sur l'octroi d'une assistance technique et la fourniture d'équipements médicaux et techniques³⁸. Une approche politique multidisciplinaire, holistique et cohérente, est toutefois requise pour atténuer

l'impact à court et à long terme de la pandémie du VIH/sida sur les ménages, les communautés et les sociétés. Pour ce faire, il conviendra d'intensifier les efforts de constitution et de maintien d'une capacité dans le secteur public, y compris les efforts visant à s'attaquer à la pénurie criante de professionnels des soins de santé et à améliorer les stratégies et les programmes de prévention.

72. Les régimes de retraite de nombreux pays couvrent les besoins financiers des personnes âgées qui n'ont plus de travail. Lorsque les retraites sont liées aux cotisations versées lors de la vie active, les femmes sont lésées en raison de l'écart salarial existant entre les sexes et du fait que les femmes passent moins de temps dans le canal de l'emploi officiel en raison des interruptions liées à l'éducation des enfants. La privatisation des mécanismes de retraite a exacerbé ces inégalités entre les sexes, car les avantages perçus sont fonction des rémunérations individuelles perçues. Certains gouvernements se sont attaqués aux désavantages vécus par les femmes en leur accordant des pensions minimales, en prévoyant une redistribution en faveur des groupes à faible revenu et en octroyant des crédits pour les années consacrées à l'éducation des enfants⁴⁴. C'est ainsi qu'en Afrique du Sud, un régime de retraite non contributif a été mis en place, lequel garantit aux femmes et aux hommes à faibles revenus une retraite de vieillesse mensuelle versée par l'État⁴⁰.

73. De nombreux pays ont réalisé des études sur l'emploi du temps, en vue d'obtenir des données sur lesquelles fonder une décision politique. De telles études fournissent des informations sur les modèles d'emploi du temps chez les femmes et les hommes, y compris en matière de travaux ménagers non rémunérés et de soins aux personnes, ainsi que d'autres activités telles que le sommeil, les loisirs, les études et les soins personnels. Des restrictions persistantes dans la collecte et l'analyse de données contribuent au manque de clarté et à la sous-évaluation chronique des activités sanitaires non rémunérées¹⁸. Des efforts sont dès lors nécessaires pour étendre le champ de ces études à d'autres pays, pour améliorer la collecte de données chronologiques, pour surmonter la disponibilité variable des données en milieu rural et urbain et pour harmoniser les concepts et les méthodes destinés à accroître la comparabilité.

VI. Conclusions et recommandations

74. Le partage inégal des responsabilités entre femmes et hommes, y compris en matière de fourniture de soins dans le contexte du VIH/sida, s'enracine dans toutes les parties du monde. L'inégalité entre les sexes et la discrimination contribuent au maintien du déséquilibre dans la répartition du travail entre femmes et hommes et perpétuent les perceptions stéréotypées des hommes en tant que soutiens de famille et des femmes en tant que dispensatrices de soins. Par conséquent, les possibilités offertes aux femmes et aux jeunes filles de bénéficier d'une éducation et d'une formation et de faire leur entrée sur le marché du travail et dans la sphère publique sont limitées.

75. La reconnaissance, la mesure et l'évaluation des activités de soins, y compris par le biais d'études sur l'emploi du temps, devraient être considérablement améliorées. Alors que dans certains pays, l'implication des

⁴⁴ Emily Esplan, *Gender and Care: Overview Report* (Brighton, Royaume-Uni, BRIDGE, Institute of Development Studies, Université du Sussex, janvier 2009).

hommes dans les activités parentales a augmenté à la suite d'interventions ciblées, des efforts concertés sont encore nécessaires pour renforcer le rôle des hommes et des garçons dans les tâches ménagères et la fourniture de soins et pour concilier plus aisément vie professionnelle et vie privée, tant pour les femmes que pour les hommes.

76. Un partage accru des responsabilités entre femmes et hommes ne suffira cependant pas pour s'attaquer aux défis persistants liés à la fourniture de soins dans la société. La pandémie du VIH/sida a illustré le besoin d'impliquer davantage tous les intervenants – États, secteur privé, société civile et ménages – dans les activités de soins. Les décideurs doivent reconnaître que ces activités sont une fonction sociétale essentielle, qui contribue à la reproduction de la société et à son développement économique. Une approche multisectorielle, assortie d'une hausse des investissements dans des services publics de qualité, est nécessaire pour réduire la charge des soins pesant sur les ménages.

77. La Commission de la condition de la femme pourrait envisager de recommander les mesures suivantes afin de faciliter le partage égal des responsabilités entre femmes et hommes, y compris la fourniture de soins dans le contexte du VIH/sida.

78. Les gouvernements, les Nations Unies et d'autres organisations internationales et régionales, des organisations non-gouvernementales, le secteur privé, les organisations patronales et syndicales, ainsi que d'autres intervenants devraient, suivant le cas :

a) Ratifier sans réserve la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes et la Convention des droits de l'enfant, y compris leurs Protocoles facultatifs⁴⁵, et veiller à la mise en œuvre intégrale et effective des dispositions de ces Conventions et des commentaires de synthèse du Comité sur l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes et du Comité sur les droits de l'enfant;

b) Ratifier la Convention de l'OIT n° 156 sur les travailleurs avec des responsabilités familiales (1981) et la recommandation 165 y afférente, mettre leur législation nationale en conformité avec ces dispositions et la mettre pleinement en œuvre;

c) Prendre toutes les mesures appropriées afin d'éliminer de jure et de facto la discrimination à l'encontre des femmes dans le cadre du mariage, du droit de la famille, de la succession et de la propriété;

d) Veiller à reconnaître, mesure et valoriser les activités de soins et à les intégrer systématiquement dans les politiques menées dans tous les secteurs pertinents, dont l'enseignement, la santé et l'emploi;

e) Promouvoir une meilleure compréhension et une reconnaissance accrue de la nécessité de partager les activités de soins entre femmes et hommes, ainsi qu'entre l'État, le secteur privé, la société civile et les ménages; et renforcer le dialogue et la coordination entre gouvernements, employeurs,

⁴⁵ Nations Unies, *Série des Traités*, vol. 2131, n° 20378 et *ibid.* vol. 2171, n° 27531 et *ibid.* vol. 2173, n° 27531

société civile – et notamment les organisations de défense des femmes et les organisations syndicales – ainsi que les donateurs;

f) Adopter des politiques et des législations sexospécifiques et réexaminer les politiques et les législations existantes en vue d'améliorer les droits, la protection sociale, les conditions de travail et la représentation des dispensateurs de soins (non) rémunérés;

g) Veiller à ce que les femmes et les hommes aient accès au congé parental et à toutes les formes de congé, dont le congé de maternité et de paternité, et fournir des incitants aux hommes afin qu'ils utilisent ce droit, notamment par le biais de droits réservés aux pères et de campagnes de sensibilisation pour le grand public, les écoles, les lieux de travail et d'autres institutions pertinentes;

h) Améliorer la flexibilité des conditions de travail afin de pouvoir mieux concilier activités professionnelles et autres responsabilités, y compris la fourniture de soins; garantir la protection des travailleurs par le biais de conditions de travail flexibles en matière de salaires, de protection sociale et d'autres avantages; cibler ces mesures sur l'ensemble des travailleurs afin de parer au renforcement des stéréotypes fondés sur les sexes;

i) Adopter ou examiner les politiques en matière de protection sociale pour les personnes ayant des responsabilités en matière de soin, y compris les allocations familiales, les transferts en espèces et les crédits d'impôt et s'assurer de la disponibilité des renseignements à propos de ces prestations;

j) Prévoir des retraites minimales indépendamment du nombre d'années de contribution afin de s'assurer que les besoins élémentaires minimaux sont rencontrés et tenir compte des périodes de congé affectées à la fourniture de soins dans le calcul des prestations de retraite;

k) S'assurer de la mise en place et/ou du développement de services de soins de qualité et abordables pour les enfants, les personnes âgées, les malades et les personnes souffrant de handicaps; s'assurer que ces services répondent aux besoins des dispensateurs de soins et des bénéficiaires en termes de proximité, d'heures d'ouverture et de coûts;

l) Améliorer les investissements dans des services publics de qualité et abordables, y compris les écoles et les services de santé et accroître l'accès à l'infrastructure publique, comme les transports, la distribution d'eau, les équipements sanitaires et l'énergie, notamment dans les zones rurales et défavorisées, afin de réduire le fardeau des soins pesant sur les ménages;

m) Renforcer de manière significative les efforts, dans le contexte de la pandémie du VIH/sida, pour tenter d'atteindre, à l'horizon 2010, l'objectif de l'accès universel à des programmes de prévention complets, à des traitements, des soins et à l'appui et s'assurer que ces efforts participent de l'égalité entre les sexes;

n) Intégrer les perspectives sexospécifiques dans les politiques et programmes nationaux sur le VIH/sida, en tenant compte des responsabilités en termes de fourniture de soins des femmes et des hommes;

- o) Renforcer et améliorer les services publics de soins de santé en vue d'atténuer les exigences imposées à l'heure actuelle aux femmes et aux jeunes filles dans le cadre de la prestation de services sanitaires non rémunérés au sein de leurs familles et de leurs communautés dans le contexte du VIH/sida, notamment dans les zones rurales;
- p) Mettre au point des politiques et des programmes multisectoriels et améliorer la répartition des ressources pour supporter les prestataires de soins à domicile, notamment par le biais de l'accès à l'information à propos de la prévention, du traitement, des soins et de l'appui en matière de VIH, ainsi qu'à des cycles de formation et à des équipements et ressources de base;
- q) Mettre en œuvre des campagnes d'information complètes et coordonnées, impliquant notamment des institutions d'enseignement, des lieux de travail dans les secteurs public et privé, les médias et la société civile, afin de lutter contre les rôles stéréotypés fondés sur les sexes et de promouvoir un meilleur partage du travail rémunéré et du travail non rémunéré entre femmes et hommes;
- r) Prendre des mesures pour étoffer le rôle des hommes dans la fourniture de soins au sein des ménages et dans les professions soignantes, et intensifier les interventions destinées à toucher les garçons et les jeunes hommes, y compris par le biais de cours préparatoires à la paternité et de programmes axés sur les pairs;
- s) Renforcer la capacité des offices nationaux de statistique d'organiser efficacement des études sur l'emploi du temps et d'utiliser leurs enseignements pour étayer la mise au point de politiques facilitant le partage du travail non rémunéré entre femmes et hommes;
- t) Mener des recherches et collecter des données ventilées par sexe et par âge en vue d'influencer l'élaboration de politiques, mesurer l'état d'avancement des actions en matière de partage des responsabilités entre femmes et hommes, y compris dans le contexte du VIH/sida et identifier les obstacles liés aux attentes stéréotypées se dressant devant les hommes;
- u) Mener des évaluations sexospécifiques, mesurer l'impact des mesures prises et intégrer des processus de budgétisation fondés sur la problématique hommes-femmes dans tous les domaines de politique, y compris dans le contexte du VIH/sida;
- v) Améliorer la consultation avec les femmes et renforcer leur accès à la prise de décisions dans les politiques et les programmes afin de soutenir la fourniture de soins, y compris dans le contexte du VIH/sida.